

Qualité des services de santé d'Ontario, qui est maintenant l'unité opérationnelle de la qualité de santé Ontario

ISBN 978-1-4868-3834-9 (Imprimé) ISSN 2292-2067 (Imprimé) ISBN 978-1-4868-3835-6 (PDF) ISSN 2292-2067 (En ligne)

En couverture: Dr Paul Gill, membre de la Coalition numérique. Voir page 22 pour son histoire. Nous remercions le Dr Gill et les autres personnes qui ont partagé avec nous leurs expériences.

Table des matières

Préambule	2
1) Valeur et efficacité	3
2) Expérience des patients	11
3) Expérience des fournisseurs	17
4) Santé de la population	23
5) Remerciements	29
6) Références	30

Préambule

Transformation du système de santé de l'Ontario?

Les conclusions du rapport À la hauteur 2019 indiquent que des parties du système fonctionnent bien ou affichent une amélioration.

La population ontarienne doit pouvoir être certaine qu'elle reçoit les meilleurs soins de santé possible en temps opportun. Elle doit également pouvoir être certaine d'être soutenue lorsqu'elle se fraie un chemin dans le système de santé, peu importe son niveau de connaissance sur les soins de santé ou le fonctionnement du système. Voilà ce que signifie un système de santé de qualité.

Le rapport À la hauteur de cette année sur le rendement du système de santé de la province porte sur un ensemble de 10 indicateurs clés et est basé sur le quadruple objectif d'amélioration des soins de santé : de meilleurs résultats pour les patients, une meilleure expérience pour les patients, une meilleure expérience pour les fournisseurs ainsi qu'une valeur et une efficacité accrues.

Les conclusions du rapport indiquent que des parties du système fonctionnent bien ou affichent une amélioration. La proportion d'interventions chirurgicales du cancer réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie. En outre, comparativement à la situation il y a cinq ans, plus d'Ontariens affirment être en mesure d'envoyer un courriel à leur fournisseur de soins primaires lorsqu'ils ont une question médicale. La plupart des gens hospitalisés affirment avoir reçu suffisamment de renseignements sur la procédure à suivre en cas de problèmes après avoir obtenu leur congé de l'hôpital. Et à l'échelle de la province, nous faisons le suivi de la violence au travail et nous nous efforçons de créer des milieux de travail plus positifs pour nos professionnels de la santé.

De nombreux patients passent à travers les mailles du filet lorsqu'ils passent d'un secteur de soins à un autre.

Le rapport révèle également des domaines principaux où une amélioration est requise. De nombreux patients doivent se frayer un chemin dans le système de santé par eux-mêmes, avec de l'information limitée, et font face à certains obstacles ou passent entre les mailles du filet lorsqu'ils vont d'un secteur de soins à un autre. Par exemple, les patients ont souvent la difficulté à avoir accès à leur propre dossier de santé. Ou, ils attendent pendant plusieurs heures aux services des urgences avant qu'un lit d'hôpital se libère. Une fois admis, ils doivent rester à l'hôpital plusieurs mois dans l'attente d'obtenir des soins ailleurs.

Ce genre de surpopulation dans les hôpitaux a souvent pour résultat que les patients sont soignés dans le couloir. Toutefois, la médecine de couloir est un symptôme de problèmes. Les problèmes ailleurs dans le système de santé contribuent souvent à l'engorgement dans les hôpitaux. Les temps d'attente pour une admission dans les foyers de soins de longue durée demeurent un enjeu. De nombreux patients ont de la difficulté à accéder à des soins à domicile pour répondre à leurs besoins. Les gens ont souvent la difficulté à voir leur médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires lorsqu'ils sont malades ou qu'ils ont un problème de santé. De plus, de nombreux patients qui éprouvent des problèmes de santé mentale et de dépendance visitent fréquemment les services des urgences.

Le rapport À la hauteur indique où il existe des possibilités d'amélioration.

Le présent rapport souligne également qu'un grand nombre de changements est nécessaire, y compris une meilleure utilisation de la technologie afin que les patients aient un contrôle de leurs propres soins grâce à un accès facile à leurs renseignements de santé et pour qu'ils puissent décider s'ils interagissent avec les fournisseurs de soins de santé en personne ou de manière numérique. Lorsqu'ils sont mis en œuvre correctement, ces outils numériques aideront les professionnels de la santé qui vivent un niveau accru de stress et d'épuisement professionnel à partager de l'information plus facilement.

Le Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir, et d'autres, ont demandé un changement profond de la façon dont les soins sont fournis. L'entité Santé Ontario nouvellement mise sur pied jouera un rôle clé dans cette transformation en réunissant sous un même toit les connaissances, l'expertise et les expériences collectives de nombreux organismes de santé. L'expertise collective permettra d'approfondir des questions urgentes comme la santé mentale et l'accès numérique à l'information et aux soins et sera également appliquée dans l'intérêt de tous les Ontariens et Ontariennes, dans tous les secteurs de soins, dans le cadre d'une stratégie et d'un ensemble de priorités.

Santé Ontario a comme objectifs d'améliorer les soins prodigués aux patients et de soutenir les professionnels de la santé, de s'assurer que les patients peuvent facilement passer d'un fournisseur de soins de santé à un autre, d'améliorer l'expérience des patients et d'obtenir une valeur accrue pour nos dollars investis en santé.

Le rapport À la hauteur peut orienter Santé Ontario vers ces objectifs, dans l'intérêt des patients, des familles et des amis aidants naturels et les professionnels de la santé qui permettent au système de fonctionner au quotidien.

Bill Hatanaka

Président du conseil d'administration, Santé Ontario

Certains patients ontariens se retrouvent coincés dans un système de santé sous pression.

Résultats importants

- Environ 15,5 % des jours que les patients ont passé dans les hôpitaux de l'Ontario en 2018-2019 ont été passé à attendre de recevoir des soins ailleurs.
- En 2018-2019, le temps d'attente médian pour les patients déplacés dans un foyer de soins de longue durée directement d'un hôpital était d'environ trois mois, soit 90 jours.
- Le temps d'attente moyen des patients aux services des urgences de l'Ontario pour un lit pour patient hospitalisé a augmenté à 9,7 heures en 2018-2019.
- Chez les Ontariens qui ont consulté les services des urgences en 2017-2018 pour des raisons de santé mentale ou de dépendance, près de 18 300 personnes, soit 9,5 %, s'y sont rendues au moins quatre fois en une année.
- Les dépenses publiques dans les soins de santé de l'Ontario, soit 4 125 \$ par personne en 2016, étaient les moins élevées de toutes les provinces, et la moyenne canadienne étant de 4 487 \$ par personne.

Résultats supplémentaires pour ces indicateurs, ainsi que des résultats pour tous les indicateurs analysé pour À la hauteur 2019, se trouve dans le rapport numérique en ligne et tableaux des suppléments techniques.

Valeur et efficacité

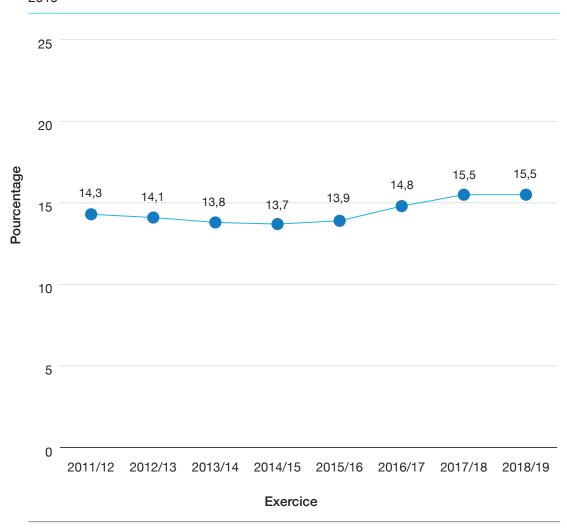
Environ 15,5 % des jours que les patients ont passé dans les hôpitaux de l'Ontario en 2018-2019 ont été passé à attendre de recevoir des soins ailleurs.

Les patients qui n'ont pas besoin d'être à l'hôpital occupent une proportion accrue des lits d'hôpitaux de l'Ontario pendant qu'ils attendent de recevoir des soins ailleurs, comme dans un foyer de soins de longue durée ou des résidences offrant des services d'aide à la vie autonome. Au cours d'une journée donnée dans la province en 2018-2019, environ 4 500 lits d'hôpitaux ont été occupés par des patients qui attendaient d'obtenir des soins ailleurs. C'est l'équivalent de 11 grands hôpitaux de 400 lits remplis au maximum de patients qui n'ont pas besoin du niveau élevé de soins que leur offre leur lit d'hôpital, et une hausse d'environ 4 000 lits par jour en moyenne en 2012-2013.

En ce qui concerne la capacité générale des hôpitaux, environ 15,5 % des jours que les patients ont passé dans les hôpitaux de l'Ontario en 2018-2019 ont été passé à attendre de recevoir des soins ailleurs.¹ (Figure 1) Avoir des patients qui attendent à l'hôpital pour recevoir des soins ailleurs est un des symptômes des problèmes plus vastes de l'ensemble du système de santé et entraîne du stress et de l'incertitude chez les patients et les aidants.²

Parmi les systèmes de santé dans le monde, le National Health Service du Royaume-Uni (NHS) indique le pourcentage de jours que les lits d'hôpitaux ont été occupés par des patients en attente de recevoir des soins ailleurs de manière similaire à l'Ontario.³ En comparaison, le NHS a déclaré un taux d'un peu plus de 5 % pour 2017-2018, soit un taux supérieur à son objectif de 3,5 %, mais encore considérablement inférieur à celui de 15,5 % de l'Ontario.

FIGURE 1 Pourcentage de jours d'hospitalisation durant lesquels des lits ont été occupés par des patients en attente de recevoir des soins ailleurs, en Ontario, 2011-2012 à 2018-2019



Source des données : Résumé du recensement des lits, système d'information sur les temps d'attente, fourni par Action Cancer Ontario

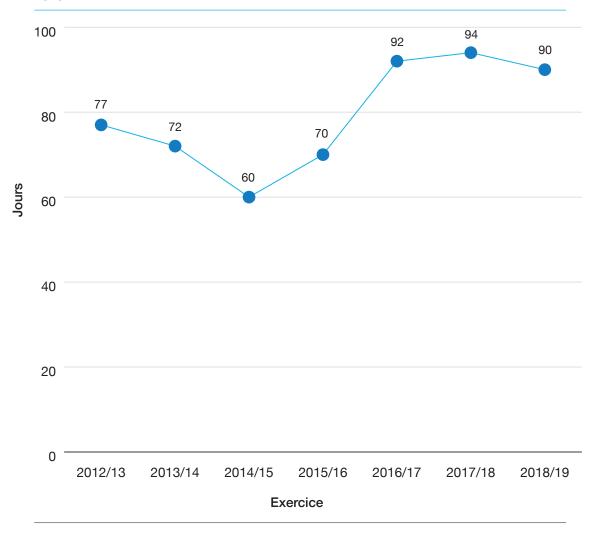
Remarque : Les données n'incluent pas les patients désignés Autre niveau de soins dans les centres de soins de reactivation

En 2018-2019, le temps d'attente médian pour les patients déplacés dans un foyer de soins de longue durée directement d'un hôpital était d'environ trois mois, soit 90 jours.

En Ontario, un grand nombre des patients qui attendent dans des lits d'hôpitaux de recevoir des soins ailleurs attendent une place dans un foyer de soins de longue durée. En 2018-2019, le temps d'attente médian pour les patients déplacés dans un foyer de soins de longue durée directement d'un hôpital était d'environ trois mois, soit 90 jours. (Figure 2)

Si vous comptez tous les jours que les patients ontariens ont attendu dans des lits d'hôpitaux de recevoir des soins ailleurs en 2018-2019, 44 % étaient des jours que les patients ont passés dans l'attente de leur transfert dans un foyer de soins de longue durée, 13 % étaient des jours que les patients ont passé à attendre de recevoir des services supervisés ou des services d'aide à la vie autonome et 11 % étaient des jours que les patients ont passé à attendre de recevoir des soins à domicile.⁴

FIGURE 2 Nombre médian de jours d'attente pour un déménagement dans un foyer de soins de longue durée par les personnes admises à l'hôpital, en Ontario, 2012-2013 à 2018-2019



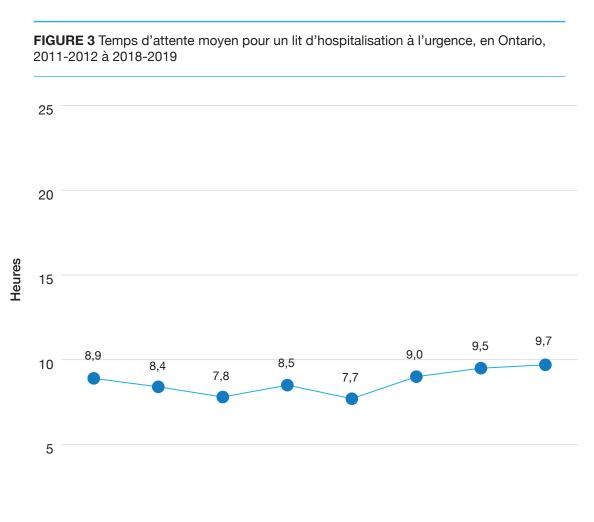
Source de données : Base de données modernisée sur les profils des clients, fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)

Le temps d'attente moyen des patients aux services des urgences de l'Ontario pour un lit pour patient hospitalisé a augmenté à 9,7 heures en 2018-2019.

Dans de nombreux hôpitaux ontariens, le fait d'attendre de nombreux patients en attente de soins ailleurs peut entraîner la surpopulation, les patients recevant des soins dans les couloirs car il n'y a pas de lits réguliers disponibles. L'engorgement qui entraîne la médecine de couloir est le plus souvent visible dans les services des urgences des hôpitaux. Ici, les patients qui ont besoin d'être admis à l'hôpital peuvent devoir attendre qu'un lit se libère. Le temps d'attente moyen des patients aux services des urgences de l'Ontario pour un lit pour patient hospitalisé, calculé à partir du moment où il a été décidé de les admettre, est passé de 7,7 heures en 2015-16 à 9,7 heures en 2018-2019. (Figure 3) Le temps moyen total que les patients admis ont attendu aux services des urgences est passé de 13,8 heures à 16,2 heures au cours de la même période.

Pour les personnes qui n'ont pas été admises à l'hôpital, les hôpitaux de l'Ontario ont réussi à maintenir le temps passé aux services des urgences. En dépit d'une hausse des visites aux services des urgences de 12,2 % entre 2011-2012 et 2018-2019, le temps d'attente aux services urgences des patients non admis est demeuré presque identique. En 2018-2019, chez les patients qui n'ont pas été admis à l'hôpital, l'objectif provincial de 8 heures pour la durée maximale du séjour aux services des urgences a été atteint pour 93,3 % des personnes présentant des affections plus graves, tandis que l'objectif provincial de 4 heures a été atteint pour 85,3 % des personnes présentant des affections moins graves.

Comme en Ontario, la Nouvelle-Zélande a dû composer avec l'engorgement dans les services des urgences de ses hôpitaux, les patients y passant souvent beaucoup de temps à recevoir des soins et à attendre qu'un lit se libère pour une hospitalisation. L'établissement des objectifs et les hausses de la capacité dans les hôpitaux ont donné lieu à une amélioration du flux des patients dans les hôpitaux et ont entraîné, à court terme, une diminution du temps passé aux services des urgences. Cependant, peu de choses ont été faites pour améliorer la capacité dans d'autres parties du système de santé afin d'améliorer le flux des patients qui sortent des hôpitaux. Les améliorations dans les temps d'attente aux services des urgences ont par ailleurs ralenti.⁵



Source de données : Système national de reproduction de soins ambulatoires (SNISA), fourni par Accès aux soins, Action Cancer Ontario (ACO)

Exercice

2011/12 2012/13 2013/14 2014/15 2015/16 2016/17 2017/18 2018/19

Chez les Ontariens qui ont consulté les services des urgences en 2017-2018 pour des raisons de santé mentale ou de dépendance, près de 18 300 personnes, soit 9,5 %, s'y sont rendues au moins quatre fois en une année.

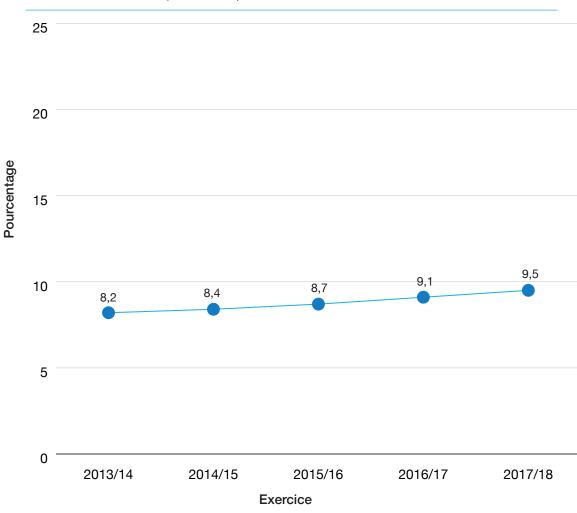
D'autres éléments contribuent également à l'engorgement des services des urgences des hôpitaux de l'Ontario : les patients dont le fournisseur de soins primaires n'est pas disponible ou les patients qui ne reçoivent pas les soins de santé ou le soutien dont ils ont besoin à l'extérieur de l'hôpital.

Au total, 4 Ontariens sur 10 (41,7 %) qui ont consulté les services des urgences ont indiqué, en 2018, que leur plus récente consultation concernait un état qui aurait pu, selon eux, être pris en charge par leur fournisseur de soins primaires s'il avait été disponible.

Parmi les adultes qui ont consulté les services des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance en 2017, environ le tiers (31,9 %) n'avait pas reçu des soins de santé mentale d'un médecin de famille ou d'un psychiatre au cours des deux années précédentes. Toutefois, il y a eu une amélioration de cet indicateur pour les enfants et les jeunes de 24 ans ou moins. En 2017, 40,4 % d'entre eux n'ont pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin de famille, d'un pédiatre ou d'un psychiatre pendant les deux années précédant leur consultation aux services des urgences, comparativement à 49.9 % en 2006.

Chez les Ontariens qui ont consulté les services des urgences en 2017-2018 pour des raisons de santé mentale ou de dépendance, près de 18 300 personnes, soit 9,5 %, s'y sont rendues au moins quatre fois en une année, ce qui constitue une hausse par rapport à 2013-2014 (Figure 4) qui enregistrait 8,2 %, soit environ 13 200 personnes. Les visites fréquentes aux services des urgences pour obtenir des soins de santé mentale peuvent indiquer un manque de services ou de soutien dans la collectivité pour répondre au niveau de besoin des gens.

FIGURE 4 Pourcentage de personnes ayant effectué au moins quatre visites sur une période de 12 mois parmi les personnes ayant visité le service des urgences pour une maladie mentale ou un addicton, en Ontario, 2013-2014 à 2017-2018



Source de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Remarques : Ajustés en fonction de l'âge et du sexe

Les dépenses publiques dans les soins de santé de l'Ontario, soit 4 125 \$ par personne en 2016, étaient les moins élevées de toutes les provinces, et la moyenne canadienne étant de 4 487 \$ par personne.

Le total des dépenses en santé en Ontario, qui comprennent les dépenses publiques du gouvernement et les dépenses privées des compagnies d'assurance et des particuliers, a augmenté à 6 239 \$ par personne en 2016 (l'année la plus récente pour laquelle les estimations des dépenses finales sont disponibles), soit une hausse de 9,0 % par rapport à 2006⁶ Les dépenses publiques dans les soins de santé de l'Ontario, soit 4 125 \$ par personne en 2016, étaient les moins élevées de toutes les provinces, Terre-Neuve-et-Labrador affichant le montant le plus élevé, soit 5 502 \$ par personne.

Les dépenses publiques dans les soins de santé en Ontario étaient également inférieures à la moyenne canadienne de 4 487 \$ par personne. Par rapport aux pays ayant des profils sociaux et économiques semblables dans l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada faisait partie de la moitié la moins élevée en ce qui concerne les dépenses publiques dans les soins de santé par personne en 2016. Selon les estimations des dépenses prévues en santé, le Canada conservera sa position en 2018 comparativement à ses pairs de l'OCDE.⁷



Histoire de Lisa, Diane et Mendal : Rester coincé à l'hôpital

Mendal « avait l'air en forme », mais sa femme et ses sept enfants savaient que quelque chose clochait

Le dentiste retraité de 85 ans de Kingston a été reçu un diagnostic d'Alzheimer en 2015. « Mes frères, mes sœurs et moi voyions les problèmes se pointer un après l'autre, explique sa fille Lisa. Chaque semaine, nous nous lancions à la blague que nous devions désamorcer des bombes. »

Une nuit, la situation a dégénéré lorsque Mendal a appelé son beau-frère et lui a laissé un message suggérant qu'il pourrait s'infliger des blessures et en infliger à sa femme. La famille a dû appeler la police, qui a accompagné Mendal à l'hôpital de Kingston, où le personnel des services des urgences l'a évalué avant de l'admettre aux services psychiatriques.

Après trois mois passés à l'hôpital, Mendal a été jugé admissible à des soins de longue durée, mais il n'y avait, dans la région de Kingston, qu'un seul foyer de soins de longue durée sécurisé qui offrait les services nécessaires pour traiter ses problèmes comportementaux et son risque de fugue. De plus, après avoir évalué l'état de Mendal, le personnel du foyer de soins de longue durée de Kingston a déterminé qu'il ne pouvait l'accepter.

La famille de Mendal a décidé de mettre son nom sur la liste d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée à proximité de Toronto. On lui a dit que le temps d'attente s'échelonnait de six mois à deux ans.

Au bout de quatre autres mois d'attente aux services psychiatriques de l'hôpi-

tal de Kingston – sept mois au total –, la santé de Mendal s'était détériorée. À la maison, sa femme devait composer avec ses propres problèmes de santé ainsi qu'avec le stress engendré par le sentiment d'avoir abandonné son mari. Quant aux sept frères et sœurs, qui vivaient dans différentes régions de la province, ils se démenaient aussi pour venir en aide.

Puisque la famille s'est également sentie pressée de sortir le père de l'hôpital, elle a décidé de payer de sa poche une chambre dans une maison de retraite privée, soit plus de 40 000 \$ sur six mois. Finalement, une place s'est libérée dans le foyer de soins de longue durée situé à Markham, près de Toronto.

Une fois admis, Mendal a essayé de retourner chez lui, à Kingston. Peu après son arrivée, il a même frappé une fois l'un des membres du personnel, ce qui lui a valu de se retrouver dans un service de psychiatrie d'un hôpital à proximité. Le psychiatre en chef a posé un diagnostic de démence du lobe frontal, ce qui peut causer des changements radicaux de personnalité et une altération du raisonnement cognitif.

« Après que papa s'est calmé et est retourné au foyer de soins de longue durée, maman a déménagé à Toronto, explique Diane. Le foyer est phénoménal et son personnel est merveilleux. Aujourd'hui, l'état de papa est stable, sa famille est près de lui, et la situation est aussi bonne qu'elle peut l'air. Cependant, nous avons dû passer par bien des déboires avant d'en arriver là. »

Les patients peuvent faire face à de longues attentes en matière de soins et manquent souvent des informations et des outils numériques dont ils ont besoin.

Résultats importants

- Environ 69 % des Ontariens affirment que le délai avant de pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires lorsqu'ils sont malades ou ont un problème de santé était « acceptable ». Toutefois, environ 17 % d'entre eux affirment que le délai était « long », tandis qu'environ 13 % d'entre eux affirment qu'il était « beaucoup trop long ».
- Le pourcentage d'Ontariennes et d'Ontariens ayant déclaré avoir adressé une question médicale à leur fournisseur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois était passé de 2,5% en 2013 à 4,7% en 2018.
- En 2017-2018, les aidants de plus de 4 clients recevant des soins de longue durée sur 10 ont fait face à la détresse, à la colère ou à la dépression en raison de leur rôle d'aidant ou ont été incapables de continuer à prodiguer des soins.

Résultats supplémentaires pour ces indicateurs, ainsi que des résultats pour tous les indicateurs analysé pour À la hauteur 2019, se trouve dans le rapport numérique en ligne et tableaux des suppléments techniques.

Expérience des patients

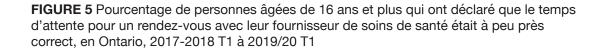
Environ 69 % des Ontariens affirment que le délai avant de pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires lorsqu'ils sont malades ou ont un problème de santé était « acceptable ». Toutefois, environ 17 % d'entre eux affirment que le délai était « long », tandis qu'environ 13 % d'entre eux affirment qu'il était « beaucoup trop long ».

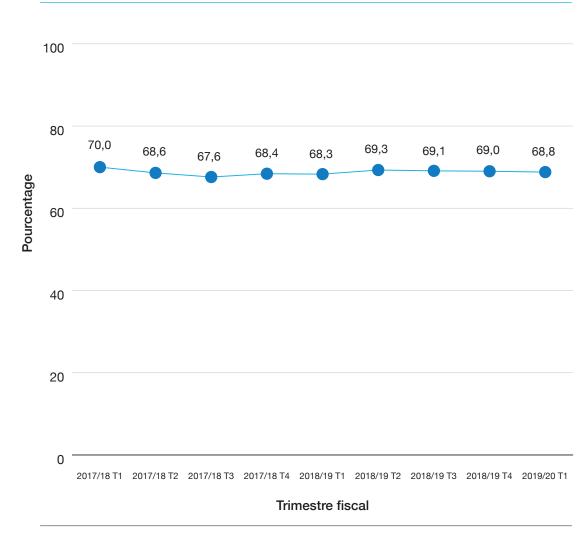
Un système de santé à rendement élevé possède une solide équipe de base en matière de soins primaires, comme des médecins de famille, des omnipraticiens et des infirmiers praticiens. Grâce aux soins primaires, les patients devraient être en mesure de trouver des soins spécialisés et d'y accéder lorsqu'ils en ont besoin pour, par exemple, une arthroplastie de la hanche ou du genou.

Les opinions des Ontariens sont partagées quant au temps d'attente pour consulter un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires. Environ 69 % d'entre eux affirment en 2018 que le délai avant de pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires lorsqu'ils sont malades ou ont un problème de santé était « acceptable ». (Figure 5) Toutefois, environ 17 % d'entre eux affirment que le délai était « long », tandis qu'environ 13 % d'entre eux affirment qu'il était « trop long ».

Le pourcentage de cas traités dans les limites de la cible pour la catégorie la plus courante de prothèses de la hanche et du genou a diminué par rapport à il y a dix ans. Par exemple, 86% des chirurgies de la hanche les plus courantes ont été réalisées dans les délais prévus pour 2008/09, mais ont légèrement diminué pour s'établir à 83% en 2018-2019, même si le nombre de chirurgies réalisées au cours de cette période a plus que quadruplé.

Au cours de la même période, une amélioration considérable dans les temps d'attente pour la catégorie prioritaire la plus courante des interventions chirurgicales du cancer a été enregistrée. À l'échelle de l'Ontario, la proportion de ces interventions chirurgicales du cancer réalisées à l'intérieur de l'objectif est passée de 68 % à 85 % de 2008-2009 à 2018-2019.





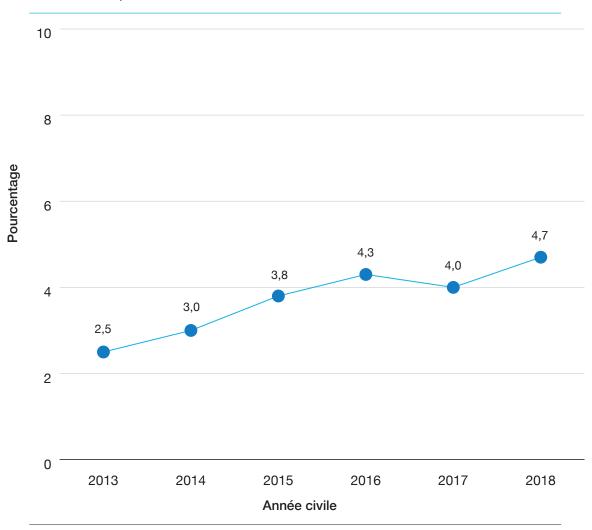
Source de données : Enquête sur l'expérience des soins de santé, MSSLD Remarque: cet indicateur est calculé sous forme de moyenne mobile sur quatre trimestres Le pourcentage d'Ontariennes et d'Ontariens ayant déclaré avoir adressé une question médicale à leur fournisseur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois était passé de 2,5% en 2013 à 4,7% en 2018.

Il est également souvent difficile pour les patients, leurs familles et leurs aidants naturels de trouver les informations dont ils ont besoin pour naviguer dans le système de santé et gérer leur santé, que ce soit via des solutions numériques ou autres, et pour prendre une part active à la décision relative au traitement et aux soins. De plus, de nombreux soignants se sentent en détresse.

Le pourcentage d'Ontariennes et d'Ontariens ayant déclaré avoir adressé une question médicale à leur fournisseur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois était passé de 2,5% en 2013 à 4,7% en 2018. (Figure 6) Toutefois, dans un sondage international réalisé en 2016, le pourcentage d'adultes ontariens qui ont affirmé avoir envoyé par courriel une question au cabinet de leur fournisseur de soins de santé habituel au cours des deux dernières années était très faible (4 %) comparativement à celui de pays comme la France (24 %) et les États-Unis (12 %). Le sondage international a également démontré que 6 % des adultes en Ontario avaient consulté en ligne ou téléchargé leurs renseignements de santé au cours des deux dernières années, comparativement à 27 % en France et à 25 % aux États-Unis

Certains patients en Ontario ont accès à des soins de santé à distance par l'entremise d'outils numériques. En 2018, les Ontariens ont effectué près 900 000 visites virtuelles avec des professionnels de la santé, et plus de 33 000 consultations électroniques ont été réalisées.⁸

FIGURE 6 Pourcentage d'adultes ayant envoyé une question médicale à leur fournisseur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois, en Ontario, de 2013 à 2018



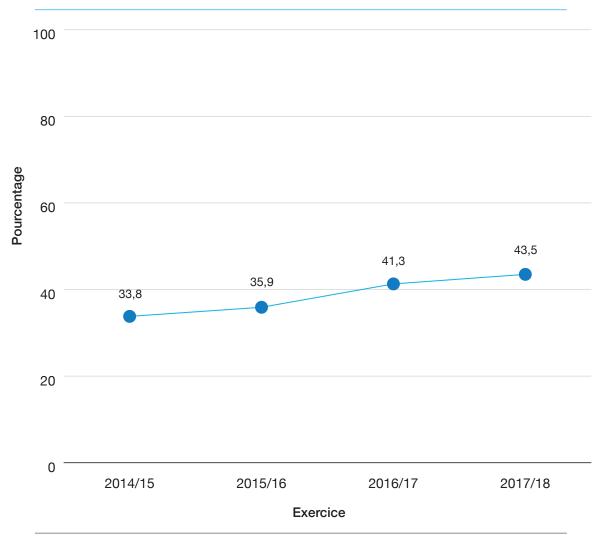
Source de données : Enquête sur l'expérience des soins de santé, fourni par MSSLD

En 2017-2018, les aidants de plus de 4 clients recevant des soins de longue durée sur 10 ont fait face à la détresse, à la colère ou à la dépression en raison de leur rôle d'aidant ou ont été incapables de continuer à prodiguer des soins.

En ce qui concerne la sortie, un peu plus de la moitié des personnes hospitalisées ont déclaré avoir reçu suffisamment d'informations sur les mesures à prendre en cas de problèmes après leur sortie de l'hôpital. De plus, un peu plus de la moitié (53,9%) des Ontariens qui ont reçu des soins à domicile ont déclaré être "tout à fait d'accord" pour dire qu'ils se sentaient impliqués dans l'élaboration de leur plan de soins à domicile, lors de l'enquête menée en 2017-2018. Encore 28,3% ont déclaré être "plutôt d'accord".

Pour ce qui est des aidants membres de la famille et amis des clients recevant des soins de longue durée à domicile - personnes qui ont reçu des soins à domicile pendant plus de deux mois -, le taux de détresse est à la hausse. En 2017-2018, les aidants de plus de 4 clients recevant des soins de longue durée sur 10 ont fait face à la détresse, à la colère ou à la dépression en raison de leur rôle d'aidant ou ont été incapables de continuer à prodiguer des soins, ce qui représentait une hausse par rapport au taux de 33,8 % de 2014-2015, soit plus de 26 000 aidants en détresse supplémentaires. (Figure 7) Le taux de détresse des aidants de l'Ontario était le plus élevé parmi toutes les provinces pour lesquelles des données comparables étaient disponibles et était plus de deux fois supérieur à celui de l'Alberta, ce qui indique que les aidants ne reçoivent peut-être pas le soutien dont ils ont besoin.

FIGURE 7 Pourcentage de clients en séjour de longue durée dont le fournisseur de soins éprouve de la détresse, de la colère ou une dépression en raison de son rôle de fournisseur de soins ou qui sont incapables de continuer à le faire en Ontario, de 2014-2015 à 2017-2018



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



Histoire de Katherine : Possibilités numériques en matière de soins et de communication

Katherine a toujours eu tendance à croire le proverbe « Pas de nouvelles, bonnes nouvelles », surtout pour ce qui est des examens médicaux.

En 2014, elle s'est mise à éprouver des douleurs thoraciques et de la difficulté à avaler. Cependant, à la suite de ses examens, le téléphone n'a pas sonné. « Si on ne vous appelle pas, c'est que tout doit bien aller », affirme-t-elle. Toutefois, au cours d'une consultation régulière avec son médecin l'année suivante, la retraitée de Thunder Bay a constaté que les deux examens avaient ciblé des problèmes. « Un an et demi s'était écoulé, mais personne ne m'avait informé. »

Le délai signifiait un an sans traitement pour un reflux gastro-intestinal et un trouble à l'œsophage provoquant des problèmes de déglutition et un affaiblissement du muscle qui permet aux aliments de se rendre à l'estomac. Ce n'était pas la première fois que Katherine, qui gérait déjà plusieurs problèmes de santé chroniques, avait l'impression d'être laissée dans l'ignorance d'une manière qui avait une incidence sur ses soins, voire sur sa compréhension de ses problèmes de santé. « Ce serait tellement différent si je pouvais accéder aux résultats des examens », indique-t-elle.

Au cours de cette année d'attente, Katherine a dû se rendre aux services des urgences à cause de troubles respiratoires, où un tomodensitogramme a révélé un anévrisme de l'aorte. Elle a obtenu ces résultats par téléphone, accompagnés de directives pour consulter un chirurgien vasculaire à Toronto. Jusqu'à son rendez-vous, elle a limité ses activités et a décidé de ne plus conduire. « J'étais terrifiée. Je croyais que cette chose finirait par éclater dans ma poitrine.»

Ce n'est qu'après avoir rencontré le chirurgien, deux mois plus tard, qu'elle a appris que l'affection n'était pas aussi dangereuse qu'elle le pensait. « Tout ceci résultait d'un énorme problème de communication, affirme-t-elle. Je n'ai jamais pu voir ce que le radiologiste avait écrit. »

En plus d'un chirurgien vasculaire, Katherine a consulté un néphrologue, un endocrinologue, un cardiologue et un gastroentérologue au cours des quatre dernières années. Elle voit les spécialistes une ou deux fois par année et effectue un suivi avec son médecin de famille. Certains de ses médicaments pour une affection peuvent entrer en interaction avec d'autres médicaments, ce qui peut entraîner des problèmes. Elle est allée chercher de l'aide afin de s'y retrouver. « Je suis allée voir un pharmacien, qui a pris le temps de bien parcourir mon dossier avec moi afin de s'assurer que tout est en ordre. »

Katherine a pris sa retraite il y a cinq ans. Elle essaie de demeurer active et travaille à temps partiel à son ancien emploi. « J'ai de bonnes et de moins bonnes journées », dit-elle en parlant de la gestion de ses différentes affections. Cependant, la coordination de tous les renseignements sur ses affections s'est avérée plus complexe. Par exemple, lorsque Katherine a posé des questions à sa médecin de famille sur son trouble thyroïdien qu'un spécialiste lui a diagnostiqué, cette dernière a affirmé ne pas en avoir été informée. « Comme elle n'avait reçu aucun rapport, elle ne pouvait être au courant », indique Katherine.

Katherine affirme prendre des notes lors de ses rendez-vous et faire des recherches pour comprendre sa condition, mais le manque de renseignements propres à son cas la décourage. Selon elle, sans ces renseignements, elle n'a jamais l'impression d'obtenir le traitement optimal dont elle a besoin. Avoir accès à des résultats de tests sanguins par l'entremise de portails de laboratoire lui a été utile, mais ce qu'elle souhaite véritablement, c'est avoir accès à tous ses dossiers, y compris les résultats d'examens plus importants, comme les rayons X ou les tomodensitogrammes. « Si j'avais plus de renseignements sur les examens qui ont été réalisés, les résultats [et] les éléments considérés comme normaux et anormaux, indiquet-elle, je ne crois pas que je ressentirais encore autant de frustration. [...] J'aurais davantage l'impression de prendre ma santé en main. »

Les pressions dans le système de santé affectent également les personnes travaillant dans les soins de santé et peuvent entraîner du stress ou l'épuisement professionnel.

Résultats importants

- Dans un sondage mené en 2019, 54 % des médecins de soins primaires en Ontario ont déclaré que leur travail était « extrêmement » ou « très » stressant, tandis que 37 % d'entre eux ont déclaré qu'il était « plutôt » stressant.
- Tous les hôpitaux de l'Ontario se sont engagés à déclarer les incidents de violence au travail et à mettre en place des initiatives visant leur réduction, et plus des trois quarts des hôpitaux en font une priorité stratégique.

Résultats supplémentaires pour ces indicateurs, ainsi que des résultats pour tous les indicateurs analysé pour À la hauteur 2019, se trouve dans le rapport numérique en ligne et tableaux des suppléments techniques.

Expérience des fournisseurs

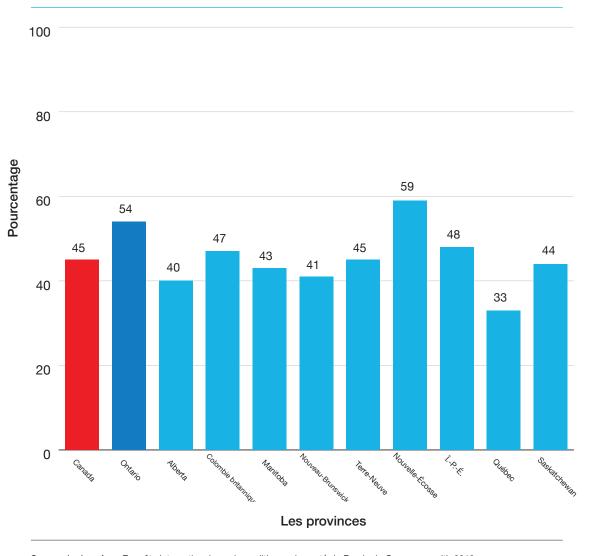
Dans un sondage mené en 2019, 54 % des médecins de soins primaires en Ontario ont déclaré que leur travail était « extrêmement » ou « très » stressant, tandis que 37 % d'entre eux ont déclaré qu'il était « plutôt » stressant.

Le stress au sein du système de santé a également une incidence sur la santé mentale et le bien-être des médecins, des in irmiers et des nombreux autres professionnels de la santé qui prodiquent des soins. Dans un sondage mené en 2019, 54 % des médecins de soins primaires en Ontario ont déclaré que leur travail était « extrêmement » ou « très » stressant, tandis que 37 % d'entre eux ont déclaré qu'il était « plutôt » stressant et que 7 % d'entre eux ont déclaré qu'il n'était « pas trop » ou « pas du tout » stressant. Le pourcentage de répondants ayant déclaré que leur travail était extrêmement ou très stressant était plus élevé en Ontario que la moyenne canadienne de 45 % et était parmi les plus élevés déclarés dans les provinces, aux côtés de la Nouvelle-Écosse (59 %), de l'Île-du-Prince-Édouard (48 %) et de la Colombie-Britannique (47 %). Le Québec affichait le taux le plus bas, soit 33 %. (Figure 8)

Comparativement à ses pairs socioéconomiques à l'échelle internationale, la province enregistrait l'un des pourcentages les plus élevés de médecins de soins primaires déclarant que leur travail était extrêmement ou très stressant. Celui de la Suède était le plus élevé, soit 65 %, tandis que celui de l'Australie était le plus bas, soit 29 %.

Dans le même sondage, 49 % des médecins de soins primaires de l'Ontario ont déclaré être « légèrement » ou « pas du tout » satisfaits de leur charge de travail quotidienne, tandis que 34 % d'entre eux étaient « modérément » satisfaits et que 16 % étaient « extrêmement » ou « très » satisfaits. La proportion de médecins qui étaient « légèrement » ou « pas du tout » satisfaits était plus élevée en Ontario que la moyenne canadienne (42 %). De plus, comparativement à celle des autres provinces, elle n'était considérablement inférieure qu'à celle de la Nouvelle-Écosse (61 %). L'Alberta affichait le meilleur résultat, soit 31 %. À l'échelle internationale, la proportion de médecins de soins primaires en Ontario qui n'étaient que «légèrement» ou «pas du tout» satisfaits se situait au milieu du peloton, tandis que la Suisse était meilleure avec 23%.

FIGURE 8 Pourcentage de médecins de premier recours déclarant que leur travail de médecin de premier recours est extrêmement / très stressant, à l'échelle provinciale, 2019



Source de données : Enquête internationale sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth 2019

Remarque: Le résultat de l'Ontario est statistiquement différent de celui de l'Alberta, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve, du Québec et de la Saskatchewan

Tous les hôpitaux de l'Ontario se sont engagés à déclarer les incidents de violence au travail et à mettre en place des initiatives visant leur réduction, et plus des trois quarts des hôpitaux en font une priorité stratégique.

L'épuisement professionnel des professionnels de la santé a non seulement une incidence sur leur productivité, mais aussi sur la sécurité des patients, la qualité des soins et la satisfaction des patients. Cet épuisement professionnel peut également ajouter des frais au système en raison du roulement du personnel et de l'absentéisme. L'amélioration du bien-être des professionnels de la santé nécessite de reconnaître la gravité du problème, de se concentrer sur le concept d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée plutôt que sur l'épuisement professionnel et de faire en sorte que les organismes de soins de santé jouent un rôle actif dans l'amélioration du bien-être de leur personnel et de leurs membres.9

Les professionnels de la santé font également face à des risques pour leur sécurité personnelle au travail, qui comprennent des actions physiques contre les travailleurs - telles que des coups de poing - et des menaces de violence physique. Pour soutenir leurs employés, tous les hôpitaux de l'Ontario se sont engagés à signaler les incidents de violence au travail et à mettre en place des initiatives pour réduire ces incidents. Plus des trois quarts des hôpitaux en font une priorité stratégique. Ces initiatives comprennent une formation sur la prévention de la violence et les interventions appropriées, des enquêtes auprès du personnel et des médecins sur les incidents et les réponses, et la mise au point de protocoles pour identifier ou traiter les patients présentant un risque élevé de devenir violents.





Coalition numérique : Les outils numériques pour réduire le stress et l'épuisement professionnel des fournisseurs de soins de santé

Les médecins et les autres professionnels de la santé qui font partie d'un nouveau programme de technologie numérique dans le Sud-Ouest de l'Ontario expliquent en quoi ce programme aide à réduire le stress et l'épuisement professionnel des fournisseurs de soins de santé.

Selon le Dr Paul Gill, responsable numérique de la région du Sud-Ouest de la province, de nombreux médecins et autres professionnels de la santé de l'Ontario sont stressés et épuisés professionnellement, car ils passent trop de temps à l'ordinateur à remplir des documents et des formulaires. Il souligne qu'un nouveau programme appelé la coalition numérique contribue à alléger ce fardeau. La coalition numérique - une extension du programme Partenariat pour la qualité, facilitation de la pratique - est un partenariat de champions de la technologie de l'information de l'ensemble du Sud-Ouest de l'Ontario qui travaillent à l'intégration d'outils numériques dans les dossiers médicaux électroniques. La clé est de réaliser cette intégration de manière harmonieuse dans les flux de travail actuels des professionnels de la santé afin d'économiser temps et efforts.

« Les outils de santé numériques utilisent souvent des interfaces utilisateurs peu conviviales ainsi qu'une terminologie qui porte à confusion et qui n'est pas uniforme, ce qui accroît le niveau de stress et d'épuisement professionnel des fournisseurs, affirme le Dr Gill. Nos équipes de professionnels de la santé du Sud-Ouest de l'Ontario passaient de 3 à 5 heures par semaine à créer des formulaires qui avaient déjà été générés à plusieurs reprises ailleurs dans la région. Ils recevaient beaucoup de formulaires nécessitant constamment des mises à jour. Les fournisseurs sont pris dans cet engrenage. C'était épuisant. »

Aujourd'hui, grâce à la coalition numérique, les spécialistes, les médecins de soins primaires et les autres professionnels de la santé ont accepté les formulaires avant qu'ils soient générés. Le Dr Gill indique que la coalition a permis d'améliorer considérablement l'expérience des fournisseurs de soins de santé en diminuant la charge de travail par l'automatisation, en améliorant le flux de travail et en réduisant le nombre d'aiguillages redirigés et rejetés. En un peu plus de quatre mois, le travail de la coalition numérique effectué avec 28 cliniques a permis d'économiser environ 1 900 heures de travail administratif.

« Ce travail met réellement l'accent sur le quadruple objectif en augmentant la satisfaction des fournisseurs de soins de santé, tout en permettant aux médecins d'avoir le temps d'améliorer l'accès aux soins pour les patients ainsi qu'en réduisant les délais dans l'accès aux soins, explique la Dre Kellie Scott, médecin responsable de l'une des cliniques participantes. La coalition numérique permet la collaboration entre les différentes cliniques qui sont en mesure de partager la charge de travail administratif relatif à la gestion des formulaires. »

Kimberly VanWyk, directrice générale d'une équipe de santé familiale participante, est d'accord. « La coalition nous a permis de consacrer notre temps de réception à la prestation plus directe de soins aux patients plutôt qu'à la génération de formulaires », souligne-t-elle.

L'espérance de vie des Ontariens se stabilise, principalement en raison d'une augmentation marquée du nombre de décès liés aux opioïdes.

Résultats importants

- Le nombre de décès liés aux opioïdes en Ontario a presque doublé au cours des trois dernières années et triplé au cours des 12 dernières années, soit 10,2 par tranche de 100 000 personnes en 2018, ce qui constitue une hausse par rapport à 2015 et à 2006, où les taux étaient respectivement de 5,3 et 3,4.
- Plus de 1 Ontarien sur 7 âgé de 12 ans et plus a déclaré avoir fumé la cigarette en 2017, tandis qu'un peu plus de 1 sur 4 était âgé de 18 ans et plus obèse et environ 1 sur 6 âgé de 12 ans et plus avait déclaré être un grand buveur.

Résultats supplémentaires pour ces indicateurs, ainsi que des résultats pour tous les indicateurs analysé pour À la hauteur 2019, se trouve dans le rapport numérique en ligne et tableaux des suppléments techniques.

Santé de la population

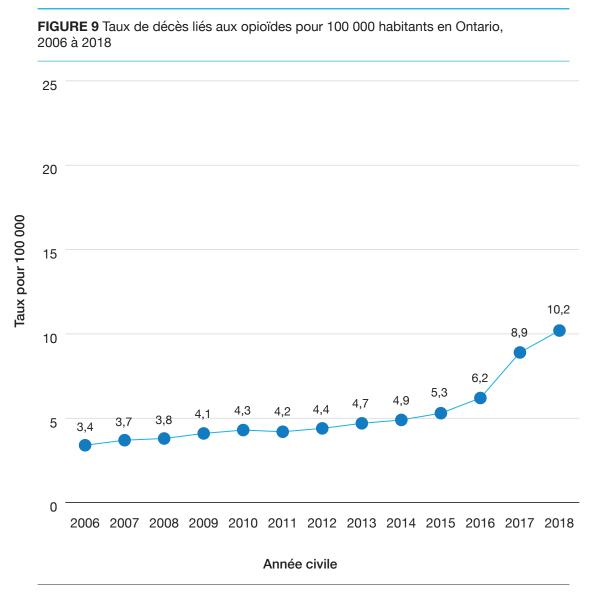
Le nombre de décès liés aux opioïdes en Ontario a presque doublé au cours des trois dernières années et triplé au cours des 12 dernières années, soit 10,2 par tranche de 100 000 personnes en 2018, ce qui constitue une hausse par rapport à 2015 et à 2006, où les taux étaient respectivement de 5,3 et 3,4.

L'espérance de vie en Ontario se stabilise après des années d'améliorations constantes, un changement largement attribuable à une augmentation nette du nombre de décès liés à une intoxication aux opioïdes. De plus, les risques pour la santé de la population, comme le tabagisme, l'obésité et la forte consommation d'alcool, réduiront potentiellement les espérances de vie de la population ontarienne.

Le nombre de décès liés aux opioïdes en Ontario a presque doublé au cours des trois dernières années et triplé au cours des 12 dernières années, soit 10,2 par tranche de 100 000 personnes en 2018, ce qui constitue une hausse par rapport à 2015 et à 2006, où les taux étaient respectivement de 5,3 et 3,4. (Figure 9) C'est un total de 1 473 décès par intoxication aux opioïdes en 2018, contre 728 en 2015 et 436 en 2006.

Les opioïdes sont généralement prescrits pour gérer la douleur. Toutefois, leur utilisation comporte des risques, comme la dépendance, la surdose et la mort. Bien que les décès liés aux opioïdes résultent souvent de la consommation de drogues provenant de sources illicites, ¹⁰ les professionnels de la santé peuvent contribuer à réduire l'exposition des gens aux risques des opioïdes en en prescrivant moins souvent aux patients dans des doses moins élevées et durant des périodes plus brèves, le cas échéant.

Ce n'est pas seulement un enjeu de l'Ontario, car d'autres provinces et pays constatent aussi une diminution de l'espérance de vie et une forte augmentation des décès liés aux opioïdes. Un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la crise des opioïdes a révélé que les États-Unis et le Canada affichent les taux les plus élevés de décès liés aux opioïdes parmi les 25 pays de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles.¹¹ Un rapport de 2019 a révélé que l'augmentation de l'espérance de vie s'est récemment stabilisée, soulignant une hausse des intoxications accidentelles aux opioïdes comme l'une des causes.^{12,13}



Source de données : Base de données de l'Ontario sur les décès liés aux opioïdes et Bureau du coroner en chef de l'Ontario fournis par Santé publique Ontario

Notes: Les données de 2018 sur les décès devraient être considérées comme préliminaires et sont sujettes à changement

Plus de 1 Ontarien sur 7 âgé de 12 ans et plus a déclaré avoir fumé la cigarette en 2017, tandis qu'un peu plus de 1 sur 4 était âgé de 18 ans et plus obèse et environ 1 sur 6 âgé de 12 ans et plus avait déclaré être un grand buveur.

Les taux de suicide augmentent chez les enfants et les jeunes. En 2016, il y a eu 6,6 suicides pour 100 000 habitants âgés de 10 à 24 ans, contre 4,8 en 2013.

Le tabagisme, l'obésité et la forte consommation d'alcool sont autant de risques pour la santé de la population ontarienne. Plus de 1 Ontarien sur 7 âgé de 12 ans et plus (15,3%) a déclaré avoir fumé la cigarette en 2017, tandis que seulement 1 sur 4 (25,5%) des 18 ans et plus étaient obèses¹⁴ et environ 1 sur 6 (18,0%) 12 ans et plus ont déclaré être de grands buveurs.





L'histoire de Deirdre et du Dr Lisi : Réduire au minimum l'utilisation des opioïdes après une intervention chirurgicale

Avant de subir une chirurgie du colon à l'Hôpital General and Marine de Collingwood, Deirdre a décidé de prendre en charge sa douleur postopératoire sans avoir recours aux opioïdes.

L'ancienne professeure de 68 ans, qui s'était vue prescrire des opioïdes après deux autres interventions chirurgicales subies dans le passé, n'avait pas aimé l'état dans lequel ils l'avaient mise et était préoccupée à l'idée de devenir dépendante à ceux-ci.

En faisant ses propres recherches, Deirdre savait que certaines personnes qui se font prescrire des opioïdes après une intervention chirurgicale finissent par en utiliser pendant de nombreux mois ou même des années. Elle a discuté de la question avec son chirurgien, le Dr Michael Lisi, qui est également le médecin en chef de l'hôpital, et ils ont élaboré un plan pour gérer sa douleur postopératoire sans ordonnance d'opioïdes.

La chirurgie du colon de Deirdre a pris un peu plus de temps que prévu, mais tout s'est bien passé. Elle a quitté l'hôpital le lendemain pour retourner à son domicile à Creemore avec deux médicaments sans opioïdes pour soulager la douleur. « C'est tout ce que j'avais, et tout ce dont j'avais besoin », dit-elle.

Le Dr affirme que l'expérience de Deirdre est un exemple des premières réussites du nouveau programme de l'hôpital visant à réduire la prescription inutile d'opioïdes après des interventions chirurgicales courantes – lequel s'inscrit dans le cadre d'une campagne d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux à l'échelle de la province dans 47 hôpitaux de l'Ontario. Un grand nombre de patients en phase postopératoire quittent l'Hôpital General and Marine de Collingwood avec une ordonnance pour une petite quantité d'opioïdes, ce qui est conforme à la norme de qualité de Qualité des services de santé Ontario sur la prescription d'opioïdes pour soulager la douleur aiguë, et certains patients comme Deirdre choisissent de complètement les éviter.

Dans certaines zones de la région de Simcoe Muskoka, y compris Collingwood, les visites aux services des urgences attribuables à une intoxication aux opioïdes sont beaucoup plus élevées que la moyenne de l'Ontario parce que les gens ont développé une dépendance à ceux-ci. « Bien qu'il ne s'agisse pas seulement d'un problème chirurgical, l'intervention joue véritablement un rôle dans la crise des opioïdes, parce que c'est d'abord la façon dont de nombreux patients y sont exposés. »

La stratégie de réduction du recours aux opioïdes de l'Hôpital General and Marine de Collingwood permet de renseigner les patients sur ce à quoi ils peuvent s'attendre en matière de douleur, d'examiner les risques liés aux opioïdes et d'élaborer des solutions permettant de consommer une plus petite quantité d'opioïdes ou de prendre en charge la douleur sans opioïdes, comme en ayant recours à d'autres types de médicaments et de thérapies sans opioïdes. Le programme offre également aux fournisseurs de soins de santé une formation sur les pratiques en matière de prescription d'opioïdes.

Les premiers résultats de l'initiative ont montré une réduction importante du pourcentage de patients qui s'étaient vu prescrire des opioïdes après une intervention chirurgicale. Le Dr Lisi signale que les taux de prescription d'opioïdes après une chirurgie d'un jour étaient passés de 59 % à 28 % avant la mise en œuvre du programme, et de 90 % à 47 % pour les patients admis à l'hôpital.

Deux mois après sa chirurgie, Deirdre indique qu'elle sera bientôt autorisée à retourner au gymnase pour s'entraîner. « J'ai bien hâte », dit-elle.

Qualité des services de santé Ontario aimerait remercier tous nos partenaires qui ont appuyé la production de ce rapport annuel en fournissant des données et en révisant le contenu.

Des parties de ce matériel sont basées sur des données et des informations compilées et fournies par l'ICIS. Cependant, les analyses, conclusions, opinions et déclarations sont celles de l'auteur, et pas nécessairement celles de l'ICIS.

Certaines parties de ce rapport sont basées sur des données et des informations fournies par le CIEM, qui est fnancé par une subvention annuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). Les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées dans ce document sont celles des auteurs, et pas nécessairement celles du CIEM et des sources de fnancement. Aucune approbation de la part du CIEM ou du MSSLD de l'Ontario n'est prévue ou ne devrait être déduite.

Des parties de ce matériel sont basées sur des données et des informations compilées et fournies par le MSSLD. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les déclarations exprimées dans ce document sont celles de l'auteur, et pas nécessairement celles du MSSLD.

Des parties de ce matériel sont basées sur des données et des informations compilées et fournies par HSSO. Cependant, les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées dans ce document sont celles de l'auteur, et pas nécessairement celles de HSSO.

Le Fonds du Commonwealth a fourni un soutien de base, cofinancé par l'Institut allemand pour l'assurance de la qualité et la transparence des soins de santé (IQTIG); Haute Autorité de Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports, et Centre médical universitaire Radboud; Institut norvégien de santé publique; l'Agence suédoise pour l'analyse des services de santé et de soins (Vårdanalys); et l'Office fédéral de la santé publique suisse. Une aide supplémentaire pour financer des échantillons élargis a été fournie par l'Agence pour l'innovation clinique de la Nouvelle-Galles du Sud et le ministère de la Santé et des Services sociaux (Victoria); l'Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada, Qualité des services de santé Ontario et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; et la Health Foundation du Royaume-Uni.

Les données de l'Enquête sur l'expérience des soins de santé (HCES) ont été collectées par l'Institute for Social Research. Toutes les estimations sont pondérées pour tenir compte des caractéristiques de conception de l'enquête et sont stratifiées à la suite pour refléter la population de l'Ontario. Tous les comptes ont été arrondis au millier le plus proche. L'état urbain / rural est défini à l'aide de la Classification des secteurs statistiques de Statistique Canada. Les répondants qui ont répondu «ne sait pas» ou «refusé» sont exclus de l'analyse de ces questions. En raison d'une interruption temporaire de l'enquête lors des élections provinciales de 2018, un quart des données (d'avril 2018 à juin 2018) représentent environ les deux tiers de la taille d'un trimestre complet.

Remerciements



- 1. Remarque: Au cours de la période de stabilisation des données, les patients désignés ANS et transférés vers les sites du Centre de soins réactivés (CSR) de l'Hôpital Humber River, de l'Hôpital général de North York, de Southlake, de Markham Stouffville, de Mackenzie Health et de l'Hôpital Sunnybrook ont été déclarés séparément. Par conséquent, les chiffres présentés ici n'incluent pas la population de patients désignée ANS sur les sites CSR.
- 2. "It's a waiting game" a qualitative study of the experience of carers of patients who require an alternate level of care. PubMed NCBI [Internet]. [cited 2019 Aug 9]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28464878
- 3. Remarque : Il convient de faire preuve de prudence lorsque l'on compare les taux de lits d'hôpitaux occupés par des patients en attente de soins ailleurs dans les pays en raison des différences de codage clinique. Au Royaume-Uni, cette désignation nécessite une équipe multidisciplinaire pour déterminer qu'un patient est prêt pour le transfert. En Ontario, cette désignation est déterminée par un médecin ou un délégué, en collaboration avec une équipe interprofessionnelle, le cas échéant.
- 4. Résumé quotidien du recensement des lits, système d'information sur les temps d'attente, fourni par Action Cancer Ontario
- **5.** Tenbensel T, Chalmers L, Jones P, Appleton-Dyer S, Walton L, Ameratunga S. 2017. New Zealand's emergency department target did it reduce ED length of stay, and if so, how and when?. BMC Health Services Research 17:678
- **6.** Remarque : La tendance temporelle contrôle l'inflation et la croissance de la population lorsque l'on compare la croissance sur plusieurs années.

- **7.** OECD Health expenditure and financing. Retrieved August 28, 2019, from https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA
- **8.** Virtual Care in Action. Retrieved August 28, 2019, from OTN.ca website: https://otn.ca/virtual-care-in-action/
- **9.** Healthy Debate: Burnout in Health Care. https://healthydebate.ca/2018/09/topic/burnout-in-health-care
- **10.** Government of Canada, Government of Canada Actions on Opioids: 2016 and 2017. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/actions-opioids-2016-2017. html
- **11.** Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries_a18286f0-enOECD (2019)
- **12.** https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/about%20the%20bma/how%20we%20work/divisions/pre%20arm%20briefings/2%20pre%20arm%20briefing%20-%20life%20expectancy.pdf?la=en
- **13.** BMJ, August 2018. Recent trends in life expectancy across high income countries: retrospective observational study. Available from https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2562
- **14.** Remarque : Les taux d'obésité sont basés sur le poids et la taille auto-déclarés ajustés

Santé OntarioTél : 1-877-280-8538525, rue UniversityTTY : 1-800-855-05115º étageCourriel : info@ontariohealth.ca

Toronto (Ontario) M5G 2L3 www.ontariohealth.ca/fr

