

PROGRAMME COMMUN  
D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ  
DE 2017

# À la hauteur 2017

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

Qualité des services  
de santé Ontario

*Améliorons notre système de santé*



Ontario

Qualité des services  
de santé Ontario

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

**[www.hqontario.ca](http://www.hqontario.ca)**

ISBN 978-1-4868-0511-2 (Imprimé)

ISSN 2292-2083 (Imprimé)

ISBN 978-1-4868-0512-9 (PDF)

ISSN 2292-2091 (En ligne)

**Citation suggérée** : Qualité des services de santé Ontario. *À la hauteur 2017* :

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

Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017.

Sur la couverture : Elgin, assis sur un banc dans un parc de Toronto. Voir page

41 pour son histoire. Nous remercions Elgin et les autres personnes qui

partagent avec nous leurs expériences dans le système de santé de l'Ontario.

(Photo de couverture par Roger Yip)



# Table des matières

|  |           |  |           |   |            |
|--|-----------|--|-----------|---|------------|
| <b>Préambule</b>   | <b>2</b>  | Réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'obtention du congé pour un problème de santé mentale ou de dépendance.                     | 48        | Patients soignés à domicile ayant des douleurs intenses quotidiennes                        | 82         |
| <b>Résumé</b>  | <b>4</b>  |  |           | Détresse chez les personnes soignantes naturelles de patients recevant des soins à domicile | 84         |
| <b>Chapitre 1 : Introduction</b>   | <b>9</b>  |  |           |   |            |
| <b>Chapitre 2 : Notre santé</b>  | <b>13</b> |  |           |   |            |
| <b>Se pencher sur les obstacles régionaux et socioéconomiques au bien-être</b>             | <b>16</b> | <b>Chapitre 5 : Soins hospitaliers</b>   | <b>51</b> | <b>Chapitre 8 : Soins de longue durée</b>   | <b>87</b>  |
| Années potentielles de vie perdues en raison de la mortalité prématurée                    | 17        | <b>Accès en temps opportun pour les patients hospitalisés et les patients externes</b>   | 54        | <b>Soins ininterrompus pour les besoins complexes</b>                                       | 88         |
| Facteurs de risque qui ont une incidence sur la santé                                      | 19        | Temps d'attente des services des urgences  | 56        | Utilisation d'antipsychotiques  | 90         |
|  |           | Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche, les arthroplasties du genou et les interventions chirurgicales générales                 | 58        | Utilisation de moyens de contention   | 92         |
|  |           | Temps d'attente pour les patients atteints d'un cancer pour voir un chirurgien et subir une intervention chirurgicale                          | 60        | Douleur chez les pensionnaires  | 94         |
| <b>Chapitre 3 : Soins primaires</b>  | <b>23</b> | Temps d'attente pour un tomodensitogramme et une imagerie par résonance magnétique   | 62        | <b>Chapitre 9 : Soins palliatifs</b>  | <b>97</b>  |
| <b>Principal point d'accès aux soins de santé</b>  | <b>26</b> |  |           | <b>Améliorer les services de soins palliatifs en Ontario</b>                                | 100        |
| Continuité des soins primaires   | 28        | <b>Chapitre 6 : Intégration du système</b>   | <b>65</b> | Consultations aux urgences non prévues  | 102        |
| Accès à un fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant                  | 30        | <b>Des soins au bon endroit et au bon moment</b>   | 66        | Services de soins palliatifs à domicile   | 104        |
| Accès après les heures d'ouverture à un fournisseur de soins primaires                     | 32        | Soins de suivi avec un médecin après une hospitalisation   | 68        | Visites à domicile effectuées par un médecin  | 106        |
| Dépistage du cancer colorectal   | 36        | Patients qui attendent à l'hôpital pour des soins dans un autre emplacement  | 70        | <b>Chapitre 10 : Dépenses en santé</b>  | <b>109</b> |
|  |           | Visites au service des urgences pour des affections qui, selon les patients, auraient pu être traitées par leur fournisseur de soins primaires | 72        | <b>Dépenses en santé en Ontario</b>   | 110        |
| <b>Chapitre 4 : Maladies mentales et dépendances</b>                                       | <b>39</b> |  |           | Difficulté à payer les frais médicaux privés  | 112        |
| <b>Réduire le fardeau des maladies mentales et des dépendances</b>                         | <b>42</b> | <b>Chapitre 7 : Soins à domicile</b>   | <b>75</b> | Dépenses en santé liées aux médicaments par personne  | 114        |
| Premier contact au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance | 44        | <b>Amener les soins au domicile des patients</b>   | 78        | Total des dépenses en santé par personne  | 116        |
| Suivi d'un médecin après une hospitalisation en santé mentale                              | 46        | Participation des patients à l'élaboration de leur plan de soins   | 80        | <b>Prochaines étapes</b>  | <b>119</b> |
|  |           |  |           | <b>Références</b>   | <b>122</b> |
|  |           |  |           | <b>Remerciements</b>  | <b>130</b> |



# Préambule

**Gordon, Lilac et Elgin savent ce que c'est que de passer d'un établissement de soins à un autre et de changer de traitement.** Dans le rapport *À la hauteur* de cette année, nous partageons leurs histoires et leurs données essentielles pour regarder la situation dans son ensemble : est-ce que notre système de santé fait des progrès pour ce qui est d'aider les patients à accéder aux soins dont ils ont besoin? Fournit-il des soins d'une manière qui facilite leurs transitions? Offre-t-il les soins dont les patients ont besoin, peu importe où ils vivent ou qui ils sont?

Cette année, Qualité des services de santé Ontario a mesuré ces expériences sous un nouvel angle afin d'obtenir un portrait plus détaillé de la façon dont les patients utilisent le système de santé et ce qu'il représente pour eux. Nous avons examiné certains aspects des soins pour la première fois, par exemple le temps d'attente des patients comme Gordon pour une consultation avec un chirurgien afin de décider s'ils doivent subir une intervention chirurgicale, ou si des patients comme Lilac peuvent voir le même médecin de famille chaque fois qu'ils nécessitent une consultation. Les réponses à ces deux questions modifient la façon dont les patients font l'expérience des soins et leurs résultats en matière de santé. Nous avons également ciblé des régions précises de la province pour obtenir des réponses à ces questions : est-ce que les patients peuvent consulter un médecin ou du personnel infirmier praticien lorsqu'ils sont malades ou subissent un dépistage du cancer.

De nombreux aspects des soins de santé en Ontario sont bons. La population ontarienne vit plus longtemps, plus d'Ontariennes et d'Ontariens subissent le test de dépistage du cancer dont ils ont besoin et plus de personnes consultent régulièrement leur médecin de famille. Les personnes en Ontario reçoivent également de meilleurs soins dans les foyers de soins de longue durée, où moins de pensionnaires souffrent de douleurs quotidiennes, prennent des médicaments antipsychotiques inutiles ou sont maintenus en contention.

Parallèlement, le système de santé éprouve des difficultés à relever les défis permanents, surtout en ce qui a trait à l'accès en temps opportun aux soins et aux transitions des patients d'un établissement de soins à un autre. Des écarts persistent également dans les soins offerts aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou de dépendance, comme c'est le cas

d'Elgin, qui ont du mal à obtenir les bons soins pour un trouble bipolaire. En outre, certaines tendances troublantes ont émergé au cours de l'année dernière. Il y a eu une augmentation du nombre de jours où les lits d'hôpitaux de la province sont occupés par des patients en attente de recevoir des soins ailleurs, et les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou sont à la hausse.

L'Ontario affiche un rendement mixte par rapport à celui d'autres provinces et pays. Sur une note positive, comparativement au reste du Canada, l'Ontario enregistre le taux de mortalité prématurée le plus bas et affiche le meilleur ou deuxième meilleur rendement à long terme parmi les provinces qui ont des données comparables. Toutefois, par rapport à dix pays qui ont un niveau socio-économique comparable, l'Ontario est en dernière place pour ce qui est de l'obtention d'un rendez-vous avec un fournisseur de soins

primaires le même jour ou le lendemain lorsque les gens sont malades, et se situe en milieu du peloton en ce qui a trait à la capacité des patients à payer leurs factures médicales.

Au cours des prochaines années, le plan global de Qualité des services de santé Ontario *La qualité ça compte*, qui vise l'obtention des meilleurs soins possible, aidera les patients à recevoir les soins sûrs, efficaces, axés sur les patients, efficaces, offerts en temps opportun et équitables dont ils ont besoin. À l'aube de notre deuxième décennie de production de rapports à l'intention de la population de l'Ontario sur le rendement de leur système de soins de santé, nous avons désormais à notre disposition de meilleurs outils pour améliorer et mesurer les soins de santé dans la province. Forts des conclusions de *La qualité ça compte* et de notre rapport *À la hauteur 2017* qui nous serviront de guide, nous sommes impatients d'offrir de meilleurs soins à tous les patients de l'Ontario.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Tepper'.

**Dr. Joshua Tepper**

Le président-directeur général



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andreas Laupacis'.

**Dr. Andreas Laupacis**

Le président du conseil



# Résumé

**D'excellents soins pour bon nombre, mais pas pour tous.** À l'aube de sa deuxième décennie, *À la hauteur 2017* marque la 11<sup>e</sup> année des rapports de Qualité des services de santé Ontario à la population de l'Ontario sur le rendement de leur système de soins de santé. Le rapport de cette année met l'accent sur un ensemble de points saillants d'importance pour la population ontarienne, qui proviennent de l'examen d'un ensemble d'environ 50 indicateurs du système de santé, constituant le programme commun d'amélioration de la qualité. *À la hauteur 2017* combine une vaste gamme de données avec les histoires de personnes qui sont aux premières lignes du système, y compris les patients, les familles et les professionnels des soins de santé. De cette combinaison de données et de rapports narratifs personnels, nous avons appris ce qui fonctionne bien et ce qu'il faut améliorer dans notre système de soins de santé.

## Ce que nous faisons bien

### Mortalité prématurée

Dans l'ensemble, la santé en Ontario se porte bien : les gens vivent plus longtemps et moins d'entre eux meurent prématurément. L'Ontario affiche le taux de mortalité prématurée le plus bas au Canada et présente une amélioration avec 4 221 années potentielles de vie perdues par tranche de 100 000 personnes en 2013, comparativement à 5 120 par tranche de 100 000 personnes en 2003.

### Continuité des soins

La majorité des Ontariennes et des Ontariens qui ont consulté un médecin de soins primaires trois

fois ou plus au cours des deux années précédentes avaient effectué au moins les trois quarts de leurs consultations chez le même médecin. Taux de continuité élevé : pouvoir consulter un fournisseur de soins primaires régulier au moins les trois quarts du temps améliore les résultats de santé pour les patients et réduit le recours évitable aux services des urgences ou à l'hôpital.

### Prévention et dépistage

Les améliorations dans la prévention des maladies et le dépistage ont permis à plus de personnes en Ontario de demeurer en meilleure santé. Le pourcentage de personnes qui n'ont pas fait de dépistage du cancer colorectal en temps voulu a

diminué au cours des dernières années, s'étant établi à 38,7 % en 2015, comparativement à 43,6 % en 2011.

### Temps d'attente pour voir un chirurgien

*À la hauteur 2017* marque la première fois où nous avons pu inclure les temps d'attente pour voir un chirurgien. La proportion de patients atteints d'un cancer vus par un chirurgien dans le respect des temps d'attente varie de 83 % à 87 % selon le niveau de priorité.

## Interventions chirurgicales oncologiques dans le délai cible

Il y a eu une certaine amélioration dans le temps d'attente entre la décision d'avoir une intervention chirurgicale oncologique et le moment de l'intervention, avec la proportion des interventions chirurgicales oncologiques qui ont atteint la cible en augmentation par rapport à l'année précédente entre 2008-2009 et 2015-2016 pour tous les niveaux de priorité.

## Soins de longue durée

Chez les pensionnaires des foyers de soins de longue durée, le pourcentage de personnes aux prises avec des douleurs s'est amélioré au fil du temps, passant à 6,1 % en 2015-2016, comparativement à 11,9 % en 2010-2011.

L'utilisation quotidienne de moyens de contention a été réduite à 6 % en 2015-2016, par rapport à 16,1 % en 2010-2011 et l'utilisation de médicaments antipsychotiques chez les pensionnaires sans démence a été réduit à 22,9 % en 2015-2016, comparativement à 35,0 % en 2010-2011.

## Ce que nous devons améliorer

### Accès

L'accès en temps opportun aux soins constitue un enjeu continu pour les patients du système de santé de l'Ontario. Moins de patients ont été vus dans les temps cibles pour les arthroplasties de la hanche et du genou – deux interventions

de plus en plus courantes. Par exemple, 80 % des patients ayant eu une intervention de remplacement du genou de la Priorité 4 (la catégorie de remplacement du genou avec le plus grand nombre de chirurgies) les ont achevés dans le délai fixé en 2016-17, contre 85 % en 2014-15. Peu de progrès ont été réalisés pour réduire la proportion de personnes – 33,1 % en 2015 – qui se présentent au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance et qui n'avaient pas vu un médecin ou un psychiatre auparavant.

## Détresse des personnes soignantes

La détresse est à la hausse chez les personnes soignantes naturelles (habituellement la famille ou les amis). La détresse persistante chez les personnes soignantes naturelles de patients ayant eu besoin de soins à domicile pendant au moins quelques mois a augmenté à 24,3 %, alors qu'elle se situait à 21,2 % entre la première moitié de 2012-2013 et la première moitié de 2016-2017.

## Transitions

Le système fait défaut à bon nombre de patients durant leur transition d'un milieu de soins à un autre. Le temps que les patients passent au service des urgences avant d'être admis à l'hôpital ne s'améliore pas (15,2 heures, en moyenne, en 2016-2017), tandis que de nombreux patients occupent des lits d'hôpital alors qu'ils pourraient recevoir des soins ailleurs, comme dans un foyer

de soins de longue durée ou à domicile (13,9 % de journées d'hospitalisation en 2015-2016). Lorsque les patients sont en mesure de passer à recevoir des soins à la maison, seulement 56,7 % sont tout à fait d'accord qu'ils se sentaient impliqués dans l'élaboration de leur propre plan de soins.

## Soins palliatifs

Pour les patients en fin de vie, trop peu sont en mesure de recevoir des soins palliatifs en temps opportun à leur domicile, même si c'est ce qu'ils veulent (seulement 27,5 % des personnes ont reçu une visite de soins palliatifs à domicile en 2015-2016 au cours de leurs 30 derniers jours de vie). Plus de la moitié (54,8 %) des personnes qui sont décédées en 2015-2016 ont une visite imprévue aux services des urgences au cours de leurs 30 derniers jours de vie, ce qui pourrait indiquer qu'ils n'ont pas reçu les soins dont elles avaient besoin dans la collectivité.

## Équité

Certaines personnes en Ontario sont beaucoup moins susceptibles que d'autres de recevoir des soins de qualité. Le taux global de mortalité prématurée en Ontario s'est amélioré, mais il y a des variations frappantes entre les régions. Le taux d'années potentielles de vie perdues était près de 2,5 fois plus élevé dans la région du RLISS du Nord-Ouest, soit 7 647 années par 100 000 personnes, que dans la région du RLISS du Centre, soit 3 026 années par 100 000 personnes, pendant la période

allant de 2010 à 2012. L'accès le jour même ou le jour suivant aux fournisseurs de soins primaires demeure un défi, en particulier dans les régions rurales et éloignées, allant d'un faible taux de 22 % dans la région du RLISS du Nord-Est à un taux élevé de 60,3 % dans la région du RLISS du Centre-Ouest.

Il y a des iniquités en fonction du revenu pour le dépistage du cancer colorectal. Parmi les résidents urbains, ceux qui vivent dans les quartiers aux revenus les plus faibles avaient le taux le plus élevé de retard pour subir un dépistage du cancer colorectal en 2015, avec un taux de 46,5 %, comparativement à 32,7 % pour les résidents des quartiers les plus favorisés.

## Au-delà de nos frontières provinciales : Comment l'Ontario se compare

### De moyen à bon

Comparativement à celui des autres provinces et pays (où les données sont disponibles), le système de santé de l'Ontario s'en tire relativement bien, se trouvant dans le milieu ou parmi les meilleurs la plupart du temps. L'Ontario affichait le plus bas taux d'années potentielles de vie perdue en raison d'un décès prématuré au Canada. L'Ontario fait aussi relativement bonne figure en ce qui a trait à la qualité des soins dans les foyers de soins de longue durée – au premier ou au deuxième rang parmi les cinq provinces comportant des données comparables en ce qui a trait à la réduction

du nombre de pensionnaires qui ressentent des douleurs, qui prennent des médicaments antipsychotiques ou qui sont assujettis à des moyens de contention. L'Ontario se situe au milieu du groupe en ce qui a trait à l'accès aux soins primaires en dehors des heures normales.

### Le plus bas ou presque

Comparativement aux 10 pays socioéconomiquement comparables, l'Ontario est le pire en ce qui a trait aux patients qui ont déclaré avoir la capacité d'obtenir un rendez-vous sw soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils sont malades. En outre, comparativement à neuf pays socioéconomiquement semblables, l'Ontario est un territoire coûteux en matière de dépenses en médicaments, le quatrième après les É.-U., pour ce qui est du montant par personne consacré aux médicaments.

Environ une personne sur 12 en Ontario a de graves problèmes à payer ses factures médicales.

## Comment Qualité des services de santé Ontario contribue à améliorer les soins?

À la hauteur 2017 reflète le rôle de Qualité des services de santé Ontario dans les rapports sur la qualité du système de soins de santé. Notre mandat est beaucoup plus vaste, y compris un engagement à l'égard du soutien de l'amélioration active en matière de soins. Voici certaines des façons dont

Qualité des services de santé Ontario travaille de concert avec d'autres intervenants à chaque niveau du système de soins de santé pour assurer la prestation de meilleurs soins pour tous.

Qualité des services de santé Ontario a élaboré un cadre provincial, *La qualité, ça compte*, à titre de guide commun pour le système de santé afin d'améliorer les soins prodigués aux patients, à leurs familles et aux personnes soignantes, ainsi qu'à soutenir les fournisseurs de soins de santé. La qualité qui compte définit la culture d'un système de santé de qualité supérieure selon six dimensions : sûr, efficace, axé sur les patients, efficient, opportun et équitable.

Plus de 1 000 organismes en Ontario œuvrant dans les domaines des soins hospitaliers, des soins à domicile, des soins primaires et des soins de longue durée ont créé des Plans d'amélioration de la qualité annuels, soit des ensembles d'engagements écrits pour améliorer la qualité des soins qu'ils prodiguent, au moyen de mesures et d'objectifs ciblés.

Des tables rondes régionales sur la qualité dans l'ensemble de l'Ontario, chacune présidée par un responsable de la qualité clinique, qui visent à partager l'expérience et les initiatives locales visant à améliorer la qualité des soins, ainsi qu'à harmoniser et relier les programmes d'amélioration de la qualité régionaux et provinciaux.

Le programme ARTIC (Adopting Research to Improve Care) vise à soutenir la mise en œuvre de modèles de prestation de services éprouvés. Ceux-ci comprennent l'admission centralisée et

des centres d'évaluation pour les patients atteints d'affections musculosquelettiques, y compris de douleurs au dos, au cou et aux épaules et pour ceux qui pourraient avoir besoin d'arthroplasties de la hanche ou du genou, ainsi que les sommaires de congé axés sur les patients, un outil pour s'assurer que les patients reçoivent les renseignements dont ils ont besoin avant d'aller à leur domicile après un séjour à l'hôpital.

Les soins de santé et services en Ontario font souvent appel à des technologies sophistiquées. Qualité des services de santé Ontario effectue régulièrement des évaluations des services de santé et des dispositifs médicaux, nouveaux et existants. Un groupe d'experts, de dirigeants et de patients qui constituent le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, formule des recommandations fondées sur des données scientifiques au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à savoir si ces technologies de la santé devraient être financées par les deniers publics.

Le Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario, soutenu par Qualité des services de santé Ontario, fournit des ressources aux équipes chirurgicales dans l'ensemble de la province en vue d'améliorer la qualité des soins chirurgicaux, ainsi que l'expérience et les résultats pour les patients.

Qualité des services de santé Ontario travaille avec les patients, les personnes soignantes et les médecins pour élaborer des normes de qualité permettant de cerner les soins auxquels les patients devraient avoir accès pour des affections particulières, comme la dépression ou la maladie pulmonaire obstructive chronique, en se fondant sur les meilleures données probantes disponibles.

## La performance du système de santé en Ontario — points saillants de 2017

| Élément de qualité*                | Résultats positifs   | Marge d'amélioration  | Pas de changement  |
|------------------------------------|--|---|--|
| <b>Efficacité</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Obésité, tabagisme et inactivité physique</li> <li>Mortalité prématurée (années potentielles de vie perdues)</li> <li>Dépistage du cancer colorectal à faire</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi avec un médecin après l'hospitalisation en raison de maladie pulmonaire obstructive chronique ou d'insuffisance cardiaque</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi d'un médecin après hospitalisation pour maladie mentale ou toxicomanie</li> <li>Réinsertion hospitalière dans les 30 jours pour maladie mentale ou toxicomanie</li> </ul> |
| <b>Rapidité</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Durée du séjour et temps d'attente (pour les patients non admis à l'hôpital) pour l'évaluation initiale par un médecin au service des urgences</li> <li>Temps d'attente pour un tomodensitogramme et une imagerie par résonance magnétique</li> <li>Temps d'attente pour que les patients atteints d'un cancer voient un chirurgien et subissent une chirurgie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Accès après les heures d'ouverture à un fournisseur de soins primaires</li> <li>Durée du séjour aux services des urgences pour les patients admis à l'hôpital</li> <li>Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche, les arthroplasties et du genou</li> <li>Première consultation au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Accès à un fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant</li> </ul>  |
| <b>Soins axés sur les patients</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Douleur vécue par les résidents dans les maisons de soins de longue durée</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Visites à domicile par un médecin pendant les 30 derniers jours de vie du patient</li> <li>Services de soins à domicile dans les 30 derniers jours de vie du patient</li> <li>Détresse chez les aidants naturels des patients à domicile</li> <li>Les patients à domicile avec une douleur sévère quotidienne</li> <li>Participation des patients à domicile dans leur plan de soins</li> </ul>                        |  |
| <b>Sécurité</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation de médicaments antipsychotiques dans les maisons de soins de longue durée</li> <li>Utilisation des contraintes physiques dans les maisons de soins de longue durée</li> </ul>   |   |  |
| <b>Efficience</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Continuité des soins primaires</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Total des dépenses en santé par personne</li> <li>Dépenses en santé liées aux médicaments par personne</li> <li>Consultations aux urgences non prévues</li> <li>Lits d'hôpitaux occupés par des patients qui pourraient recevoir des soins ailleurs</li> <li>Visites au service des urgences pour des affections qui, selon les patients, auraient pu être traitées par leur fournisseur de soins primaires</li> </ul> |  |
| <b>Équitable</b>                   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Éprouver de graves problèmes pour payer les frais médicaux ou en être incapable</li> <li>Mortalité prématurée (années potentielles de vie perdues) variation selon la région</li> <li>Accès du même jour ou de l'autre jour à une variation du fournisseur de soins primaires selon la région</li> <li>En retard pour la variation du dépistage du cancer colorectal par les quartiers de revenu</li> </ul>            |  |

\* Les éléments de qualité identifiés dans Qualité des services de santé Ontario, *La qualité ça compte*, qui a été élaboré pour guider le système de santé en Ontario afin d'améliorer les soins aux patients, à leurs familles et aux aidants naturels, et à soutenir les fournisseurs de soins de santé.

### LÉGENDE

● Notre santé

● Soins primaires

● Maladies mentales et dépendances

● Soins hospitaliers

● Intégration du système

● Soins à domicile

● Soins de longue durée

● Soins palliatifs

● Dépenses en santé



# Introduction

Photo de Gordon  
prise par Roger Yip.



# Améliorer la surveillance du système de santé

**Au moyen du rapport *À la hauteur 2017*, Qualité des services de santé Ontario entame sa deuxième décennie de production de rapports à l'intention de la population de l'Ontario sur le rendement de son système de soins de santé.** Comme l'illustrent les changements apportés à ce rapport au fil des ans, refaire cet exercice pour la 11<sup>e</sup> fois ne signifie pas se reposer sur une formule éprouvée. Bien entendu, l'objectif est l'amélioration pour que chaque rapport annuel soit plus informatif et accessible que le précédent.

*À la hauteur* est par conséquent plus court cette année et il met l'accent sur un plus petit groupe d'indicateurs clés. En outre, le rapport a été refondu pour faciliter la compréhension des renseignements présentés.

Toutefois, ce qui reste inchangé c'est l'objectif général de *À la hauteur*, qui est de donner un aperçu de la qualité du système de santé de l'Ontario et de cerner les domaines où le système fonctionne bien et ceux où des améliorations sont nécessaires. Il faut entre autres savoir dans quelle mesure le système de santé fonctionne dans les différentes régions et pour les différents groupes, notamment les personnes à faible revenu ou ayant un niveau d'éducation moins élevé, afin d'évaluer si les soins de santé sont offerts équitablement à tous.

Pour la vue d'ensemble, *À la hauteur* utilise un ensemble d'indicateurs de rendement du système de santé élaborés par Qualité des services de santé Ontario en association avec des experts des soins de santé et des partenaires du système de santé, tels que des médecins, du personnel infirmier, des hôpitaux, des réseaux locaux d'intégration des services de santé et des fournisseurs de soins à domicile, ainsi que des patients et leur famille et des personnes soignantes.

Bien que le rapport *À la hauteur 2017* mette en lumière les principales conclusions, les résultats complets se trouvent dans le tableau supplémentaire disponible sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario. Ce site présente également une annexe technique au présent rapport, qui comprend des renseignements détaillés sur la méthodologie et les indicateurs utilisés.

## Au-delà des faits et des chiffres

Même si *À la hauteur* est plus court cette année, le rapport comprend toujours plusieurs histoires présentant les expériences personnelles des patients, des personnes soignantes et des fournisseurs de soins de santé. Ces récits ajoutent un point de vue humain à tous ces faits et chiffres et bien souvent, ils expriment mieux que toute colonne de chiffres ou ligne de points sur un graphique pourquoi un élément devrait changer.

## Nouveautés en 2017

Cette année, le rapport *À la hauteur* présente trois indicateurs pour la première fois.

L'indicateur de la continuité des soins dans le chapitre sur les soins primaires montre si les gens reçoivent des soins continus et uniformes au fil du temps prodigués par un seul médecin de soins primaires comme leur médecin de famille. Une continuité des soins élevée a été associée à de meilleurs résultats, ainsi qu'à une plus grande satisfaction pour les patients.

Dans le chapitre sur les soins hospitaliers, le nouvel indicateur du temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin fournit des renseignements sur combien de temps les Ontariennes et les Ontariens doivent attendre pour voir un médecin lorsqu'ils se rendent au service des urgences pour des soins. Cette attente est mesurée à partir du moment où le patient est évalué (« a fait l'objet d'un triage ») ou inscrit – selon la première éventualité – au moment où il est vu pour la première fois par le médecin.

Le troisième nouvel indicateur, que l'on retrouve aussi dans le chapitre sur les hôpitaux, est conçu pour présenter un portrait plus complet du délai d'attente pour obtenir des soins, pour les gens ayant besoin d'une intervention chirurgicale oncologique. Au cours des années précédentes, *À la hauteur* présentait la durée de l'attente des patients pour leur intervention chirurgicale, après avoir décidé de la subir, en collaboration avec leur chirurgien. Cette année, on a ajouté un indicateur qui mesure le temps que les patients ayant besoin

d'une intervention chirurgicale oncologique attendent pour leur premier rendez-vous avec un chirurgien. Ensemble, ces deux indicateurs aident à montrer le temps d'attente en Ontario pour subir une intervention chirurgicale après avoir reçu un diagnostic de cancer.

## Somme toute

Afin de préparer le présent rapport, Qualité des services de santé Ontario a travaillé en partenariat avec plusieurs organismes qui recueillent et conservent des données sur le système de santé de la province. Les plus récentes données disponibles sont utilisées pour le rapport et, dans la mesure du possible, les données permettant une comparaison du rendement sur un certain nombre d'années sont présentées.

Pour plusieurs indicateurs, les comparaisons régionales du rendement sont fondées sur les données disponibles pour les régions géographiques couvertes par chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province (**Figure 1.1**). Les RLISS, financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, sont responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services de soins de santé dans leur région.

Pour la première fois dans le rapport *À la hauteur* cette année, les résultats de certains indicateurs sont aussi fournis pour les sous-régions des RLISS. Les données des sous-régions couvrent de plus petites régions de planification

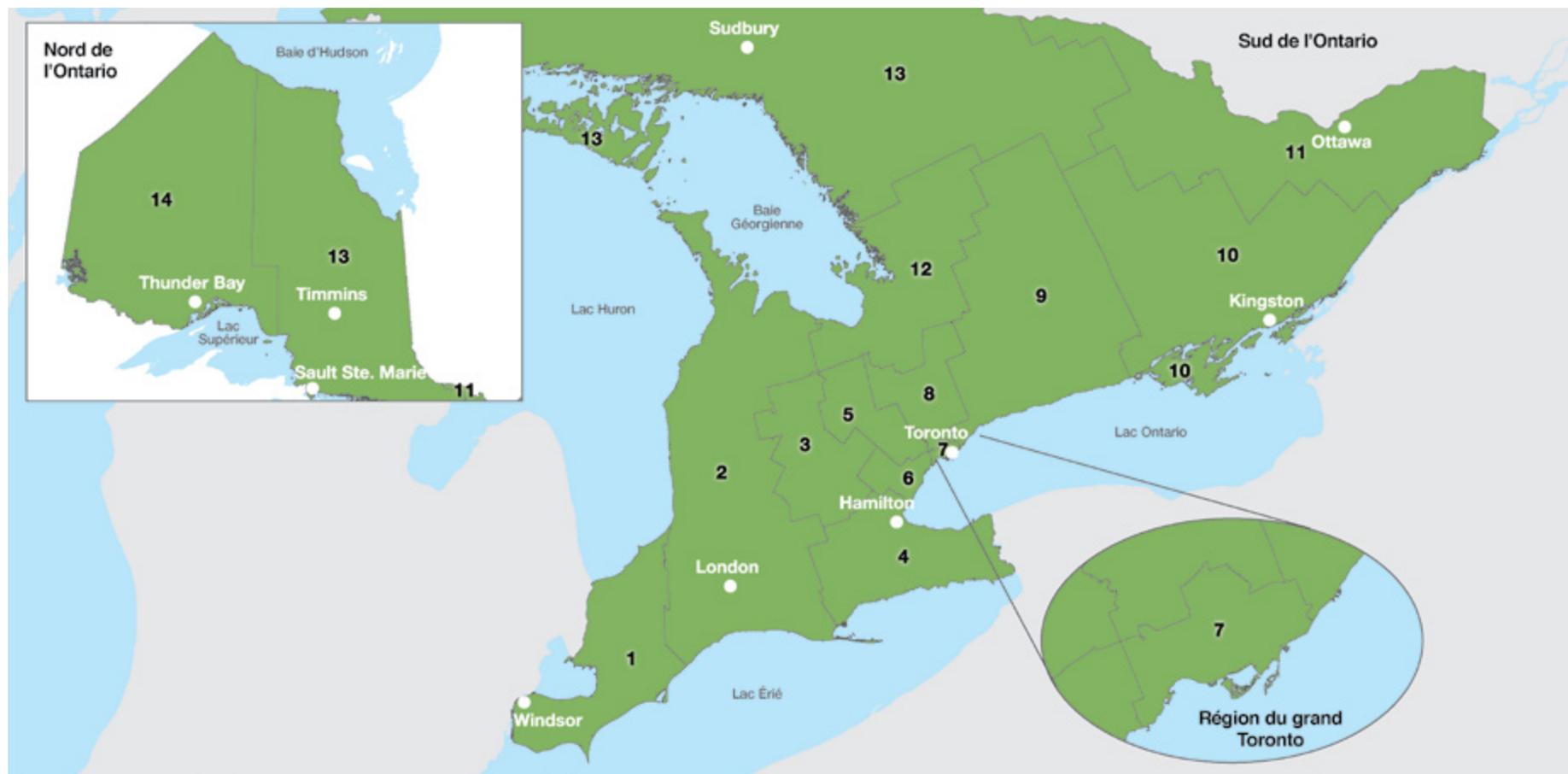
géographiques, ce qui permet d'offrir une meilleure compréhension du rendement du système de santé et des besoins des patients à l'échelle locale.

Afin de fournir un certain point de vue du rendement global du système de santé dans cette province, *À la hauteur* compare l'Ontario aux autres provinces et au Canada dans son ensemble, en plus de pondérer les résultats de l'Ontario au rendement du système de santé d'autres pays développés.

Certaines des comparaisons internationales sont facilitées par la collaboration continue entre Qualité des services de santé Ontario et le Fonds du Commonwealth qui élargit la participation de l'Ontario dans les sondages internationaux annuels sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth. Les sondages comprennent habituellement le Canada, l'Australie, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis. De nombreuses façons, ces pays sont semblables à l'Ontario sur les plans économiques et démographiques et ils offrent donc des points de comparaison utiles pour les indicateurs du système de santé.

Le rapport utilise aussi des données sur la santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques, qui comprennent les onze mêmes pays.

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



#### Ontario RLISS

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

## **CHAPITRE 2**

# Notre santé

Le présent chapitre met en lumière les résultats pour les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés à la santé de la population de l'Ontario suivants :

- Mortalité prématurée
- Obésité, tabagisme et inactivité physique
- Des résultats supplémentaires pour les indicateurs relatifs à la santé des Ontariennes et des Ontariens se trouvent dans le tableau technique supplémentaire.



Photo de Andy  
prise par Roger Yip.

## ●●● EXPÉRIENCES CONCRÈTES

## Le programme Homeward Bound – l'expérience d'Andy : « Il faut croire en soi »

« **Homeward Bound m'a sauvé la vie. J'étais sur le point de tout abandonner quand je les ai rencontrés** », confie Andy, un homme autochtone transgenre de 42 ans souffrant d'une maladie mentale, qui maintenant, après avoir vécu dans la rue, dans des refuges et chez des amis, dispose enfin de sa première vraie résidence depuis 10 ans grâce au programme Homeward Bound de De dw da dehs nye> s, axé sur les populations Autochtones.

L'amie d'Andy, elle-même cliente du programme, l'a convaincu d'en faire l'essai malgré les mauvaises expériences qu'il avait vécues ailleurs. « Certains refuges m'ont jeté dehors. Un programme de logement pour hommes m'avait mis sur une liste d'attente, mais son personnel n'utilisait que mon prénom à la naissance, Amanda... C'est à mes yeux un mensonge par rapport à qui je suis. Je ne peux plus le supporter. »

Dès la première visite, le programme Homeward Bound a agi différemment, affirme Andy. « Tyson [son gestionnaire de cas] m'a apporté des documents dans lesquels mon prénom était "Andy". Il m'a aussi parlé d'une tradition autochtone où il est dit que les personnes transgenres sont "nées avec deux esprits et ont donc plus de sagesse à partager... Personne ne me traite comme un "être indéfini" dans ce programme. Personne ne dit : "Qui naît de sexe féminin demeure de sexe féminin" comme j'ai entendu dans d'autres endroits. »

En l'espace d'un mois, Tyson a aidé Andy à trouver un studio; en outre, le programme Homeward Bound lui a fourni des fonds destinés à l'achat de

meubles. Le revenu d'Andy provient du programme Ontario au travail; en outre, il reçoit mensuellement un supplément au loyer de 250 \$ de la part de la ville de Hamilton pendant une durée de cinq ans.

Andy travaille dur pour surmonter une agoraphobie paralysante (c.-à-d. la peur des étrangers et de quitter son chez-soi) afin de pouvoir se déplacer en ville à bicyclette pour aller rencontrer Michelle, son infirmière praticienne (qui fait partie du programme Homeward Bound), ainsi que son thérapeute et pour participer à des cours d'art, à des excursions et à des activités culturelles autochtones.

Andy a été surpris d'apprendre qu'il avait été adopté – et qu'il était d'origine autochtone – lorsqu'un membre de sa famille a laissé échapper cette information l'année dernière. « Ma culture autochtone devient plus importante à mes yeux... Je poursuis mon parcours de guérison, affirme-t-il. Avant, ce n'était que médicaments et psychiatres – et pas les meilleurs, mon état ne s'est jamais amélioré. » Il a reçu des diagnostics de trouble de stress post-traumatique, de dépression, d'anxiété et de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ainsi que d'agoraphobie.

Homeward Bound a aiguillé Andy vers les services de santé mentale offerts au centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones De dwa da dehs nye> s et lui a présenté Selby Harris, conseiller au Hamilton Regional Indian Centre qui rencontre Andy chaque semaine parfois dans la nature ou chez Andy lorsque celui-ci n'est pas en mesure d'affronter le monde extérieur.

Le programme Homeward Bound a également aidé Andy à trouver un nouveau médecin de famille qui se spécialise dans les soins aux personnes transgenres. « C'est merveilleux!, s'exclame Andy. Ce médecin est vraiment respectueux et m'appelle toujours "Andy" même si le prénom inscrit sur ma carte Santé est Amanda. » (Il a d'ailleurs appris qu'il pourra le changer s'il parvient à faire modifier le sexe indiqué dans son certificat de naissance, une démarche qu'il a entamée.)

Tyson visite Andy à son domicile chaque semaine. « Il s'informe toujours de mes besoins. Une fois, je lui ai dit que j'avais besoin de peindre. Il est alors sorti, puis est revenu avec un sac contenant des toiles, des tubes de peinture et des pinceaux, relate Andy, dont les yeux s'illuminent tout à coup. Je fais de l'art depuis mon enfance. Je peins mes sentiments. » Les murs de son appartement sont couverts d'œuvres d'art abstraites.

Andy est fier de ses 16 années sans consommation de drogues et de ses trois mois sans coupures et autres formes d'automutilation. « Je sors et parle davantage. Je m'adonne aussi à la purification par la fumée [en brûlant des plantes médicinales traditionnelles]. Je continue d'apprendre en cours de route. » Il montre le nouveau tatouage sur son poignet gauche : un petit arbre sombre avec des racines, directement surmonté, en caractères gras majuscules, par les mots « BELIEVE IN YOURSELF » (crois en toi). Il compte se faire tatouer d'autres racines remontant le long de son bras.

« Je développe mes racines, car j'ai maintenant un foyer et une communauté. »

# Se pencher sur les obstacles régionaux et socio- économiques au bien-être



**Il existe de nombreuses façons d'examiner la santé d'une population.** Les taux de mortalité prématurée indiquent si la maladie ou des blessures réduisent la vie des gens. Les taux de tabagisme, d'obésité et d'inactivité physiques représentent certains des risques qui compromettent la santé des gens. Ces indicateurs n'offrent pas une image complète de la santé de la population, mais leur examen offre des occasions de cerner les tendances en matière de santé et les risques pour la santé, mais aussi de prendre des mesures concernant ceux-ci grâce à des initiatives de politiques et des soins préventifs.

Les taux de décès prématurés ont diminué considérablement au fil du temps en Ontario, mais ce n'est pas tout le monde qui a en profité également, comme le démontre la variation considérable des taux entre les régions de la province. Les iniquités régionales dans les soins de santé que les gens reçoivent doivent être reconnues et corrigées, tout comme les iniquités dans les déterminants socioéconomiques de la santé, notamment le revenu, l'éducation et la situation d'emploi.

Les données sur le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique montrent des variations importantes dans la prévalence de ces facteurs de risque entre les différents groupes d'Ontariennes et d'Ontariens. Les taux de cigarette, d'obésité et d'inactivité physique sont souvent plus élevés chez les groupes ayant des niveaux d'études ou des revenus inférieurs, et varient également selon le sexe et la région de résidence.

## Principale Conclusion 1

### Les taux de mortalité prématurée varient énormément dans l'ensemble de l'Ontario

Il existe des différences importantes entre les régions de l'Ontario quant aux années potentielles de vie perdues chez leurs résidents. Le nombre d'années potentielles de vie perdues et le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide sont les plus élevés dans les régions du Nord de la province.

## Principale Conclusion 2

### Les risques pour la santé varient selon l'éducation, le revenu et le lieu de résidence

Le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique – certains des facteurs de risque bien connus ayant une incidence sur la santé – varient en Ontario selon le niveau d'éducation, le niveau de revenu et le lieu de résidence des gens. Les taux sont souvent plus élevés chez ceux qui ont moins d'éducation ou à faible revenu.

## Années potentielles de vie perdues en raison de la mortalité prématurée

Les habitants de l'Ontario vivent plus longtemps. Une personne née en 2011-2013 - les dernières années pour lesquelles des données sont disponibles - a une espérance de vie de 82,2 ans, comparativement à 80,8 ans pour une personne née en 2005-2007. Cette chapitre fournit une autre perspective sur les tendances de la mortalité dans la province en examinant les années potentielles de vie perdues en raison d'un décès prématuré. Au Canada, un décès avant l'âge de 75 ans est considéré comme étant prématuré. Ainsi, une personne décédée à 60 ans serait considérée comme ayant perdu 15 années potentielles de vie et une personne décédée à 73 ans serait comptabilisée comme ayant perdu deux années potentielles de vie.

Les années potentielles de vie perdues collectivement par toutes les personnes d'une population, comme l'Ontario dans son ensemble, sont additionnées pour calculer le taux d'années potentielles de vie perdues par tranche de 100 000 personnes. Donc, plus le nombre de personnes mourant avant l'âge de 75 ans en Ontario est élevé et plus elles meurent tôt avant l'âge de 75 ans, plus le taux des années potentielles de vie perdues de la province sera élevé.

Une plus grande disponibilité des soins de santé de qualité supérieure en temps opportun, ainsi qu'une réduction du tabagisme,

de l'obésité et des autres risques pour la santé, diminueraient les années potentielles de vie perdues. Tout comme le feraient des améliorations aux déterminants socioéconomiques de la santé, comme l'éducation et le revenu, que des études ont démontrés comme pouvant avoir une incidence sur l'accès aux soins et les risques pour la santé. [1,2] Des efforts ciblés visant des problèmes de santé particuliers, comme le nombre élevé de décès causés par une surdose aux opioïdes en Ontario auraient également une incidence sur le nombre d'années potentielles de vie perdues.

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure les années potentielles de vie perdues en raison de décès prématurés – soit avant l'âge de 75 ans – par tranche de 100 000 personnes.

- Le taux d'années potentielles de vie perdues par tranche de 100 000 personnes a diminué de façon constante en Ontario entre 2003 et 2013, passant de 5 120 années à 4 221 années par 100 000 personnes. (**Figure 2.1**)
- Le taux d'années potentielles de vie perdues était presque 2,5 fois plus haut dans la région du RLISS affichant le taux le plus élevé, soit la région du RLISS du Nord-Ouest avec 7 647 années par 100 000 personnes, que celui de la région affichant le taux le plus bas, soit la région du RLISS du Centre-Toronto avec 3 026 années par 100 000 personnes, pendant la période allant de 2011 à 2013. Il y avait également une importante variation entre les autres régions des RLISS.

- Les décès par suicide comptent pour un grand nombre des années potentielles de vie perdues puisqu'il s'agit d'une cause majeure de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans. [3] Les suicides chez les adolescents ont été particulièrement élevés dans certaines des collectivités de l'Ontario. [4] Le taux d'années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide était cinq fois plus élevé dans la région du RLISS du Nord-Ouest, soit 776 années par 100 000 personnes, que dans la région du RLISS de Mississauga Halton, soit 155 années par 100 000 personnes, pendant la période allant de 2010 à 2012. Il y avait aussi une importante variation de ce taux entre les autres régions des RLISS.
- En 2013, l'Ontario affichait le taux le plus bas d'années potentielles de vie perdues prématurément au Canada, avec 4 221 années par tranche de 100 000 personnes. Le Québec était au deuxième rang avec 4 327 années, suivi de la Colombie-Britannique qui affichait 4 355 années. Le taux le plus élevé des provinces se trouvait en Saskatchewan, avec 6 062 années.

## Crise émergente en matière de santé publique

Les surdoses d'opioïdes coûtent la vie à des milliers de Canadiennes et Canadiens de tous âges et de tous milieux, dans le cadre de ce que l'Agence de la santé publique du Canada a décrit comme étant une crise des opioïdes. [5] Au cours des six premiers mois de 2016, 412 personnes en provenance de l'Ontario sont mortes en raison de la surdose d'opioïdes, contre 371 au cours de la même période de 2015, ce qui représente une augmentation de 11 %. [6] Les visites au service des urgences en Ontario pour cause d'empoisonnement aux opioïdes ont augmenté de 24 % entre 2010-2011 et 2014-2015, passant de 20,1 à 24,9 personnes sur 100 000. [7]

Bien que les décès liés aux opioïdes dans la province aient augmenté considérablement au fil des ans chez tous les groupes d'âge, ils sont plus fréquents chez les jeunes. En 2010, près d'un décès sur huit parmi les personnes de 24 à 35 ans était apparenté aux opioïdes. [8]

Les opioïdes sont prescrits pour soulager la douleur, y compris chez les personnes qui reçoivent des soins palliatifs en fin de vie. Les opioïdes comprennent un large éventail de médicaments apparentés à la morphine. Ils changent la façon dont le cerveau perçoit la douleur et peuvent générer un sentiment d'exaltation et de détente chez les gens qui en prennent. [9] En 2015-2016, 9,2 millions d'ordonnances pour des opioïdes ont été

rédigées en Ontario, ce qui représente une hausse de 5 % par rapport à 2013-2014. [10] L'Ontario a les taux les plus élevés de prescription d'opioïdes au Canada et le Canada a le taux de prescription le plus élevé au monde. [11]

Toutefois, étant donné que les opioïdes peuvent créer une dépendance, certaines personnes qui en prennent au départ pour atténuer la douleur peuvent finir par ressentir des effets physiques ou psychiques négatifs. Des études semblent indiquer que plus d'une personne sur huit à qui l'on prescrit des opioïdes pour soulager la douleur chronique développera une dépendance à ces médicaments. [12] Il existe également un risque que les personnes qui développent une dépendance essaieront d'obtenir des opioïdes illégalement s'ils ne peuvent obtenir une ordonnance. Cela augmente le risque de surdosage fatal car les opioïdes obtenus illégalement peuvent être laced avec du fentanyl, ce qui peut être fatal même en très faibles quantités. [13]

Malgré les préoccupations croissantes quant aux préjudices potentiels des opioïdes et à l'augmentation des taux de dépendance et de décès par surdose qui leur sont attribuables, [14] les personnes en Ontario ont rempli plus de 9 millions de prescriptions pour les opioïdes en 2015/16, en hausse de près de 450 000 prescriptions de trois ans plus tôt.

## Facteurs de risque qui ont une incidence sur la santé

Les études laissent entendre que les maladies non transmissibles comme la cardiopathie, le cancer et le diabète sont à l'origine d'environ les deux tiers de tous les décès, et que ces maladies peuvent être évitées la plupart du temps en modifiant les facteurs de risque comme le tabagisme, l'obésité, l'inactivité physique, la consommation excessive d'alcool et la mauvaise alimentation. [15,16] Le cancer, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux sont les trois principales causes de décès au Canada. [17]

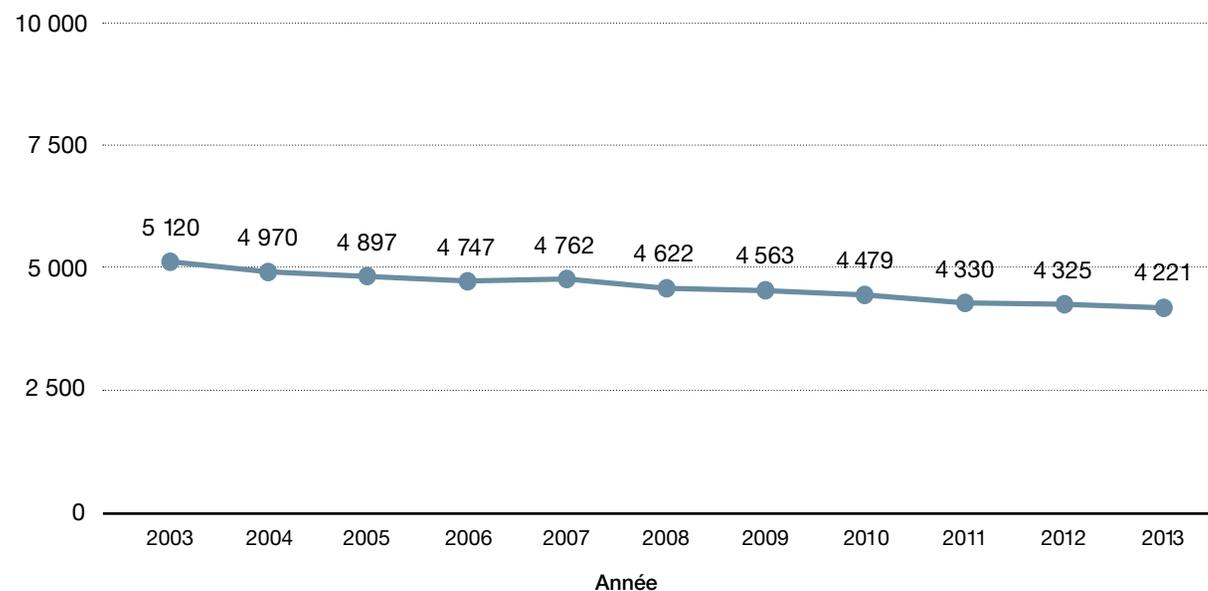
Une étude canadienne a révélé que les facteurs de risque comme le tabagisme, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique réduisaient de 7,5 années l'espérance de vie globale en Ontario, alors qu'une autre étude concluait qu'ils réduisaient de 6 années l'espérance de vie au Canada. [18,19]

Les maladies chroniques comme la maladie pulmonaire obstructive chronique et le diabète, qui sont associées à des facteurs de risque tels que le tabagisme et l'inactivité physique, étaient responsables de 79 % des décès en Ontario en 2007. [20]

La réduction ces facteurs de risque qui influent sur la santé est un élément important des politiques de santé dans le monde entier. Toutefois, le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique sont généralement plus fréquents chez les personnes à faible revenu, ayant au niveau d'éducation limité, vivant en régions éloignées ou aux prises

**FIGURE 2.1** Années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes,\* en Ontario, 2003-2013

Pour 100 000 personnes



Source de données : Statistique Canada. Tableau 102-4316 – Mortalité prématurée et potentiellement évitable,\* au Canada, \*taux ajusté selon l'âge



### Indicateur : Années potentielles de vie perdues

Cet indicateur mesure les années potentielles de vie perdues en raison de décès prématurés par tranche de 100 000 personnes. Un décès prématuré se définit comme étant un décès avant l'âge de 75 ans.

avec d'autres désavantages sociaux. [21,22,23] Par conséquent, s'attaquer aux iniquités découlant de déterminants socio-économiques de la santé tels que le revenu, le niveau d'éducation et le lieu de résidence peut jouer un rôle clé dans la réduction des comportements à risque et ainsi offrir à tous les mêmes chances de jouir d'une bonne santé.

## Conclusions et variations

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré s'adonner quotidiennement ou occasionnellement au tabagisme ainsi que le pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui étaient obèses ou inactives. Les données relatives au niveau d'éducation ne s'appliquent qu'aux personnes âgées de 25 ans et plus.

### Tabagisme

- En 2015, 17,2 % des Ontariennes et Ontariens âgés de 12 ans et plus ont déclaré s'adonner quotidiennement ou occasionnellement au tabagisme. Les taux de tabagisme dans les autres provinces canadiennes se situaient entre 13,6 % en Colombie-Britannique et 24,5 % à Terre-Neuve et Labrador.
- Les taux de tabagisme variaient beaucoup d'une région à l'autre des RLISS en Ontario en 2015, allant de 12,1 % dans la région du RLISS de Mississauga Halton à 23,7 % dans la région du RLISS du Nord-Est.

- Les taux de tabagisme étaient plus élevés chez les hommes (20,3 %) que chez les femmes (14,4 %), chez les personnes ayant une scolarité inférieure au niveau secondaire (26,0 %) comparativement aux personnes titulaires d'un diplôme postsecondaire (13,9 %) et chez les personnes appartenant au cinquième de la population dont le niveau de revenu par ménage est le plus bas (23,4 %) par rapport aux personnes appartenant au cinquième dont le niveau de revenu par ménage est le plus élevé (14,3 %). (**Figure 2.2**)

### Obésité

- En 2015, 18,4 % des Ontariennes et Ontariens âgés de 18 ans et plus étaient obèses. Le taux d'obésité de l'Ontario était le troisième plus bas parmi les provinces canadiennes, après ceux de la Colombie-Britannique (13,7 %) et du Québec (16,4 %). Terre-Neuve et Labrador affichait le taux le plus élevé, soit 32,1 %.
- Une grande variation a été constatée dans les taux d'obésité d'une région à l'autre des RLISS en Ontario en 2015. Ce taux se situait à 13,7 % dans la région du RLISS de Mississauga Halton, comparativement à 27,7 % dans la région du RLISS d'Érié St-Clair.
- Les taux d'obésité étaient plus élevés chez les hommes (20,0 %) que chez les femmes (17,0 %), chez les personnes ayant une scolarité inférieure au niveau secondaire (22,9 %) que chez celles

titulaires d'un diplôme postsecondaire (9,8 %) et chez les personnes vivant dans des régions rurales (22,4 %) que chez celles vivant dans des régions urbaines (17,9 %). (**Figure 2.2**)

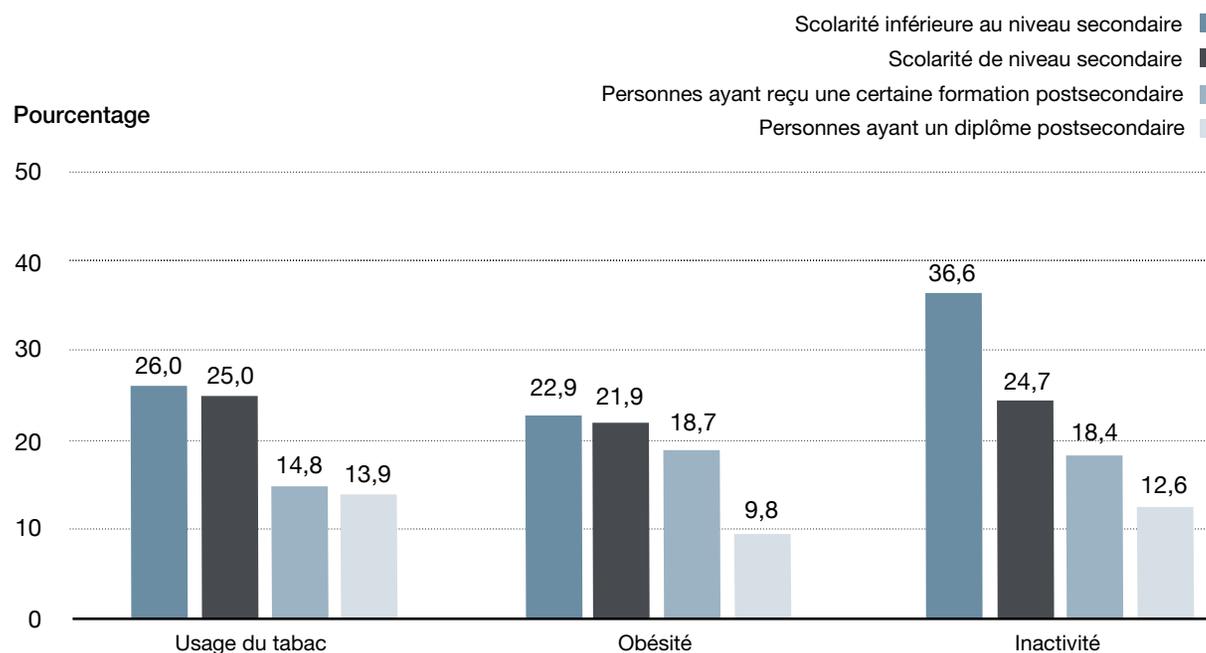
### Inactivité physique

- En 2015, 20,5 % des Ontariennes et Ontariens âgés de 18 ans et plus ont déclaré être physiquement inactifs. Le taux d'inactivité en Ontario se situait dans la moyenne des provinces canadiennes, la Colombie-Britannique affichant les meilleurs résultats (15,4 %) et Terre-Neuve et Labrador les pires (28,0 %).
- Les taux d'inactivité physique en 2015 étaient plus élevés chez les femmes (21,7 %) que chez les hommes (19,2 %), chez les personnes ayant une scolarité inférieure au niveau secondaire (36,6 %) comparativement aux personnes titulaires d'un diplôme postsecondaire (12,6 %), chez les personnes appartenant au cinquième de la population dont le niveau de revenu par ménage est le plus bas (27,2 %) par rapport aux personnes appartenant au cinquième dont le niveau de revenu par ménage est le plus élevé (13,3 %) et chez les personnes vivant dans des régions rurales (23,7 %) que chez celles vivant dans des régions urbaines (20 %). (**Figure 2.2**)

### Indicateurs : Tabagisme, obésité et inactivité physique

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré s'adonner quotidiennement ou occasionnellement au tabagisme et le pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui étaient obèses (dont l'indice de masse corporelle est supérieur à 30) compte tenu de la taille et du poids qu'elles avaient déclarés, et ayant indiqué n'avoir pratiqué aucune activité physique modérée ou soutenue d'une durée minimale de dix minutes au cours d'une semaine.

**FIGURE 2.2** Pourcentage\* de personnes âgées de 25 ans et plus qui ont déclaré s'adonner quotidiennement ou occasionnellement au tabagisme, qui étaient obèses compte tenu du poids et de la taille qu'elles avaient déclarés et ayant indiqué être physiquement inactives en Ontario, selon le niveau d'éducation, 2015



Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015, fournie par Statistique Canada. Résultats fondés sur les données d'une nouvelle Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes dans laquelle des modifications ont été apportées aux définitions et à la méthodologie. \* Age ajusté



## **CHAPITRE 3**

# Soins primaires

Le présent chapitre met en lumière les résultats des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité ci-après liés aux soins primaires.

- Continuité des soins primaires.
- Accès à des soins primaires le jour même ou le lendemain.
- Accès à un fournisseur de soins primaires après les heures d'ouverture normales.
- Dépistage du cancer colorectal non effectué en temps voulu.

D'autres résultats des indicateurs de soins primaires sont présentés dans le tableau supplémentaire sur les caractéristiques techniques.



Photo de Lilac  
prise par Roger Yip.

## ●●● EXPÉRIENCES CONCRÈTES

# Lilac : Une médecin à qui confier sa vie

**Âgée de 51 ans**, Lilac affirme qu'elle a survécu et s'est épanouie au cours de sa longue lutte contre une maladie rénale en grande partie grâce aux soins continus prodigués par la même médecin de famille. « Je lui confie ma vie », dit-elle en parlant de sa médecin de famille, et c'est exactement ce qu'elle a dû faire.

Après six ans sans médecin de famille, Lilac a noté « mes jambes et mes pieds ont commencé à enfler et je pouvais sentir le sang circulant dans mon corps en raison d'une hypertension »; elle a donc pris le nom d'un médecin conseillé par un ami. Lors de sa première et unique visite chez ce fournisseur de soins primaires, Lilac indique qu'on lui a dit « d'attendre nue à partir de la taille... et lorsque la médecin est entrée, elle n'a rien fait pour remédier à la situation », se rappelle-t-elle, toujours bouleversée par l'incident. Elle n'a pas revu ce fournisseur de soins primaires et a poursuivi ses recherches pour trouver un nouveau médecin de famille. « J'ai besoin de sentir de l'empathie de leur part et de ne pas être traitée comme un numéro. »

Sur le conseil d'un collègue de travail, en qui elle avait confiance, elle a trouvé son médecin de famille actuel avec laquelle elle s'est sentie à l'aise et qui, après des tests, lui a immédiatement recommandé un spécialiste des maladies rénales. « Une forte rétention d'eau m'a fait gonfler au point de voir s'imprimer la chaise sur ma peau », raconte-t-elle. Le spécialiste a ordonné une biopsie et lui a prescrit des médicaments, tout en vérifiant son état quelques jours plus tard.

À 36 ans, on lui a diagnostiqué une première, puis une seconde maladie rénale; Lilac se rappelle qu'elle était terrifiée en pensant à l'avenir. Jeune adulte, elle a perdu son père qui a subi un arrêt cardiaque au cours d'une dialyse; il avait 57 ans. Elle était très près de lui et Lilac affirme que les souvenirs de ses hospitalisations ont refait surface lorsqu'elle a commencé sa propre dialyse.

Une fois diagnostiquée, elle a eu du mal à gérer ses sentiments par rapport au diagnostic. « C'était mon choix de garder cela pour moi-même. J'associais cela à un échec personnel... [et] ma mère ne voulait pas que je parle de ma maladie avec d'autres personnes de sa connaissance. C'est culturel », mentionne Lilac, une Sino-Canadienne de première génération. « Il y a une stigmatisation de perdre la face, pas envers notre famille, mais envers d'autres qui pourraient me juger ».

Tout a changé en 2012 à l'âge de 46 ans au moment où Lilac commençait une dialyse, un traitement qui l'obligeait à passer jusqu'à 18 heures par semaine à l'hôpital, branchée à des machines extrayant des déchets et de l'eau hors de son sang. Elle a rencontré un autre patient dialysé qui cachait également sa maladie aux gens. « Son isolement auto-imposé avait fait de lui un homme très seul », se rappelle Lilac, qui a décidé de commencer à afficher des mises à jour sur son blogue pour mentionner aux bons amis dans sa vie que, malgré sa maladie, elle continuait à vivre.

Lilas a eu un pneumothorax (poumon affaîssé) en raison de complications liées à une dialyse péritonéale. En 2013, alors qu'elle poursuivait sa dialyse, on lui a fait passer des examens pendant un an à l'hôpital pour déterminer si elle pouvait survivre à une transplantation rénale. En 2014, après avoir été officiellement approuvée pour être inscrite sur la liste de receveurs de greffe, Lilac a été extrêmement reconnaissante de recevoir un rein en quelques mois (on lui avait dit que l'attente serait de 4 à 6 ans). Elle était contente que sa mère, alors âgée de 83 ans, ait vécu assez longtemps pour voir sa fille recevoir un nouveau rein et retrouver la santé; la mère de Lilac est décédée huit semaines plus tard.

Lilac aide maintenant les autres : à titre de bénévole dans le cadre du programme de partenariat avec les patients pour aider à la planification

hospitalière générale et à la prise de décision à l'hôpital de Toronto où elle a été traitée; comme intervenante externe sur le Conseil de faculté de l'Institut Bloomberg de l'Université de Toronto; elle agit aussi comme bénévole de soutien auprès des pairs avec la Fondation canadienne du rein.

La médecin de famille de Lilac l'a soutenue de façon indéfectible pendant toute cette période. « Je suis contente d'avoir eu la même médecin de famille tout au long de mes traitements; nous avons un passé ensemble, indique Lilac. C'est une femme mentalement forte qui avait l'habitude courir des marathons. Elle donne l'exemple; elle est demeurée empathique, fiable, et partage ses connaissances et agit avec transparence et honnêteté tout au long de ma lutte pour retrouver la santé. Bien que je la vois tous les deux ans pour un examen médical ou pour d'autres raisons médicales non liées à ma transplantation, mon équipe de transplantation lui envoie régulièrement des mises à jour sur mon état de santé général. »

Lilac insiste sur le fait que sa médecin est plus qu'une simple clinicienne. Après une visite pour s'assurer que toutes les vaccinations sont compatibles pour un patient transplanté, « ma médecin a constaté que j'allais bientôt célébrer un anniversaire important. Elle a fermé son portable, s'est retournée vers moi et m'a dit : “ Vous avez fait face à votre mortalité, non pas une fois, mais bien deux, et vous avez survécu pour raconter votre histoire. Peu de gens ont eu à vivre cela avant d'avoir 50 ans. Cela mérite une célébration ”. Lorsque j'ai répondu : “ Comment aimeriez-vous célébrer? ”, ma médecin m'a dit : “ Il s'agit de vous, il s'agit de votre parcours. Cela dépend de ce que veulent votre tête et votre cœur ”. Ses compétences médicales ainsi que son côté spirituel en font une personne unique en tant que fournisseuse de soins primaires. »

# Principal point d'accès aux soins de santé



**Les médecins de famille et le personnel infirmier praticien sont habituellement le premier et principal point de contact stable des personnes avec le système de santé.** Ils prodiguent un large éventail de soins primaires, allant du diagnostic des maladies des patients à l'évaluation de leurs problèmes de santé, en passant par la prise en charge de leurs affections aiguës et chroniques et l'offre de soins préventifs et de conseils.

Collectivement, les fournisseurs de soins primaires jouent un rôle essentiel au sein du système de santé comme principal point d'accès à des médecins spécialistes comme les chirurgiens, les psychiatres, les cardiologues et les oncologues. De plus, ils jouent un rôle important en coordonnant les soins prodigués aux patients et en reliant les patients à d'autres professionnels et services de santé tels que les soins à domicile, les diététiciens et les services de consultation en matière de dépendances, de même qu'en les encourageant à subir des tests de dépistage de maladies comme le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus.

L'accès aux soins primaires est associé à des taux de maladie et de décès plus faibles, à une plus grande équité dans l'état de santé d'une population et à une réduction des coûts globaux du système de santé. [24,25]

Les Canadiennes et Canadiens ont indiqué dans les sondages que l'accessibilité, l'intégralité, la coordination et la continuité comptent parmi les caractéristiques les plus importantes des soins primaires qu'ils reçoivent. [26,27]

En Ontario, 94,3 % des personnes ont affirmé avoir accès à un fournisseur de soins primaires pour leurs soins réguliers. [28] De plus, des données qu'À la hauteur fournit pour la première fois cette année, démontrent que la majorité des Ontariennes et Ontariens, parmi ceux qui consultent un médecin de soins primaires au moins trois fois au cours d'une période de deux ans, reçoivent des soins primaires d'une continuité élevée d'un seul médecin.

Toutefois, il arrive souvent que les personnes en Ontario n'aient pas accès en temps opportun aux soins primaires lorsqu'elles en ont besoin. Plus de la moitié des Ontariennes et Ontariens interrogés ont déclaré ne pas pouvoir consulter leur médecin ou un autre fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'elles sont malades. De même, plus de la moitié ont déclaré éprouver de la difficulté à obtenir des soins médicaux sans se rendre à un service des urgences lorsqu'elles ont besoin de soins en dehors des heures d'ouverture normales. Un grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens ne reçoivent pas de tests de dépistage du cancer colorectal, l'un des cancers les plus fréquemment diagnostiqués en Ontario.

## Principale Conclusion 1

### **La plupart des Ontariennes et Ontariens reçoivent des soins de continuité élevée**

Plus de la moitié des Ontariennes et Ontariens qui ont consulté un médecin de soins primaires trois fois ou plus au cours des deux années précédentes avaient effectué au moins les trois quarts de leurs consultations chez le même médecin. Il est démontré qu'une continuité des soins élevée avec le même médecin se traduit par une meilleure qualité de soins et de meilleurs résultats pour les patients.

## Principale Conclusion 2

### **La plupart des Ontariennes et Ontariens ne peuvent consulter leur médecin rapidement lorsqu'ils sont malades**

Moins de la moitié des Ontariennes et Ontariens interrogés ont déclaré être en mesure de consulter leur médecin, du personnel infirmier praticien ou un autre fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'ils étaient malades, et aucune amélioration n'a été constatée pour cette constatation au cours des dernières années. De même, plus de la moitié des Ontariennes et Ontariens interrogés ont déclaré éprouver de la difficulté à obtenir des soins médicaux sans se rendre à un service des urgences lorsqu'elles avaient besoin de soins en dehors des heures d'ouverture normales, et cela ne s'est pas amélioré au cours des dernières années.

## Principale Conclusion 3

### Le lieu de résidence influe sur l'accès aux soins

La proportion d'Ontariennes et Ontariens interrogés qui ont déclaré pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'ils étaient malades ne variait pas selon le revenu. Toutefois, l'accès le jour même ou le lendemain qu'ont mentionné les répondants variait énormément d'une région à l'autre, ainsi que selon le fait qu'ils vivaient dans une région urbaine ou rurale. Une variation a également été observée par région et par lieu de résidence rural ou urbain dans l'accès déclaré aux soins après les heures d'ouverture normales et dans la continuité des soins avec le même médecin.

## Principale Conclusion 4

### Amélioration du taux de dépistage du cancer colorectal

Une proportion croissante d'Ontariennes et Ontariens âgés de 50 à 74 ans subissent le test de dépistage du cancer colorectal recommandé, mais près de quatre personnes sur dix étaient en retard pour subir un tel test en 2015.

## Continuité des soins primaires

Les études laissent entendre que lorsque des patients sont toujours vus par le même fournisseur de soins primaires et en mesure d'établir une relation avec ce fournisseur, ce fait peut améliorer leurs résultats en matière de santé et réduire la fréquence des consultations au service des urgences ou des hospitalisations. [29,30,31,32]

Les études associent également ce type de continuité des soins à de meilleurs soins préventifs pour les patients, à un meilleur respect du traitement de la part des patients et à un taux de satisfaction des patients plus élevé, ainsi qu'à une réduction des coûts des soins de santé et du nombre d'erreurs médicales. [33,34,35,36,37]

Toutefois, pour diverses raisons, les personnes ne peuvent pas toujours consulter le même professionnel de la santé pour recevoir des soins primaires. Leur fournisseur de soins primaires attiré n'est peut-être pas un professionnel de la santé ou peut ne pas être disponible dans un court délai ou après les heures d'ouverture normales. La pénurie de fournisseurs, les longues attentes pour obtenir un rendez-vous et l'absence de soins offerts après les heures d'ouverture normales ont toutes été associées à une faible continuité des soins. [38,39]

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la continuité des soins reçus par des personnes qui ont consulté un médecin de soins primaires au moins trois fois au cours des deux années précédentes. Pour cet indicateur, une continuité élevée se définit comme étant des patients qui effectuent 75 % ou plus de leurs consultations chez le même médecin de soins primaires, une continuité moyenne s'établissant entre 50 et 74 % et une faible continuité à moins de 50 %.

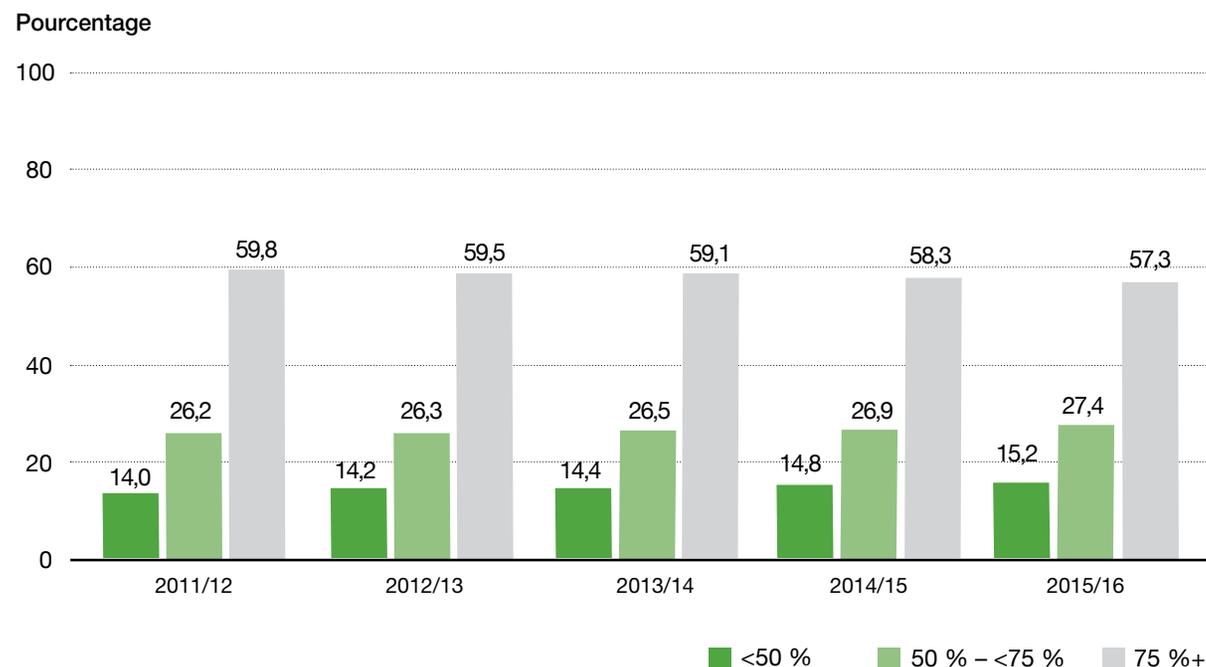
- En 2015-2016, parmi les Ontariennes et Ontariens qui ont effectué au moins trois consultations de soins primaires chez un médecin au cours des deux années précédentes, 57,3 % ont indiqué avoir bénéficié d'une continuité des soins élevée et 15,2 % d'une faible continuité. (**Figure 3.1**)
- La proportion de personnes qui ont indiqué bénéficier d'une continuité des soins élevée variait d'une région à l'autre des RLISS en Ontario, passant de 66,5 % dans la région du RLISS du Sud-Est à 49,8 % dans la région du RLISS du Centre-Ouest.
- La continuité des soins était plus élevée chez les résidents des régions rurales, dont 68,2 % ont indiqué bénéficier d'une continuité des soins élevée, comparativement à 64,9 % des résidents des régions urbaines moyennes et à 54,8 % des résidents des grandes régions urbaines.

### Indicateur : Continuité des soins primaires

Cet indicateur mesure les pourcentages de personnes qui ont signalé une continuité des soins primaires élevée, moyenne ou faible, chez les personnes qui ont consulté un médecin de soins primaires au moins trois fois au cours des deux années précédentes. Une continuité élevée se définit comme étant des patients qui effectuent 75 % ou plus de leurs consultations chez le même médecin de soins primaires, une continuité moyenne s'établissant entre 50 et 74 % et une faible continuité à moins de 50 %.

- La continuité des soins était moins élevée chez les jeunes, s'établissant à environ 45 % des personnes âgées d'au plus 44 ans ayant déclaré une continuité des soins élevée, comparativement à 65,1 % du groupe des 45 à 64 ans, 74 % du groupe des 65 à 79 ans et 75,3 % du groupe des 80 ans et plus.

**FIGURE 3.1** Pourcentage de personnes qui avaient effectué moins de 50 %, de 50 à 74 % ou 75 % et plus de leurs consultations chez un médecin de soins primaires avec le même médecin, Ontario, 2011-2012 à 2015-2016



Source des données : RASO, CAPE, BDPI, CPDB, PCCF fournis par l'ICES.

## Accès à un fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant

Bien que 94,3 % des Ontariennes et Ontariens aient déclaré avoir un fournisseur de soins primaires attitré, cela ne signifie pas toujours qu'ils obtiennent des soins primaires lorsqu'ils en ont besoin. Environ 20 % des personnes en Ontario qui ont un médecin de famille fréquentent des cliniques sans rendez-vous, ce qui laisse entendre qu'elles ne sont souvent pas en mesure de consulter leur fournisseur lorsqu'elles nécessitent des soins. [40]

Les personnes qui ne peuvent obtenir de rendez-vous avec leurs propres médecins peuvent également se rendre au service des urgences. Environ une consultation sur cinq au service des urgences au Canada, qu'effectuent des patients qui ne sont pas admis à l'hôpital, concerne des affections qui peuvent être traitées chez le médecin ou dans une clinique, comme les maux de gorge et les infections de l'oreille. [41]

Toutefois, des études laissent entendre que les personnes ne fréquentent pas nécessairement les services des urgences ou les cliniques sans rendez-vous parce que leur fournisseur de soins primaires n'est pas disponible, mais plutôt en raison de facteurs comme la commodité. [42]

Si les personnes pouvaient consulter leur fournisseur de soins primaires en temps opportun lorsqu'elles sont malades, cela pourrait contribuer à ce que leur état ne s'aggrave pas, et possiblement

éviter qu'elles requièrent des soins au service des urgences ou à l'hôpital. [43] Ou encore si elles souffrent d'une maladie chronique, un accès rapide à des soins peut éviter des consultations au service des urgences concernant cette maladie. [44,45]

### Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de personnes interrogées qui ont déclaré être en mesure de consulter leur fournisseur de soins primaires ou quelqu'un d'autre à son cabinet le jour même ou le lendemain lorsqu'elles sont malades ou ont un problème de santé.

- Dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé en 2016, 43,1 % des Ontariennes et Ontariens âgés de 16 ans et plus ont déclaré être en mesure d'obtenir un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires, ou un autre fournisseur de soins primaires dans son cabinet, le jour même ou le lendemain lorsqu'ils sont malades ou ont un problème de santé. Cet indicateur a très peu changé au cours des trois dernières années.
- Dans le Sondage international 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, 44 % des Ontariennes et Ontariens âgés de 18 ans et plus ont déclaré pouvoir obtenir un rendez-vous afin de recevoir des soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'ils sont malades ou exigent une attention médicale, ce qui place l'Ontario ex æquo concernant les pires résultats

obtenus parmi dix pays semblables sur le plan socio-économique. La Nouvelle-Zélande arrive au premier rang avec 76 % de patients pouvant obtenir un rendez-vous en temps opportun.

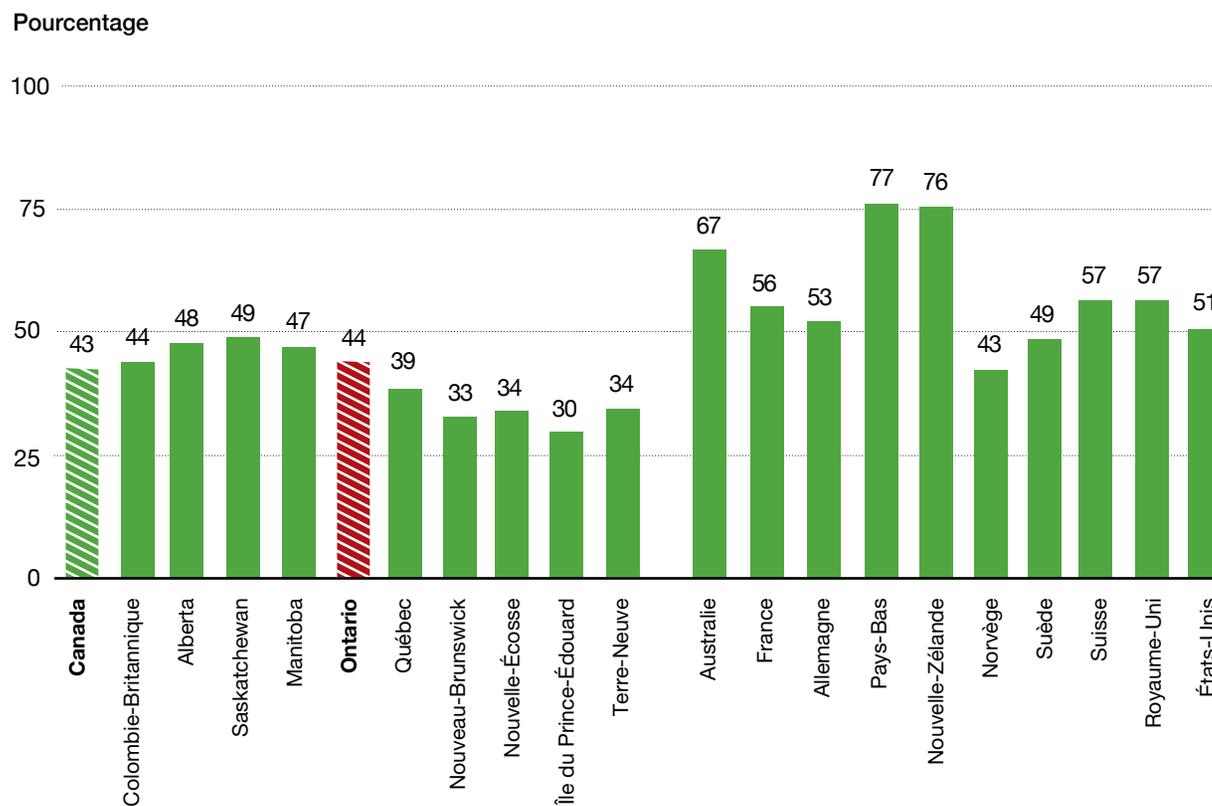
### (Figure 3.2)

- Le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé indique une grande variation d'une région à l'autre des RLISS de la province dans la proportion de patients qui ont déclaré obtenir des soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'ils sont malades, allant de 22 % dans la région du RLISS du Nord-Est à 60,3 % dans la région du RLISS du Centre-Ouest.
- Dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, 45 % des résidents des régions urbaines ont déclaré être en mesure d'obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec leur fournisseur de soins primaires en 2016, comparativement à 31,2 % des résidents des régions rurales.

**Indicateur :** Rendez-vous avec un fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes interrogées qui ont déclaré être en mesure de consulter leur médecin de famille, du personnel infirmier praticien ou un autre fournisseur de soins primaires à son cabinet le jour même ou le lendemain lorsqu'elles sont malades ou ont un problème de santé.

**FIGURE 3.2** Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant pu consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'elles étaient malades, au Canada et à l'étranger, 2016



Source de données : Sondage international 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé.

## Accès après les heures d'ouverture à un fournisseur de soins primaires

Pour bénéficier d'une continuité des soins élevée, les patients consulteraient leur propre médecin de famille ou du personnel infirmier praticien chaque fois qu'ils auraient besoin de soins primaires. Évidemment, tous les fournisseurs ne peuvent être disponibles en tout temps, de sorte que la meilleure solution de rechange est en général perçue comme étant un autre fournisseur de soins primaires exerçant au même endroit ou dans la collectivité.

Toutefois, dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé en 2016 auprès des Ontariennes et Ontariens âgés de 16 ans et plus qui avaient un fournisseur de soins primaires et s'étaient rendus au service des urgences au cours des 12 mois précédents, 41,6 % des participants ont déclaré que leur plus récente consultation concernait une affection qui aurait pu être traitée par leur fournisseur de soins primaires s'il avait été disponible. [46] Cela laisse entendre que certaines personnes en Ontario se rendent au service des urgences pour obtenir des soins primaires parce qu'elles sont incapables de trouver d'autres soins primaires comme ceux que fournissent une clinique ouverte après les heures normales dans leur collectivité ou ignorent que ces services existent.

Les différences qui existent dans les pratiques de soins de santé entre les régions urbaines et rurales compliquent les comparaisons régionales pour cet indicateur. Les études laissent entendre

que dans les régions rurales, une plus grande proportion de soins primaires sont fournis par les services des urgences, surtout dans celles où peu de services de soins de santé sont offerts après les heures d'ouverture normales. [47,48]

### Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de personnes interrogées qui ont déclaré éprouver de la difficulté à obtenir des soins médicaux sans se rendre à un service des urgences lorsqu'elles ont besoin de soins en dehors des heures d'ouverture normales. Un pourcentage plus faible est préférable pour cet indicateur.

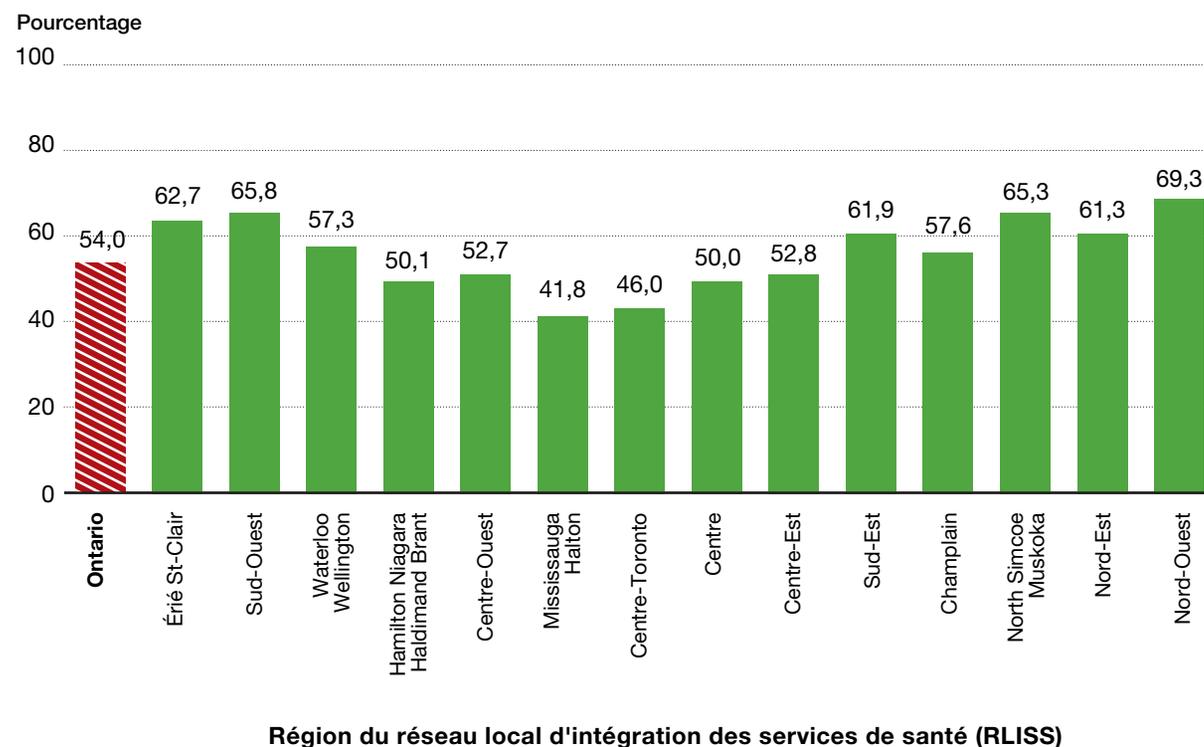
- Dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé en 2016, 54 % des Ontariennes et Ontariens âgés de 16 ans et plus ont déclaré éprouver de la difficulté à obtenir des soins primaires sans se rendre à un service des urgences lorsqu'ils ont besoin de soins en dehors des heures d'ouverture normales.
- Dans le Sondage international 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, 56 % des Ontariennes et Ontariens âgés de 18 ans et plus ont déclaré éprouver de la difficulté à obtenir des soins en dehors des heures d'ouverture normales, ce qui place la province dans la moyenne parmi dix pays semblables sur le plan socio-économique, comme la Suisse et les États-Unis, alors que les Pays-Bas ont obtenu de meilleurs résultats (25 %).

- Les résultats du Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé variaient considérablement d'une région à l'autre des RLISS de la province en 2016, allant de 41,8 % dans la région du RLISS de Mississauga Halton à 69,3 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest. (**Figure 3.3**)
- Dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, 71,6 % des résidents des régions rurales ont déclaré éprouver de la difficulté à obtenir des soins médicaux en dehors des heures d'ouverture normales en 2016, alors que le taux des résidents des régions urbaines était de 51,1 %.

**Indicateur : Accès après les heures d'ouverture à un fournisseur de soins primaires**

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes interrogées qui ont déclaré éprouver de la difficulté à obtenir des soins médicaux sans se rendre à un service des urgences lorsqu'elles ont besoin de soins en dehors des heures d'ouverture normales.

**FIGURE 3.3** Pourcentage des personnes âgées de 16 ans et plus ayant déclaré que l'accès à des soins le soir et la fin de semaine, à l'extérieur du service des urgences, était très difficile ou assez difficile, en Ontario et par région de RLISS, 2016



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.



Photo de Shawn prise  
par Jason Spun.

 EXPÉRIENCES CONCRÈTES

# Shawn Dookie : établissement de relations avec les patients

## Une des principales raisons pour lesquelles

Shawn Dookie est devenu infirmier praticien résidait dans le fait que cela lui permettrait de fournir à ses patients des soins continus qui les aideraient durant leur maladie, mais qui pourraient également améliorer leur santé générale à long terme.

« J'aime créer des liens avec les gens », dit M. Dookie. « J'aime ne pas avoir à me presser lorsque je discute avec un patient. Je peux prendre mon temps et fournir des renseignements en matière de santé et expliquer réellement les choses aux gens afin qu'ils puissent prendre leur santé en main. »

Une telle démarche en matière de soins aux patients s'est avérée précieuse lorsque M. Dookie a commencé à travailler en tant qu'infirmier praticien à Thunder Bay. Infirmier autorisé auparavant, il est retourné à l'université pour suivre le programme d'infirmier praticien qui lui permettrait d'assumer des responsabilités supplémentaires telles que le diagnostic et le traitement des maladies courantes, l'exécution d'examen médicaux et la prescription de médicaments.

À la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien où il avait d'abord travaillé à titre d'infirmier praticien, M. Dookie a constaté qu'il avait besoin de liens continus avec ses patients simplement pour en apprendre suffisamment à propos de leur vie afin d'être en mesure de leur prodiguer des soins de la manière dont il le voulait. Un grand nombre de patients provenaient de collectivités autochtones, francophones ou désavantagées sur le plan

socioéconomique à l'égard desquels il avait peu d'expérience au moment où il était un infirmier autorisé travaillant dans des hôpitaux de Toronto.

« La culture est très différente ici, où vous (les patients) ne croyez pas ce que les fournisseurs de soins de santé vous disent avant que vous ayez eu la chance d'établir un climat de confiance avec eux », dit M. Dookie.

Les différences culturelles signifiaient non seulement que M. Dookie devait prendre le temps de connaître ses patients, mais également qu'il avait parfois à traiter leurs problèmes de santé d'une manière différente de celle qu'il aurait utilisée pour des patients au sud. Par exemple, il a appris qu'avec certains patients, il devait d'abord adopter une démarche plus lente et plus prudente pour traiter des maladies chroniques comme le diabète, jusqu'à ce qu'il ait gagné leur confiance.

« Il faut vraiment prendre le temps d'établir une relation avec les gens », dit-il.

M. Dookie a également offert des services à un groupe de patients ayant des besoins complexes, qui avaient des maladies chroniques nécessitant des soins continus. Bon nombre d'entre eux avaient eu de la difficulté à obtenir des soins primaires ailleurs.

« Vous recevez donc une personne qui a tenté d'obtenir des soins à trois cliniques et qui a essuyé un refus en raison de ses antécédents médicaux, explique M. Dookie. Si vous êtes jeune et en santé, il est facile d'obtenir des soins, mais si vous êtes une personne de

40 ans souffrant de schizophrénie, de diabète et d'une blessure à la tête, personne ne va vous accepter comme patient, un profil qui s'appliquait à un bon nombre des patients que nous prenions en charge à la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien.

Dookie croit que les infirmières praticiennes, alors qu'elles ne peuvent pas remplacer les médecins, peuvent jouer un rôle positif dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé dans la province.

Je pense que nous pouvons gérer un grand nombre de choses comme les maladies chroniques, les soins préventifs et la santé publique. Nous pouvons gérer plusieurs de ces éléments de façon très sécuritaire et très efficace si nous obtenons des ressources. »

M. Dookie a déménagé récemment pour travailler à un autre centre de santé à Thunder Bay, mais il continue d'utiliser la même démarche en matière de confiance, de compréhension et d'établissement de relations qu'il avait instaurée à son lieu de travail précédent.

En réfléchissant à ce qui pourrait permettre à un infirmier praticien de vivre une journée parfaite, M. Dookie dit : « J'aurais l'impression d'avoir fait une différence dans leur vie, que leur maladie chronique s'améliore, que leurs connaissances de leur maladie s'améliorent, et que je pourrais attribuer cela directement à l'incidence que j'ai dans leurs soins et au temps que j'ai pris pour prendre soin d'eux. Voilà une journée extraordinaire. »

## Dépistage du cancer colorectal

Le taux de cancer colorectal en Ontario est l'un des plus élevés au monde et la maladie est la deuxième principale cause de cancer dans la province [49]. On estime que 9 200 Ontariennes et Ontariens ont reçu un diagnostic de cancer colorectal en 2015 et qu'environ 3 350 personnes dans la province en sont décédées. [50] Toutefois, le cancer colorectal est certainement traitable s'il est détecté tôt. Lorsqu'il est diagnostiqué à temps, il est moins susceptible de se propager, les patients ont généralement accès à davantage d'options de traitement et environ 90 % des patients se rétablissent complètement après le traitement. [51]

Le programme de dépistage du cancer colorectal de l'Ontario, *ContrôleCancerColorectal*, recommande que les personnes âgées de 50 et 74 ans qui présentent un risque modéré de cancer colorectal (celles qui n'ont aucun symptôme et aucun antécédent familial de cancer colorectal) subissent tous les deux ans un test de recherche de sang occulte dans les selles pour vérifier la présence de sang caché dans les matières fécales. [52] Le test est simple et peut s'effectuer à la maison à l'aide d'une trousse que l'on se procure auprès d'un médecin de famille ou du personnel infirmier praticien, puis que l'on envoie par la poste pour obtenir le résultat. On peut obtenir les tests de dépistage en communiquant avec Télésanté Ontario.

Les fournisseurs de soins primaires jouent un rôle important en informant leurs patients sur le

dépistage du cancer colorectal et d'autres cancers, et en leur recommandant de subir un test.

### Conclusions et variations

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage du cancer colorectal en temps voulu, ce qui signifie qu'elles n'ont soit pas passé de test de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes, de coloscopie au cours des dix années précédentes ou de sigmoidoscopie flexible au cours des dix années précédentes. Cet indicateur est légèrement différent des années précédentes, alors que le délai prescrit pour la sigmoidoscopie flexible était fixé aux cinq années précédentes. Il a été modifié afin de s'harmoniser avec les recommandations sur le dépistage de *ContrôleCancerColorectal*.

- Le pourcentage d'Ontariennes et d'Ontariens qui n'ont pas fait de dépistage du cancer colorectal en temps voulu a diminué au cours des dernières années, s'étant établi à 38,7 % en 2015, comparativement à 43,6 % en 2011.
- Les résultats pour cet indicateur, pour lequel plus le taux est bas, mieux c'est, variaient d'une région à l'autre des RLISS en Ontario en 2015, avec un minimum de 34,9 % pour la région du RLISS de Simcoe Nord Muskoka et un maximum de 42,8 % pour la région du RLISS du Nord-Ouest.
- Les hommes étaient plus susceptibles de ne pas faire de test de dépistage du cancer colorectal en temps voulu, soit 41,5 % en 2015, comparativement à 36,1 % des femmes. (**Figure 3.4**)

## LE SAVIEZ-VOUS?



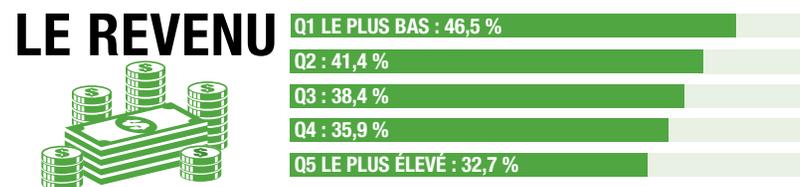
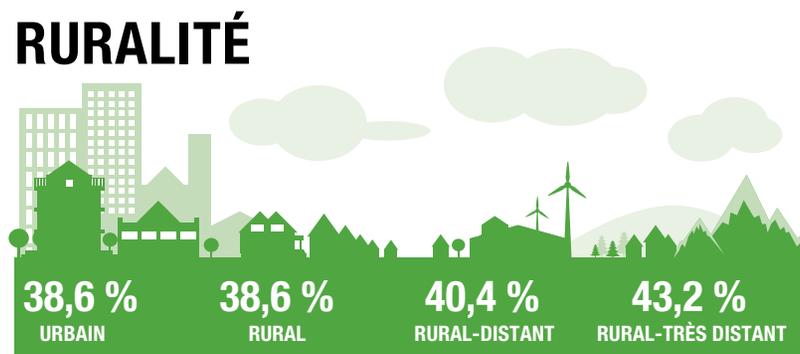
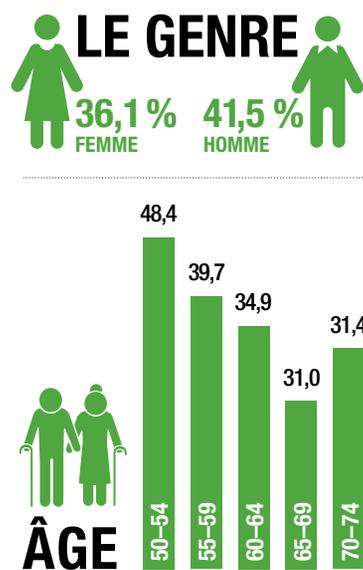
Le programme de dépistage du cancer colorectal de l'Ontario, *ContrôleCancerColorectal*, semble avoir aidé à réduire les inégalités en matière d'accès au dépistage du cancer colorectal au sein des groupes de population de la province. Dans le passé, les taux de dépistage étaient plus bas chez les personnes à faible revenu. Avant la création du programme de dépistage, l'écart entre les taux de dépistage entre les groupes de la population aux revenus les plus faibles et aux revenus les plus élevés grandissait. Après sa mise en œuvre en 2008, l'écart a commencé à légèrement se réduire. [53]

**Indicateur :** Dépistage du cancer colorectal à faire

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage du cancer colorectal en temps voulu, ce qui signifie qu'elles n'ont soit pas passé de test de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes, de coloscopie au cours des dix années précédentes ou de sigmoïdoscopie flexible au cours des dix années précédentes.

- Parmi les résidents des régions urbaines, ceux qui vivaient dans les quartiers les plus défavorisés affichaient le taux le plus élevé de retard pour subir un test de dépistage du cancer colorectal en 2015, atteignant 46,5 %, tandis que ceux qui vivaient dans les quartiers où le revenu était le plus élevé avaient le taux le plus bas, soit 32,7 %. (**Figure 3.4**)
- Les membres les plus jeunes du groupe visé par le dépistage, les 50 à 54 ans, sont ceux qui ont déclaré avoir le taux le plus élevé de retard pour subir un test de dépistage, soit 48,4 %. (**Figure 3.4**)

**FIGURE 3.4** Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage du cancer colorectal en temps voulu, par sexe\*, milieu rural ou urbain, quintile de revenu de quartier urbain\*, groupe groupe d'âge\*, en Ontario, 2015



Sources de données : Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies, Laboratory Reporting Tool, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, registre du cancer de l'Ontario, base de données sur les personnes inscrites, Fichier de conversion des codes postaux version 6A.  
\* Age ajusté



## CHAPITRE 4

# Maladies mentales et dépendances

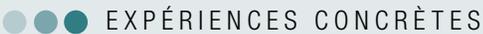
Le présent chapitre met en lumière les résultats des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité ci-après liés à la maladie mentale et aux dépendances.

- Premier contact au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance.
- Soins de suivi dans les sept jours suivant une hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de dépendance.
- Réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'obtention du congé pour un problème de santé mentale ou de dépendance.

D'autres résultats des indicateurs de maladie mentale et de dépendance sont présentés dans le tableau supplémentaire sur les caractéristiques techniques.



Photo de Elgin  
prise par Roger Yip.

 EXPÉRIENCES CONCRÈTES

## Elgin : confiance et empathie

**Les parents d'Elgin savaient que leur fils n'allait pas bien.** Il venait d'obtenir un diplôme après avoir suivi une formation pour devenir policier et cherchait à être embauché par un corps de police. Mais les longues heures de travail dans une cuisine d'hôpital, outre un deuxième emploi consistant à faire des promotions commerciales dans le quartier des divertissements, ont causé des problèmes de stress, d'épuisement et de sommeil à Elgin. Il souffrait d'insomnie et a commencé à avoir des idées délirantes durant le jour. « Je tenais des propos incohérents et disais toutes sortes de choses étranges », se rappelle-t-il.

Ses parents l'ont conduit au service des urgences de l'hôpital de Scarborough où il travaillait. Lorsque les médecins sont venus voir Elgin, il s'est enfui en courant, étant convaincu qu'ils en avaient après lui. Il est finalement revenu voir les médecins.

Admis au service de psychiatrie de l'hôpital, il a été soumis à une contention, puis on lui a injecté un médicament. Les médecins ont diagnostiqué une schizophrénie, bien qu'il affirme qu'ils n'ont pas effectué une évaluation approfondie. Elgin est demeuré à l'hôpital pendant six mois, en regardant le passage des saisons par la fenêtre. Cette visite au service des urgences et l'hospitalisation constituaient la première expérience d'Elgin en ce qui a trait à la réception de soins de santé mentale.

Lorsqu'il a quitté l'hôpital, Elgin est retourné au travail et allait un peu mieux, mais il a noté que le médicament qu'on lui avait prescrit le rendait très fatigué. « Je n'aimais pas la sensation qu'il me causait; j'ai donc cessé de le prendre. J'ai fait diverses rechutes.

J'avais l'impression d'être dans une porte tournante, entrant et sortant constamment de l'hôpital. »

Il a également dû faire face à une stigmatisation à l'égard de sa maladie, ce qui a altéré la relation avec sa conjointe de l'époque. Lorsqu'ils ont rompu, Elgin est devenu un sans-abri. Il a séjourné dans un refuge pendant quelques jours, puis il est revenu à l'hôpital pour obtenir de l'aide. « Vous ne constituez pas un danger pour vous-même ou les autres, m'ont-ils répondu – nous ne pouvons pas vous hospitaliser », dit Elgin.

Deux jours plus tard, en proie à des idées délirantes et entendant des voix dans sa tête, Elgin décidait qu'il devait quitter le pays. Il a pris un taxi du centre-ville de Toronto vers l'aéroport Pearson, convaincu qu'il devait se rendre à Chicago parce que Michael Jordan voulait qu'il tente de faire partie de l'équipe de basketball des Bulls de Chicago. Elgin a franchi à toute vitesse le point de contrôle de sécurité en frappant et en poussant les gens qui tentaient de l'arrêter. Il a couru dans la passerelle menant à l'avion, puis il a pénétré dans le cockpit où se trouvaient le pilote et le copilote. Après quelques minutes, Elgin a ouvert la porte du poste de pilotage, puis il a été immédiatement aspergé de poivre de cayenne et plaqué au sol.

Après l'incident de l'avion, Elgin a été conduit à deux établissements correctionnels et il affirme n'avoir reçu aucun traitement pour sa maladie mentale pendant trois mois. « J'ai passé beaucoup de temps à frapper sur la porte (de sa cellule) et à crier et à faire des allers-retours au tribunal », dit-il. Finalement, il a pu voir un psychiatre qui a réévalué son état et indiqué qu'il souffrait d'un trouble

bipolaire, et non d'une schizophrénie. Il a commencé à prendre un nouveau médicament et réagissait bien à celui-ci. À son procès, il a obtenu une absolution inconditionnelle quant aux accusations de détournement et d'agression. « Je n'ai pris conscience des accusations qu'au moment où mon état s'est stabilisé », indique Elgin. J'ai commencé à ressentir un vif sentiment de dépression au sujet de ce qui s'était passé et des gens que j'avais blessés. »

Elgin est maintenant marié et son épouse et lui ont une fille de 14 ans. Il a tenté d'obtenir un poste de policier, mais n'a pas réussi. À un autre endroit où il a essayé d'avoir du travail, il a constaté la présence d'un feuillet autoadhésif sur sa demande qui indiquait : « Nous ne pouvons pas engager cette personne, parce qu'elle est schizophrène et a une maladie mentale. » Il a persisté et est devenu un conseiller financier accrédité qui aide les gens ayant de la difficulté à obtenir une assurance-vie.

Tous les quatre mois, Elgin, maintenant âgé de 46 ans, se rend chez son psychiatre de longue date. « Je me sens très chanceux d'avoir un bon psychiatre, mentionne-t-il. Nous avons une relation fondée sur la confiance. Maintenant, je suis stable. » Réfléchissant aux 25 dernières années de soins de santé mentale, Elgin souhaite qu'il y ait plus de soins et que les personnes souffrant de maladie mentale aient davantage de ressources à leur disposition. « Les gens doivent vraiment écouter le patient et ce qu'il ressent, dit-il, et leur assurer un suivi par la suite. »

# Réduire le fardeau des maladies mentales et des dépendances



**Chaque année, environ deux millions d'Ontariennes et d'Ontariens consultent leur médecin pour un problème de santé mentale ou de dépendance.** [54] Les problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété la schizophrénie et la toxicomanie figurent collectivement parmi les principales causes d'invalidité au Canada [55] et peuvent réduire l'espérance de vie de 10 à 20 ans. [56]

En Ontario, les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de dépendance, ce qui inclut un groupe important de celles aux prises avec les deux problèmes, [57] doivent avoir un meilleur accès aux soins initiaux et de suivi. Les données relatives à l'indicateur de la qualité figurant dans le présent chapitre indiquent qu'une proportion importante de personnes reçoivent d'abord des soins d'un médecin ou d'un psychiatre pour un épisode de maladie mentale ou de dépendance dans un service des urgences. De plus, une forte proportion de personnes hospitalisées pour un problème de santé mentale ne consultent pas un médecin de soins primaires ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention du congé ou sont réadmissées à l'hôpital.

Les résultats de cet indicateur n'ont montré que peu ou pas d'amélioration au cours des dernières années. Toutefois, les personnes

peuvent recevoir davantage de soins de santé mentale que ne l'indiquent les indicateurs, puisque les données ne couvrent que les soins fournis par des médecins ou des hôpitaux et ne tiennent pas compte de ceux que prodiguent d'autres personnes-ressources comme le personnel infirmier praticien, les psychologues, les conseillers, les travailleurs sociaux et d'autres professionnels de soins de santé.

Les résultats de l'indicateur varient d'une région à l'autre et selon que les patients vivent dans les quartiers les plus défavorisés ou les plus riches. Certaines variations régionales peuvent être liées à des facteurs comme le besoin de soins en santé mentale, de médecins ou de pratiques hospitalières à l'échelle locale, la disponibilité des médecins ou des ressources communautaires ou les conditions socio-économiques, la culture ou la démographie locales.

Ces indicateurs s'harmonisent à ceux de la fiche de rendement du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances conçue pour mesurer le rendement de services de soins de santé mentale en Ontario, dans le cadre d'un projet mené et approuvé par le Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances provincial. Une fiche de rendement semblable qui examine les soins de santé mentale offerts aux enfants et aux jeunes a déjà été élaborée. [58]

### **Principale Conclusion 1**

#### **L'accès aux soins médicaux et aux transitions de soins pour les problèmes de santé mentale demeure médiocre**

Parmi les personnes qui se rendent au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance, le pourcentage qui n'ont pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin de soins primaires ou d'un psychiatre au cours des deux années précédentes est demeuré légèrement au-dessus des 30 % entre 2006 et 2015. Au cours de la même période de neuf ans, dans le cas

des personnes qui ont été hospitalisées pour un problème de santé mentale ou de dépendance, il n'y avait aucune réduction du nombre de réadmissions à l'hôpital pour un problème de santé mentale et aucune augmentation des consultations de suivi en temps opportun avec un médecin de soins primaires ou un psychiatre après l'obtention du congé de l'hôpital.

### **Principale Conclusion 2**

#### **Le lieu de résidence des personnes a une incidence sur les soins qu'ils reçoivent**

En 2015, une grande variation a été constatée d'une région à l'autre des RLISS en Ontario dans les réadmissions à l'hôpital et les consultations de suivi avec un médecin de soins primaires ou un psychiatre dans le cas des personnes hospitalisées pour un problème de santé mentale ou de dépendance. Une variation importante a aussi été observée entre les régions du RLISS dans la proportion de personnes qui se rendent au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance qui n'avaient pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin de soins

primaires ou d'un psychiatre au cours des deux années précédentes.

### **Principale Conclusion 3**

#### **Les personnes de quartiers défavorisés reçoivent moins de soins de suivi d'un médecin**

Parmi les personnes hospitalisées pour un problème de santé mentale ou de dépendance, la proportion de celles qui ont consulté un médecin de soins primaires ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention du congé était inférieure pour les personnes qui vivaient dans les quartiers les plus défavorisés et supérieure pour celles qui vivaient dans les quartiers les plus riches.

## Premier contact au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance

Dans l'ensemble de l'Ontario, environ un tiers des personnes qui se sont rendues au service des urgences pour un problème de santé mentale en 2015 n'avaient pas reçu de soins pour un problème de santé mentale ou de dépendance d'un médecin ou d'un psychiatre au cours des deux années précédentes.

Une autre étude a porté sur les visites postnatales au service des urgences pour un état de santé mentale, qui est l'une des raisons les plus fréquentes pour les visites d'urgence post-partum. Une étude a révélé que parmi les enfants et les jeunes ontariens âgés de 10 à 24 ans qui se sont rendus au service des urgences pour un nouveau problème de santé mentale entre 2010-2011 et 2013-2014, plus de la moitié n'avaient pas reçu des soins de santé mentale d'un médecin de soins primaires ou d'un psychiatre pour ce problème à l'extérieur de l'hôpital au cours des deux années précédentes. [59] Une autre étude a indiqué que parmi les Ontariennes qui ont effectué une consultation psychiatrique au service des urgences entre 2006 et 2012 après avoir accouché au cours de l'année précédente, 60,4 % n'avaient pas reçu des soins de santé mentale d'un médecin depuis l'accouchement. [60]

Un état de santé mentale peut parfois émerger et devenir sérieux très rapidement, de sorte qu'il ne soit pas temps pour le patient d'obtenir un médecin

d'un médecin dans la communauté avant que le patient n'atteigne un état de crise qui nécessite une visite en cas d'urgence.

Le fait que le « premier contact » d'un segment important de patients pour le traitement d'un problème de santé mentale ait lieu dans un service des urgences laisse entendre que certaines personnes ne reçoivent pas dans la collectivité les soins qui pourraient rendre inutile une consultation à cet endroit. Il est possible que certains de ces patients aient accès à d'autres ressources que les médecins ou les hôpitaux, comme le personnel infirmier praticien, les psychologues, les conseillers ou les travailleurs sociaux, mais il n'existe aucune donnée pouvant démontrer combien d'entre eux l'ont fait.

Il existe de nombreuses raisons possibles - autre qu'une maladie mentale à début rapide - pour une première visite de contact en cas d'urgence pour une question de santé mentale ou de dépendance. Ils incluent de ne pas savoir où ou comment accéder aux services et la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale, ce qui peut dissuader les individus de chercher un soutien de leur propre médecin. Une autre raison pourrait être le manque d'accès aux soins ou une mauvaise coordination des soins. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2012 révèle que parmi les participants de l'Ontario âgés de 15 ans et plus qui ont déclaré nécessiter des soins de santé mentale au cours de l'année précédente, plus d'un tiers ont indiqué que leurs besoins étaient non satisfaits ou partiellement satisfaits. [61]

## Conclusions et variations

Cet indicateur examine les consultations au service des urgences pour des problèmes de santé mentale, en mesurant la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus qui se rendent au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance et qui n'ont pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin ou un psychiatre au cours des deux années précédentes.

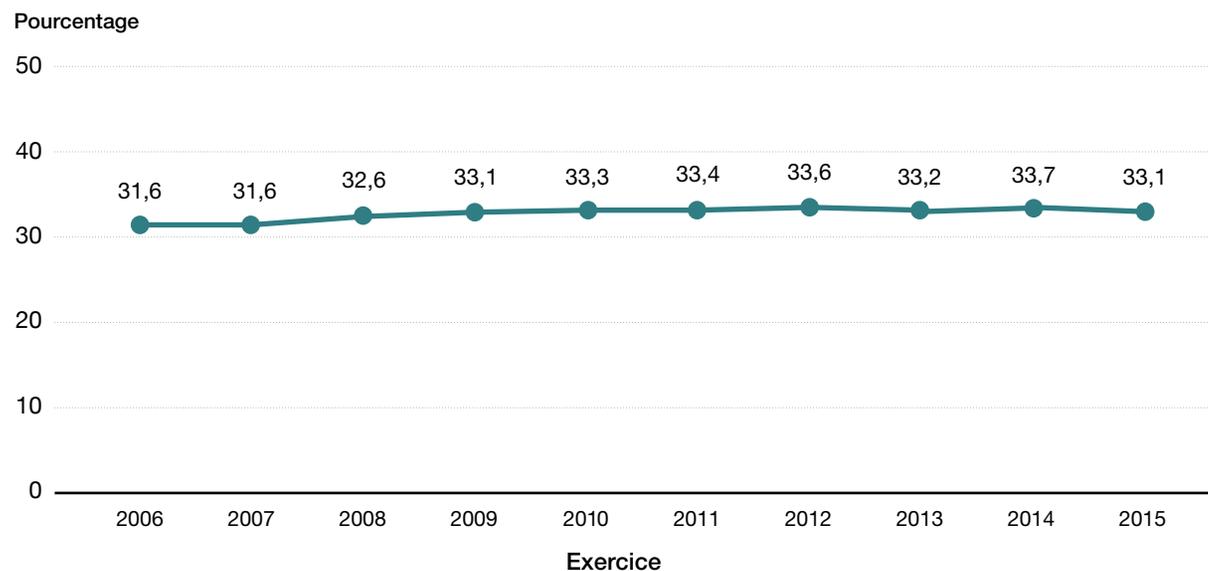
- À l'échelle de l'Ontario, aucune amélioration n'a été constatée pour cet indicateur depuis neuf ans. La proportion de personnes qui ont effectué une consultation au service des urgences pour un problème de santé mentale a en fait légèrement augmenté entre 2006 et 2015, passant de 31,6 à 33,1 %. (**Figure 4.1**)
- En 2015, une grande variation a été constatée d'une région à l'autre des RLISS en Ontario dans la proportion de personnes qui ont effectué une consultation au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance, allant de 27,1 % dans la région du RLISS du Centre-Toronto à 40,7 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest.
- La proportion de personnes qui ont effectué une consultation au service des urgences pour un problème de santé mentale était plus élevée en 2015 dans les régions rurales que dans les régions urbaines de l'Ontario, soit respectivement établies à 41,3 et 31,8 %.



**Indicateur :** Premier contact au service des urgences pour un problème de santé mentale

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes, parmi toutes les personnes âgées de 15 ans et plus qui se sont rendues au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance, qui n'ont pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin de soins primaires ou un psychiatre au cours des deux années précédentes.

**FIGURE 4.1** Pourcentage de personnes qui n'ont pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin ou un psychiatre au cours des deux années précédentes, parmi les personnes âgées de 15 ans et plus qui se sont rendues au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance, en Ontario, 2006-2015



Source de données : BDCP, SIOSM, SNISA, BDPI, fournies par l'ICES.  
 Note: Le taux normalisé est ajusté selon l'âge et le sexe en utilisant la population du recensement canadien de 2011.

## Suivi d'un médecin après une hospitalisation en santé mentale

Chaque année, environ cinq Ontariens sur 1 000 sont hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance. [62] Pour ces personnes, le retour à la maison ou ailleurs dans la collectivité après avoir obtenu leur congé de l'hôpital peut se révéler une transition difficile. Elles passent des soins prodigués 24 heures sur 24 à l'autogestion de leurs médicaments et d'autres aspects de leur état de santé.

La prestation en temps voulu de soins de suivi par un médecin de famille ou un psychiatre après l'obtention du congé de l'hôpital peut faciliter cette transition et contribuer à faire en sorte que tout traitement, ajustement de la médication ou soutien nécessaire soit assuré. Elle peut également aider à prévenir un retour à l'hôpital. [63]

Cet indicateur ne fait pas le suivi des consultations après l'hospitalisation auprès de fournisseurs de soins qui ne sont pas des médecins, comme des psychologues, du personnel infirmier praticien, ou la participation à des programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances offerts dans la collectivité. Par conséquent, les résultats présentés dans le présent chapitre sous-estiment la mesure dans laquelle les patients ayant des problèmes de santé mentale reçoivent des soins de suivi après l'obtention de leur congé de l'hôpital.

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de patients âgés de 15 ans et plus hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance qui ont été vus par un médecin de soins primaires ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital.

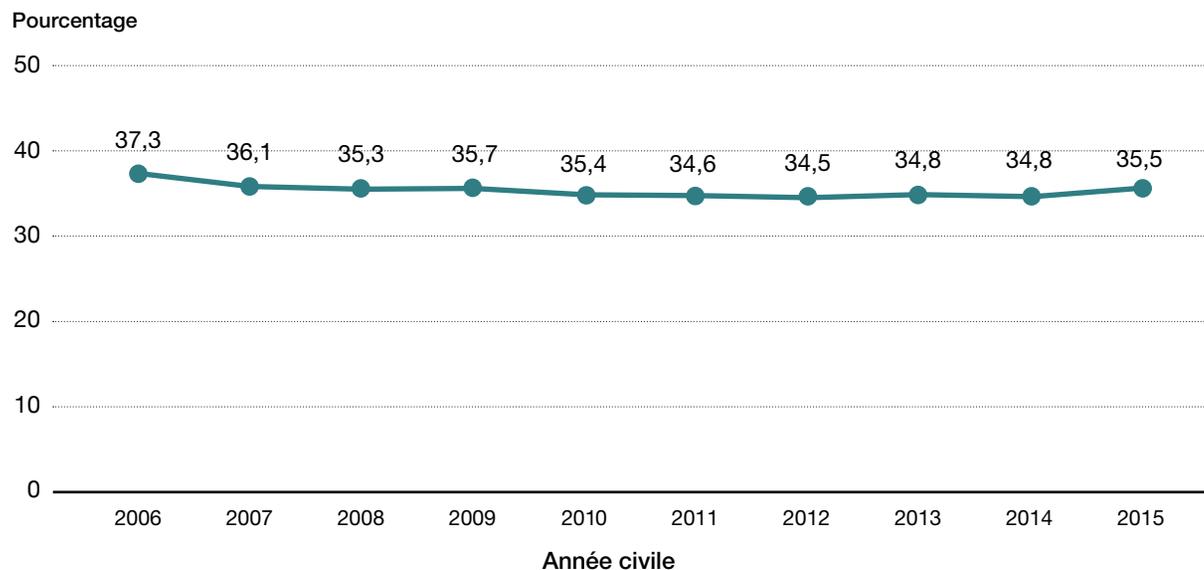
- La proportion des personnes hospitalisées pour un problème de santé mentale qui ont été vues par un médecin de soins primaires ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé a légèrement diminué, passant de 37,3 % en 2006 à 35,5 % en 2015. Aucun changement important n'a été observé pour cet indicateur depuis 2011. (**Figure 4.2**)
- Les résultats pour cet indicateur variaient considérablement d'une région à l'autre des RLISS en Ontario en 2015, allant de 44,8 % dans le RLISS du Centre-Toronto à 24,3 % dans le RLISS du Nord-Ouest. Cette variation régionale a continué de persister au cours des dernières années. [64,65]
- Parmi les patients hospitalisés pour un problème de santé mentale, 33 % des personnes qui vivaient dans les quartiers les plus défavorisés ont consulté un médecin de soins primaires ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention du congé en 2015, comparativement à 39,6 % des patients vivant dans les quartiers les plus riches.
- Les patients hospitalisés pour un problème de santé mentale qui vivaient dans des régions urbaines affichaient un taux nettement plus élevé de suivi dans les sept jours avec un médecin de soins primaires ou un psychiatre, soit 36,5 %, comparativement à ceux qui vivaient dans des régions rurales, dont le taux était établi à 28,4 %.



**Indicateur :** Suivi dans les sept jours suivant l’hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de dépendance

Cet indicateur mesure la proportion de patients âgés de 15 ans et plus hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance qui ont été vus par un médecin de soins primaires ou un psychiatre dans les sept jours suivant l’obtention de leur congé de l’hôpital.

**FIGURE 4.2** Pourcentage de patients âgés de 15 ans et plus qui ont été vus par un médecin de soins primaires ou un psychiatre dans les sept jours suivant l’obtention de leur congé après avoir été hospitalisé pour un problème de santé mentale ou de dépendance, en Ontario, 2006-2015



Source de données : ICIS/BDCP, SIOSM, RASO, fournis par l’ICES.  
 Note: Le taux normalisé est ajusté selon l’âge et le sexe en utilisant la population du recensement canadien de 2011.

## Réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'obtention du congé pour un problème de santé mentale ou de dépendance

Environ neuf patients sur 100 admis à l'hôpital en Ontario pour un problème de santé mentale ou de dépendance sont réadmis dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé. Le taux de réadmission de ces patients est légèrement plus élevé que celui des patients hospitalisés pour un traitement chirurgical, dont environ sept sur 100 sont réadmis à l'hôpital, et légèrement plus faible que celui des patients hospitalisés pour un traitement médical, dont environ 14 sur 100 sont réadmis à l'hôpital. [66]

Une réadmission à l'hôpital survient en règle générale parce que l'état de santé du patient s'est dégradé après l'obtention de son congé. L'examen des réadmissions nous aide à comprendre si les personnes reçoivent ou non les soins continus dont ils ont besoin après avoir quitté l'hôpital.

Les patients ayant reçu leur congé après une hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de dépendance peuvent être réadmis à l'hôpital parce qu'ils n'avaient pas accès aux soins de santé mentale et au soutien dont ils avaient besoin à l'extérieur de l'hôpital, ou parce que leur transition vers des soins à l'extérieur de l'hôpital n'était pas prise en charge de manière efficace. [67] Ou encore

parce que leur état de santé peut s'être dégradé pour une raison qui n'a rien à voir avec la qualité des soins qu'ils ont reçus.

### Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de patients âgés de 15 ans et plus hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance qui ont été réadmis à l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé.

- La proportion de patients réadmis à l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé est demeurée la même en 2015, soit 9,2 %, comparativement à 2006, alors qu'elle était établie à 9,5 %. Elle est également demeurée stable entre ces années.
- Les résultats pour cet indicateur variaient considérablement d'une région à l'autre des RLISS en Ontario en 2015, allant de 11,1 % dans le RLISS du Centre-Toronto à 7,8 % dans le RLISS du Sud-Est, ainsi que la région du RLISS Hamilton Niagara Haldimand Brant et Erie St. Clair. (**Figure 4.3**)

## LE SAVIEZ-VOUS?

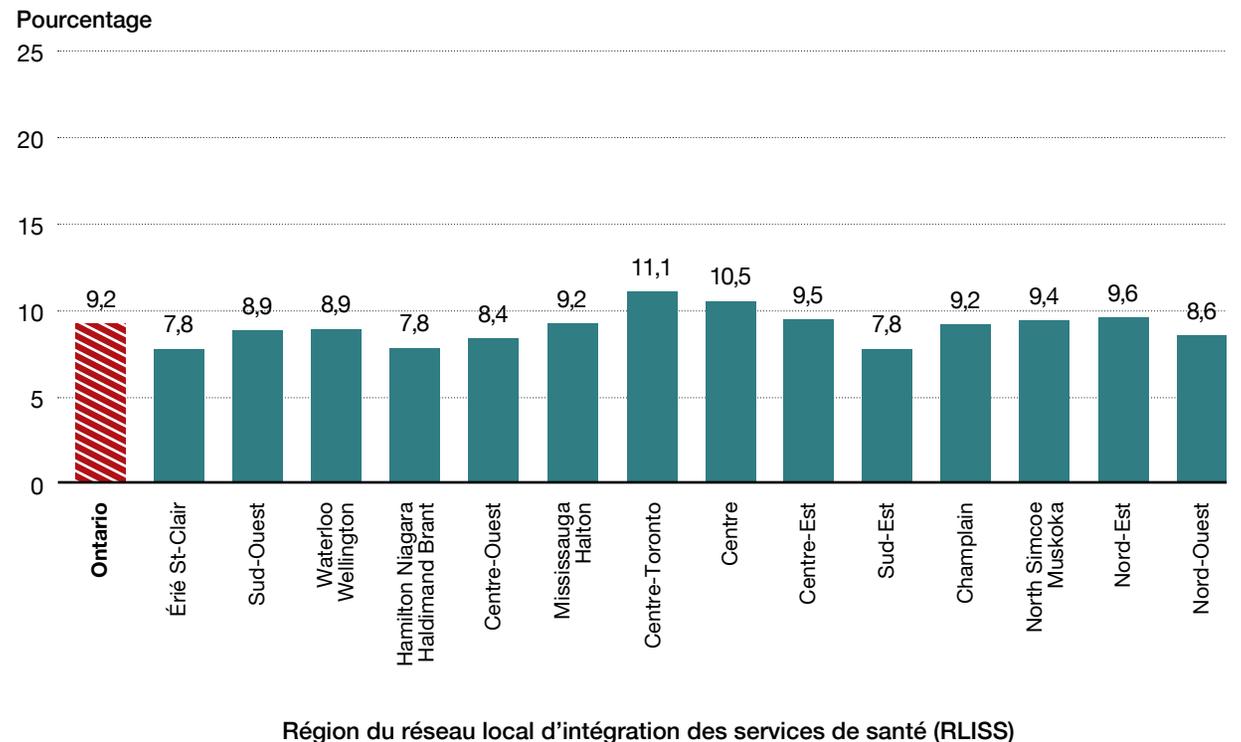


Les normes de qualité qui décrivent à quoi ressemblent des soins de qualité supérieure pour les personnes aux prises avec des maladies comme la dépression majeure, la schizophrénie et le problème de consommation d'opioïdes ont été et continuent d'être élaborées pour l'Ontario dans le cadre d'un partenariat dont font partie les patients, les familles et les professionnels des soins de santé.

**Indicateur :** Réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de dépendance

Cet indicateur mesure la proportion de patients âgés de 15 ans et plus hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance qui ont été réadmis au même hôpital ou à un autre hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé.

**FIGURE 4.3** Pourcentage de patients âgés de 15 ans et plus hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance qui ont été réadmis à l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé, par région du RLISS, 2015



Source de données : ICIS/BDCP, SIOSM, BDPI, fournies par l'ICES.

Note: Le taux normalisé est ajusté selon l'âge et le sexe en utilisant la population du recensement canadien de 2011.



## CHAPITRE 5

# Soins hospitaliers

Le présent chapitre met en lumière les résultats des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés à l'accès en temps opportun aux soins hospitaliers suivants :

- Temps d'attente des services des urgences
- Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les interventions chirurgicales générales
- Temps d'attente des patients atteints d'un cancer pour voir un chirurgien et subir une intervention chirurgicale
- Temps d'attente pour les examens d'IRM et les tomodensitogrammes

Les résultats supplémentaires pour les indicateurs relatifs aux soins hospitaliers se trouvent dans le tableau technique supplémentaire.



Photo de Gordon  
prise par Roger Yip.

● ● ● EXPÉRIENCES CONCRÈTES

## Gordon : toute attente semble trop longue

**Tout était flou.** Gordon était assis dans une salle de consultation quelconque d'un hôpital de London. Le chirurgien général venait d'apprendre à l'étudiant au diplômé en droit et en MBA à l'Université de Toronto que les examens indiquaient un cancer testiculaire. À partir de ce moment, Gordon ne se souvient de presque rien, si ce n'est marcher dans un état second dans le couloir menant au bureau de l'urologue. Deux semaines plus tard, il subissait une intervention chirurgicale.

« Lorsque vous obtenez votre diagnostic, vous n'avez pas les idées claires, indique Gordon. Je me souviens très peu de tout ce qui a été dit. Je ne me souviens de presque rien. »

Gordon avait initialement vu son médecin de famille au sujet d'une douleur à l'abdomen et a été aiguillé vers un chirurgien général avec une hernie soupçonnée. Il a attendu environ quatre semaines pour voir le chirurgien, qui, après certains examens au cours de cette même journée, a déterminé qu'il s'agissait d'un cancer. La première intervention chirurgicale pour son cancer était urgente et Gordon indique qu'il n'a même pas songé au fait qu'il doit attendre. Cela a complètement changé lorsque le chirurgien a recommandé une deuxième chirurgie plus complexe qui consistait à enlever des ganglions lymphatiques abdominaux.

Premièrement, Gordon a dû attendre les résultats de pathologie pendant cinq semaines, suivi d'une autre attente de quatre semaines pour sa

première rencontre avec le chirurgien qui allait retirer les ganglions lymphatiques. Après sa rencontre avec le chirurgien, la deuxième chirurgie de Gordon a été fixée quatre semaines plus tard, ce qui a porté son temps d'attente total à environ 13 semaines à compter du moment où il a appris initialement qu'il aurait besoin de la deuxième intervention chirurgicale.

« Le temps d'attente est frustrant, car vous savez ce qui doit se passer, mais il est difficile de ne pas savoir quand cela va arriver, *quand* vous allez avoir un appel, dit Gordon. C'est difficile de vivre une vie entre le moment où vous savez ce qui doit arriver et le moment où cela arrive effectivement. Il s'agit d'une barrière psychologique pour laquelle je n'ai pas eu suffisamment d'aide, ou je n'ai pas su demander de l'aide pour gérer l'anxiété causée par l'attente. »

Pendant l'attente pour la deuxième chirurgie, Gordon a commencé à manquer certains de ses cours à l'université et a amorcé une retraite de sa vie normale. Il a finalement cessé complètement d'aller à ses cours et ne voyait plus ses amis. « La dernière semaine avant ma chirurgie, je ne pense pas avoir quitté la maison, affirme-t-il Gordon. Je n'ai pas eu l'énergie mentale de continuer à agir comme si tout était normal. »

Bien que ce fut très difficile d'attendre la chirurgie, Gordon est réaliste en ce qui a trait aux temps d'attente. « Quand vous êtes un patient, tout temps d'attente semble trop long, dit-il. Mais je comprends aussi qu'il ne s'agit pas simplement d'ajouter

davantage de chirurgiens et de salles d'opération afin de réduire les temps d'attente. Je ne voudrais pas que les temps d'attente nuisent à autre chose. »

L'intervention a réussi et Gordon a commencé une chimiothérapie quelques mois plus tard. Au cours de l'été, il a réussi à reprendre les cours qu'il avait manqués. En repensant à ses soins, Gordon affirme que les fournisseurs étaient tous très bons individuellement, mais que la communication aurait pu être meilleure avec lui et entre eux-mêmes. Il a passé beaucoup de temps à se demander quand il aurait un appel du bureau du chirurgien, ne sachant pas ce qui se passait. Les médecins et le personnel infirmier faisaient parfois appel à lui pour obtenir ses antécédents médicaux et ils ne semblaient pas avoir son dossier complet. Lorsque Gordon a reçu des soins à domicile après sa deuxième chirurgie, les infirmières et les infirmiers n'avaient « pratiquement aucun renseignement » à son sujet lorsqu'ils se présentaient la première fois. « C'était frustrant et très fastidieux d'avoir à résumer mes antécédents médicaux sans arrêt, surtout quand ceux-ci prenaient sans cesse de l'ampleur, dit Gordon. C'est fatigant en tout temps, et lorsqu'on est déjà épuisé émotionnellement et mentalement, c'est la dernière chose dont j'avais besoin. »

Gordon devrait terminer son Diplôme JD / MBA (droit et commerce) en 2019.

# Accès en temps opportun pour les patients hospitalisés et les patients externes



**Le présent chapitre du rapport *À la hauteur* met l'accent sur les temps d'attente pour obtenir des soins hospitaliers,** et pour la première fois cette année il présente le temps d'attente moyen des patients pour voir un médecin au service des urgences, ainsi que le temps que les patients ayant subi une intervention chirurgicale oncologique ont dû attendre pour voir un chirurgien.

Le temps d'attente moyen pour voir un médecin au service des urgences, qui a légèrement augmenté en 2016-2017, est demeuré relativement stable au cours des dernières années, même si le nombre de consultations de patients au service des urgences a augmenté. Le temps d'attente moyen des patients au service des urgences a grimpé à plus de 15 heures pour ceux ayant été admis à l'hôpital en 2016-2017.

Pour les patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale oncologique, le temps d'attente pour voir un chirurgien est mesuré à partir de la date de réception de l'aiguillage par le cabinet du chirurgien ou un bureau d'admission centralisé jusqu'à la date de la première consultation du patient avec le chirurgien. Les données sont disponibles uniquement pour les patients atteints d'un cancer qui ont finalement subi une intervention chirurgicale.

Le chapitre comprend également les résultats de l'indicateur mesurant le temps que les patients ont dû attendre pour subir une intervention chirurgicale oncologique, une arthroplastie de la hanche, une arthroplastie du genou ou une intervention chirurgicale générale, après en avoir pris la décision en collaboration avec leur chirurgien.

Pour les deux types de temps d'attente, les délais liés à la disponibilité et (ou) à la condition du patient ne sont pas inclus dans le calcul du temps d'attente.

En Ontario, les temps d'attente maximaux recommandés ont été fixés pour l'attente pour voir un chirurgien et pour l'attente pour subir une intervention chirurgicale. Les temps d'attente recommandés varient selon les niveaux de priorité qui sont basés sur l'état du patient, la priorité 1 étant la plus urgente et les interventions chirurgicales de priorité 2, 3 et 4 étant progressivement les moins

urgentes. Les résultats de l'indicateur du temps d'attente pour les interventions chirurgicales de priorité 2, 3 et 4 sont présentés dans le présent chapitre. Les interventions chirurgicales de priorité 1 ne sont pas incluses, car elles touchent les patients qui sont vus et qui subissent leur intervention chirurgicale immédiatement.

Les résultats de l'indicateur indiquent un rétrécissement des pourcentages de patients ayant subi leur arthroplastie de la hanche ou du genou de priorité 2, 3 ou 4 à l'intérieur du temps d'attente ciblé.

Plus de 9 patients sur 10 ont subi leur intervention chirurgicale générale de priorité 3 ou 4 en respectant les objectifs de temps d'attente et un peu plus de 8 patients sur 10 ont subi leur intervention chirurgicale générale de priorité 2 dans les délais ciblés.

Environ 6 patients de l'Ontario sur 7 ayant subi une intervention chirurgicale oncologique ont obtenu leur premier rendez-vous en chirurgie dans les temps d'attente ciblés en 2016-2017, ce qui laisse toutefois 1 patient sur 7 qui attend plus longtemps qu'il ne le devrait. Une plus grande proportion des interventions chirurgicales oncologiques a été réalisée à l'intérieur du temps d'attente ciblé en 2016-2017, mais 22 % des interventions chirurgicales oncologiques de priorité 2 n'ont

pas été réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé.

Les résultats de l'indicateur mesurant le temps d'attente des patients pour une imagerie par résonance magnétique et un tomodensitogramme sont aussi présentés dans le présent chapitre pour les cas de priorité 2, 3 et 4. (Pour les cas de priorité 1, les patients passent leurs examens immédiatement.) La proportion d'examens d'IRM et de tomodensitogrammes réalisés à l'intérieur du temps d'attente ciblé a augmenté dans certains cas, mais d'importants pourcentages d'IRM et de tomodensitogrammes de priorité 3 et 4 n'ont pas été réalisés à l'intérieur de l'objectif.

## Principale Conclusion 1

### Les temps d'attente augmentent pour les patients du service des urgences admis à l'hôpital

Le temps moyen passé au service des urgences a augmenté de 10,9 % au cours de la dernière année pour les patients admis à l'hôpital et il est resté le même pour les patients qui n'y ont pas été admis. Le temps d'attente moyen de tous les patients au service des urgences afin d'être vus par un

médecin est demeuré plutôt stable au cours des quatre dernières années, même s'il a légèrement augmenté l'an dernier.

## Principale Conclusion 2

### Moins d'arthroplasties de la hanche et du genou respectent les cibles relatives aux temps d'attente

Le pourcentage d'arthroplasties de la hanche et du genou de priorité 2, 3 et 4 réalisées à l'intérieur des temps d'attente ciblés a diminué au cours de la dernière année, après avoir fluctué au cours des sept années précédentes. La proportion d'interventions chirurgicales non effectuées dans le délai ciblé continue d'être considérablement plus importante pour les interventions chirurgicales de priorité 2 et 3 que pour celles de priorité 4.

## Principale Conclusion 3

### Les cibles relatives aux temps d'attente pour voir un chirurgien sont atteintes pour la plupart des patients souffrant d'un cancer

La majorité des patients ayant subi une intervention chirurgicale oncologique de priorité 2, 3 ou 4 ont obtenu leur premier rendez-vous en chirurgie à l'intérieur des temps d'attente ciblés en 2016-2017, ce qui n'est toutefois pas le cas pour environ 1 patient sur 7. La proportion d'interventions chirurgicales oncologiques réalisées à l'intérieur de la cible a augmenté de manière générale entre 2008-2009 et 2016-2017, mais il y a toujours place à l'amélioration.

## Principale Conclusion 4

### Plus de patients passent une imagerie par résonance magnétique dans les cibles relatives aux temps d'attente

Les proportions des examens d'IRM de priorité 2, 3 et 4 réalisés à l'intérieur des temps d'attente ciblés ont augmenté au cours de la dernière année, même si près de 7 patients sur 10 n'ont pas passé leur IRM de priorité 4 en respectant la cible. Pour les tomodensitogrammes, la proportion des examens de priorité 2 terminés dans le délai ciblé a augmenté au cours des deux dernières années, tandis que les proportions des examens de priorité 3 et 4 effectués à l'intérieur du délai ciblé ont diminué.

## Temps d'attente des services des urgences

Il y a eu environ 5,7 millions de consultations dans les services des urgences en Ontario en 2016-2017, une augmentation d'environ 480 000 visites, soit 9 %, depuis 2011-2012. En dépit de cette croissance, le temps d'attente moyen que les patients ont passé au service des urgences et le temps d'attente moyen pour voir un médecin n'ont pas beaucoup changé.

Le temps qu'un patient attend pour voir un médecin à l'urgence ou « temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin », est mesuré à partir du moment où le patient est évalué (« a fait l'objet d'un triage ») ou inscrit, selon la première éventualité, et le moment où il est vu par le médecin.

Le temps total qu'un patient passe au service des urgences, ou la durée de son séjour, est mesuré à partir du moment où le patient a fait l'objet d'un triage ou qu'il est inscrit jusqu'à ce qu'il obtienne son congé pour retourner à la maison, ou qu'il soit admis dans un lit d'hôpital ou transféré à un autre établissement de soins actifs. Afin de mesurer la durée du séjour, les patients qui ne sont pas admis à l'hôpital sont répartis dans des catégories de gravité selon l'urgence de leur état, en s'appuyant sur l'échelle canadienne de triage et de gravité utilisée par les hôpitaux aux fins de triage des patients des services des urgences. La durée du séjour au service des urgences est mesurée dans une catégorie distincte pour les patients qui sont admis à l'hôpital.

Les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée présentent des affections qui peuvent menacer la vie et qui nécessitent une intervention énergique immédiate, ou qui représentent une menace potentielle à la vie ou à l'intégrité d'un membre et qui nécessitent une intervention médicale rapide; ou qui pourraient potentiellement évoluer en un problème grave nécessitant une intervention énergique ou rapide. Les patients ayant des états pathologiques de faible gravité présentent des affections qui pourraient nécessiter une intervention médicale ou des conseils dans un délai de deux heures; ou pour lesquelles l'investigation et le traitement pourraient être retardés ou dirigés à d'autres services de l'hôpital ou du système de santé. [68]

## Conclusions et variations

Ces indicateurs mesurent le temps moyen que les patients ont attendu au service des urgences avant de voir un médecin et la durée moyenne de leur séjour au service des urgences.

### Temps d'attente pour voir un médecin

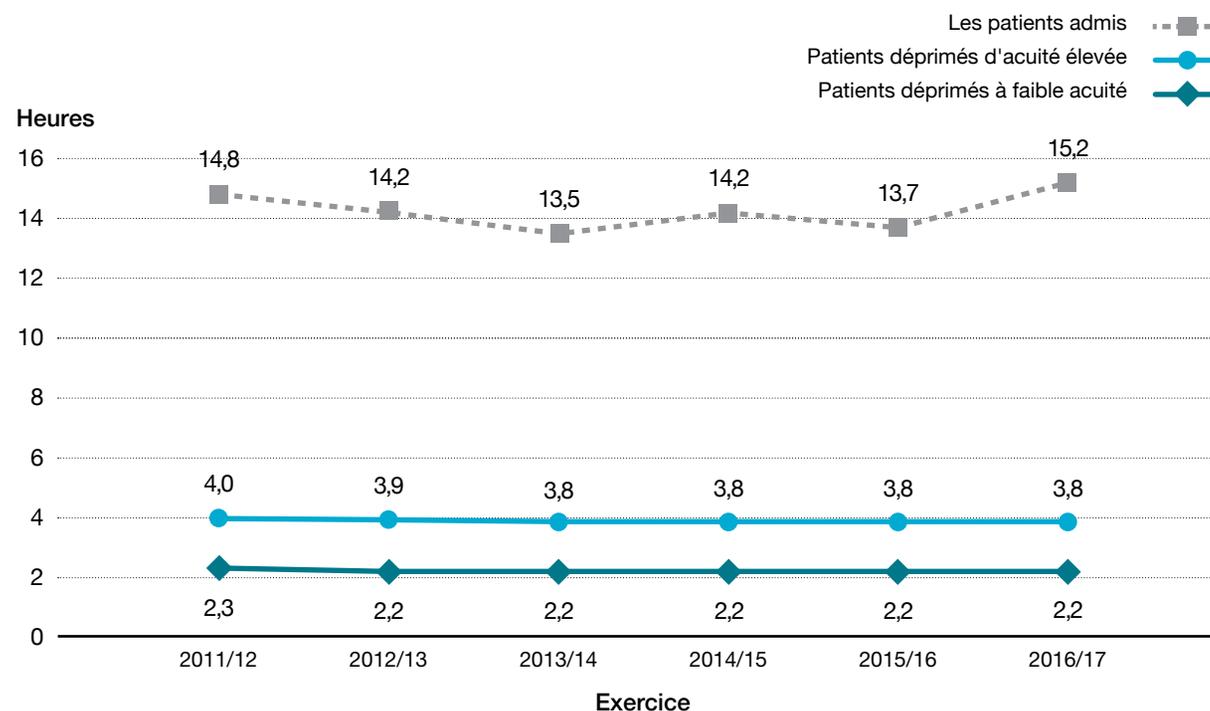
- Le temps moyen que les patients ont attendu au service des urgences pour voir un médecin a légèrement augmenté au cours de la dernière année, passant de 1,4 à 1,5 heure.
- Entre 2011-2012 et 2016-2017, le temps d'attente moyen des patients au service des urgences pour voir un médecin a légèrement diminué, passant de 1,6 à 1,5 heure.
- En 2016-2017, la durée moyenne de l'attente des patients au service des urgences pour voir un

médecin variait entre les régions des RLISS en Ontario de 1,8 heure dans la région du RLISS d'Érié St-Clair à 1,2 heure dans les régions des RLISS du Sud-Ouest, du Centre et du Nord-Ouest.

### Durée du séjour

- En ce qui concerne les patients admis à l'hôpital, la durée moyenne de leur séjour au service des urgences a grimpé de 10,9 % pour atteindre 15,2 heures en 2016-2017, alors qu'elle était de 13,7 heures en 2015-2016, et supérieure à la durée moyenne du séjour de 14,8 heures de 2011-2012. (**Figure 5.1**)
- En ce qui concerne les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée qui n'ont pas été admis à l'hôpital, la durée moyenne du séjour au service des urgences était la même en 2016-2017 qu'en 2015-2016, soit 3,8 heures, ce qui est inférieur à la durée moyenne de 4 heures de 2011-2012. (**Figure 5.1**)
- En ce qui concerne les patients ayant des états pathologiques de faible gravité qui n'ont pas été admis à l'hôpital, la durée moyenne du séjour au service des urgences était de 2,2 heures en 2016-2017, soit un résultat stable depuis 2011-2012, alors qu'elle était de 2,3 heures. (**Figure 5.1**)
- En 2016-2017, la durée moyenne du séjour au service des urgences pour les patients admis à l'hôpital était plus de deux fois plus longue dans la région du RLISS du Centre-Ouest, soit 19,6 heures, que dans la région du RLISS de Waterloo-Wellington qui affichait 8,7 heures.

**FIGURE 5.1** Temps moyen passé par les services des urgences, par catégorie de gravité chez les patients, en Ontario, 2011-2012 à 2016-2017



Source de données : Système national de déclaration des soins ambulatoires (SNISA), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fourni par Cancer Care Ontario (CCO).



### Indicateurs : Temps passé au service des urgences

Ces indicateurs mesurent le temps moyen que les patients passent au service des urgences avant d'avoir vu un médecin – ou la durée avant l'évaluation initiale du médecin, et la durée moyenne du séjour des patients au service des urgences.

## Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche, les arthroplasties du genou et les interventions chirurgicales générales

Avec les interventions chirurgicales oncologiques, les arthroplasties de la hanche et du genou étaient les principaux services de santé de l'objectif initial de la Stratégie de réduction des temps d'attente lancée en Ontario en 2005. Cette stratégie a depuis été élargie pour inclure toutes les interventions chirurgicales et le temps passé aux services des urgences. [69]

Le nombre total d'arthroplasties de la hanche de priorité 2, 3 et 4 réalisées chaque année en Ontario a augmenté de 45 % au cours des huit dernières années, passant de 11 292 à 16 355 interventions, tandis que le nombre total d'arthroplasties du genou de priorité 2, 3 et 4 a augmenté de 35 %, passant de 20 550 à 27 773 interventions. Pour les arthroplasties de la hanche et du genou, le nombre d'interventions de priorité 4 a considérablement augmenté, tandis que les interventions chirurgicales de priorité 2 et 3 ont considérablement diminué.

À titre comparatif, les interventions chirurgicales oncologiques de priorité 2, 3 et 4 ont augmenté de 15,6 % au cours des huit dernières années, passant de 42 285 à 48 896 interventions. Au cours des quatre dernières années, les interventions chirurgicales générales de priorité 2, 3 et 4 ont augmenté de 5,7 %, passant de 77 579 à 82 005.

Le temps d'attente maximal recommandé pour subir une arthroplastie de la hanche ou du genou en Ontario est de 42 jours (6 semaines) pour les cas de priorité 2, de 84 jours (12 semaines) pour les cas de priorité 3, et de 182 jours (26 semaines) pour les cas de priorité 4. Pour les interventions chirurgicales générales, le temps d'attente maximal recommandé est de 28 jours (4 semaines) pour les cas de priorité 2, de 84 jours (12 semaines) pour les cas de priorité 3, et de 182 jours (26 semaines) pour les cas de priorité 4.

Les interventions chirurgicales générales comprennent les interventions comme une intervention chirurgicale à la vésicule biliaire, une intervention chirurgicale herniaire ou une intervention chirurgicale antireflux, et ne comprennent pas les interventions chirurgicales orthopédiques, oncologiques, cardiaques, ophtalmologiques ou pédiatriques.

### Conclusions et variations

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de patients ayant subi leur arthroplastie de la hanche ou du genou ou leur intervention chirurgicale générale en respectant les temps d'attente ciblés.

#### Arthroplastie du genou

- En 2016-2017, 51 % des patients ayant subi une arthroplastie du genou de priorité 2 l'ont obtenue à l'intérieur du temps d'attente ciblé, alors que le taux était de 59 % pour celles de priorité 3 et de 80 % pour celles de priorité 4, qui sont les plus communs.

- Il y a eu une fluctuation des arthroplasties du genou effectuées en respectant le temps d'attente ciblé pour tous les niveaux de priorité au cours des huit dernières années. Les proportions des arthroplasties du genou de priorité 2, 3 et 4 réalisées dans le délai ciblé ont été légèrement inférieures en 2016-2017 qu'en 2008-2009. En outre, il y a eu une diminution du rendement pour toutes les priorités au cours de la dernière année et les interventions de priorité 2 réalisées dans le délai ciblé ont chuté de 66 % à 51 %. (**Figure 5.2**)
- La proportion de patients dont l'arthroplastie du genou de priorité 4 a été effectuée dans le temps d'attente ciblé variait considérablement entre les régions des RLISS en Ontario, passant de 96 % dans la région du RLISS du Centre à 48 % dans celle du RLISS du Sud-Ouest.

#### Arthroplastie de la hanche

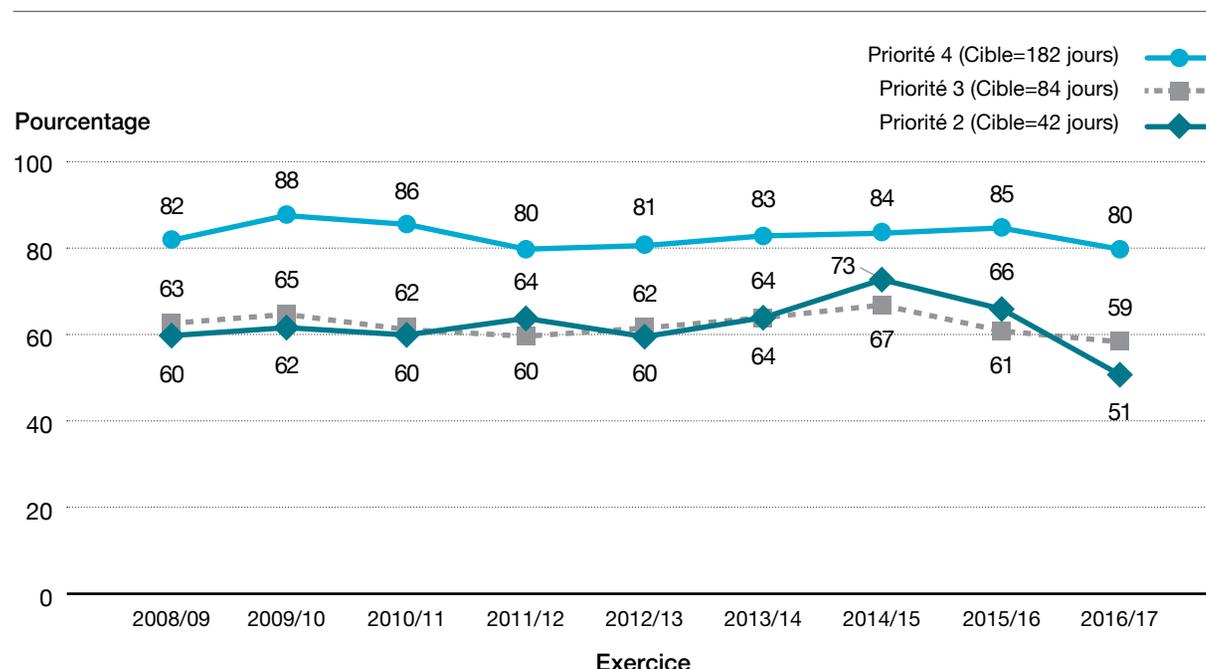
- En 2016-2017, 58 % des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche de priorité 2 l'ont obtenue à l'intérieur du temps d'attente ciblé, alors que le taux était de 63 % pour celles de priorité 3 et de 84 % pour celles de priorité 4.
- La proportion de patients dont l'arthroplastie de la hanche de priorité 2, 3 et 4 a été réalisée dans le temps d'attente ciblé a légèrement fluctué entre 2008-2009 et 2015-2016. Il y a eu une diminution pour tous les niveaux de priorité en 2016-2017, surtout en ce qui a trait aux interventions de priorité 2, pour lesquelles la proportion ayant été réalisée dans le délai ciblé a diminué de 72 % à 58 %.

- La proportion de patients dont l'arthroplastie de la hanche de priorité 4 a été effectuée dans le temps d'attente ciblé variait considérablement entre les régions de RLISS en Ontario en 2016-2017, passant de 98 % dans la région du RLISS du Centre à 50 % dans la région du RLISS du Sud-Ouest.

### Intervention chirurgicale générale

- En 2016-2017, 82 % des patients ayant subi une intervention chirurgicale générale de priorité 2 l'avaient effectuée à l'intérieur du temps d'attente ciblé, tandis que le taux était de 92 % pour les interventions de priorité 3 et de 97 % pour celles de priorité 4.
- La proportion de patients dont la intervention chirurgicale générale de priorité 2, 3 ou 4 a été effectuée dans le temps d'attente ciblé est demeurée relativement uniforme pour tous les niveaux de priorité entre 2012-2013 et 2016-2017.

**FIGURE 5.2** Pourcentage d'arthroplasties du genou de priorité réalisées à l'intérieur des temps d'attente ciblés, par niveau de priorité, en Ontario, 2008-2009 à 2016-2017



Source de données : Système d'information sur les temps d'attente (SITA), fournies par Action Cancer Ontario (ACO).



### Indicateurs : Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les interventions chirurgicales générales

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de patients ayant subi leur arthroplastie de la hanche ou du genou ou leur intervention chirurgicale générale de priorité 2, 3 ou 4 dans les temps d'attente ciblés pour chacune de ces interventions et par niveau de priorité.

## Temps d'attente pour les patients atteints d'un cancer pour voir un chirurgien et subir une intervention chirurgicale

Il est important pour les patients atteints d'un cancer de consulter un chirurgien et de subir une intervention chirurgicale rapidement, car leur cancer peut croître ou se propager à d'autres parties de leur corps s'ils attendent trop longtemps.

Pour la première fois cette année, le rapport *À la hauteur* présente des données sur les temps d'attente des patients atteints d'un cancer pour voir un chirurgien, en plus des données sur leur temps d'attente pour subir une intervention chirurgicale qui étaient fournies dans les rapports des années précédentes. Le fait de disposer de l'information sur ces deux temps d'attente offrira une vision plus complète pour évaluer si les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin en temps opportun. Les deux temps d'attente excluent les retards liés à la disponibilité et / ou à la condition d'un patient. L'intervention chirurgicale oncologique est la seule intervention chirurgicale pour laquelle une année complète de données sur le temps d'attente pour voir un chirurgien était disponible afin de faire l'objet d'un rapport.

Les cibles recommandées pour les deux temps d'attente varient selon le niveau de priorité attribué par le chirurgien à l'intervention chirurgicale du patient. Le temps d'attente maximal recommandé pour un premier rendez-vous en chirurgie est de 10 jours pour les interventions chirurgicales

oncologiques de priorité 2, de 21 jours (3 semaines) pour celles de priorité 3 et de 35 jours (5 semaines) pour celles de priorité 4. Le temps d'attente maximal recommandé pour subir une intervention chirurgicale oncologique est de 14 jours (2 semaines) pour les cas de priorité 2, de 28 jours (4 semaines) pour ceux de priorité 3 et de 84 jours (12 semaines) pour ceux de priorité 4.

Pour les cas de priorité 1 (exclus de ces données), on soupçonne fortement un cancer ou le résultat d'une biopsie est positif et il s'agit d'un état menaçant le pronostic vital ou l'intégrité d'un membre. Pour les cas de priorité 2, on soupçonne fortement un cancer ou le résultat d'une biopsie est positif. Pour les cas de priorité 3, on soupçonne fortement un cancer, mais les critères correspondants aux priorités 2 et 4 ne sont pas respectés. Pour les cas de priorité 4, on soupçonne un cancer ou un résultat de biopsie positif. La majorité des cas ont une priorité 3.

### Conclusions et variations

Ces indicateurs mesurent, chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale oncologique, le pourcentage ayant obtenu leur premier rendez-vous en chirurgie dans le temps d'attente ciblé pour voir un chirurgien et le pourcentage ayant subi leur intervention chirurgicale dans le temps d'attente ciblé pour effectuer une intervention chirurgicale.

#### Attente pour voir un chirurgien

- En 2016-2017, la proportion de patients vus par un chirurgien dans le temps d'attente ciblé était

de 86 % pour les interventions chirurgicales oncologiques de priorité 2, de 87 % pour celles de priorité 3 et de 83 % pour celles de priorité 4.

- La proportion de patients vus par un chirurgien dans le temps d'attente ciblé pour les cas de cancer de priorité 3 variait selon les régions des RLISS en Ontario, passant de 96 % dans la région du RLISS du Centre-Ouest à 79 % dans celle du RLISS du Nord-Est. (**Figure 5.3**)

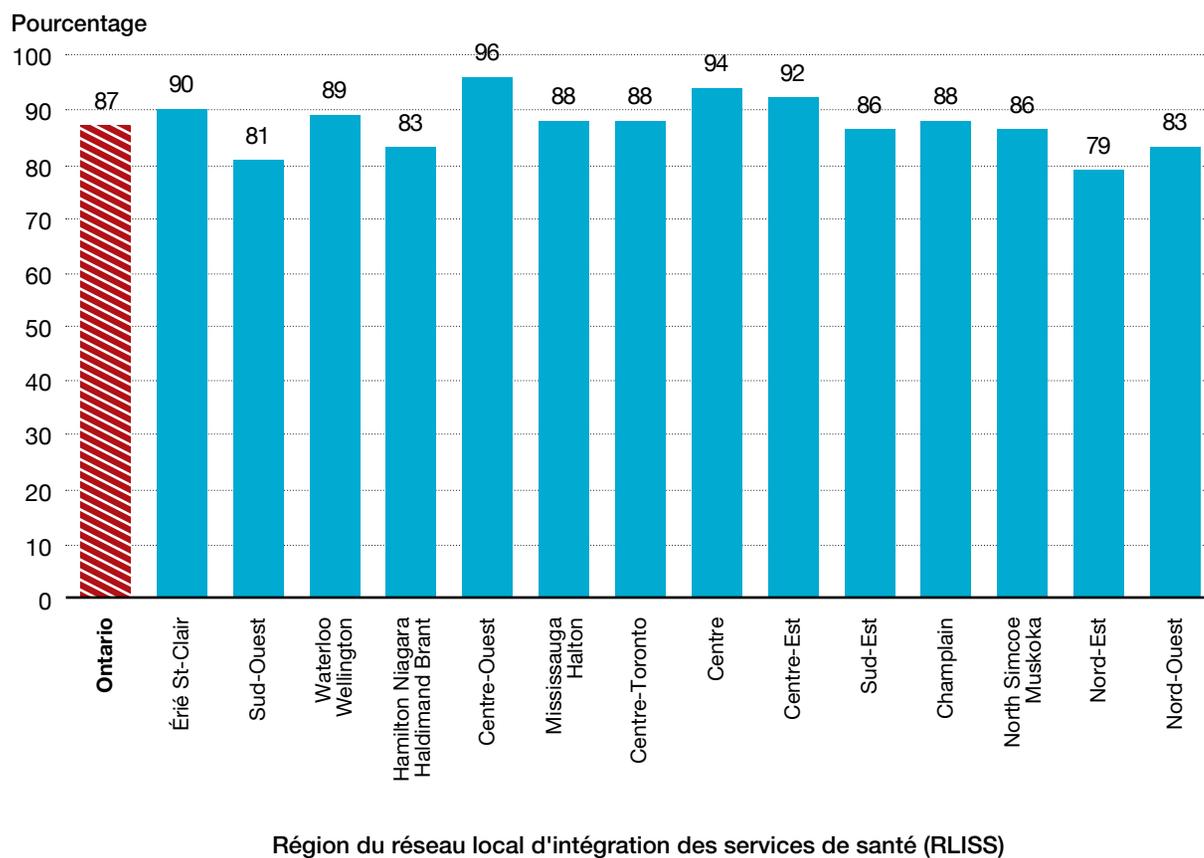
#### Temps d'attente pour subir une intervention chirurgicale

- En 2016-2017, 78 % des patients ayant subi une intervention chirurgicale oncologique de priorité 2 ont été opérés dans le temps d'attente ciblé, tandis que le taux était de 85 % pour les interventions chirurgicales de priorité 3 et de 93 % pour celles de priorité 4.
- La proportion d'interventions chirurgicales oncologiques ayant respecté les temps d'attente ciblé a augmenté sur douze mois de manière générale entre 2008-2009 et 2015-2016 pour tous les niveaux de priorité et a augmenté considérablement durant cette période pour les interventions chirurgicales de priorité 2 et 3. La proportion d'interventions chirurgicales de priorité 2 et 4 pratiquées dans le délai ciblé a légèrement diminué en 2016-2017, tandis que la proportion d'interventions chirurgicales de priorité 3 réalisées à l'intérieur de la cible a légèrement augmenté.

**Indicateurs :** Temps d’attente pour les patients atteints d’un cancer pour voir un chirurgien et subir une intervention chirurgicale

Ces indicateurs mesurent, chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale oncologique, le pourcentage ayant obtenu leur premier rendez-vous en chirurgie dans le temps d’attente ciblé et le pourcentage ayant subi leur intervention chirurgicale dans le temps d’attente ciblé, par niveau de priorité.

**FIGURE 5.3** Pourcentage de patients cancéreux de priorité 3 ayant obtenu leur premier rendez-vous en chirurgie dans le temps d’attente ciblé subi une intervention chirurgicale oncologique de priorité 2, 3 ou 4 ont obtenu leur premier rendez-vous en chirurgie dans le temps d’attente ciblé de 21 jours, par RLISS, en 2016-2017



Source de données : Système d’information sur les temps d’attente (SITA), fourni par le Programme d’accès aux soins, Action Cancer Ontario.

## Temps d'attente pour un tomodensitogramme et une imagerie par résonance magnétique

Le fait qu'un patient subisse une tomographie par ordinateur (tomodensitogramme) ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) est souvent une étape clé dans le diagnostic médical et la prise de décisions et l'utilisation des deux augmente rapidement en Ontario. Le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens ayant subi un tomodensitogramme de priorité 2, 3 ou 4 a augmenté de 37,2 % entre 2012-2013 et 2016-2017, passant de 680 167 à 932 996 examens. Au cours de la même période, le nombre de personnes ayant subi un examen d'IRM de priorité 2, 3 ou 4 a crû de 32,3 %, passant de 543 785 à 719 637.

En ce qui concerne les tomodensitogrammes, la plus forte augmentation au cours de la période de quatre ans – 72 % – était pour le nombre de personnes ayant subi un examen de priorité 2. Pour les examens d'IRM, la plus forte augmentation était de 44 %, également pour le nombre de personnes ayant effectué un examen de priorité 2.

Les cibles relatives au temps d'attente pour les deux types d'examen sont les mêmes et elles sont mesurées à partir de la date à laquelle l'établissement d'imagerie diagnostique reçoit la demande d'examen jusqu'à la date à laquelle le patient subit l'examen, moins toute période où il n'est pas disponible pour l'intervention pour des raisons le concernant. Les cibles maximales relatives au temps d'attente pour les IRM et les

tomodensitogrammes sont de 48 heures pour les examens de priorité 2, de 2 à 10 jours pour ceux de priorité 3 et de 4 semaines pour ceux de priorité 4.

### Conclusions et variations

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de patients ayant subi leur tomodensitogramme ou leur IRM dans le temps d'attente ciblé, par niveau de priorité.

#### Tomodensitogrammes

- La proportion de patients ayant subi leur tomodensitogramme de priorité 2 à l'intérieur de l'objectif provincial en matière de temps d'attente a augmenté à 96 % en 2016-2017 alors qu'elle était de 92 % en 2012-2013. Au cours de la même période, la proportion de patients ayant effectué leur examen de priorité 3 dans le délai ciblé a chuté de 65 % à 60 %, et de 80 % à 67 % pour les examens de priorités 4.
- En 2016-2017, la variation était importante entre les régions de RLISS en l'Ontario pour la proportion de personnes dont le tomodensitogramme de priorité 4 était réalisé à l'intérieur du temps d'attente ciblé, allant d'un sommet de 91 % dans la région du RLISS du Centre-Est à un creux de 48 % dans la région du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant.

#### Examens d'IRM

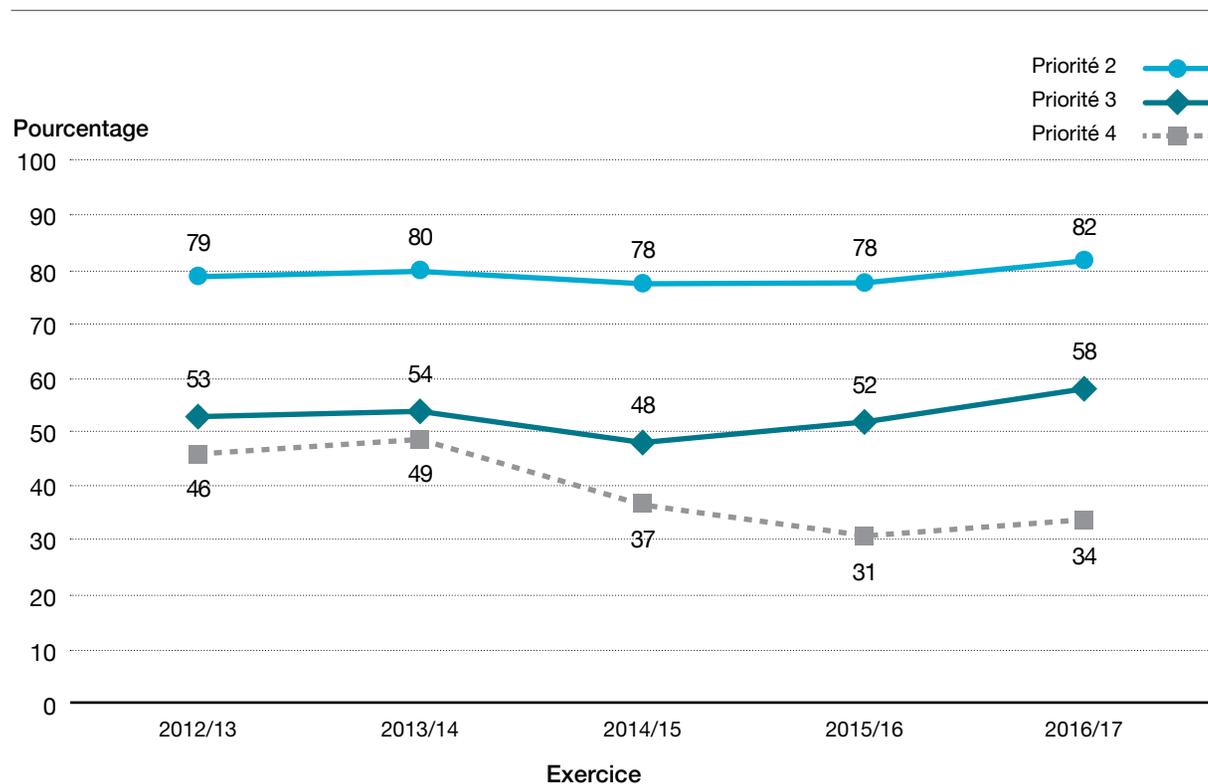
- Entre 2012-2013 et 2016-2017, la proportion de patients ayant subi leur examen d'IRM à l'intérieur du temps d'attente ciblé a augmenté de 79 % à 82 % pour les examens de priorité 2, et de 53 % à 58 % pour ceux de priorité 3, tandis que la proportion a chuté de 46 % à 34 % pour ceux de priorité 4. (**Figure 5.4**)
- En 2016-2017, la variation était importante entre les régions de RLISS en l'Ontario pour la proportion de personnes dont l'examen d'IRM de priorité 4 était réalisé à l'intérieur du temps d'attente ciblé, allant d'un sommet de 54 % dans la région du RLISS du Centre-Est à un creux de 20 % dans la région du RLISS de Mississauga Halton.



**Indicateurs :** Temps d'attente pour un tomodensitogramme et une imagerie par résonance magnétique

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de patients ayant subi leur tomodensitogramme ou leur examen d'IRM de priorité 2, 3 ou 4 dans les temps d'attente ciblés, par niveau de priorité.

**FIGURE 5.4** Pourcentage d'examen d'IRM effectués dans le temps d'attente ciblé, par niveau de priorité, en Ontario, 2012-2013 à 2016-2017



Source des données : Système d'information sur les temps d'attente (SITA), fournies par Action Cancer Ontario (ACO).



## CHAPITRE 6

# Intégration du système

Le présent chapitre met en lumière les résultats des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité ci-après liés à l'intégration du système de santé.

- Soins de suivi après une hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque.
- Patients dans les hôpitaux qui attendent de recevoir des soins ailleurs.
- Consultations au service des urgences pour des affections qui, selon les personnes, auraient pu être traitées par leur fournisseur de soins primaires.

Les résultats des autres indicateurs de l'intégration du système sont présentés dans le tableau supplémentaire sur les caractéristiques techniques.

# Des soins au bon endroit et au bon moment



**Un patient est considéré comme recevant des soins de qualité supérieure lorsqu'il reçoit le traitement approprié au bon moment et au bon endroit et que ce traitement est prodigué par des professionnels de la santé capables de collaborer de façon harmonieuse dans le meilleur intérêt de ce patient.**<sup>[70]</sup> Pour parvenir à la prestation des soins de qualité supérieure, il faut que le système de santé qui les fournit soit bien intégré et que toutes ses composantes interagissent efficacement.

Toutefois, il arrive parfois que les patients en Ontario ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin au bon moment et au bon endroit. Par exemple, les consultations de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital sont en baisse chez les patients hospitalisés pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque, même si le fait d'effectuer ces visites est considéré aider les patients à mieux prendre en charge leur état de santé.

De plus, les patients qui sont en assez bonne santé pour quitter l'hôpital doivent souvent y rester en attendant de pouvoir recevoir des soins à domicile ou qu'une place dans un foyer de soins de longue durée se libère, alors qu'ils occupent un lit d'hôpital dont ont besoin d'autres patients qui nécessitent des soins hospitaliers. Un grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens déclarent également se rendre au service des urgences pour un problème de santé qui, selon eux, aurait pu être traité par leur

fournisseur de soins primaires attitré, s'il avait été disponible.

Les résultats des indicateurs de la qualité décrits dans le présent chapitre montrent que certains éléments de l'intégration dans le système de santé de l'Ontario se détériorent au lieu de s'améliorer. Les soins de suivi avec des médecins après une hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque ne sont pas aussi fréquents qu'ils devraient l'être et sont à la baisse. La proportion de lits d'hôpitaux occupés chaque jour par des personnes en attente de soins ailleurs a augmenté l'an dernier après trois années de baisse. Le pourcentage de consultations au service des urgences pour des affections que les patients jugeaient traitables par un fournisseur de soins primaires attitré varie considérablement dans la province et montre une corrélation avec l'accès aux soins après les heures normales déclaré par les patients.

## Principale Conclusion 1

### **Un moins grand nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque ou de maladie pulmonaire obstructive chronique consultent un médecin après avoir quitté l'hôpital**

Le pourcentage de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après une hospitalisation pour une insuffisance cardiaque est passé de 50,2 à 45,3 % entre 2005-2006 et 2015-2016. De façon similaire, le pourcentage de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après une hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique est passé de 39,2 à 35,2 % au cours de la même période. Ces deux résultats reflètent un manque similaire d'amélioration dans les visites de suivi après l'hospitalisation pour maladie mentale ou addiction, qui est détaillé au chapitre 4.

## Principale Conclusion 2

### **Un plus grand nombre de lits d'hôpitaux sont occupés par des patients qui attendent d'obtenir des soins ailleurs**

En moyenne en 2015-2016, 13,9 % des jours d'hospitalisation, c.-à-d. 13,9 % du total de tous les jours où chacun des lits d'hôpitaux en Ontario était occupé par un patient, ont été utilisés pour des patients qui attendaient de recevoir des soins ailleurs. Ces patients recevant un « autre niveau de soins » auraient reçu des soins plus appropriés dans un foyer de soins de longue durée, dans un hôpital de réadaptation, à domicile ou dans un autre établissement, selon leur état. Le pourcentage de jours-patients utilisés par des patients recevant un autre niveau de soins a augmenté en 2015-2016 pour la première fois depuis 2011-2012.

## Principale Conclusion 3

### **Les consultations au service des urgences pour des affections qui, selon les personnes, auraient pu être traitées par leur fournisseur de soins primaires varient d'une région à l'autre**

Une grande variation a été constatée d'une région à l'autre ainsi que d'une sous-région à l'autre des RLISS de la province dans le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir effectué une consultation au service des urgences pour une affection qui aurait pu être traitée par leur fournisseur de soins primaires. La variation dans les sous-régions était étroitement liée à la difficulté déclarée d'accéder à des soins après les heures d'ouverture normales.

## Soins de suivi avec un médecin après une hospitalisation

La transition de l'hôpital au domicile peut être une période difficile pour les patients au cours de laquelle leur état de santé risque de se détériorer s'il n'est pas correctement pris en charge. Les personnes qui ont été hospitalisées pour une insuffisance cardiaque ou une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) présentent un risque particulièrement très élevé de retour à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé. [71]

Une consultation de suivi avec un professionnel de la santé comme un médecin peu de temps après l'obtention du congé de l'hôpital peut accroître la capacité du patient de prendre en charge son état de santé et de réduire la nécessité d'une réhospitalisation. [72]

L'indicateur mentionné dans le présent chapitre n'inclut que les consultations de suivi avec un médecin de famille ou un spécialiste, et il est possible que les personnes qui ont été hospitalisées pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque aient consulté un autre professionnel de la santé après l'obtention de leur congé.

En 2015-2016, le taux de réadmission en Ontario s'établissait à 20,1 % pour les patients hospitalisés pour une insuffisance cardiaque et à 19,0 % pour les patients hospitalisés pour une maladie pulmonaire obstructive chronique. Ces taux n'ont pas beaucoup changé depuis 2013-2014. [73]

## Conclusions et variations

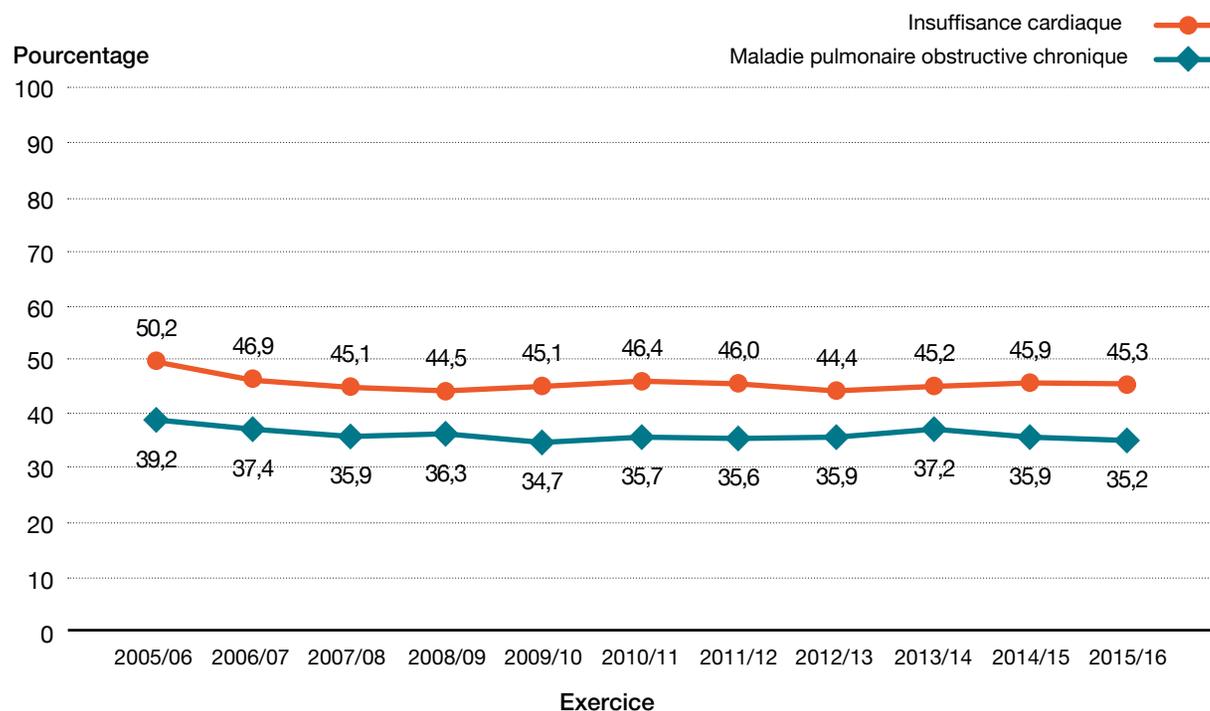
Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisé pour une insuffisance cardiaque ou une maladie pulmonaire obstructive chronique.

- Le pourcentage de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après une hospitalisation pour une insuffisance cardiaque est passé de 50,2 à 45,3 % entre 2005-2006 et 2015-2016. (**Figure 6.1**)
- De même, le pourcentage de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après une hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique est passé de 39,2 à 35,2 % au cours de la même période. (**Figure 6.1**)
- En 2015-2016, une grande variation a été constatée d'une région à l'autre des RLISS en Ontario dans la proportion de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisés pour une insuffisance cardiaque, allant d'un taux élevé de 54,9 % dans la région du RLISS de Mississauga Halton à un faible taux de 25,3 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest.
- Une variation importante a aussi été observée au cours de la même période d'une région à l'autre des RLISS dans la proportion de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisés pour une maladie pulmonaire obstructive chronique, allant de 46,7 % dans la région du RLISS du Centre-Ouest à un faible taux de 26,2 % dans la région du RLISS du Nord-Est.

**Indicateur :** Soins de suivi après une hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui ont été vus par un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisés pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque.

**FIGURE 6.1** Pourcentage\* de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisé pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque, en Ontario, 2005-2006 à 2015-2016



Source de données : Base de données sur les congés des patients, base de données de l'Assurance-santé de l'Ontario, base de données du régime d'Assurance-santé de l'Ontario, base de données sur les médecins du Institute for Clinical Evaluative Sciences, fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences. Âge et sexe ajustés.

## Patients qui attendent à l'hôpital pour des soins dans un autre emplacement

Il arrive parfois que des patients ne puissent quitter l'hôpital, même s'ils n'ont plus besoin d'être hospitalisés. Ces patients peuvent ne plus nécessiter de formes de soins que seul un hôpital peut fournir, mais avoir besoin d'un « autre niveau de soins » comme ceux que peuvent prodiguer un foyer de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou des services de soins à domicile.

Toutefois, les patients hospitalisés doivent parfois attendre avant de pouvoir recevoir l'autre niveau de soins qu'ils requièrent et, pendant cette période, occupent des lits d'hôpitaux qui pourraient être utiles à d'autres personnes qui nécessitent des soins hospitaliers. En 2015-2016, une moyenne de 3 961 lits d'hôpitaux de l'Ontario par jour étaient occupés par des patients qui attendaient de recevoir des soins ailleurs. Ces 3 961 lits représentaient l'équivalent de dix grands hôpitaux.

L'utilisation de lits d'hôpitaux pour des patients qui pourraient être traités ailleurs a des répercussions négatives sur les personnes en attente de lits d'hôpitaux. Elle touche aussi les patients qui attendent leur congé et doivent rester à l'hôpital où ils risquent davantage d'être exposés aux infections, où ils peuvent perdre une certaine capacité de vaquer à leurs activités quotidiennes et se sentir socialement isolés.

## Conclusions et variations

Cet indicateur calcule le nombre de « jours-patients », le total de tous les jours où chacun des lits d'hôpitaux en Ontario était occupé par un patient, afin de mesurer le pourcentage de jours où des lits étaient occupés par des patients identifiés comme ayant besoin d'un autre niveau de soins.

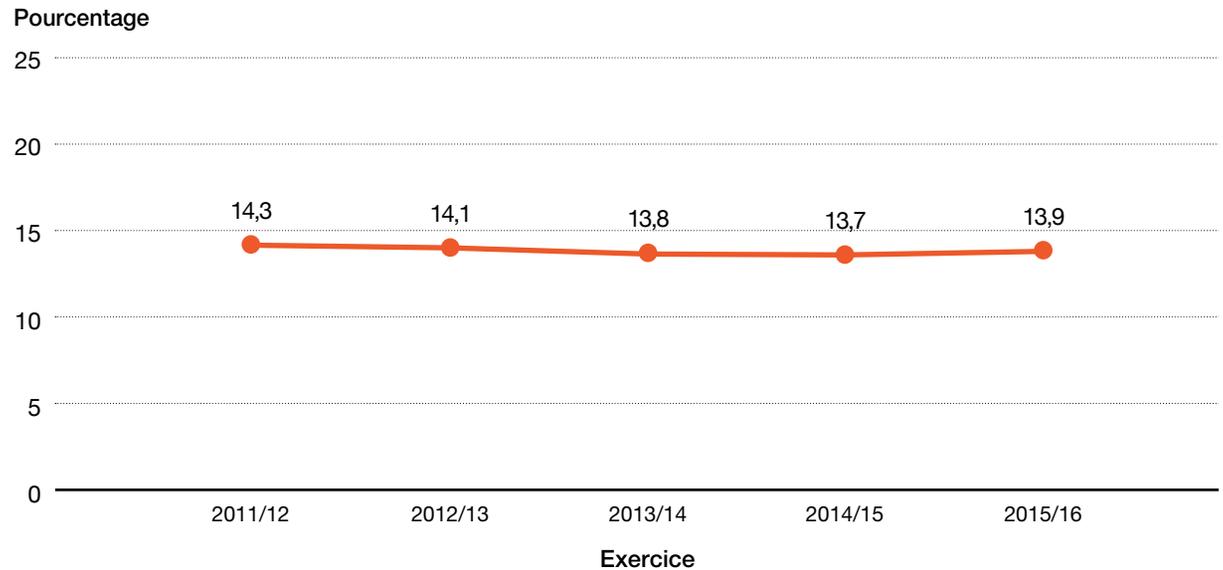
- La proportion de jours-patients pendant lesquels des lits d'hôpitaux de l'Ontario étaient occupés par des patients en attente d'un autre niveau de soins est passée à 13,9 % en 2015-2016, par rapport à 13,7 % l'année précédente, ce qui équivaut à une augmentation de 25 000 jours où des lits étaient occupés par des patients ayant besoin d'un autre niveau de soins. Cette augmentation est survenue après une baisse modeste, mais stable de 14,3 à 13,7 % entre 2011-2012 et 2014-2015. (**Figure 6.2**)
- Parmi tous les patients désignés en attente d'un autre niveau de soins en 2015-2016, 45,2 % des jours qu'ils ont passés à l'hôpital étaient liés à l'attente d'une place dans un foyer de soins de longue durée et 13,7 % à l'attente de rentrer à la maison avec le soutien des soins à domicile d'un Centre d'accès aux soins communautaires.
- En 2015-2016, une grande variation a été constatée d'une région à l'autre des RLISS de la province dans la proportion de jours-patients utilisés pour des patients en attente de recevoir des soins ailleurs, allant d'un taux élevé de 27,1 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à un faible taux de 5,5 % dans la région du

RLISS du Centre-Ouest. Ces variations étaient possiblement liées à des différences dans la disponibilité des places dans les foyers de soins de longue durée et d'autres types de soins dont les personnes peuvent avoir besoin après l'obtention de leur congé de l'hôpital ou à un manque d'intégration avec les fournisseurs de soins de longue durée et d'autres fournisseurs de soins, ou à une planification des congés inadéquate. [74,75]

**Indicateur :** Lits d’hôpitaux occupés par des patients qui pourraient recevoir des soins ailleurs

Cet indicateur examine le nombre de « jours-patients », le total de tous les jours où chacun des lits d’hôpitaux en Ontario était occupé par un patient, afin de mesurer le pourcentage de lits d’hôpitaux de jours-patients qui étaient occupés par des patients identifiés comme ayant besoin d’un autre niveau de soins. Les soins de courte durée, les soins continus complexes, la santé mentale et les lits d’hôpital de réadaptation sont tous inclus dans l’indicateur.

**FIGURE 6.2** Pourcentage de lits d’hôpitaux de jours-patients qui étaient occupés par des patients qui auraient pu recevoir des soins ailleurs, en Ontario, 2011-2012 à 2015-2016



Source des données : Système d’information sur les temps d’attente (SITA-ANS), fourni par Action Cancer Ontario.

## Visites au service des urgences pour des affections qui, selon les patients, auraient pu être traitées par leur fournisseur de soins primaires

Les consultations aux services des urgences de l'Ontario ont augmenté plus de deux fois plus rapidement que le taux de croissance de la population au cours des dernières années.[76] Alors que les services des urgences s'efforcent de composer avec la pression accrue exercée sur leurs ressources, il est de plus en plus important de réduire les consultations inutiles au service des urgences pour veiller à ce que les patients les plus gravement malades aient accès à ces ressources lorsqu'ils en ont besoin.

De plus, lorsque des patients se rendent au service des urgences pour des affections qui pourraient être traitées par un médecin de soins primaires, cela peut se traduire par moins de continuité de soins pour les patients et un dédoublement des tests et des procédures diagnostiques coûteux.

Des efforts considérables ont été déployés en Ontario pour réduire le nombre de consultations inutiles au service des urgences.[77] Néanmoins, plus de quatre Ontariennes et Ontariens sur dix ayant consulté le service des urgences, parmi ceux qui avaient un fournisseur de soins primaires attitré, ont déclaré en 2016 dans un sondage avoir effectué une consultation au service des urgences pour une affection qui aurait pu être traitée par

leur fournisseur de soins primaires, si ce dernier avait été disponible.

En 2016-2017, 6 098 551 consultations ont été effectuées au service des urgences en Ontario.[78] Environ une consultation sur 27 effectuées au service des urgences par des personnes âgées de un à 74 ans concernait une affection qui, selon les données administratives, étaient potentiellement traitable dans un établissement de soins primaires comme un cabinet de médecin ou une clinique de santé communautaire, notamment les rhumes, les maux de gorge, les infections de l'oreille, les migraines/migraines/maux de tête et le renouvellement des ordonnances.[79]

Il peut s'avérer compliqué d'établir une comparaison entre les résultats régionaux en ce qui a trait aux consultations inutiles au service des urgences par différences régionales dans les cabinets de soins de santé. Par exemple, les services des urgences des régions rurales peuvent fournir une plus grande proportion de soins primaires, surtout dans les secteurs où peu de services de soins de santé sont accessibles après les heures d'ouverture normales.[80,81]

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes qui ont déclaré dans un sondage que leur consultation au service des urgences concernait une affection qui aurait pu être prise en charge par leur fournisseur de soins primaires, si ce médecin, un membre du personnel infirmier praticien ou un autre fournisseur de soins avait été disponible. Il

n'inclut que les personnes qui avaient un fournisseur de soins primaires attitré et ayant consulté le service des urgences au cours des douze mois précédents.

- En 2016, 41,6 % des répondants au sondage ont déclaré que leur plus récente consultation au service des urgences concernait une affection qui aurait pu être traitée par leur fournisseur de soins primaires.
- De plus, 55,2 % des personnes qui vivent dans des régions rurales ont déclaré que leur plus récente consultation au service des urgences concernait une affection qui aurait pu être traitée par leur fournisseur de soins, comparativement à 39,0 % des personnes qui vivent dans des régions urbaines.
- Une variation importante a été constatée dans les résultats de l'indicateur d'une région à l'autre des RLISS en Ontario en 2016, allant d'un faible taux de 32,5 % des répondants dans la région du RLISS du Centre déclarant que leur plus récente consultation au service des urgences concernait une affection qui auraient pu être traitée par leur fournisseur de soins primaires, à un taux élevé de 60,2 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest déclarant la même chose. (**Figure 6.3**)
- L'examen des renseignements recueillis entre janvier 2013 et septembre 2016 a permis de constater une variation plus grande dans les résultats de l'indicateur d'une sous-région à l'autre des RLISS, avec 16,4 % des répondants dans la sous-région d'Oakville déclarant que leur plus récente consultation au service des urgences

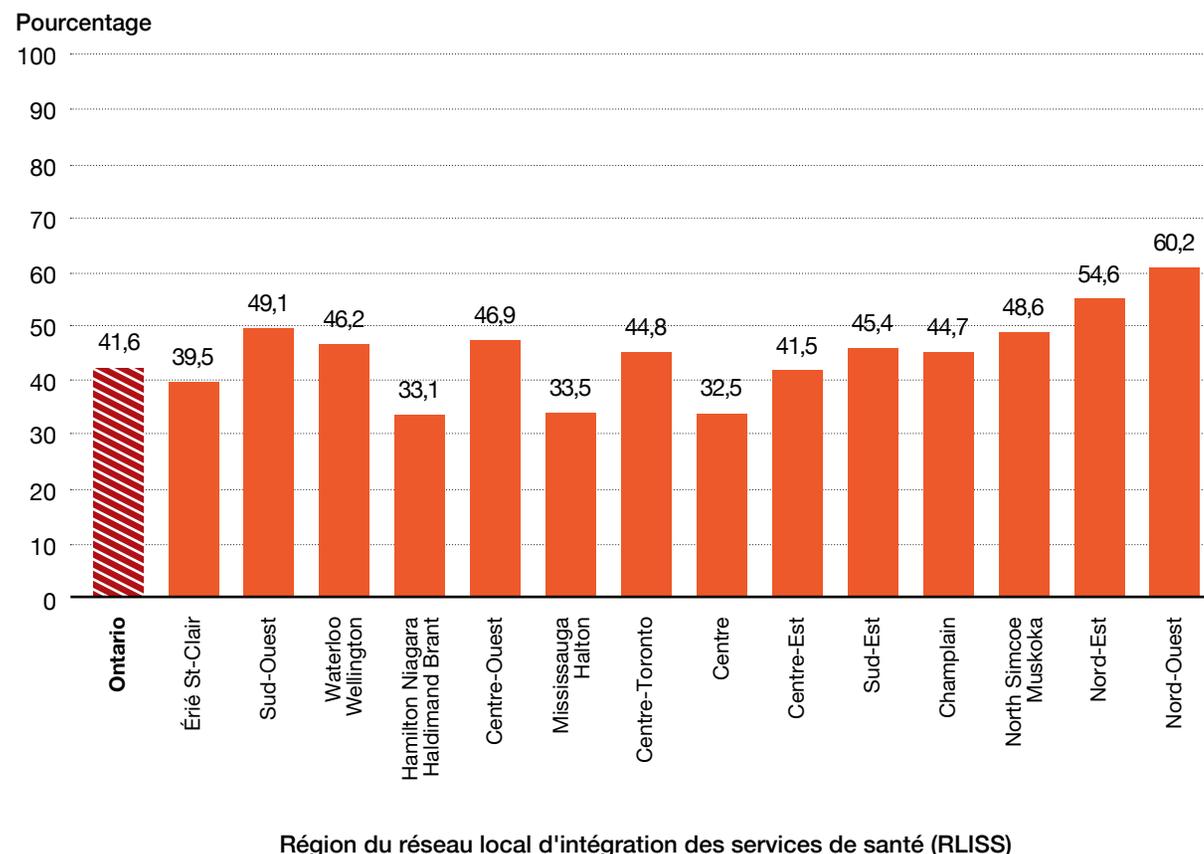
**Indicateur :** Les visites à l’urgence pour les conditions que les personnes pensaient avoir été traitées par leur fournisseur de soins primaires

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes ayant un fournisseur de soins primaires qui ont déclaré dans un sondage que leur dernière consultation au service des urgences concernait une affection qui, selon elles, aurait pu être traitée par leur fournisseur de soins s’il avait été disponible. Il n’inclut que les patients âgés de 16 ans et plus qui ont consulté le service des urgences au cours des douze mois précédents.

concernait une affection qui aurait pu être traitée par leur fournisseur de soins primaires, comparativement à 75,3 % dans la sous-région du district de Kenora.

- Parmi les sous-régions du RLISS, comme le pourcentage de patients qui ont signalé une difficulté à accéder aux soins après l’accouchement a augmenté, de même que le pourcentage de patients qui ont déclaré aller à l’urgence pour une condition qu’ils pensaient avoir pu être traitée par leur fournisseur de soins primaires. Cela montre une forte corrélation entre les deux indicateurs. [82]

**FIGURE 6.3** Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré que leur consultation au service des urgences concernait une affection qui aurait pu être prise en charge par leur fournisseur de soins, si ce fournisseur de soins avait été disponible, par RLISS, 2016



Source de données : Sondage sur l’expérience en matière de soins de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2016.



## **CHAPITRE 7**

# Soins à domicile

Le présent chapitre met en lumière les résultats des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés aux soins à domicile suivants :

- Participation des patients à l'élaboration de leur plan de soins
- Patients recevant des soins à domicile souffrant de douleurs intenses quotidiennes
- Détresse chez les personnes soignantes naturelles de patients recevant des soins à domicile

Les résultats supplémentaires pour les indicateurs relatifs aux soins à domicile se trouvent dans le tableau technique supplémentaire.



Photo de Kyra et Brenda fourni  
par la famille.

## ● ● ● EXPÉRIENCES CONCRÈTES

## Kyra : déterminée à choisir son propre parcours

**En septembre 2014, à l'âge de 22 ans,** Kyra est amenée au service des urgences pour ce qui semblait être à première vue une occlusion intestinale. Cet après-midi-là, elle a reçu la terrible nouvelle qu'elle était atteinte d'un cancer des ovaires, et elle a subi une intervention chirurgicale en moins d'une semaine pour retirer plusieurs tumeurs et tous ses organes reproducteurs. Elle a subi des mois de chimiothérapie par la suite, puis le cancer est revenu, et il y a eu un autre traitement et d'autre chimiothérapie.

Kyra a été accompagnée depuis presque le début de son traitement par Karen Bowers, une infirmière en soins à domicile, qui se rendait à sa maison de Windsor pour changer ses pansements et surveiller son état de santé. Les visites de Mme Bowers ont fait une « différence énorme », selon Kyra, notamment en l'aidant à demeurer hors de l'hôpital et en répondant à ses besoins d'une manière beaucoup plus personnelle.

« C'est plus une chose en tête-à-tête avec les soins à domicile. »

Brenda, la mère de Kyra, décrit la manière dont Mme Bowers a toujours fait participer Kyra et sa famille aux décisions liées à ses soins. « Tout ce que j'ai à faire, c'est de prendre le téléphone et d'appeler, et elle est là pour répondre aux questions, dit Brenda. Et lorsque nous traversons une période

difficile, elle passe plus de temps avec nous et explique ce qui se passe. »

Alors que Mme Bowers était une infirmière faisant régulièrement des visites à domicile lorsqu'elle a commencé à prendre soin de Kyra, elle est maintenant gestionnaire de pratique clinique à un organisme de soins de santé à Windsor, qui assurait les soins à domicile de Kyra. Mais elle rend encore visite à Kyra régulièrement, agissant à titre de soutien pour elle, sa famille et l'infirmière de soins primaires actuelle qui vient trois fois par semaine.

« Je continue de voir Kyra, parce que je lui ai dit au début que je ferais partie de son équipe de soins jusqu'à ce qu'elle vainque le cancer ou qu'elle soit vaincue par celui-ci, explique Mme Bowers. Évidemment, nous espérions toutes les deux la première éventualité. »

Pour sa part, Kyra n'a jamais voulu s'organiser une « fête de la pitié », comme elle l'a déclaré au journal Windsor Star en 2015, lorsqu'il a publié un article sur ses efforts de sensibilisation au sujet du cancer des ovaires. « Je vais tout simplement vivre chaque jour comme si je demeurais sur terre et c'est parfait », a-t-elle plutôt indiqué.

Et c'est ce qu'elle a fait. Mais le cancer n'a pas guéri, et au mois de mars 2017, Kyra a décidé qu'il était temps de cesser de chercher un traitement et de

modifier son plan de soins pour se concentrer sur des soins palliatifs afin de lui assurer un confort optimal et de lui permettre de demeurer à la maison plutôt qu'à l'hôpital.

*Pour en apprendre davantage sur l'expérience de Kyra et de sa famille à l'égard des soins palliatifs, voir « Brenda » au chapitre « Soins palliatifs » à la page 98.*

# Amener les soins au domicile des patients



**En Ontario, les soins à domicile financés par le secteur public permettent aux gens de rester dans le confort et l'intimité de leur propre résidence quand ils sont malades, blessés ou handicapés, plutôt que de devoir rester à l'hôpital, dans un foyer de soins de longue durée ou dans un autre établissement de soins.** En 2015, la province a payé pour environ 6,9 millions de visites de services infirmiers et 28,7 millions d'heures de services de soutien à la personne et d'aide aux tâches ménagères à environ 650 000 patients recevant des soins à domicile – dont 60 % d'entre eux étaient âgés de 65 ans ou plus. [83]

Le besoin pour ces services est susceptible d'augmenter au cours des 25 prochaines années alors que le nombre de personnes en Ontario âgées de 65 ans et plus devrait plus que doubler. [84] En outre, les patients soignés à domicile ont besoin de plus de soins. Entre 2012-2013 et 2015-2016, la proportion de bénéficiaires de soins à domicile ayant des besoins élevés à très élevés en matière de soins a augmenté de 48 % à 53 %. [85] Un grand nombre de ces patients dépendent de personnes soignantes naturelles et non rémunérées, comme des membres de leur famille, des amis et des voisins, pour leur fournir des soins également.

Les résultats de l'indicateur relatif aux soins à domicile indiquent que la majorité des patients ont « vivement » l'impression d'avoir participé à l'élaboration du plan pour les soins qu'ils ont reçus, tandis que près de 4 patients sur 10 ont déclaré s'être sentis « quelque peu » ou moins fortement engagés.

La prise en charge de la douleur peut être une composante essentielle des soins à domicile, puisqu'elle peut avoir une incidence sur la qualité de vie du patient et mener à une invalidité accrue et à d'autres problèmes. Près du quart des patients qui ont reçu des soins pendant plus de 60 jours ont souffert de douleur intense quotidienne, ce qui suggère que leur douleur n'était pas prise en charge aussi efficacement qu'elle l'aurait dû.

Les résultats de l'indicateur indiquent également qu'un segment croissant de personnes soignantes naturelles des patients recevant des soins à domicile vit une détresse continue en raison du fardeau important imposé par les soins que certains doivent assumer. Près de 1 patient de FSLD en Ontario sur 4 avait une personne soignante qui éprouvait de la détresse, de la colère ou de la dépression de manière continue en lien avec son rôle de prestataire de soins.

## Principale Conclusion 1

### La plupart des patients ont l'impression de participer à leur plan de soins

La majorité des patients étaient « fortement » d'accord avec l'idée d'avoir eu l'impression de participer à l'élaboration du plan des soins qu'ils allaient recevoir. Toutefois, il est possible de faire mieux puisque près de 4 patients sur 10 ont déclaré avoir ressenti un niveau moins élevé de participation ou même aucune participation.

## Principale Conclusion 2

### Plus de patients souffrent de douleur intense quotidienne

La proportion de patients soignés à domicile qui souffrent de douleur intense quotidienne, parmi ceux qui ont reçu des soins pendant plus de 60 jours, a augmenté de 16,8 % entre 2012-2013 et 2016-2017. Plus de 1 patient sur 5 a souffert de douleur intense quotidienne en 2016-2017. L'augmentation a été la plus spectaculaire chez les patients à besoins élevés et très élevés, une population qui grandit dans les soins à domicile.

## Principale Conclusion 3

### La détresse des personnes soignantes est élevée et continue d'augmenter

Une proportion croissante de patients de FSLD avaient une personne soignante qui éprouvait de la détresse, de la colère ou de la dépression de manière continue en lien avec son rôle de prestataire de soins, comme l'indiquent au moins deux évaluations consécutives des patients. La proportion de patients dont des personnes soignantes ont éprouvé ces difficultés a augmenté de 14,6 % entre 2012-2013 et 2016-2017, chez les patients de longue durée qui avaient au moins une personne soignante naturelle et qui ont reçu des soins à domicile pendant plus de six mois.



## Les soins à domicile évoluent

On apporte actuellement un certain nombre de changements importants aux soins à domicile en Ontario afin de répondre aux questions soulevées par le vérificateur général provincial et à la suite d'initiatives d'amélioration entreprises par le gouvernement provincial. Ces modifications comprennent une réorganisation de la manière dont les soins à domicile sont administrés et gérés et la création des normes d'un cadre relatif aux niveaux de soins à domicile et en milieu communautaire pour contribuer à assurer l'uniformité et la transparence des services de soins à domicile dans l'ensemble de la province. [86] Parallèlement, Qualité des services de santé Ontario met à jour la manière dont il surveille le rendement des soins à domicile en rafraîchissant les indicateurs utilisés pour effectuer le suivi du rendement.

## Participation des patients à l'élaboration de leur plan de soins

Les organismes qui fournissent des soins à domicile en Ontario, en vertu de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*, doivent élaborer un « plan de service » qui définit le nombre de services qui sera offert à un patient. Ils sont également tenus d'offrir aux patients l'occasion de participer pleinement à l'élaboration de ce plan, ainsi qu'à ses évaluations et révisions. [87]

Si le patient recevant des soins à domicile est atteint d'un trouble cognitif ou autre qui le rend incapable de participer à l'élaboration de son plan de soins, les personnes légalement autorisées à prendre des décisions en son nom doivent avoir l'occasion d'y participer.

Faire participer les patients et les personnes soignantes à la prise de décisions au sujet des soins des patients est partie intégrante des soins axés sur le patient et pourrait encourager le respect du plan de soins, améliorer la propre prise en charge des patients de leurs conditions et accroître la qualité des soins et la satisfaction des patients. [88]

## Conclusions et variations

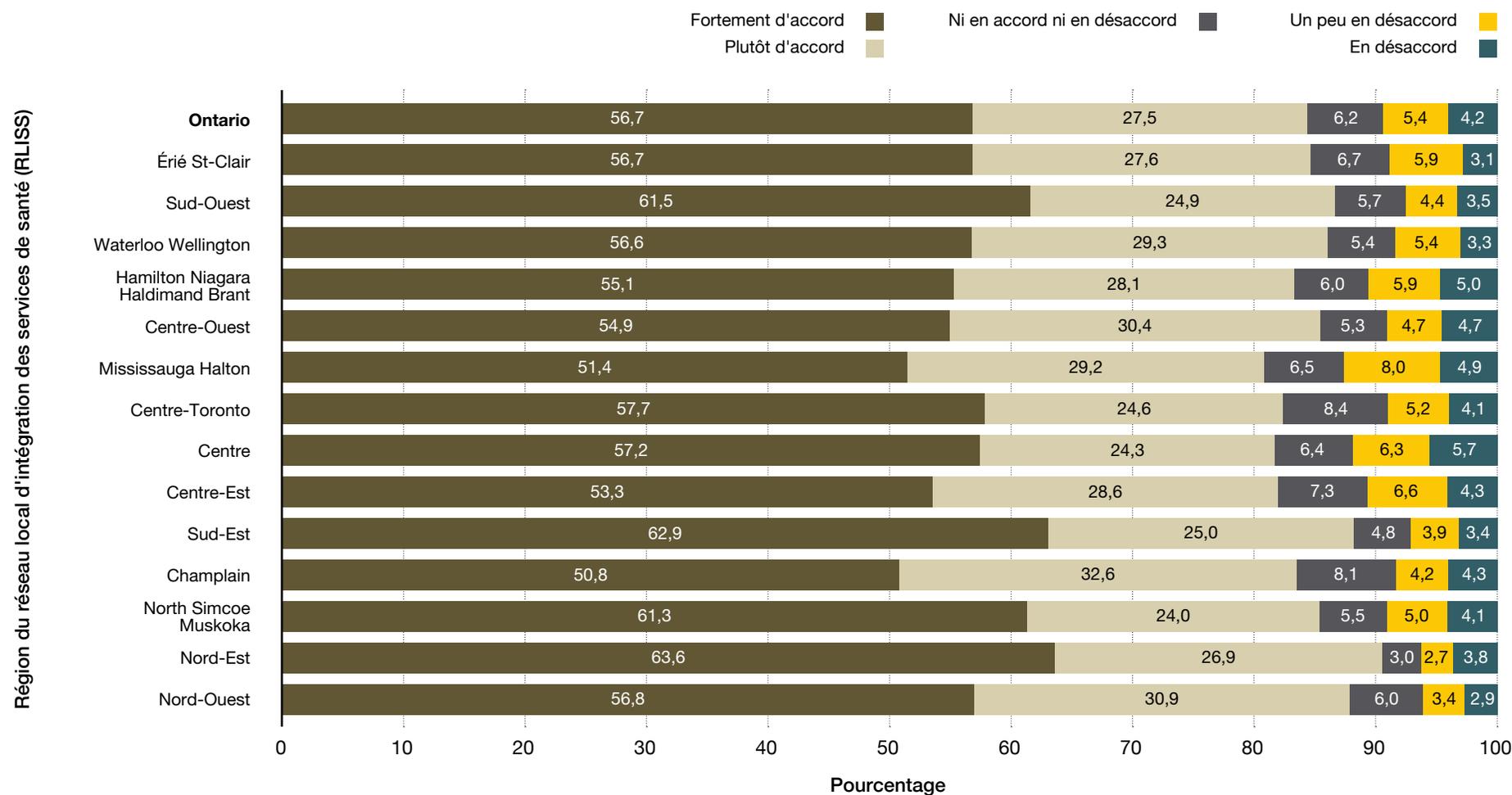
Cet indicateur mesure les proportions de patients recevant des soins à domicile qui choisissent « fortement d'accord », « plutôt d'accord », « ni en accord ni en désaccord », « un peu en désaccord » ou « en désaccord » quand on leur demande s'ils ont eu l'impression de participer à l'élaboration de leur plan de soins.

- En 2015-2016, 56,7 % des patients recevant des soins à domicile en Ontario étaient fortement d'accord avec l'idée d'avoir eu l'impression de participer à l'élaboration de leur plan de soins, tandis que 27,5 % étaient un peu d'accord, 6,2 % étaient ni en accord ni en désaccord, 5,4 % étaient plutôt en désaccord et 4,2 % étaient en désaccord avec cette idée. (**Figure 7.1**)
- Depuis 2013-2014, ce résultat n'a pas vraiment changé puisqu'alors, 54,9 % étaient fortement d'accord avec l'idée d'avoir eu l'impression de participer à l'élaboration de leur plan de soins, 29,0 % étaient un peu d'accord, 7,0 % étaient ni en accord ni en désaccord, 5,1 % étaient plutôt en désaccord et 4,0 % étaient en désaccord avec cette idée.
- Il y a eu une certaine variation entre les régions du RLISS de l'Ontario dans la proportion de patients à domicile qui ont fortement accepté qu'ils se sentaient impliqués dans l'élaboration de leur plan de soins, passant de 63,6 % dans la région du RLISS du Nord-Est à un minimum de 50,8 % dans le Région du RLISS de Champlain, en 2015-16. (**Figure 7.1**)

## Indicateur : Participation des patients au plan de soins

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui ont répondu « fortement d'accord », « plutôt d'accord », « ni en accord ni en désaccord », « un peu en désaccord » ou « en désaccord » quand on leur demande dans quelle mesure ils sont en accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant sur la planification de leurs soins : « J'ai eu l'impression de participer à l'élaboration de mon plan ».

**FIGURE 7.1** Pourcentage de patients recevant des soins à domicile qui choisissent « fortement d'accord », « plutôt d'accord », « ni en accord ni en désaccord », « un peu en désaccord » ou « en désaccord » quand on leur demande s'ils ont eu l'impression de participer à l'élaboration de leur plan de soins, en Ontario, par région de RLISS, 2015-2016



Source des données : Données du « Client and Caregiver Experience Evaluation Survey », fournies par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).

## Patients soignés à domicile ayant des douleurs intenses quotidiennes

La prise en charge de la douleur est un élément important des soins à domicile. Les infirmières et infirmiers en soins à domicile et les préposés aux services de soutien à la personne peuvent aider les patients avec les médicaments ou offrir des soins directs, des évaluations ou des plans de soins pouvant avoir une incidence sur la douleur. Les physiothérapeutes peuvent offrir un traitement qui contribuera à réduire les douleurs musculosquelettiques, aider les patients à faire face aux problèmes de mobilité pouvant causer de la douleur et enseigner aux patients des techniques de relaxation pouvant contribuer à atténuer la douleur. Les ergothérapeutes peuvent aider les patients à gérer les activités quotidiennes et les mouvements de manière moins douloureuse.

Les fournitures de soins de santé fournies par l'intermédiaire des soins à domicile, comme les aides à la marche, les appareils orthopédiques et les coussins, peuvent également jouer un rôle dans le soulagement de la douleur. De plus, l'aide pour les soins personnels et les tâches ménagères pourrait contribuer à éviter que les patients exécutent les activités qui déclenchent leur douleur.

La douleur peut avoir une incidence sur la qualité de vie des patients et réduire leur niveau

d'activité, ce qui peut entraîner une perte de force et d'endurance, un handicap accru et des problèmes médicaux supplémentaires. [89,90] La douleur chez les patients soignés à domicile peut être sous-déclarée si un patient éprouve de la difficulté à communiquer et donc également être sous-traitées.

La recherche démontre que la douleur peut être réduite chez les patients soignés à domicile grâce à des mesures comme l'éducation du personnel des soins à domicile sur la douleur et les pratiques fondées sur des données probantes en matière de prise en charge de la douleur, ainsi que faire des rappels et offrir des outils pour aider le personnel à mettre en œuvre des pratiques de prise en charge de la douleur. [91,92]

### Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de patients recevant des soins à domicile ayant déclaré souffrir de douleur intense quotidienne, ou chez qui ces douleurs ont été observées, pour les patients ayant reçu des soins à domicile pendant plus de 60 jours.

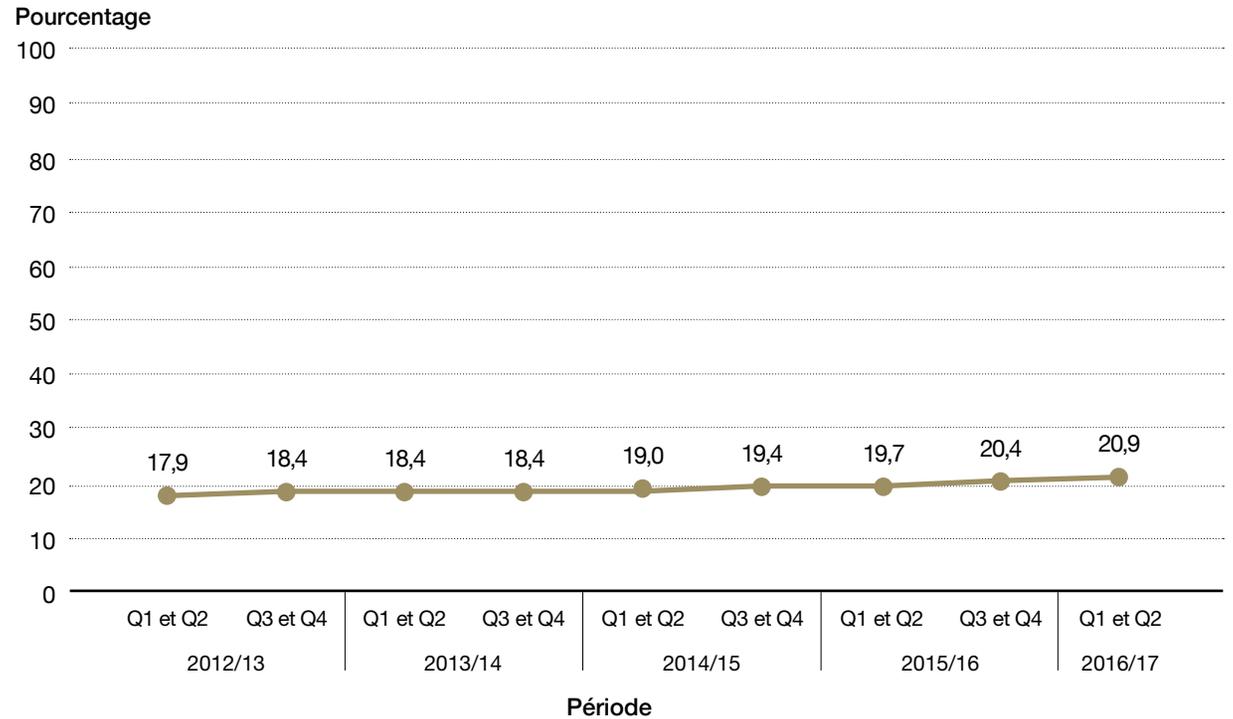
- Il y a eu une augmentation de 17 % sur quatre ans de la proportion de patients soignés à domicile ayant souffert de douleur intense quotidienne, chez les patients ayant reçu des soins pendant plus de 60 jours. Au cours de la première moitié de la période allant de juillet à décembre de 2016/17, 20,9 % ont souffert de douleur, comparativement à 17,9 % pour la même période en 2012-2013. (**Figure 7.2**)

- En 2016-2017, les résultats pour cet indicateur variaient considérablement d'une région de RLISS à l'autre en Ontario, passant de 16,1 % dans la région du RLISS de Waterloo Wellington à 24,0 % dans celle du RLISS du Nord-Ouest.

**Indicateur :** Patients soignés à domicile ayant des douleurs intenses quotidiennes

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients recevant des soins à domicile ayant déclaré souffrir de douleur intense quotidienne, ou chez qui ces douleurs ont été observées, pour les patients ayant reçu des soins à domicile pendant plus de 60 jours.

**FIGURE 7.2** Pourcentage de patients recevant des soins à domicile souffrant de douleurs intenses quotidiennes, en Ontario, 2012-2013 à 2016-2017



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

## Détresse chez les personnes soignantes naturelles de patients recevant des soins à domicile

La possibilité pour un patient de retourner à la maison après un séjour à l'hôpital dépend souvent de la disponibilité d'une personne soignante naturelle non rémunérée pour les aider à la maison. Chez environ le tiers des patients recevant des soins à domicile qui reçoivent des services sur une période longue ou indéfinie, [93] environ 97 % ont au moins une personne soignante naturelle. [94]

Les personnes soignantes naturelles sont habituellement des membres de la famille, des amis ou des voisins qui aident le patient avec des tâches diverses comme faire les courses, la cuisine et le ménage, gérer les médicaments, aider pour le bain, l'habillement, l'alimentation et aller à la toilette.

Cependant, les personnes soignantes naturelles peuvent faire face à de la détresse, de la colère, de la dépression et d'autres conséquences physiques et psychologiques en raison des contraintes de travail et de temps et du stress émotionnel occasionnés par la prestation des soins. Ces facteurs de stress peuvent avoir des effets négatifs sur la santé de la personne soignante allant des problèmes de dos à un décès précoce, en passant par les migraines, les ulcères d'estomac, les changements hormonaux et l'anxiété. [95,96,97,98]

La recherche démontre que plus le patient souffre de troubles cognitifs, de handicap fonctionnel et de santé fragile, plus les personnes soignantes naturelles ont tendance à éprouver une plus grande détresse. En outre, les patients reçoivent plus d'heures de soins des personnes soignantes lorsque ces dernières éprouvent de la détresse que lorsqu'elles n'en éprouvent pas. [99]

La détresse chez les personnes soignantes est susceptible de devenir un enjeu de plus en plus important pour le système de santé de l'Ontario en raison du vieillissement de la population dans la province et du nombre croissant de bénéficiaires de soins à domicile ayant des problèmes de santé de plus en plus complexes qui exigent davantage d'aide des personnes soignantes naturelles. [100]

Cette année, le rapport *À la hauteur* utilise un nouvel indicateur de détresse des personnes soignantes qui mesure la détresse continue. Ce nouvel indicateur se penche sur la détresse, la colère ou la dépression chez les personnes soignantes naturelles ayant été signalées dans au moins deux évaluations au cours d'une période d'au moins six mois.

L'indicateur utilisé dans le rapport *À la hauteur* de l'année dernière examinait des épisodes de détresse chez les personnes soignantes qui pouvaient avoir duré pendant une période relativement brève et avoir été déclarées dans une seule évaluation. Cet indicateur incluait la colère, la dépression et l'incapacité de continuer de prodiguer des soins. L'incapacité de continuer de prodiguer des soins n'a pas été

incluse dans l'indicateur de cette année parce que les résultats des années précédentes ont montré que seulement une très faible proportion de patients – moins de 1 % – avaient des personnes soignantes qui étaient incapables de continuer.

Selon l'indicateur utilisé l'année dernière, 37,3 % des patients recevant des SLD à domicile avaient une personne soignante naturelle ayant éprouvé de la détresse, de la colère ou de l'incapacité à poursuivre les soins à court terme en 2015-2016, comme indiqué dans la plus récente évaluation du patient, comparativement à 35 % en 2014-2015.

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la détresse, la colère ou la dépression continues vécues par les principales personnes soignantes naturelles des patients recevant des soins à domicile, comme l'indiquent au moins deux évaluations consécutives des patients. Il comprend seulement les patients ayant reçu des soins à domicile pendant plus de six mois.

- Au cours de la première moitié de 2016-2017, chez les patients recevant des SLD à domicile ayant au moins une personne soignante naturelle, 24,3 % d'entre eux avaient des personnes soignantes qui éprouvaient de la détresse continue, comparativement à 21,2 % pour la même période en 2012-2013. Il s'agit d'une hausse de 14,6 % sur quatre ans. (**Figure 7.3**)
- En la période allant de juillet à décembre de 2016/17, il y avait de grands écarts entre les régions des RLISS de l'Ontario quant à la

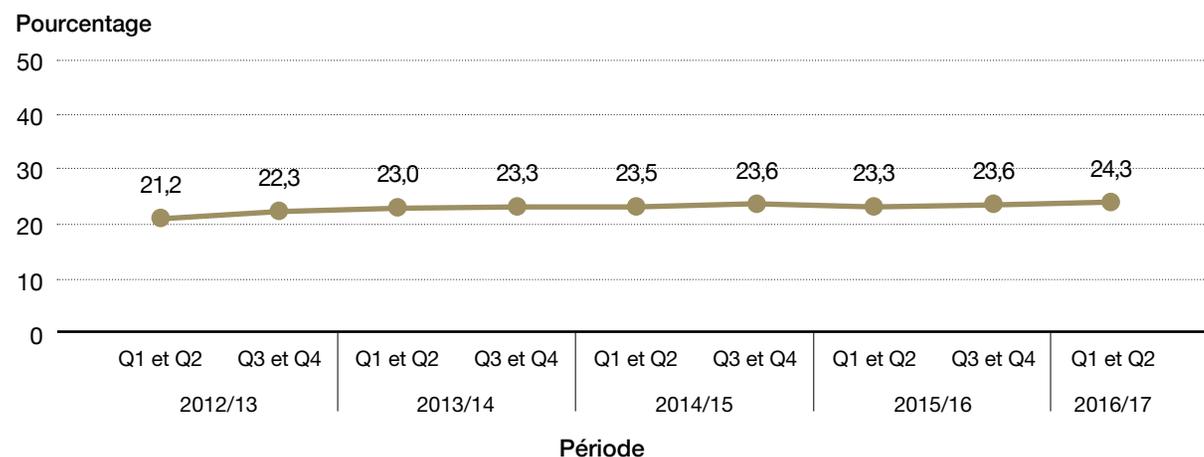
## SAVIEZ-VOUS?



En 2017, il y a eu un nouveau financement en Ontario pour les services de relève à l'intention des personnes soignantes naturelles, ainsi que des hausses pour les programmes d'éducation et de formation afin d'aider les personnes soignantes naturelles à apprendre comment veiller sur leurs proches à domicile, ainsi qu'un nouveau crédit d'impôt ontarien pour aidant naturel pour remplacer les crédits d'impôt pour aidant et pour personne à charge infirme.

proportion de patients à long terme dont les personnes soignantes ont éprouvé de la détresse continue, allant de 16,6 % dans la région du RLISS du Sud-Ouest à 43,5 % dans celle du RLISS de Simcoe Nord Muskoka.

**FIGURE 7.3** Pourcentage de patients recevant des SLD à domicile dont la principale personne soignante naturelle éprouve de la détresse, de la colère ou de la dépression, en Ontario, 2012-2013 à 2016-2017



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



### Indicateur : Détresse des personnes soignantes

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients recevant des SLD à domicile dont la principale personne soignante naturelle éprouve de la détresse, de la colère ou de la dépression en lien avec son rôle de prestataire de soins, comme l'indiquent au moins deux évaluations consécutives des patients à environ six mois d'intervalle. Il comprend seulement les patients qui avaient au moins une personne soignante naturelle non rémunérée et qui avaient reçu des soins à domicile pendant au moins six mois.



## **CHAPITRE 8**

# Soins de longue durée

Le présent chapitre met en lumière les résultats des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés aux soins de longue durée suivants :

- Utilisation des antipsychotiques
- Utilisation de moyens de contention
- Douleur ressentie par les pensionnaires

Les résultats supplémentaires pour les indicateurs relatifs aux soins de longue durée se trouvent dans le tableau technique supplémentaire.

# Soins ininterrompus pour les besoins complexes



**Un foyer de soins de longue durée est souvent la meilleure solution pour les personnes qui ont besoin de soins infirmiers et de supervision ininterrompus afin de demeurer le plus en sécurité, en santé et à l'aise que possible.** Au cours de l'année en 2015-2016, les quelque 625 foyers de soins de longue durée de l'Ontario ont fourni ce type de soins à environ 110 000 pensionnaires.

De nombreux pensionnaires avaient de multiples problèmes de santé graves – 79,7 % avaient reçu un diagnostic de maladie neurologique, dont 63,1 % de démence; 76,2 % d'insuffisance cardiaque ou de maladie du système circulatoire; 40,4 % d'un trouble de l'humeur ou psychiatrique; et 27,9 % du diabète. [101]

Malgré les difficultés vécues par un groupe aussi complexe, les indicateurs de qualité qui mesurent l'utilisation d'antipsychotiques et de moyens de contention dans les foyers de soins de longue durée et la douleur vécue par les pensionnaires des foyers de soins de longue durée ont tous affiché une amélioration à l'échelle de la province en 2015-2016. Pour les résidents, les antipsychotiques peuvent causer des effets secondaires tels que la confusion, la somnolence et un risque plus élevé de chutes. L'utilisation de contraintes physiques peut entraîner une agitation,

une confusion et un risque accru de blessures et d'ulcères de pression, ainsi que des activités limitantes. La douleur peut entraîner une agitation et une dépression et affecter négativement la qualité de vie.

Les résultats de l'indicateur mesurant l'utilisation d'antipsychotiques et de moyens de contention et la douleur se sont également améliorés en 2015-2016 pour les 14 régions des RLISS qui administrent les soins de santé en Ontario, sauf dans un cas particulier pour l'indicateur de la douleur dans une région de RLISS.

## Principale Conclusion 1

### Déclin de l'utilisation d'antipsychotiques et de moyens de contention et de la douleur dans l'ensemble de l'Ontario

En 2015-2016, il y a eu une diminution à l'échelle de la province de l'utilisation d'antipsychotiques et de moyens de contention dans les foyers de soins de longue durée, ainsi que de la douleur modérée quotidienne ou de toute douleur intense vécue par les pensionnaires des foyers de soins de longue durée. La tendance à l'amélioration constante s'est donc poursuivie pour ces indicateurs au cours des cinq dernières années. Par exemple, l'utilisation de moyens de contention a chuté à 6 % en 2015-2016, comparativement à 16,1 % en 2010-2011.

Les indicateurs de qualité qui mesurent la douleur ressentie par les pensionnaires des foyers de soins de longue durée et l'utilisation d'antipsychotiques et de moyens de contention dans les foyers de soins de longue durée ont tous montré une amélioration à l'échelle de la province en 2015-2016.

## Principale Conclusion 2

### Le rendement s'améliore dans toutes les régions des RLISS

L'utilisation de moyens de contention et d'antipsychotiques dans les foyers de soins de longue durée a diminué en 2015-2016 dans chacune des 14 régions des RLISS en Ontario. En outre, la proportion de pensionnaires ayant ressenti une douleur modérée quotidienne ou toute douleur intense a diminué dans toutes les régions des RLISS, à l'exception d'une seule. Le rendement pour ces trois indicateurs s'est amélioré dans toutes les régions de RLISS entre 2010-2011 et 2015-2016, même s'il y a toujours des écarts entre les régions.

## Principale Conclusion 3

### L'Ontario se compare bien au reste du Canada

En 2015-16, la proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant ressenti une douleur modérée quotidienne ou toute douleur intense était plus faible en Ontario que dans toutes les autres provinces canadiennes où des données comparables sont disponibles (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Terre-Neuve). D'autre part, un petit pourcentage de pensionnaires ont été soumis quotidiennement à des moyens de contention en Ontario. Seule l'Alberta affichait une plus petite proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui ne sont pas atteints de psychose et qui reçoivent des antipsychotiques que l'Ontario, soit 18,1 % en Alberta comparativement à 22,9 % en Ontario.

## Utilisation d'antipsychotiques

Dans la population générale, les antipsychotiques peuvent être prescrits pour prendre en charge la psychose, un terme souvent utilisé pour décrire des problèmes de santé mentale qui font que les personnes touchées ont de la difficulté à distinguer entre ce qui est réel et ce qui ne l'est pas. [102]

Pour les pensionnaires des foyers de soins de longue durée, ces médicaments sont parfois utilisés pour aider à contrôler les symptômes de démence, comme les hallucinations, l'agitation ou l'agression. Cependant, les effets secondaires peuvent comprendre la confusion, un risque accru de chutes et une légère hausse du risque de décès. [103]

Les traitements non médicamenteux sont généralement considérés comme étant une meilleure option pour les pensionnaires atteints de démence et présentant des symptômes troublants. La norme de qualité sur les pensionnaires des foyers de soins de longue durée atteints de démence de Qualité des services de santé Ontario note que les antipsychotiques ne devraient être utilisés que si les résidents sont susceptibles de se faire du mal ou d'en faire à autrui, ou qu'ils sont dans un état de détresse grave. [104]

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui ne sont pas atteints de psychose, mais qui ont reçu des antipsychotiques au cours des sept jours précédant leur plus récente évaluation.

- La proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée en Ontario qui ne sont pas atteints de psychose, mais qui ont reçu des antipsychotiques a chuté à 22,9 % en 2015-2016, alors qu'elle atteignait 35 % en 2010-2011, ce qui représente une baisse de 34,6 %. **(Figure 8.1)**
- Les résultats se sont améliorés en 2015-2016 pour toutes les 14 régions des RLISS, mais ils demeurent variables, allant d'un taux élevé de 27,0 % dans la région du RLISS d'Érié St-Clair à un faible taux de 19,1 % dans la région du RLISS de Waterloo Wellington. Les résultats pour toutes les régions des RLISS ont été supérieurs à ceux de 2010-2011.
- Comparativement aux autres provinces canadiennes où des données comparables sont recueillies, seule l'Alberta, où 18,1 % des pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui ne sont pas atteints de psychose ont reçu des antipsychotiques, a eu un meilleur rendement que l'Ontario en 2015-2016.

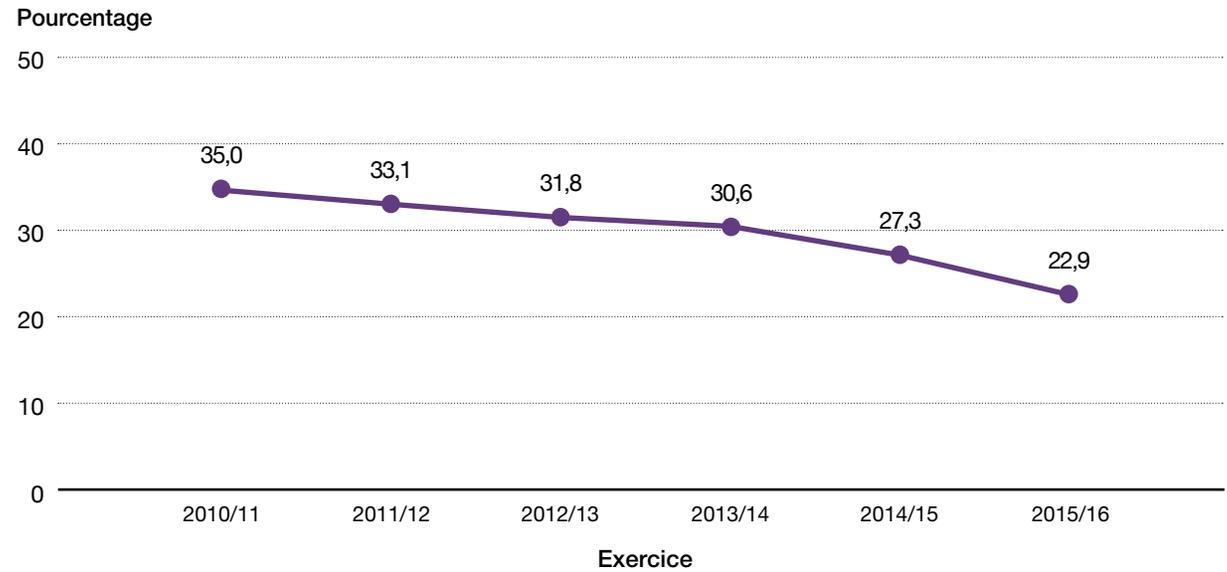
Un point de référence pour la province de 19 %, représentant des soins de qualité supérieure, a été fixé pour cet indicateur par un comité d'experts formé par Qualité des services de santé Ontario.



### Indicateur : Utilisation d'antipsychotiques

Cet indicateur mesure le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui ne sont pas atteints de psychose, mais qui ont reçu des antipsychotiques au cours des sept jours précédant leur plus récente évaluation.

**FIGURE 8.1** Pourcentage\* de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui ne sont pas atteints de psychose et qui ont reçu des antipsychotiques, en Ontario, 2010-2011 à 2015-2016



Source de données : Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.  
\* Ajusté selon le risque

## Utilisation de moyens de contention

Les foyers de soins de longue durée peuvent utiliser des moyens de contention physique pour empêcher les pensionnaires de faire une chute ou de se faire du mal ou d'en faire à autrui. Ces moyens peuvent inclure les ceintures abdominales ou les plateaux de la table qui les empêchent de se lever d'une chaise, ou les contentions qui limitent le mouvement de certaines parties de leur corps.

Bien que l'objectif des moyens de contention soit la sécurité des pensionnaires, des problèmes sont associés à leur utilisation. Ainsi, ils limitent la mobilité des pensionnaires, peuvent causer de l'agitation ou de la confusion et peuvent accroître le risque de blessure et de plaies de pression. [105,106]

En vertu de la Loi de 2007 sur les maisons de soins de longue durée, les maisons de soins de longue durée sont tenus de posséder des politiques formulées par écrit visant à réduire au minimum l'utilisation de moyens de contention sur les pensionnaires et elles doivent décrire en détail quand, comment et sous l'autorité de quelle personne ils peuvent être utilisés. [107]

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui ont été maintenus en contention quotidiennement pendant les sept jours précédant leur plus récente évaluation. L'utilisation de ridelles n'est pas incluse dans l'indicateur.

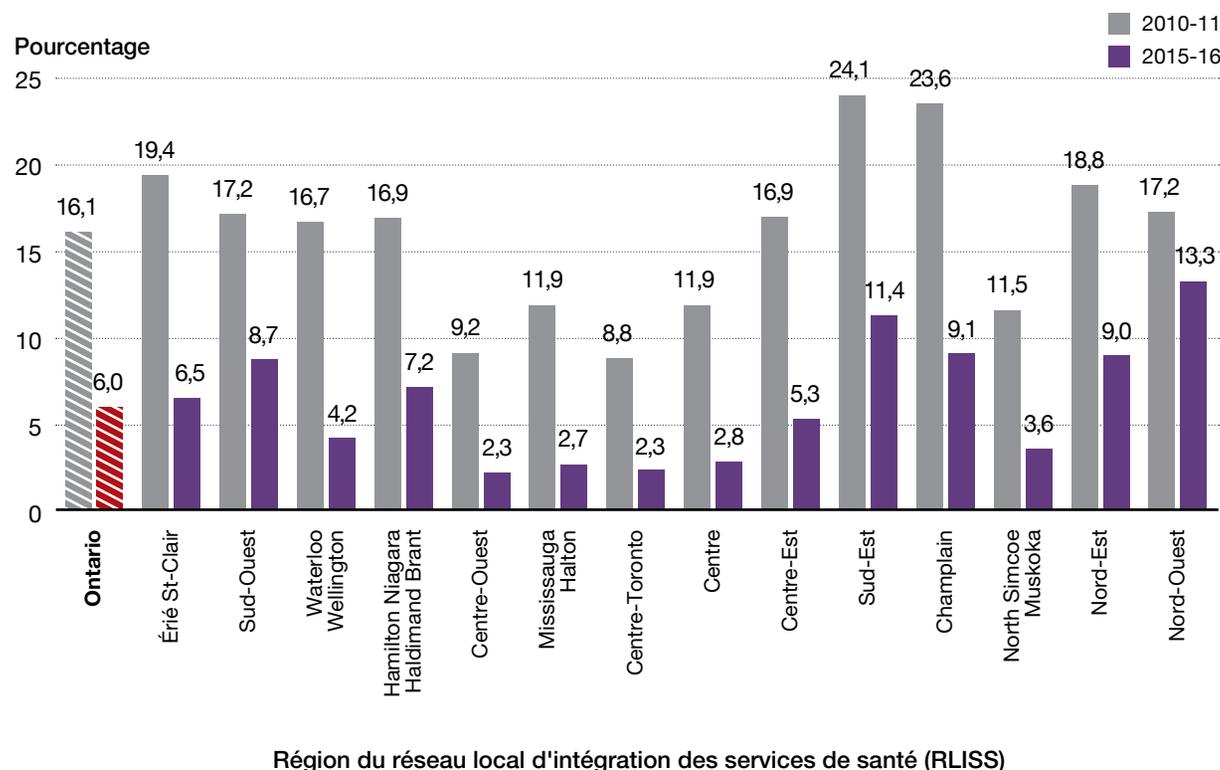
- La proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario qui ont été maintenus en contention quotidiennement a chuté à 6,0 % en 2015-2016, alors qu'elle atteignait 16,1 % en 2010-2011 – ce qui représente une baisse de 62,7 %.
- Les résultats se sont améliorés en 2015-2016 pour toutes les 14 régions des RLISS, mais ils demeurent variables, allant d'un taux élevé de 13,3 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à un faible taux de 2,3 % dans les régions du RLISS du Centre-Toronto et du Centre-Ouest. Les résultats pour toutes les régions des RLISS se sont améliorés par rapport à 2010-2011. (**Figure 8.2**)
- L'Ontario a obtenu de meilleurs résultats pour cet indicateur que toutes les autres provinces du Canada où des données comparables sont recueillies, tout juste devant l'Alberta, où 6,9 % des pensionnaires de foyers de soins de longue durée ont été maintenus en contention quotidiennement en 2015-2016.

Un point de référence pour la province de 3 %, représentant des soins de qualité supérieure, a été fixé pour cet indicateur par un comité d'experts formé par Qualité des services de santé Ontario.

**Indicateur :** Utilisation de moyens de contention

Cet indicateur mesure le pourcentage de pensionnaires qui ont été maintenus en contention quotidiennement pendant les sept jours précédant leur plus récente évaluation.

**FIGURE 8.2** Pourcentage\* de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui ont été soumis à des moyens de contention physique quotidiennement, en Ontario, par région de RLISS, entre 2010-2011 et 2015-2016



Source de données : Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.  
\* Ajusté selon le risque

## Douleur chez les pensionnaires

Outre le fait que les pensionnaires des foyers de soins de longue durée soient inconfortables, la douleur peut également entraîner des problèmes de sommeil et de mobilité, de la dépression et de l'agitation. Elle peut également décourager les pensionnaires à être actifs physiquement et à participer à des activités sociales, ce qui peut nuire à leur santé et à leur bien-être de façon globale et diminuer leur qualité de vie. [108,109, 110]

La loi exige que tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario aient un plan de gestion de la douleur qui comprend des stratégies pour prendre en charge la douleur des pensionnaires, des méthodes afin d'évaluer la douleur de pensionnaires qui sont incapables de communiquer ou qui sont atteints de troubles cognitifs et des processus pour surveiller l'efficacité de leurs activités de gestion de la douleur. [111]

### Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant souffert de douleur modérée quotidiennement, ou de toute douleur intense, dans les sept jours précédant leur plus récente évaluation.

- La proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario qui ont souffert de douleur modérée quotidienne ou

de toute douleur intense a chuté à 6,1 % en 2015-2016, alors qu'elle atteignait 11,9 % en 2010-2011, ce qui représente une baisse de 48,7 %.

- En 2015-2016, les résultats pour cet indicateur se sont améliorés comparativement à l'année précédente pour toutes les 14 régions des RLISS sauf une, mais ils demeurent variables, allant d'un taux élevé de 12,4 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à un faible taux de 3,3 % dans la région du RLISS du Centre. Les résultats pour toutes les régions des RLISS ont été supérieurs à ceux de 2010-2011.
- En 2015-2016, l'Ontario a obtenu de meilleurs résultats pour cet indicateur que les cinq autres provinces du Canada où des données comparables sont recueillies, tout juste devant l'Alberta, où 7,3 % des pensionnaires de foyers de soins de longue durée ont souffert de douleur modérée quotidienne ou de toute douleur intense. **(Figure 8.3)**

Un point de référence pour la province n'a pas été fixé pour cet indicateur.

## SAVIEZ-VOUS?

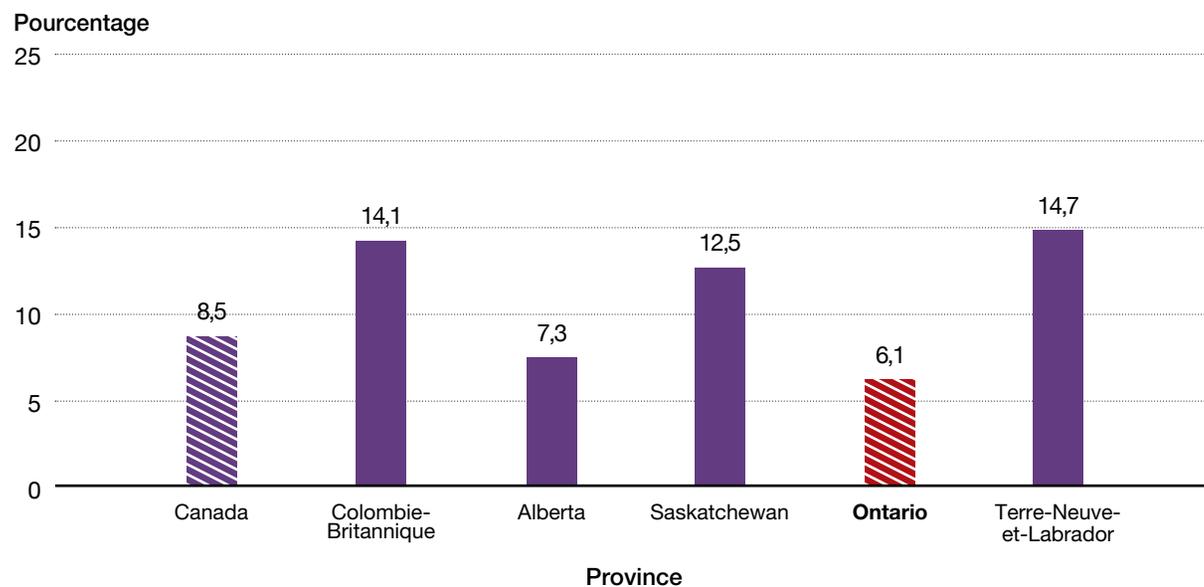


En 2015-2016 en Ontario, 63,1 % des pensionnaires de foyers de soins de longue durée ont reçu un diagnostic de démence, un déclin chronique et progressif du fonctionnement cognitif qui entrave les capacités fonctionnelles quotidiennes. [112]

**Indicateur :** Douleur chez les pensionnaires

Cet indicateur mesure le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant souffert de douleur modérée quotidiennement, ou de toute douleur intense, dans les 7 jours précédant leur plus récente évaluation.

**FIGURE 8.3** Pourcentage\* de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant souffert de douleur modérée quotidienne ou de toute douleur intense, par province, en 2015-2016



Source de données : Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.  
\* Ajusté selon le risque



## **CHAPITRE 9**

# Soins palliatifs

Le présent chapitre met en lumière les résultats des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés aux soins palliatifs suivants :

- Consultations aux urgences non prévues
- Services de soins à domicile
- Visites à domicile effectuées par un médecin

D'autres résultats pour les indicateurs relatifs aux soins palliatifs se trouvent dans le tableau technique supplémentaire.



Photo de Karen et Brenda prise par Roger Yip.

## ● ● ● EXPÉRIENCES CONCRÈTES

## Brenda : assurer confort et calme à Kyra

**Deux ans et demi après** avoir reçu un diagnostic de cancer des ovaires et subi plusieurs traitements de chimiothérapie qui n'ont pas empêché sa progression, Kyra, alors âgée de 25 ans, a choisi de recevoir des soins palliatifs. Ceux-ci l'ont aidé à améliorer son confort et lui ont permis de demeurer à la maison à Windsor avec sa famille, mais elle a besoin d'un soutien considérable.

« Kyra reste essentiellement alitée maintenant, indique Brenda, sa mère. Elle peut marcher à petits pas avec beaucoup d'aide. Je la lave à l'éponge chaque jour, car notre maison est ancienne et dépourvue de facilités d'accès. »

Kyra dort de 20 à 22 heures par jour. En plus d'être très malade à cause du cancer, elle a perdu l'ouïe du côté droit et les nerfs de ses mains et de ses pieds ont été endommagés par la chimiothérapie », explique Brenda.

Karen Bowers, l'infirmière de soins à domicile de longue date de Kyra, fait des visites régulièrement afin d'appuyer Kyra et sa famille, même si elle occupe un nouvel emploi consistant à superviser d'autres infirmières et infirmiers en soins à domicile. Mme Bowers, qui est spécialisée en soins palliatifs, vient environ toutes les deux semaines pour répondre aux questions et aider au bon déroulement des choses. Une autre infirmière en soins à domicile vient trois fois par semaine pour vérifier le tube de perfusion

intraveineuse par lequel Kyra reçoit tous ses médicaments.

En outre, à la demande de sa famille, des employés de un hospice local se sont greffés à l'équipe de soins de Kyra. Un médecin et une infirmière enseignante visitent régulièrement cette clinique, et une infirmière praticienne a également visité. Il est possible de communiquer avec le centre 24 h sur 24 pour obtenir de l'aide supplémentaire, et il a également offert à la famille de l'assistance psychologique et des soins pastoraux.

Néanmoins, afin de s'assurer que le temps que Kyra passe avec sa famille soit aussi calme et ininterrompu que possible, sa mère a essayé de réduire au minimum le nombre de fournisseurs de soins qui viennent chez elle.

« Brenda s'est occupée de la majorité des besoins réels en soins primaires de Kyra, et elle a recours aux infirmières et infirmiers à titre de remplaçants et comme deuxième paire d'yeux, explique Mme Bowers. Il s'agit vraiment d'une famille extraordinaire. »

Brenda reconnaît toutefois que les soins à domicile et les soins palliatifs reçus par Kyra ont permis à la famille de résister et « d'accepter l'issue de ce parcours ». Elle indique que toutes les options relatives aux soins de sa fille et l'aide disponible ont été expliquées en détail à la famille, et le personnel

des soins à domicile et des soins palliatifs s'est assuré que les souhaits de Kyra sont une priorité et que son plan de soins à l'avenir est fondé sur ses souhaits.

« Nous sommes très chanceux d'avoir l'équipe que nous avons, dit Brenda. La communication ouverte s'est avérée essentielle aux soins de Kyra et, dorénavant, à son plan de soins palliatifs. Ce parcours n'a pas été sans heurts, mais la communication a contribué à éclairer les choses et nous avons appris à écouter d'abord et à prendre du temps avant une prise de décision. Il a été ainsi plus facile pour Kyra de mieux comprendre ses options et pour nous en tant que famille d'avoir une plus grande compréhension. »

*En mémoire: Kyra est mort paisiblement à la maison à Windsor le 30 août 2017.*

# Améliorer les services de soins palliatifs en Ontario



## **Les soins palliatifs – la démarche visant à assurer le confort et la dignité pour les patients (et leur famille) qui vivent avec une maladie potentiellement mortelle –**

peuvent faire une énorme différence dans ce qui est souvent la période la plus difficile de la vie des gens.

Dans les sondages, la plupart des gens en Ontario affirment qu'ils préféreraient mourir à domicile. [113, 114] Cependant, en réalité, la majorité des gens meurent à l'hôpital. [115] Plus de personnes devraient avoir accès au soutien dont elles ont besoin, notamment les services de soins palliatifs à domicile et les visites à domicile effectuées par un médecin, afin d'être capables de mourir à l'endroit qui leur convient. [116]

Les données du présent rapport montrent que la majorité des personnes en Ontario qui sont décédées ont consulté le service des urgences au cours de leur dernier mois de vie. Certaines de ces consultations auraient probablement pu être évitées grâce à un meilleur accès aux services et aux soins à l'extérieur de l'hôpital. [117,118]

Les services de soins palliatifs à domicile et les visites à domicile effectuées par un médecin – des éléments clés des services de soins palliatifs en fin

de vie – ne sont pas la norme en Ontario et varient selon l'endroit où les gens vivent dans la province. Pourtant, ils sont souvent essentiels pour soulager la douleur et les souffrances et améliorer la qualité de vie en répondant aux immenses difficultés physiques, psychologiques, spirituelles et pratiques auxquelles font face les personnes en fin de vie et leur famille.

Les soins palliatifs à domicile et les visites à domicile effectuées par un médecin que les gens reçoivent varient également selon le sexe et le quintile de revenu du quartier (calculé en classant la population des adultes selon le revenu de leur quartier, allant du plus faible au plus élevé, puis en les divisant en cinq groupes égaux, ou quintiles).

## Principale Conclusion 1

### **Au cours des 30 derniers jours de leur vie, la plupart des gens effectuent une consultation non prévue au service des urgences**

Plus de la moitié (54,8 %) des personnes qui sont mortes en 2015-2016 avaient effectué des consultations aux urgences non prévues au cours des 30 derniers jours de leur vie. Le taux de consultations aux services des urgences non prévues dans les 30 derniers jours de vie varie d'une région de RLISS à l'autre, allant de 48,5 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à 58,4 % dans celle du RLISS du Centre-Est.

## Principale Conclusion 2

### **Un peu plus du quart des gens reçoivent un service de soins palliatifs à domicile au cours du dernier mois de leur vie, mais le pourcentage est à la hausse**

Au cours des 30 derniers jours de leur vie, 27,5 % des personnes ont reçu une visite de soins palliatifs à domicile en Ontario en 2015-2016 et le taux variait selon la région de RLISS, allant de 14,7 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à 36,0 % dans la région du RLISS de Simcoe Nord Muskoka. Le pourcentage de personnes qui ont reçu une visite de soins palliatifs à domicile au cours des 30 derniers jours de leur vie a augmenté au cours des quatre dernières années, passant de 24,1 % en 2011-2012 à 27,5 % en 2015-2016.

## Principale Conclusion 3

### **Moins du quart des gens reçoivent une visite à domicile effectuée par un médecin dans le dernier mois de leur vie, mais le pourcentage s'améliore**

Au cours des 30 derniers jours de leur vie, 24,1 % des personnes avaient eu au moins une visite à domicile effectuée par un médecin en 2015-2016. Les personnes qui vivent dans certaines régions de RLISS de la province et celles qui vivent dans les quartiers plus favorisés sont beaucoup plus susceptibles d'avoir une visite à domicile effectuée par un médecin au cours des 30 derniers jours de la vie des patients. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir une visite à domicile effectuée par un médecin au cours des 30 derniers jours de leur vie. Le pourcentage de personnes qui ont reçu une visite à domicile effectuée par un médecin au cours des 30 derniers jours de leur vie a augmenté au cours des quatre dernières années, passant de 20,0 % en 2011-2012 à 24,1 % en 2015-2016.

## Consultations aux urgences non prévues

Chez les personnes qui sont décédées en Ontario en 2015-2016, plus de la moitié (54,8 %) avaient effectué des consultations non prévues au service des urgences au cours des 30 derniers jours de leur vie. (**Figure 9.1**) Le type de visite prévue exclu de cet indicateur serait, par exemple, un rendez-vous au service des urgences pour un traitement prévu ou une consultation lorsque la clinique ou l'unité de chirurgies d'un jour ne sont pas disponibles.

Le taux de consultations aux urgences non prévues au cours des 30 derniers jours de vie variait d'une région de RLISS à l'autre, allant de 48,5 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à 51,7 % dans celle de Waterloo Wellington et atteignant 58,4 % dans la région du RLISS du Centre-Est. (**Figure 9.1**). Des taux de consultations aux urgences non prévues plus faibles peuvent refléter une difficulté à se rendre au service des urgences dans des zones ayant des collectivités plus rurales et éloignées, plutôt que le fait de recevoir de meilleurs soins palliatifs.

Lorsque les gens effectuent des consultations non prévues au service des urgences au cours du dernier mois de leur vie, cela pourrait indiquer qu'ils n'ont pas reçu les soins dont ils avaient besoin dans la collectivité. [119] Il n'existe actuellement aucun point de référence indiquant ce que devrait être ce taux et ces visites peuvent être inévitables, mais une transition soudaine et

inattendue du domicile ou d'un autre endroit dans la collectivité au service des urgences de l'hôpital peut s'avérer une expérience extrêmement difficile pour les patients en fin de vie.

### Conclusions et variations

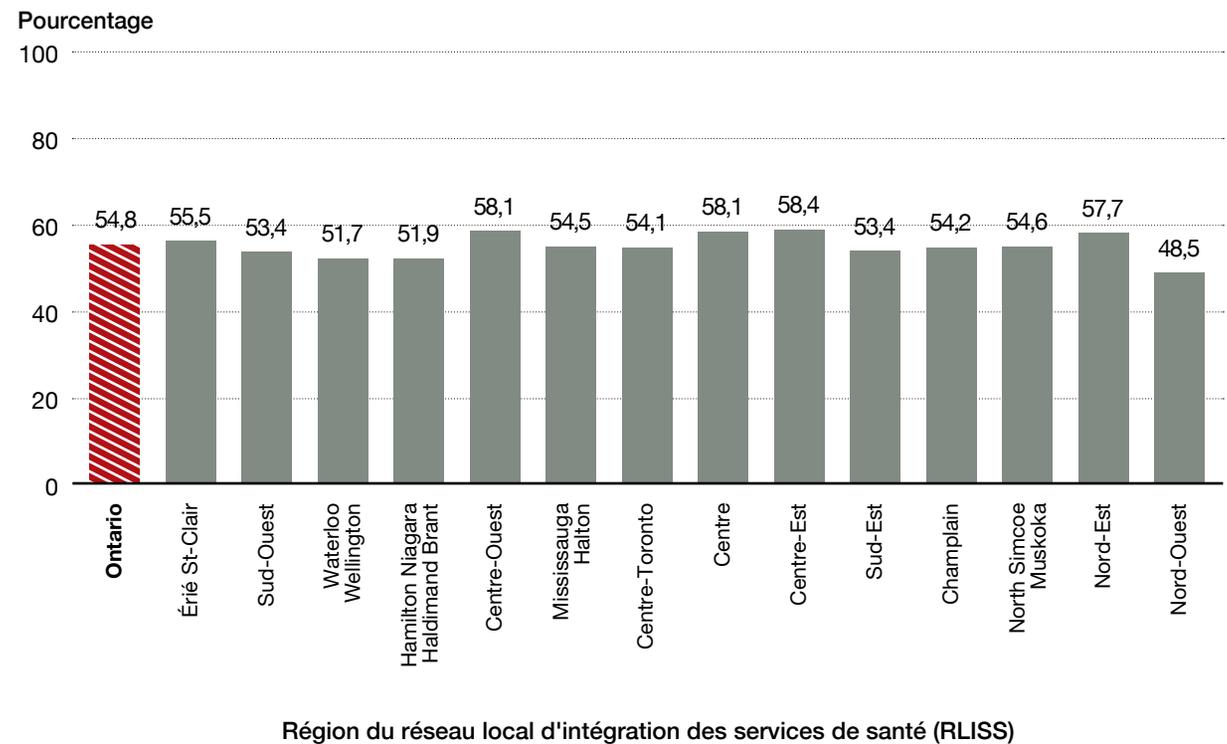
Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes, parmi toutes celles qui sont décédées, qui ont eu au moins une consultation aux urgences non prévue au cours des 30 derniers jours de leur vie.

- Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'effectuer une visite au service des urgences non prévue au cours des 30 derniers jours de leur vie, puisque 57,4 % des hommes ont fait au moins une visite imprévue au service des urgences durant cette période, comparativement à 52,2 % des femmes, en 2015-2016.
- Les personnes qui vivent dans des régions rurales de la province étaient légèrement plus susceptibles que celles des régions urbaines d'effectuer une visite non prévue au service des urgences au cours des 30 derniers jours de leur vie, affichant 56,7 % comparativement à 54,5 % en 2015-2016.

**Indicateur :** Consultations aux urgences non prévues au cours des 30 derniers jours de vie

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes, parmi toutes celles qui sont décédées, qui ont eu au moins une consultation aux urgences non prévue au cours des 30 derniers jours de leur vie. Il exclut les personnes qui étaient à l'hôpital pendant la période complète de 30 jours avant le décès.

**FIGURE 9.1** Pourcentage des personnes, parmi toutes celles qui sont décédées, qui ont eu au moins une consultation aux urgences non prévue au cours des 30 derniers jours de leur vie, en Ontario, par région de RLISS, en 2015-2016



Source de données : RPDB, NHCRC fournie par l'ICES.

## Services de soins palliatifs à domicile

Un peu plus du quart (27,5 %) des personnes qui sont mortes en Ontario en 2015-2016 ont reçu un service de soins palliatifs à domicile au cours des 30 derniers jours de leur vie et un autre 28,8 % ont reçu au moins un service de soins à domicile qui n'étaient pas précisément des soins palliatifs. La proportion qui a reçu au moins un service de soins palliatifs variait selon la région du RLISS, allant de 14,7 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à 36,0 % dans celle du RLISS de Simcoe Nord Muskoka. (**Figure 9.2**)

Les services de soins à domicile qui sont spécifiquement des soins palliatifs ont été associés à une réduction de 50 % de la probabilité de mourir à l'hôpital. [120] Les soins palliatifs à domicile comprennent habituellement plus d'heures de soins par semaine que les soins à domicile non palliatifs.

## Conclusions et variations

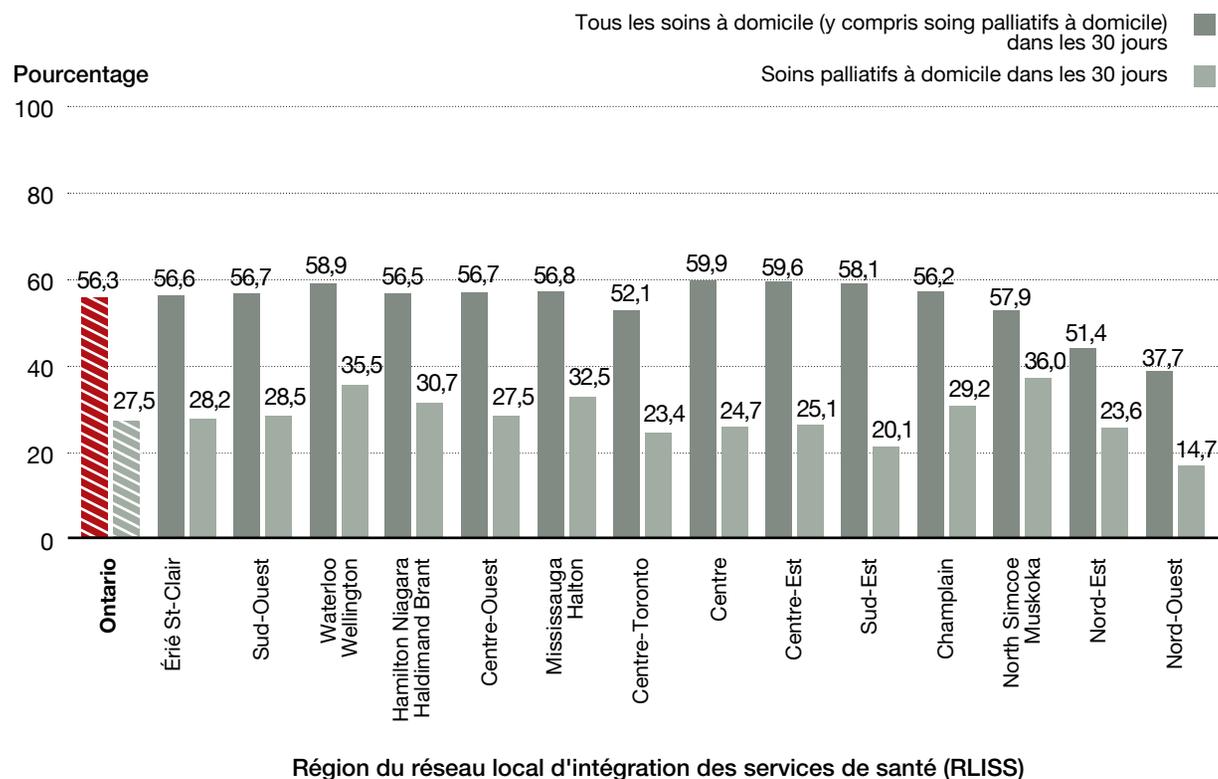
Cet indicateur mesure, chez les personnes qui vivaient dans la collectivité au cours des 30 derniers jours de leur vie, le pourcentage qui a reçu au moins un service de soins à domicile, y compris les soins palliatifs à domicile – durant cette période.

- Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de recevoir un service de soins palliatifs à domicile au cours du dernier mois de leur vie (30,0 % pour les femmes, comparativement à 25,4 % pour les hommes) dans l'ensemble de l'Ontario en 2015-2016.
- En 2015-2016, les personnes vivant dans les quartiers plus favorisés étaient plus susceptibles de recevoir des soins palliatifs à domicile que celles vivant dans des régions à faible revenu (32,2 % chez celles du quintile de revenu du quartier le plus élevé par rapport à 22,7 % pour le plus faible).
- Le pourcentage de personnes qui ont reçu un service de soins palliatifs à domicile au cours des 30 derniers jours de leur vie a augmenté de 24,1 % en 2011-2012 à 27,5 % en 2015-2016.

### Indicateur : Services de soins à domicile

Cet indicateur mesure, parmi les personnes décédées, le pourcentage qui a reçu au moins un service de soins à domicile, y compris les soins palliatifs, au cours des 30 derniers jours de leur vie. Il exclut les personnes qui ont passé les 30 derniers jours de leur vie à l'hôpital, dans un foyer de soins de longue durée ou un établissement de soins continus complexes ou de réadaptation.

**FIGURE 9.2** Pourcentage des personnes, parmi toutes celles qui vivaient dans la collectivité au cours des 30 derniers jours de leur vie, qui ont reçu au moins un service de soins à domicile durant cette période, en Ontario, par région de RLISS, 2015-2016



Source de données : HCD, RPDB fourni par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences.

## Visites à domicile effectuées par un médecin

Moins du quart (24,1 %) des personnes en Ontario qui sont décédées pendant l'exercice 2015-2016, parmi celles qui ont vécu dans la collectivité au cours des 30 derniers jours de leur vie, ont reçu une visite à domicile effectuée par un médecin au cours de ces 30 jours.

**(Figure 9.3)**

Pour les personnes en fin de vie, les visites à domicile effectuées par un médecin peuvent entraîner une diminution du nombre consultations non prévues au service des urgences de l'hôpital et accroître la probabilité qu'elles seront en mesure de mourir à domicile plutôt qu'à l'hôpital. [121]

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure, parmi les personnes qui vivaient dans la collectivité au cours des 30 derniers jours de leur vie, le pourcentage qui a reçu une visite à domicile effectuée par un médecin pendant cette période.

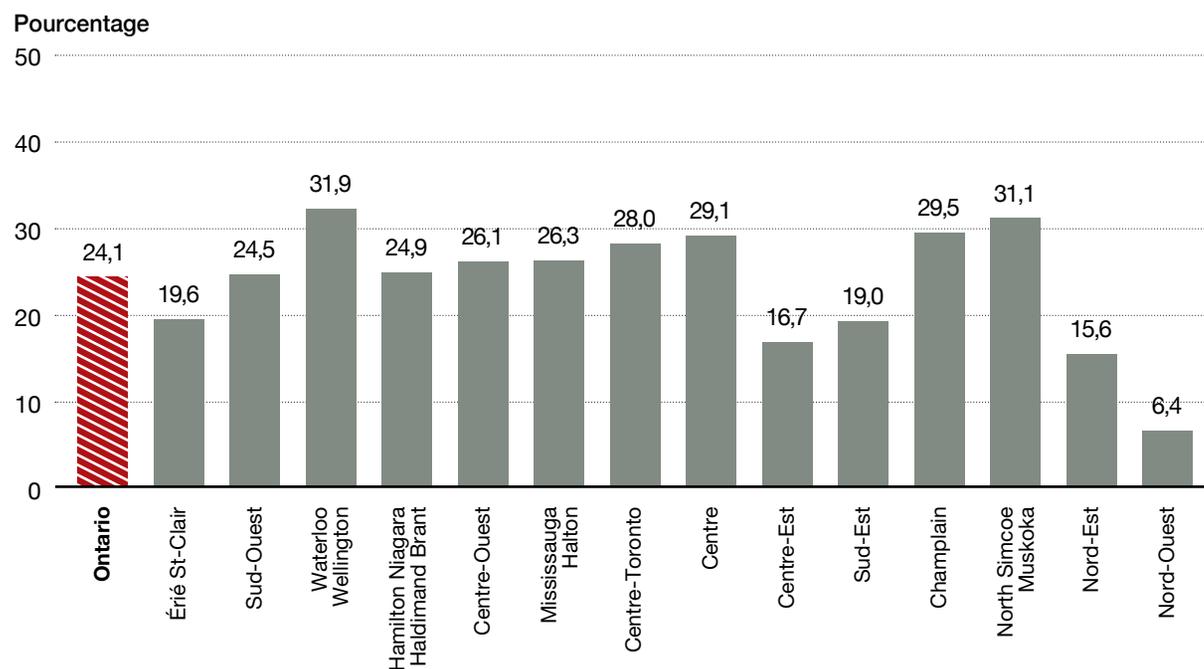
- Les résultats pour cet indicateur variaient considérablement entre des régions des RLISS en Ontario en 2015-2016, allant d'un taux élevé de 31,9 % dans la région du RLISS de Waterloo Wellington à un faible taux de 6,4 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest. **(Figure 9.3)**
- Le pourcentage de personnes qui ont reçu une visite à domicile effectuée par un médecin au cours des 30 derniers jours de leur vie a augmenté entre 2011-2012 et 2015-2016, passant de 20,0 % à 24,1 %.



**Indicateur :** Visite à domicile effectuée par un médecin au cours des 30 derniers jours de vie

Cet indicateur mesure, parmi les personnes qui sont décédées, le pourcentage qui a reçu une visite à domicile effectuée par un médecin au cours des 30 derniers jours de leur vie. Il exclut les personnes qui ont passé les 30 derniers jours de leur vie à l'hôpital, dans un foyer de soins de longue durée ou un établissement de soins continus complexes ou de réadaptation.

**FIGURE 9.3** Pourcentage des personnes, parmi celles qui vivaient dans la collectivité au cours des 30 derniers jours de leur vie, qui ont reçu au moins un service de soins à domicile durant cette période, en Ontario, par région de RLISS, 2015-2016



Source de données : BDPI, RASO, fournies par l'ICES.



## **CHAPITRE 10**

# Dépenses en santé

Le présent chapitre met en lumière les résultats des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés aux dépenses en santé suivants :

- Éprouver de graves problèmes pour payer les frais médicaux ou en être incapable
- Dépenses en santé liées aux médicaments par personne
- Total des dépenses en santé par personne

Les autres résultats pour les indicateurs relatifs aux dépenses en santé se trouvent dans le tableau technique supplémentaire.

# Dépenses en santé en Ontario



**En Ontario, les dépenses en santé du gouvernement couvrent de nombreux coûts des soins de santé** comme les visites de médecin, les soins hospitaliers, les tests diagnostiques et les analyses par balayage, les examens de la vue annuels pour les personnes aux prises avec certaines affections ou qui sont âgées de moins de 20 ans ou de plus de 64 ans, et certains frais de déplacement pour celles qui doivent parcourir de longues distances pour obtenir des soins médicaux spécialisés. [122]

Les coûts médicaux non couverts par le gouvernement – comme les médicaments d'ordonnance administrés à l'extérieur d'un hôpital, les examens de la vue pour les personnes âgées de 20 à 64 ans et certains services d'ambulance – sont payés par des sources privées comme les avantages en matière de santé fournis par les employeurs ou les paiements effectués par les particuliers.

Environ les deux tiers des dépenses totales en soins de santé dans la province sont payés par des dépenses de santé publiques et le reste par des dépenses du secteur privé. Cependant, certaines personnes éprouvent de la difficulté à payer les frais médicaux non couverts par les dépenses en santé du gouvernement ou elles en sont incapables.

On doit s'attaquer aux obstacles financiers aux soins dans un système de santé qui recherche l'équité et vise à fournir l'accès à des soins de qualité à tout le monde, peu importe leur capacité à payer.

Les dépenses de santé de l'Ontario en médicaments par personne sont relativement élevées par rapport à certains pays socioéconomiquement similaires, alors que les dépenses totales de santé de la province par personne tombe au milieu par rapport à l'échelle internationale.

## Principale Conclusion 1

### Certains Ontariens éprouvent de graves problèmes pour payer leurs frais médicaux

Dans une comparaison internationale, un pourcentage relativement élevé d'Ontariennes et d'Ontariens ont déclaré éprouver des difficultés à payer les coûts de soins de santé. Plus d'Ontariennes et d'Ontariens ont déclaré éprouver de graves problèmes pour payer leurs frais médicaux, ou en être incapables, que les habitants du Royaume-Uni, de l'Australie, de l'Allemagne, de la Nouvelle-Zélande et de la Suède, dans une enquête menée par le Fonds du Commonwealth. Toutefois, les résultats de l'Ontario étaient meilleurs que ceux des États-Unis, de la Suisse et de la France.

## Principale Conclusion 2

### Les dépenses de l'Ontario en médicaments sont relativement élevées

En 2014, l'Ontario arrivait quatrième au chapitre des dépenses liées aux médicaments les plus élevées en comparaison à des pays socio-économiquement semblables de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), après les États-Unis, la Suisse et la France, et devant des pays comme l'Australie, l'Allemagne et la Suède.

## Principale Conclusion 3

### Les dépenses en santé sont relativement stables en Ontario (ce message clé pourrait devoir être reformulé)

Le total des dépenses en santé par personne en Ontario, qui comprend les dépenses publiques et privées, est demeuré relativement stable au cours des quatre dernières années. L'Ontario dépense un peu moins que la moyenne de toutes les provinces au Canada. À l'échelle internationale, l'Ontario se situe au milieu en ce qui a trait aux dépenses en santé, comparativement à dix pays de l'OCDE socio-économiquement semblables.

## Difficulté à payer les frais médicaux privés

Près de 1 Ontarien sur 12 a déclaré dans l'Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé qu'il éprouvait des difficultés à payer les frais médicaux.

La capacité de payer les médicaments est un aspect important de l'accès aux soins médicaux, particulièrement chez les personnes souffrant d'affections chroniques multiples. [123] Pour les personnes sans couverture d'assurance, le coût des médicaments sur ordonnance peut représenter une dépense importante.

En 2015, 71,1 % des Ontariennes et Ontariens de 12 à 64 ans ont déclaré avoir reçu une assurance médicaments. Cela a laissé près de 30 % des Ontariens et Ontariens de ce groupe d'âge avoir payé leurs ordonnances en leur faveur. La proportion d'assurés était beaucoup plus élevée parmi ceux qui vivaient dans les quartiers les plus riches, à 85,9 %, que chez ceux qui vivaient dans les quartiers les plus pauvres, à 50,1 %. [124] Il reste donc près de 30 % des Ontariennes et des Ontariens de ce groupe d'âge qui doivent payer eux-mêmes pour les ordonnances. Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, la plupart de leurs coûts de médicaments sont payés par le Programme de médicaments de l'Ontario. Parmi les pays développés qui ont un régime d'assurance-santé public, celui du Canada est le seul qui ne comprend pas la couverture universelle des médicaments d'ordonnance utilisés à l'extérieur des hôpitaux. [125]

## Conclusions et variations

Cet indicateur mesure la proportion de personnes âgées de 18 ans et plus qui ont déclaré dans un sondage qu'ils éprouvaient de graves difficultés à payer leurs factures médicales, ou en être incapables.

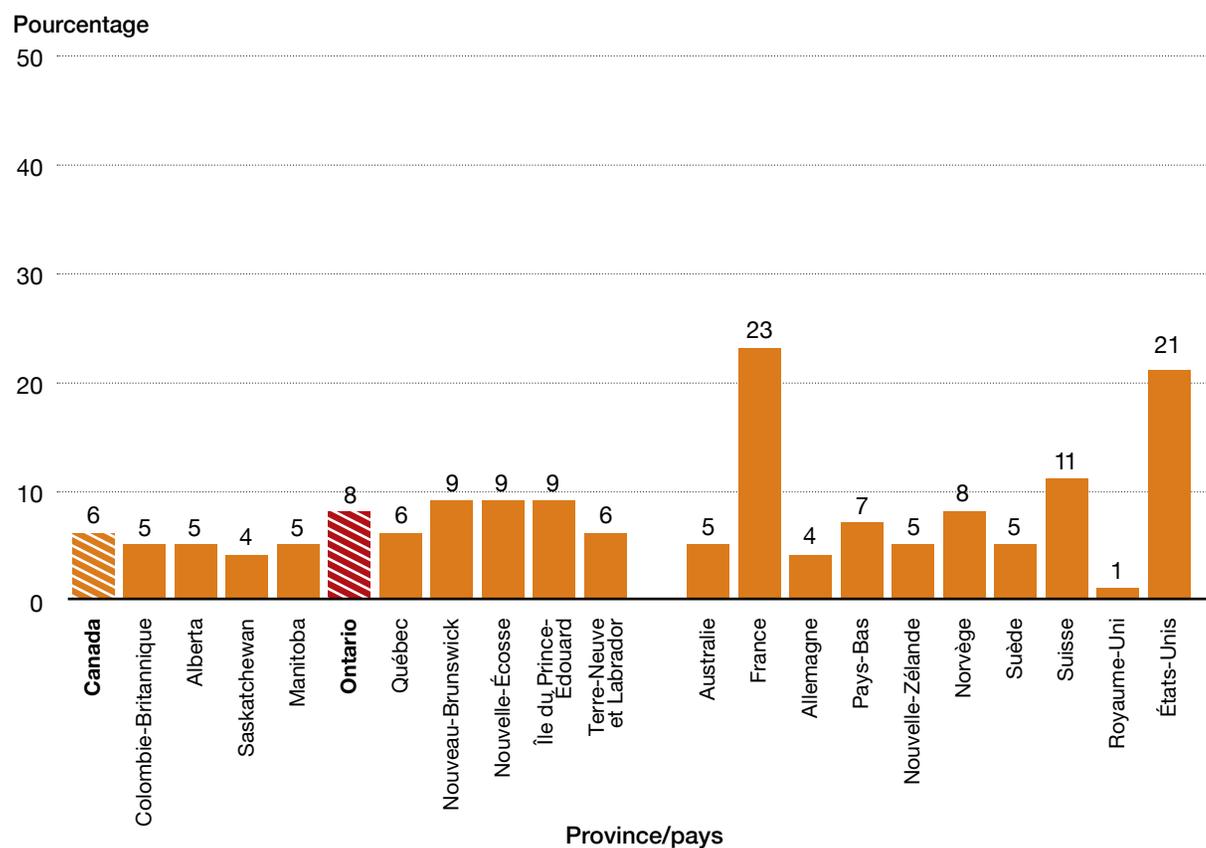
- En Ontario, 8 % des répondants ont déclaré éprouver de graves problèmes pour payer leurs frais médicaux, ou en être incapables, en 2016. **(Figure 10.1)**
- Toujours en 2016, 10 % des répondants en Ontario âgés de 50 à 64 ans – un groupe d'âge qui fait souvent face à problèmes de santé chroniques – ont déclaré éprouver de graves problèmes pour payer leurs frais médicaux. La proportion qui éprouve des problèmes de paiement chutait à 4 % chez les répondants âgés de 65 ans ou plus, dont le coût des ordonnances est couvert par le Programme de médicaments de l'Ontario. Chez les répondants âgés de 18 à 49 ans, 16 % ont déclaré éprouver de graves problèmes de paiement.
- Comparativement aux habitants de dix pays socio-économiquement semblables ayant participé à l'enquête du Fonds du Commonwealth, plus d'Ontariens ont fait part de graves problèmes pour payer leurs frais médicaux, ou d'une incapacité à les payer, que les habitants du Royaume-Uni, de l'Australie, de l'Allemagne, de la Nouvelle-Zélande et de la Suède. Les résultats de l'Ontario étaient cependant supérieurs à ceux

des États-Unis, de la Suisse et de la France, et semblables à ceux des Pays-Bas et de la Norvège. **(Figure 10.1)**

**Indicateur :** Graves problèmes pour payer les frais médicaux ou incapacité à le faire

Cet indicateur mesure le pourcentage des répondants âgés de 18 ans et plus qui ont déclaré éprouver de graves problèmes pour payer leurs frais médicaux, ou en être incapables.

**FIGURE 10.1** Pourcentage de participants au sondage qui ont déclaré qu'ils éprouvaient de graves difficultés à payer leurs factures médicales, ou en étaient incapables, en Ontario, au Canada et à l'étranger, 2016



Source de données : Sondage international 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé.

## Dépenses en santé liées aux médicaments par personne

Les médicaments d'ordonnance constituent un élément important des soins de santé pour un grand nombre de personnes vivant en Ontario. [126,127] Entre 2001 et 2013, les médicaments correspondaient à l'une des catégories de dépenses en santé qui augmentaient le plus rapidement [128] et ils figuraient parmi les trois principales catégories de dépenses en santé, avec les services hospitaliers et les services offerts par les médecins. En 2014, le coût des médicaments – y compris les médicaments en vente libre et les médicaments sur ordonnance achetés dans les pharmacies ou les autres commerces de détail – représentait 17 % du total des dépenses en santé en Ontario. [129]

### Conclusions et variations

Cet indicateur mesure combien d'argent est dépensé en moyenne par personne pour les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre au cours d'une période donnée. Les dépenses sont fournies en dollars américains afin de faciliter les comparaisons internationales. Les montants en dollars sont rajustés au moyen d'une méthode appelée parité des pouvoirs d'achat (PPA) qui vise à éliminer les différences de niveaux de prix entre les pays.

- En 2014, une somme de 767 dollars américains a été dépensée par personne en Ontario pour les médicaments d'ordonnance et en vente libre.
- De cette somme, 474 dollars américains provenaient de fonds privés comme les prestations pharmaceutiques fournies par les employeurs ou les paiements effectués par les particuliers, et 293 dollars américains provenaient de fonds publics en 2014. Presque 62 % des dépenses en médicaments provenaient de fonds privés.
- Par rapport au montant dépensé dans neuf pays de l'OCDE socio-économiquement semblables, l'Ontario dépense le quatrième montant le plus élevé sur les médicaments par personne, dépensant 767 \$ US par personne en médicaments sur ordonnance et en vente libre (ce qui comprend les dépenses personnelles des patients). **(Figure 10.2)**

## SAVIEZ-VOUS QUE?

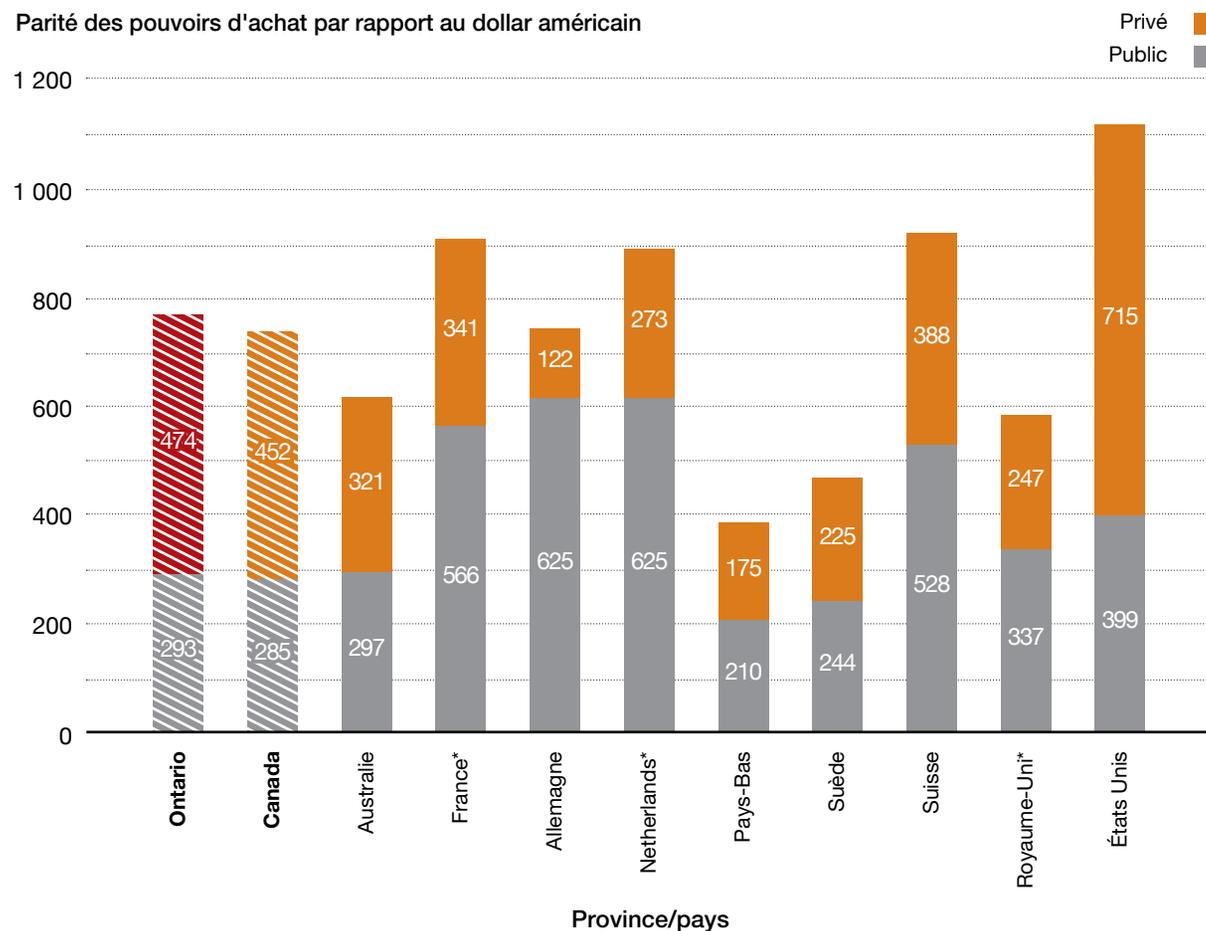


À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, tous les enfants et les jeunes âgés de 24 ans ou moins en Ontario qui sont couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario auront le coût de leurs médicaments sur ordonnance admissibles entièrement couvert, quel que soit le revenu familial, en vertu de l'Assurance-santé Plus : Assurance-médicaments pour les enfants et les jeunes, annoncée dans le budget provincial de 2017.

### Indicateur : Dépenses en santé liées aux médicaments par personne

Cet indicateur mesure combien d'argent est dépensé par personne pour les médicaments sur ordonnance et les médicaments en vente libre achetés dans les pharmacies ou les autres commerces de détail.

**FIGURE 10.2** Dépenses en santé liées aux médicaments par personne en Ontario, au Canada et à l'étranger, 2014



Source de données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé; Organisation de coopération et de développement économiques. Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017

Remarque : Les dépenses de chaque pays sont données en dollars américains et ajustées selon une méthode appelée parité de pouvoir d'achat pour convertir les différentes devises. \* Les données, en plus des dépenses pharmaceutiques, comprennent également d'autres biens médicaux non durables.

## Total des dépenses en santé par personne

En 2014, le total des dépenses en santé en Ontario – y compris les dépenses publiques et privées – a représenté 11,3 % du PIB de la province et, au Canada dans son ensemble, il a représenté 10,9 % du PIB. En 2017, les dépenses en soins de santé représentaient près de 40 % du budget provincial, la plus importante part des catégories de dépense du budget. [130]

Une façon de mesurer les dépenses en santé est de suivre la somme moyenne d'argent dépensé par personne dans une année.

### Conclusions et variations

Cet indicateur se penche sur le total des dépenses en santé en moyenne par personne par année.

Il comprend les dépenses en santé provenant des sources publiques et privées. L'année la plus récente pour laquelle des données sur l'indicateur sont disponibles est 2014.

- Les dépenses en santé publiques et le total des dépenses en santé par personne en Ontario ont diminué au cours des dernières années. Ainsi, les dépenses publiques ont diminué de 4,6 % entre 2010 et 2014, passant de 2 703 \$ à 2 578 \$ par année, et le total des dépenses a diminué de 2,1 %, passant de 4 050 \$ à 3 963 \$, mesurés en dollars canadiens constants de 1997 pour tenir compte de l'inflation et permettre des comparaisons au fil du temps. Au cours de la

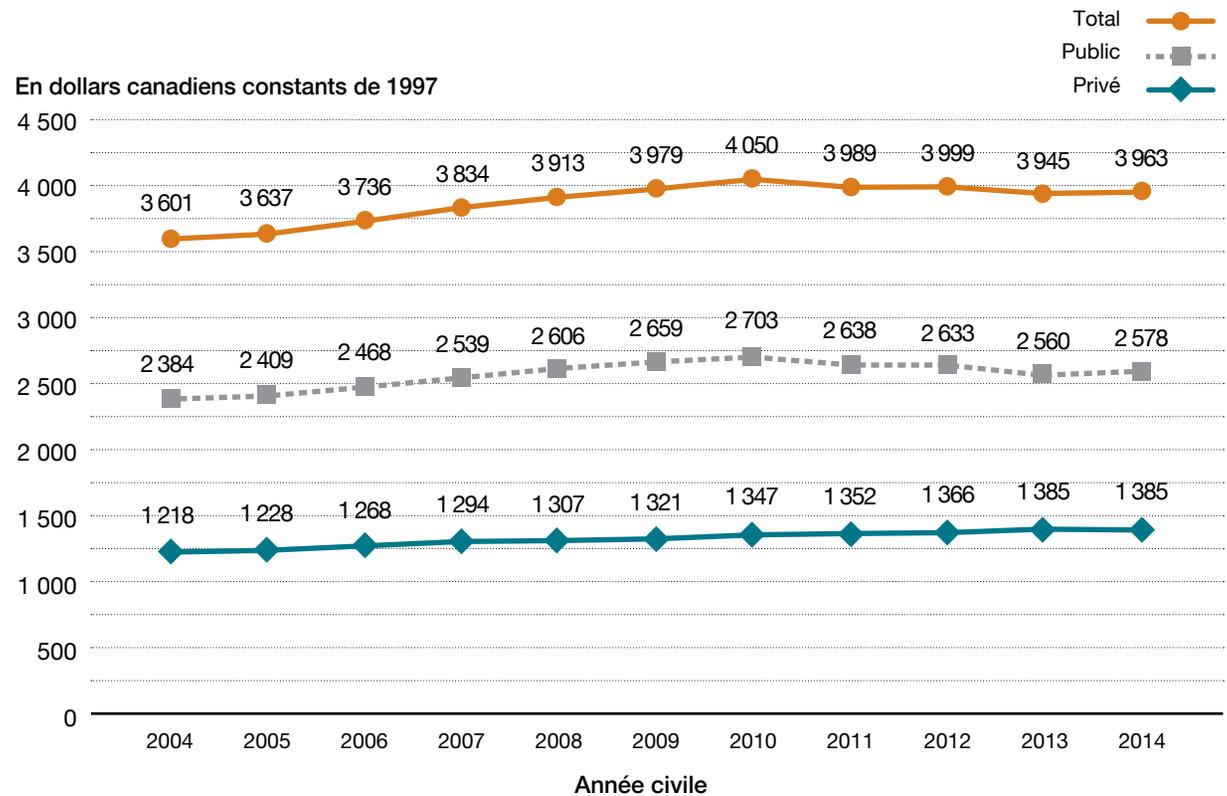
même période, les dépenses annuelles privées ont augmenté de 2,8 %, passant de 1 347 \$ à 1 385 \$. (**Figure 10.3**)

- À long terme, entre 2004 et 2014, le total annuel des dépenses en santé par personne en Ontario a augmenté de 10,0 %, et les dépenses publiques ont crû de 8,1 % tandis que les dépenses privées ont grimpé de 13,7 %. (**Figure 10.3**)
- Entre 2004 et 2014, les dépenses en santé financées par le secteur public représentaient environ 65 % du total des dépenses en santé en Ontario.
- À l'échelle internationale en 2014, les dépenses en santé de l'Ontario par personne se situaient au centre des pays de l'OCDE socio-économiquement semblables, affichant 4 415 dollars américains, et ce sont les États-Unis qui dépensaient le plus avec 9 036 dollars américains (chiffres en dollars rajustés selon la parité des pouvoirs d'achat).

### Indicateur : Total des dépenses en santé par personne

Cet indicateur mesure combien d'argent est dépensé pour les soins de santé, en moyenne par personne par année. L'indicateur comprend les dépenses en santé provenant de sources publiques et privées.

**FIGURE 10.3** Total des dépenses de santé publiques et privées, par personne, en Ontario, 2004-2014



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

Note: Les chiffres du graphique présentent des dépenses de santé par personne à prix constants pour standardiser à la fois la croissance démographique et l'inflation qui ont varié au cours de la dernière décennie.



Photo de Lilac  
prise par Roger Yip.



# Prochaines étapes

**Sous bien des aspects, le système de santé de l'Ontario affiche un bon rendement.** Les soins globaux ont tendance à être bons une fois que les patients les reçoivent. Un grand nombre des défis que le système doit surmonter ont trait aux problèmes d'accès et aux transitions entre un établissement de soins à un autre. Ces pressions se répercutent sur les secteurs et les établissements de soins et font qu'il est plus ardu pour les patients de recevoir des soins et des services équitables. Un grand nombre de patients dans les hôpitaux attendent pour obtenir des soins ailleurs, ce qui crée des pressions dans d'autres secteurs, comme le temps passé au service des urgences pour les patients hospitalisés, qui n'ont souvent pas de lit à leur disposition avant 15 heures ou plus. La détresse des personnes soignantes est à la hausse chez les personnes qui prennent soin de leurs proches à la maison et un grand nombre de personnes ne reçoivent pas de soins palliatifs à domicile ou de visite à domicile d'un médecin dans le dernier mois de leur vie. Un grand nombre d'Ontariens ont déclaré faire face à des problèmes pour payer leurs frais médicaux.

L'Ontario n'est pas le seul à faire face aux défis liés aux transitions en matière de soins, à l'accès et à l'équité. Les comparaisons nationales et internationales offrent des résultats mitigés. Le système de santé de l'Ontario affiche des rendements se situant parfois dans la moyenne, d'autre fois légèrement meilleurs ou parfois pires que ceux des autres provinces et d'autres pays. Mais évidemment, nous ne devrions pas nous contenter de demeurer au milieu du peloton lorsqu'il est question de se comparer à d'autres systèmes de santé, mais plutôt viser à faire partie des meilleurs. Le présent rapport a déterminé les éléments nécessitant des améliorations. De nombreux efforts

sont actuellement déployés pour s'occuper de ces éléments dans certains secteurs particuliers ainsi que dans l'ensemble du système de santé.

## Intégration du système

Chacun des 14 RLIS a mis au point des maillons de santé communautaires qui fournissent des soins coordonnés, cohérents et efficaces aux personnes aux prises avec des problèmes de santé complexes. Ce modèle de soins aide à la transition entre les milieux de soins, les patients recevant leur propre plan de traitement adapté, et il leur offre le soutien dont ils ont besoin.

Pour améliorer la transition entre différents milieux de soins, des mesures sont prises à l'échelle provinciale pour réduire le nombre de patients requérant d'autres niveaux de soins (ANS) occupant un lit d'hôpital, en travaillant à créer des logements avec service de soutien pour les personnes âgées sans-abri, désignées comme attendant un ANS, qui seraient en mesure de vivre de manière autonome avec les services de soutien appropriés, ainsi qu'en mettre sur pied d'autres options de soins à court terme et d'hébergement à l'extérieur de l'hôpital pour les patients attendant un ANS. Les leçons tirées de ces initiatives seront utilisées pour élaborer une démarche à l'échelle de la province.

## Maladies mentales et dépendances

Des efforts sont présentement déployés pour améliorer l'accès à des services de soutien par l'élaboration d'un programme de psychothérapie structuré offert à l'échelle de la province, ainsi que faire l'expansion des services existants. Ces efforts sont appuyés par la recommandation du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, selon laquelle des séances de psychothérapie structurées, individuelles et de groupe, fondées sur des données factuelles, dirigées par des professionnels de la santé autres que des médecins soient prises en charge à même les fonds publics pour les personnes souffrant de dépression clinique ou qui ont des troubles d'anxiété généralisée.

Des services intégrés de santé mentale et de lutte contre la dépendance, ainsi que des soins primaires et d'autres services sociaux, tels que l'emploi et le logement, sont en phase de développement au sein des centres jeunesse et des logements supplémentaires avec services de soutien sont ajoutés dans l'ensemble de l'Ontario pour venir en aide aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou souffrant de dépendances qui sont sans-abri ou présentant un risque de le devenir.

## Soins hospitaliers

Pour un meilleur accès aux soins spécialisés et aux chirurgies, un programme de soins musculosquelettiques a été mis au point par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée vise à fournir des soins spécialisés plus rapidement et de manière plus appropriée et transparente pour les patients atteints de troubles musculosquelettiques, comme les douleurs au dos, au cou ou à l'épaule, et aux candidats pour une arthroplastie de la hanche et du genou. Dans le cadre de ce programme, coordonné par les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les patients seront aiguillés vers des points de contact centraux pour recevoir une évaluation et une consultation en temps opportun, ce qui devrait éviter les consultations inutiles en chirurgie ou en imagerie et réduire les temps d'attente inutiles.

Le Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario, soutenu par Qualité des services de santé Ontario, fournit des ressources pour les équipes chirurgicales dans l'ensemble de la province afin de leur permettre de collaborer dans l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité des chirurgies, dans le but d'améliorer l'expérience et les résultats des patients.

Le Programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences établi par Qualité des services de santé Ontario, fait le suivi des consultations répétitives dans les services des urgences d'un hôpital en vue de déterminer les événements indésirables

et les problèmes de qualité. Le programme est obligatoire pour un grand nombre de services des urgences fortement fréquentés dans la province, mais tous les hôpitaux de l'Ontario sont encouragés à l'appliquer.

## Soins palliatifs

Le Réseau ontarien des soins palliatifs exerce son leadership de façon à faire la promotion de soins axés sur le patient et recommande des normes provinciales aux fournisseurs de soins de santé. Des ressources supplémentaires sont fournies aux maisons de soins palliatifs afin d'accroître leur capacité à offrir des soins de fin de vie aux patients ans leur collectivité. Il existe également des initiatives visant à améliorer les soins palliatifs pour les populations mal desservies, et des ressources sont élaborées afin d'aider les patients et les personnes soignantes à comprendre leurs besoins en matière de soins et les options à leur disposition pour y répondre.

## Des soins de qualités dans l'ensemble du réseau

Les plans d'amélioration de la qualité sont des ensembles consignés d'engagements en matière de qualité que prennent annuellement des organismes de soins de santé envers leurs patients, leurs clients, leurs pensionnaires, leur personnel et leur collectivité. Leur objectif est d'améliorer la qualité au moyen de mesures et d'objectifs ciblés.

L'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité est en cours tout au long de l'année, pendant que des équipes dans les organismes de l'ensemble de la province mettent en œuvre les idées de changement contenues dans leur plan et en font le suivi jusqu'à l'atteinte de l'amélioration visée. Ce processus touche actuellement plus de 1 000 organismes dans les secteurs hospitaliers, des soins à domicile, des soins primaires et des soins de longue durée.

Les tables rondes régionales sur la qualité ont été créées dans l'ensemble de l'Ontario afin de partager les initiatives et les apprentissages régionaux visant à améliorer les résultats sur la santé et les expériences des patients et pour harmoniser et relier les programmes régionaux et provinciaux visant à fournir des soins de santé de qualité supérieure. Chaque table régionale est présidée par un responsable de la qualité clinique qui est nommé conjointement par Qualité des services de santé Ontario et le réseau local d'intégration des services de santé de la région. Les autres membres de la table comprennent des représentants de secteurs précis en santé, comme les soins primaires, les soins d'urgence et les soins de santé mentale ainsi que des hôpitaux de la région.

Le programme ARTIC (Adopting Research to Improve Care), programme élaboré conjointement par Qualité des services de santé Ontario et le Council of Academic Hospitals of Ontario, soutient et assure la mise en œuvre rapide d'actes médicaux et de modèles de prestation de services, autant les actes et modèles innovateurs et que ceux qui

ont fait leurs preuves. Le mandat de l'ARTIC est d'accélérer la diffusion de soins qui ont fait leurs preuves à travers la province.

Les normes de qualité, qui ont été mises au point par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec des patients, des personnes soignantes et des médecins, indiquent les soins qui devraient être offerts aux patients pour des affections de santé précises, dans des établissements de soins précis, comme l'hôpital ou une clinique de soins primaires dans la collectivité, en se fondant sur les meilleures données probantes disponibles. Ces normes se concentrent sur les problèmes de santé dont la qualité des traitements reçus par les patients varie le plus ou possède les plus grands écarts à travers la province.

*La qualité ça compte*, cadre de référence provincial sur la qualité des soins de santé, a été mis au point par Qualité des services de santé Ontario afin de fournir une référence commune aux fournisseurs de soins de santé pour leur permettre d'améliorer l'accès aux soins pour les patients, leur famille et les personnes soignantes. Ce cadre vise à créer la culture d'un système de santé de qualité supérieure, en vertu de six attributs des soins de qualité : sûr, efficace, axé sur les patients, efficient, opportun et équitable.

Alors que nous collaborons pour combler les lacunes du système de santé de l'Ontario, les récits de patients, de personnes soignantes et des fournisseurs présentés dans le présent rapport nous rappellent quels sont les enjeux. L'excellence des soins signifie tout pour ceux qui en ont besoin.



# Références

- LANTZ, P. M., J. S. House, J. M. Lepkowski, D. R. Williams, R. P. Mero et J. Chen. « Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality Results From a Nationally Representative Prospective Study of US Adults », *JAMA*, vol. 279, n° 21 (3 juin 1998). Accessible à l'adresse : <http://www.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201998/socioeconomic%20factors,%20health%20behaviors,%20and%20mortality.pdf>
- ADLER, N. E. et K. Newman. « Socioeconomic Disparities In Health: Pathways And Policies », *Health Affairs* 21, n° 2 (2002), pp. 60 à 76, doi: 10.1377/hlthaff.21.2.60. Accessible à l'adresse : <http://content.healthaffairs.org/content/21/2/60.full.pdf+html>
- Rapport mondial sur la violence et la santé*, publié sous la direction de Etienne G. Krug, Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002.
- Government of Ontario news release, Ontario Ministers Outline Actions to Address First Nations Youth Health and Safety Crisis. Available from: <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2017/07/ontario-ministers-outline-actions-to-address-first-nations-youth-health-and-safety-crisis.html>
- Agence de la santé publique du Canada. Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada : Les pharmaciens aident à réagir à la crise de santé publique des opioïdes au Canada, mars 2017. Accessible à l'adresse : [https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2017/03/declaration\\_de\\_ladministrateur\\_enchefdelasantepubliqueducanadales.html](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2017/03/declaration_de_ladministrateur_enchefdelasantepubliqueducanadales.html)
- Public Health Ontario, Opioid-related morbidity and mortality in Ontario. Available from: [http://www.publichealthontario.ca/en/dataandanalytics/pages/opioid.aspx?\\_ga=2.128802700.1010603591.1495656609-1877806424.1495656609](http://www.publichealthontario.ca/en/dataandanalytics/pages/opioid.aspx?_ga=2.128802700.1010603591.1495656609-1877806424.1495656609)
- Institut canadien d'information sur la santé, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada* – Tableaux de données, Ottawa (Ontario), ICIS, 2016.
- GOMES, T., M. M. Mamdani, I. A. Dhalla, S. Cornish, J. M. Paterson et D. N. Juurlink. « The burden of premature opioid-related mortality », *Addiction*, vol. 109, n° 9 (septembre 2014), pp. 1482 à 1488. Accessible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4171750/>
- Santé Canada. *Analgsiques opioïdes*, 2009. [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/pdf/iyh-vsv/med/ana-opioid-med-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pdf/iyh-vsv/med/ana-opioid-med-fra.pdf)
- Qualité des services de santé Ontario. *9 millions d'ordonnances : Ce que l'on sait de l'utilisation des opioïdes prescrits par ordonnance en Ontario*, Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2017. Disponible depuis : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/system-performance/9-million-prescriptions-en.pdf>
- Canadian Centre for Substance Abuse and Addiction, Prescription Drugs. Available from: <http://www.cclt.ca/Eng/topics/Prescription-Drugs/Pages/default.aspx>
- VOWLES, K. E., M. L. McEntee, P. S. Julnes, T. Frohe, J. P. Ney et D. N. van der. « Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis », *Pain*, vol. 156, n° 4 (avril 2015), pp. 569 à 576.
- Gouvernement du Canada. *Surdosage d'opioïde*. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/surdose.html>
- Gouvernement du Canada. *Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes*, 19 novembre 2016. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/conference-opioides/declaration-conjointe-mesures-visant-remedier-crise-opioides.html>
- Organisation mondiale de la Santé. *Plan d'action pour la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles*. Accessible à l'adresse : [http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues\\_paper2/fr/](http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/fr/)

16. EYRE, H., R. Khan, R. M. Robertson et l'ACS/ADA/AHA Collaborative Writing Committee. « Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes: A Common Agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 54, n° 4 (juillet/août 2004). Accessible à l'adresse : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.54.4.190/full>
17. Statistics Canada. The 10 leading causes of death, 2013. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2017001/article/14776-eng.htm>
18. MANUEL, D. G., R. Perez, C. Bennett, L. Rosella, M. Taljaard, M. Roberts, R. Sanderson, T. Meltem, P. Tanuseputro et H. Manson. *Sept années en plus : Incidence du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'alimentation, de l'activité physique et du stress sur la santé et l'espérance de vie en Ontario*. Un rapport de l'ICES/SPO. Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences et Santé publique Ontario, 2012. Accessible à l'adresse : [https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/PHO-ICES\\_SevenMoreYears\\_Report\\_web.pdf](https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/PHO-ICES_SevenMoreYears_Report_web.pdf)
19. MANUEL, D. G., R. Perez, C. Sanmartin, M. Taljaard, D. Hennessy, K. Wilson, P. Tanuseputro, H. Manson, C. Bennett, M. Tuna, S. Fisher et L. C. Rosella. « Measuring Burden of Unhealthy Behaviours Using a Multivariable Predictive Approach: Life Expectancy Lost in Canada Attributable to Smoking, Alcohol, Physical Inactivity, and Diet », *PLOS* (16 août 2016). Accessible à l'adresse : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002082>
20. Action Cancer Ontario, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Accessible à l'adresse : <https://fr.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=125720>
21. LANTZ, P. M., J. S. House, J. M. Lepkowski, D. R. Williams, R. P. Mero et J. Chen. « Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality Results From a Nationally Representative Prospective Study of US Adults », *JAMA*, vol. 279, no 21 (3 juin 1998). Accessible à l'adresse : <http://www.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201998/socioeconomic%20factors,%20health%20behaviors,%20and%20mortality.pdf>
22. FUKUYA, Y., K. Nakamura et T. Takano. « Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan », *BMC Public Health*, vol. 5, n° 53 (2005).
23. ADLER, N. E. et K. Newman. « Socioeconomic Disparities In Health: Pathways And Policies », *Health Affairs* 21, n° 2 (2002), pp. 60 à 76, doi: 10.1377/hlthaff.21.2.60. Accessible à l'adresse : <http://content.healthaffairs.org/content/21/2/60.full.pdf+html>
24. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Millbank Quarterly*. 2005;83(3):457-502.
25. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*. 2001;19(2):131-144.
26. Canadian Institute for Health Information, *Experiences With Primary Health Care in Canada*, July 2009
27. LABERGE, M., J. Pang, K. Walker, S. Wong, W. Hogg et W. P. Wodchis. *QUALICOPC (qualité et coûts des soins primaires) Canada Pleins feux sur les aspects de soins primaires les plus appréciés par les patients actuels de nos pratiques de soins primaires*, juin 2014. Accessible à l'adresse : <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/qualicopc-f.pdf?sfvrsn=2>
28. Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario).
29. Institut canadien d'information sur la santé. *L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille*, 2015.
30. BARKER, I., A. Steventon et S. R. Deeny. « Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data », *BMJ* vol. 356 (2017), p. j84.
31. MAARSINGH, O. R., Y. Henry, P. M. van de Ven et D. J. H. Deeg. « Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study », *British Journal of General Practice*, vol. 66, n° 649 (2016), pp. e531 à e539. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686101>
32. *Toward Optimized Practice, Evidence Summary: The Benefits of Continuity in Primary Care*, 2016. Accessible à l'adresse : <http://www.topalberta.doctors.org/file/top--evidence-summary--value-of-continuity.pdf>

33. GRAY, D. P., P. Evans, K. Sweeney, P. Lings, D. Seamark, C. Seamark, M. Dixon et N. Bradley. « Towards a theory of continuity of care », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2003. Accessible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539442/>
34. KRISTJANSSON, E., W. Hogg, S. Dahrouge, M. Tuna, L. Mayo-Bruinsma et G. Gebremichael. « Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors », *BMC Family Practice*, vol. 14 (2013), p. 72. Accessible à l'adresse : <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-72#CR13>
35. MENEZES, V. H., M. Sirski et D. Attawar. « Does continuity of care matter in a universally insured population? », *Health Services Research*, vol. 40, n° 2 (avril 2005), pp. 389 à 400. Accessible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15762898?dopt=Abstract>
36. ROSENTHAL, T. C. « The Medical Home: Growing Evidence to Support a New Approach to Primary care », *JABFM*, vol. 21, n° 5 (septembre-octobre 2008), pp. 427 à 440. Accessible à l'adresse : <http://www.jabfm.org/content/21/5/427.long>
37. SAULTZ, J. W. et J. Lochner. « Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review », *The Annals of Family Medicine*, vol. 3, n° 2 (mars-avril 2005), pp. 159 à 166. Accessible à l'adresse : [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=saultz+j%2c+lochner+j.+interpersonal+continuity+of+care+and+care+outcomes%3a+a+critical+review.+ann+fam+med.+2005%3b3\(2\)%3a159-166](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=saultz+j%2c+lochner+j.+interpersonal+continuity+of+care+and+care+outcomes%3a+a+critical+review.+ann+fam+med.+2005%3b3(2)%3a159-166)
38. FORREST, C. B. et B. Starfield. « Entry into primary care and continuity: the effects of access », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 9 (septembre 1998) pp. 1330 à 1336. Accessible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9736872>
39. Institute for Clinical Evaluative Sciences. *The Impact of Not Having a Primary Care Physician Among People with Chronic Conditions*, juillet 2008.
40. HAY, C., M. Pacey, N. Bains et S. Ardal. « Understanding the Unattached Population in Ontario: Evidence from the Primary Care Access Survey (PCAS) », *Politiques de Santé*, vol. 6, n° 2 (2010), pp. 33 et 34.
41. Institut canadien d'information sur la santé. *Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence*, Ottawa (Ontario), 2014. Accessible à l'adresse : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/ED\\_Report\\_ForWeb\\_FR\\_Final.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ED_Report_ForWeb_FR_Final.pdf)
42. PREMJI, K. *What does "access" to primary care really mean?*, healthydebate.ca. Accessible à l'adresse : <http://healthydebate.ca/opinions/what-does-access-to-primary-care-really-mean>
43. COWLING, T. E., E. V. Cecil, M. A. Soljak et coll. « Access to Primary Care and Visits to Emergency Departments in England: A Cross-Sectional, Population-Based Study », *PLoS ONE*, K. Spilisbury (éditeur), vol. 8, n° 6 (2013), p. e66699. doi:10.1371/journal.pone.0066699.
44. van Uden, C. J. T. et H. F. J. M. Crebolder. « Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? », *Emergency Medicine Journal (EMJ)*, vol. 21, n° 6 (2004), pp. 722 et 723.
45. MIAN, O. et R. Pong. « Un meilleur accès aux MF diminue-t-il la probabilité de recours aux services des urgences? Résultats du sondage sur l'accès aux soins primaires », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 58, n° 11 (2012), pp. e658 à e666.
46. Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
47. MIAN, O. et R. Pong. « Un meilleur accès aux MF diminue-t-il la probabilité de recours aux services des urgences? Résultats du sondage sur l'accès aux soins primaires », *Le Médecin de famille canadien*, 2012. vol. 58, n° 11 (2012), pp. e658 à e666.
48. Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest. Plan d'activités annuel 2015-2016 : *Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest*. [cité le 10 août 2016]. Accessible à l'adresse : <http://www.northwesthinh.on.ca/accountability/annualbusinessplan.aspx>
49. Action Cancer Ontario. *Dépistage du cancer colorectal*. Accessible à l'adresse : <https://fr.cancercare.on.ca/pacs/screening/coloscreening/>
50. Action Cancer Ontario. *Faits concernant le cancer colorectal*. Accessible à l'adresse : <https://fr.cancercare.on.ca/pacs/screening/coloscreening/colorectalcancerfacts/>
51. Gouvernement de l'Ontario. *Prévention et dépistage du cancer colorectal*. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/page/prevention-et-depistage-du-cancer-colorectal>

52. Action Cancer Ontario. *Dépistage du cancer colorectal*. Accessible à l'adresse : <https://fr.cancercare.on.ca/pcs/screening/coloscreening/>
53. Kiran T, Glazier RH, Moineddin R, Gu S, Wilton AS, Paszat L, The impact of a population-based screening program on income and immigration-related disparities in colorectal cancer screening, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* June 16 2017 DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-17-0301
54. Brien S, Grenier L, Kapral M.E., Kurdyak P, Vigod S. Taking Stock: A Report on the Quality of Mental Health and Addictions Services in Ontario. An HQO/ICES Report. Toronto, Health Quality Ontario and Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
55. SMETANIN, P., D. Stiff, C. Briante, C. E. Adair, S. Ahmad et M. Khan. *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada*, de 2011 à 2014, RiskAnalytica, pour le compte de la Commission de la santé mentale du Canada, 2011.
56. Chesney, Goodwin et Fazel. « Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review », *World Psychiatry*, vol. 13 (2014), pp. 153 à 160.
57. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Quels sont les troubles concomitants?* Accessible à l'adresse : [http://www.camh.ca/fr/hospital/health\\_information/a\\_z\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_information/concurrent\\_disorders/concurrent\\_substance\\_use\\_and\\_mental\\_health\\_disorders\\_information\\_guide/Pages/what\\_are\\_cd\\_infoguide.aspx](http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/concurrent_substance_use_and_mental_health_disorders_information_guide/Pages/what_are_cd_infoguide.aspx)
58. MHASEF Research Team. *The Mental Health of Children and Youth in Ontario : 2017 Scorecard*, Toronto (Ontario), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2017. Accessible à l'adresse : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2017/MHASEF>
59. GILL, P. J., N. Saunders, S. Gandhi, A. Gonzalez, P. Kurdyak, S. Vigod et A. Guttman. « Emergency Department as a First Contact for Mental Health Problems in Children and Youth », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 56, n° 6, pp. 475 à 482. e4. Accessible à l'adresse : [http://www.jaacap.com/article/s0890-8567\(17\)30151-x/fulltext#sec3](http://www.jaacap.com/article/s0890-8567(17)30151-x/fulltext#sec3)
60. BARKER, L., P. Kurdyak, F. Matheson, K. Fung et S. N. Vigod . « Postpartum psychiatric emergency department visits: a nested case-control study », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 19, n° 6 (2016), pp. 1019 à 1027.
61. Statistique Canada. Tableau 105-1101 – Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces (occasionnel), 2012.
62. Brien S, Grenier L, Kapral M.E., Kurdyak P, Vigod S. Taking Stock: A Report on the Quality of Mental Health and Addictions Services in Ontario. An HQO/ICES Report. Toronto, Health Quality Ontario and Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
63. VIGOD, S. N., P. A. Kurdyak, C.-L. Dennis, T. Leszcz, V. H. Taylor, D. M. Blumberger et coll. « Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 202, n° 3 (2013), pp. 187 à 194.
64. Qualité des services de santé Ontario. *À la hauteur 2015 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2015-fr.pdf>
65. Qualité des services de santé Ontario. *À la hauteur 2016 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2016-fr.pdf>
66. Qualité des services de santé Ontario. *À la hauteur 2015 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2015-fr.pdf>
67. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(3): 187-194.
68. BEVERIDGE, R., B. Clarke, L. Janes, N. Savage, J. Thompson, G. Dodd, M. Murray, C. Nijssen-Jordan, D. Warren et A. Vadeboncoeur. *Implementation Guidelines*, Association canadienne des médecins d'urgence, 2016 [cité le 9 août 2016]. Accessible à l'adresse : <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines>
69. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Les temps d'attente*. Accessible à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/waittimes/strategy.aspx>

70. Comité consultatif sur la qualité du système de Qualité des services de santé Ontario. *La qualité ça compte : Réaliser l'excellence des soins pour tous*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/realizing-excellent-care-for-all-1704-fr.pdf>
71. Qualité des services de santé Ontario. « Effect of Early Follow-Up After Hospital Discharge on Outcomes in Patients With Heart Failure or Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Systematic Review », *Ontario Health Technology Assessment Series*, vol. 17, n° 8 (mai 2017), pp. 1 à 37, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/recommendation-follow-up-discharge-copd-en-1705.pdf>
72. Health Quality Ontario, Effect of Early Follow-Up After Hospital Discharge on Outcomes in Patients With Heart Failure or Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review, Ontario Health Technology Assessment Series; Vol. 17: No. 8, pp. 1–37, May 2017, Queen's Printer for Ontario, 2017. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/recommendation-follow-up-discharge-copd-en-1705.pdf>
73. Data Source: Discharge Abstract Database, provided by the Canadian Institute for Health Information.
74. *Rapport annuel 2015* du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, chap. 3 : Rapports sur les audits de l'optimisation des ressources, section 3.08 : RLISS — Réseaux locaux d'intégration des services de santé, sous-section 4.1.2. Accessible à l'adresse : <http://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr15/3.08%20AR15%20fr.pdf>
75. Programme d'accès aux soins. *A Two-Pronged Approach to Transitioning Alternate Level of Care Patients – Toronto Central Local Health Integration Network*, Action Cancer Ontario. Accessible à l'adresse : <https://www.accesstocare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=120513&pageId=126374>
76. Qualité des services de santé Ontario. *Sous pression : Efficacité des services d'urgence en Ontario*, 2016. Toronto: Queen's Printer for Ontario, 2016. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/system-performance/under-pressure-report-en.pdf>
77. Qualité des services de santé Ontario. *Sous pression : Efficacité des services d'urgence en Ontario*, Toronto: Queen's Printer for Ontario, 2016. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/system-performance/under-pressure-report-en.pdf>
78. Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.
79. Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences.
80. MIAN, O. et R. Pong. « Un meilleur accès aux MF diminue-t-il la probabilité de recours aux services des urgences? Résultats du sondage sur l'accès aux soins primaires », *Le Médecin de famille canadien*, 2012. vol. 58, n° 11 (2012), pp. e658 à e666.
81. Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest. *Plan d'activités annuel 2015-2016 : Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest*. [cité le 10 août 2016]. Accessible à l'adresse : [http://www.northwestthin.on.ca/accountability/annualbusinessplan.aspx?sc\\_Lang=fr-CA](http://www.northwestthin.on.ca/accountability/annualbusinessplan.aspx?sc_Lang=fr-CA)
82. Source des données : Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, de janvier 2013 à septembre 2016, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
83. Communiqué de presse du gouvernement de l'Ontario : *L'Ontario investit 100 millions de dollars de plus cette année dans les soins à domicile et en milieu communautaire*. Accessible à l'adresse : <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2016/07/ontario-investit-100-millions-de-dollars-de-plus-cette-annee-dans-les-soins-a-domicile-et-en-milieu.html>
84. Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2016-2041. Accessible à l'adresse : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/demographics/projections/index.html>
85. Système d'information sur les services à domicile, Institut canadien d'information sur la santé, de 2012-2013 à 2015-2016.
86. Final Report of the Levels of Care Expert Panel, Thriving at Home: A Levels of Care Framework to Improve the Quality and Consistency of Home and Community Care for Ontarians, June 2017
87. *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/laws/statute/94I26#BK8>

88. COULTER, A. et J. Ellins. *Patient-focused interventions: A review of the evidence*, The Health Foundation et le Picker Institute Europe, Londres (Angleterre), 2006. Accessible à l'adresse : [http://www.health.org.uk/sites/health/files/PatientFocusedInterventions\\_ReviewOfTheEvidence.pdf](http://www.health.org.uk/sites/health/files/PatientFocusedInterventions_ReviewOfTheEvidence.pdf)
89. TAKAI, Y., N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama et R. Honda. « Literature Review of Pain Prevalence Among Older Residents of Nursing Homes », *Pain Management Nursing*, vol. 11, n° 4 (2010), pp. 209 à 223.
90. WILSON, A. C., B. Samuelson et T. M. Palermo. « Obesity in children and adolescents with chronic pain: Associations with pain and activity limitations », *The Clinical Journal of Pain*, vol. 26, n° 8 (2010), pp. 705 à 711.
91. EGNATIOS, D. « Improving Pain Outcomes in Home Health Patients through Implementation of an Evidence-Based Guideline Bundle », *Home Healthcare Now*, vol. 33, n° 2 (février 2015), pp. 70 à 76, questionnaire, pp. 77 et 78.
92. MCDONALD, M. V., L. E. Pezzin, P. H. Feldman, C. M. Murtaugh et T. R. Peng. « Can Just-in-Time, Evidence-Based "Reminders" Improve Pain Management Among Home Health Care Nurses and Their Patients? », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 29, n° 5 (2005), pp. 474 à 488.
93. Qualité des services de santé Ontario. *La réalité des personnes soignantes : La détresse chez les personnes soignantes de patients recevant des soins à domicile*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/reality-caring-report-fr.pdf> (p. 13)
94. Health Quality Ontario. *Measuring Up 2015: A yearly report on how Ontario's health system is performing*, Toronto: Queen's Printer for Ontario, 2015. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2015-en.pdf>
95. PINQUART, M. et S. Sorensen. « Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis », *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, Copyright 2007 par The Gerontological Society of America, vol. 62B, n° 2 (2007), pp. P126 à P137.
96. WILLIAMS, A. P., A. Peckham, K. Kuluski, J. Lum, N. Warrick, K. Spalding, T. Tam, C. Bruce-Barrett, M. Grasic et J. Im. « Caring for Caregivers: Challenging the Assumptions », *Healthcare Papers*, vol. 15, n° 1 (2015), Longwoods.
97. SCHULTZ, R. et S. R. Beach. « Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study », *JAMA*, vol. 282, n° 23 (15 décembre 1999).
98. SCHULTZ, R. et P. R. Sherwood. « Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving », *American Journal of Nursing*, vol. 108, n° 9, supplément (septembre 2009), pp. 23 à 27.
99. Qualité des services de santé Ontario. *La réalité des personnes soignantes : La détresse chez les personnes soignantes de patients recevant des soins à domicile*. Toronto: Queen's Printer for Ontario, 2016. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/reality-caring-report-en.pdf>
100. Health Quality Ontario, *The Reality of Caring: Distress among the caregivers of home care patients*. Toronto: Queen's Printer for Ontario, 2016. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/reality-caring-report-en.pdf>
101. Institut canadien d'information sur la santé. *Statistiques éclair du SISLD, Profil des résidents d'établissements de soins de longue durée en 2015-2016*. Accessible à l'adresse : <https://www.cihi.ca/fr/statistiques-eclair>
102. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *La psychose*. Accessible à l'adresse : [http://www.camh.ca/fr/hospital/health\\_information/a\\_z\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_information/psychosis/Pages/Psychosis.aspx](http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/psychosis/Pages/Psychosis.aspx)
103. Choisir avec soin. Document à l'intention des patients. *Le traitement des comportements perturbateurs chez les personnes atteintes de démence : Les médicaments antipsychotiques ne sont généralement pas le meilleur choix*, 2014 [cité le 18 juillet 2016]. Accessible à l'adresse : <https://choisiravecsoin.org/le-traitement-des-comportements-perturbateurs-chez-les-personnes-atteintes-de-demence-les-medicaments-antipsychotiques-ne-sont-generalement-pas-le-meilleu/>
104. Health Quality Ontario: *Behavioural Symptoms of Dementia: Care for Patients in Hospitals and Residents in Long-Term Care Homes*, Queen's Printer for Ontario, 2016. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-dementia-clinical-guide-1609-en.pdf>
105. CASTLE, N. G. et V. Mor. « Physical Restraints in Nursing Homes: A Review of the Literature Since the Nursing Home Reform Act of 1987 », *Medical Care Research and Review*, vol. 55, n° 2 (1998), p. 139.

106. CASTLE, N. G. « Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {private} », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 33, n° 6 (2006).
107. *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07108>
108. « Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research », *Military Medicine*, vol. 181, n° 5 (2016), pp. 397 à 399.
109. ABDULLA, A., N. Adams, M. Bone, A. M. Elliot, J. Gaffin, D. Jones et coll. « Guidance on the management of pain in older people », *Age and Ageing*, vol. 42, suppl. 1 (2013), pp. i1 à i57.
110. « Pharmacological management of persistent pain in older persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, n° 8 (2009), pp. 1331 à 1346, 1316p.
111. *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Accessible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07108>
112. Canadian Institute for Health Information, Continuing Care Reporting System Quick Stats, Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2015-16. Available from: <https://www.cihi.ca/en/quick-stats>
113. BRAZIL, K., D. Howell, M. Bedard, P. Krueger et C. Heidebrecht. « Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill », *Palliative Medicine*, vol. 19, n° 6 (2005), pp. 492 à 499.
114. BAINBRIDGE, D., S. Hsien, J. Sussman et G. Pond. « Factors associated with acute care use among nursing home residents dying of cancer: a population-based study », *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 21, n° 7 (2015), pp. 349 à 356, 8p.
115. Qualité des services de santé Ontario. *Soins palliatifs en fin de vie*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/palliative-care-report-fr.pdf>
116. TANUSEPUTRO, P., S. Beach, M. Chalifoux, W. Wodchis, A. Hsu, H. Seow et coll. *Effect of physician home visits for the dying on place of death*. En cours de publication, 2016.
117. LAWRENSON, R., J. Waetford, V. Gibbons, P. Kirk, S. Haggart et R. Reddy. « Palliative care patients' use of emergency departments », *The New Zealand Medical Journal*, vol. 126, n° 1372 (2013), pp. 80 à 88.
118. BRAINBRIDGE, D., H. Seow, J. Sussman, G. Pond et L. Barbera. « Factors associated with not receiving homecare, end-of-life homecare, or early homecare referral among cancer decedents: A population-based cohort study », *Health policy*, vol. 119 (2015), pp. 831 à 839.
119. LAWRENSON, R., J. Waetford, V. Gibbons, P. Kirk, S. Haggart et R. Reddy. « Palliative care patients' use of emergency departments », *The New Zealand Medical Journal*, vol. 126, n° 1372 (2013), pp. 80 à 88.
120. BRAINBRIDGE, D., H. Seow, J. Sussman, G. Pond et L. Barbera. « Factors associated with not receiving homecare, end-of-life homecare, or early homecare referral among cancer decedents: A population-based cohort study », *Health policy*, vol. 119 (2015), pp. 831 à 839.
121. Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, Wodchis W, Hsu A, Seow H, Manuel D. Associations between Physician Home Visits for the Dying and Place of Death: A population-based retrospective cohort study. Under publication 2017.
122. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Assurance-santé de l'Ontario*, Foire aux questions. Accessible à l'adresse : [http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/ohipfaq\\_mn.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/ohipfaq_mn.aspx)
123. LAW, M. R., L. Cheng, I. A. Dhalla, D. Heards et S. G. Morgan. « The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada », *CMAJ : Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 184, n° 3 (2012), pp. 297 à 302.
124. Canadian Community Health Survey, 2015 provided by Statistics Canada.
125. MORGAN, S. G. et K. Boothe. « Universal prescription drug coverage in Canada: Long-promised yet undelivered », *Healthcare Management Forum*, vol. 29, n° 6 (2016), pp. 247 à 254, le Collège canadien des leaders en santé, <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0840470416658907>

126. MORGAN, S. et J. Kennedy. « Issues in International Health Policy: Prescription Drug Accessibility and Affordability in the United States and Abroad », *The Commonwealth Fund*, 2010. Accessible à l'adresse : [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Jun/1408\\_Morgan\\_Prescription\\_drug\\_accessibility\\_US\\_intl\\_ib.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Jun/1408_Morgan_Prescription_drug_accessibility_US_intl_ib.pdf)
127. National Center for Health Statistics. *Health, United States*, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs, Hyattsville, MD, 2014.
128. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé*, 1975 à 2014, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2014.
129. Base de données sur les dépenses nationales de santé fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé.
130. Budget de l'Ontario 2017. Graphique 6.3 : Composition des charges totales, 2017-2018. Accessible à l'adresse : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/budget/ontariobudgets/2017/ch6b.html>

# Remerciements

## Conseil d'administration

**Andreas Laupacis**

président

**Shelly Jamieson**

vice-présidente

**Tom Closson**

**Jeremy Grimshaw**

**Stewart Kennedy**

**Bernard Leduc**

**Julie Maciura**

**Angela Morin**

**James Morrissey**

**Camille Orridge**

**Dorothy Pringle**

**Rick Vanderlee**

Les biographies sont publiées à l'adresse  
<http://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/Notre-mandat-et-notre-personnel/Conseil-d-administration-et-des-comités>

## Direction

**D<sup>r</sup> Joshua Tepper**

président et chef de la direction

**D<sup>r</sup> Irfan Dhalla**

vice-président, Analyse des données et normes

**Lee Fairclough**

vice-présidente, Amélioration de la qualité

**Mark Fam**

vice-président, Affaires générales

**Anna Greenberg**

vice-présidente, Rendement du système de santé

**Jennie Pickard**

directrice, Partenariats stratégiques

**Michelle Rossi**

directrice, Politiques et stratégie

**Jennifer Schipper**

chef, Communications et participation des patients

**D<sup>r</sup> Jeffrey Turnbull**

chef, Qualité clinique

Biographies are posted at:  
<http://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/Notre-mandat-et-notre-personnel/Équipe-de-direction>

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

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

Sara Allin, Carole Anne Alloway, Julie Auger, Gunawardana Balasuriya, Chandra Baney, Katherine Berg, Jennifer Berger, Laurie Bourne, Gillian Bromfield, Dan Buchanan, Barbara Bunker, Andrean Bunko, Pat Campbell, Candace Chartier, Lucas Chartier, Tanya Christidis, Natasha Crowcroft, Imtiaz Daniel, Heather Dawson, Shelley Deeks, Claire deOliveira, Reena Dhatt, Charissa Fajardo, Enza Ferro, Andrea Gabber, Janeen Gabison, Julia Gao, Angelika Gollnow, Doris Grinspun, Astrid Guttman, Vinita Haroun, Jean Harvey, Caroline Heick, Jennifer Ho, Rebecca Hong, Jeremiah Hurley, Brian Hutchison, Geoff Hynes, Ahmed Jakda, Tara Kiran, Philip Klassen, Stephanie Ko, Boris Kralj, Adrian Kupesic, Paul Kurdyak, Darren Larsen, Kira Leeb, Pamaela Leece, Lisa Levin, Barbara Liu, Cathy Lumsden, Susan Ma, Heather Manson, Kathryn McCulloch, Lori McKinnon, Kavita Mehta, Barbara Mildon, Josephine Mo, Kathleen Morris, Andrea Moser, Carol Mulder, David Nayman, Jonathan Norton, Garth Oakes, Connie Paris,

Dave Pearson, Sarah Pendlebury, Vanessa Perry, Erin Pichora, Kathryn Pilkington, Kristen Pitzul, Jeff Poss, Dorothy Pringle, Camille Quenneville, Erin Redwood, Laura Rosella, Martina Rozsa, Nathalie Sava, Sara Shearkhani, Jane Simms, Daphne Sniekers, Rachel Solomon, Kaeli Stein, Therese Stukel, Penny Sutcliffe, Sharon Swain, Candice Tam, Peter Tanuseputro, Linda Tracey, Trevor van Ingen, Simone Vigod, Tara Walton, Helen Wei-Randall, Sarah Wilson, Walter Wodchis, Anne Wojtak, Ryan Wood, Claudia Zanchetta et Marion Zych.

## Les organismes suivants ont fourni des données destinées au rapport :

Better Outcomes Registry & Network Ontario, Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, Enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth, CorHealth Ontario, Services communs pour la santé Ontario (SCSO) (anciennement l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario), Institute for Clinical Evaluative Sciences, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Association des hôpitaux de l'Ontario, Santé publique Ontario, Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques.

*Remarques : Certaines données présentées ici sont fournies par l'ICES, qui est financé par une subvention annuelle provenant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les opinions, les résultats et conclusions présentés ici sont ceux des auteurs et sont indépendants des sources de financement. Aucune approbation de la part de l'ICES ou du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario n'est voulue ou ne saurait en être inférée.*

De plus, des parties du présent document sont fondées sur des données et des renseignements compilés et fournis par l'ICES. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les

commentaires exprimés aux présentes sont ceux de l'auteur, mais pas nécessairement ceux de l'ICES.

Le financement de base du Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé des médecins de soins primaires a été assuré par le Fonds du Commonwealth avec un cofinancement par les organismes suivants à l'extérieur du Canada : Haute Autorité de santé (France), Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (France), Institut BQS pour la qualité et la sécurité des patients, ministère fédéral de la Santé de l'Allemagne, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports des Pays-Bas, Institut scientifique pour la qualité des soins de santé de l'Université Radboud de Nimègue (Pays-Bas), Centre norvégien d'information pour les services de santé, ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Suède, Office fédéral de la santé publique de la Suisse et Bureau d'information sur la santé de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie). Beaucoup de partenaires d'autres pays ont également participé. Au Canada, les organismes suivants ont fourni du financement pour que l'échantillon canadien soit élargi : Institut canadien d'information sur la santé (ICES), Institut canadien d'information sur les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Health Quality Council of Alberta, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec et Qualité des services de santé Ontario.

## Le personnel d'un grand nombre de divisions et de directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour fournir des données et des renseignements de base, ainsi que pour vérifier des faits :

Division de la qualité et du financement du système de santé, Division de la population et de la santé publique, Division de la politique stratégique et de la planification, Division des maisons de soins de longue durée, Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé, Division de la gestion des négociations et de la responsabilité, Division de la gestion de l'information sur le système de santé, Division des programmes publics de médicaments de l'Ontario, Division des communications et du marketing, et Direction des services juridiques.

# À la hauteur 2017

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

**Qualité des services  
de santé Ontario**

*Améliorons notre système de santé*

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

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

Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017

