

À la hauteur

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

Faisons en sorte que notre système soit en meilleure santé

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

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

ISBN 978-1-4606-8600-3 (Imprimé)

ISSN 2292-2083 (Imprimé)

ISBN 978-1-4606-8601-0 (PDF)

ISSN 2292-2091 (En ligne)

Citation suggérée : 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.

Sur la couverture : Sarah, une infirmière de sensibilisation inscrit
à côté d'elle voiture dans la région de Durham. Voir page 121 pour
son histoire. Nous remercions Sarah 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

Avant-propos	2	Utilisation des contentions chez les personnes atteintes de maladie mentale ou de dépendance	47	8. Soins palliatifs	96
Résumé	3	La dépression dans les foyers de soins de longue durée	48	Services de soins à domicile	99
1. Introduction	8	En résumé	49	Visites médicales à domicile	100
2. La santé des Ontariennes et Ontariens	12	5. Soins à domicile	50	Consultations inopinées aux urgences	101
Comportements à risque	15	En attente de soins à domicile	53	Lieu du décès	102
État de santé autodéclaré	18	Expériences des patientes et patients concernant les soins à domicile	55	En résumé	103
Maladies chroniques	19	La détresse des aidants non rémunérés des personnes soignées à domicile	56	9. Intégration du système	104
Mortalité infantile	20	Vivre dans un foyer de soins de longue durée	58	Soins de suivi après une hospitalisation pour maladie pulmonaire obstructive chronique	107
Espérance de vie	22	En résumé	59	Réhospitalisation des personnes ayant reçu des soins médicaux ou chirurgicaux	109
Années potentielles de vies perdues	23	6. Soins hospitaliers	60	Hospitalisation en raison d'affections pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital	112
En résumé	25	Expériences des patientes et patients	63	Personnes hospitalisées pouvant être soignées ailleurs	115
3. Soins primaires	26	Durée du séjour aux urgences	64	En résumé	119
Avoir un fournisseur de soins primaires	29	Temps d'attente pour certaines interventions	70	10. Effectifs en santé	120
Accès à un fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain	31	Arthroplasties de la hanche et du genou réalisées dans les délais prescrits	70	Personnel infirmier en Ontario	123
Accès aux soins en dehors des périodes ouvrables	32	Temps d'attente pour les interventions cardiaques	73	Effectifs en médecine en Ontario	125
Participation des gens aux décisions concernant leurs soins	33	Chirurgie du cancer des temps d'attente	75	Taux de blessures avec interruption de travail	128
Dépistage du cancer colorectal non effectué en temps voulu	34	Infections nosocomiales à <i>C. difficile</i>	76	En résumé	129
Examens des yeux	36	Accouchements par césarienne	77	11. Dépenses de santé	130
En résumé	37	En résumé	79	Total des dépenses de santé par habitant	133
4. Maladie mentale et dépendances	38	7. Soins de longue durée	80	Dépenses de santé consacrées aux médicaments par habitant	136
Soins de suivi après une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance	42	En attente d'une admission en foyer de soins de longue durée	83	Assurance médicaments sur ordonnance	137
Hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance	44	Utilisation des antipsychotiques	87	En résumé	141
Suicides	46	Expérience de la douleur par les résidents	88	12. Prochaines étapes	142
		Utilisation des contentions	90	Bibliographie	145
		Les chutes dans les foyers de soins de longue durée	92	Remerciements	151
		En résumé	94		

Avant-propos



Le Dr Joshua Tepper



Le Dr Andreas Laupacis

C'est une année mémorable pour *À la hauteur*. Cette édition 2016 marque le dixième anniversaire du rapport annuel de Qualité des services de santé Ontario sur le rendement de notre système de santé et l'état de santé de la population. Au cours de cette période, nous avons constaté que la qualité s'est améliorée dans certains domaines. Le rapport de cette année révèle aussi d'autres aspects du système de santé qui nécessitent une attention immédiate.

Les patients et aidants sont au cœur de *À la hauteur* 2016. Une série d'expériences personnelles au sein du système de santé encadrent le système de santé pour assurer le contexte autour des chiffres et de la motivation au changement.

Le rapport 2006 décrivait un certain nombre de choses que nous voulions mesurer ultérieurement pour améliorer la qualité des soins, y compris la mesure dans laquelle les gens qui vivent dans des

régions rurales et isolées bénéficient d'un accès équitable aux soins essentiels et les soutiens disponibles pour la santé mentale, les soins à domicile, les soins de longue durée et les collectivités mal desservies. Dix ans plus tard, année de publication du présent rapport, nous pouvons répondre à beaucoup de ces questions. Dans certaines régions, malgré de bons résultats globaux, les disparités entre régions ou groupes de population persistent. Des efforts concertés visant à réduire ces disparités devraient faire partie des priorités du système.

La population de l'Ontario a évolué au cours des dix dernières années de publication des rapports publics. Nous vieillissons et vivons plus longtemps, les personnes en foyer de soins de longue durée ont davantage tendance à avoir des affections complexes qui nécessitent différents types et niveaux de soins, et plus de gens reçoivent des soins à domicile, plus longtemps. Pendant les dix années de publication de *À la hauteur*, nous avons ciblé notre série d'indicateurs appelés programme commun d'amélioration de la qualité, et utilisons des mesures du rendement plus précises et adéquates qui reflètent ces changements dans la population et le système de santé.

Au cours des dix dernières années, les mesures du système de santé se sont traduites par des améliorations, et des changements à la façon dont les soins de santé sont fournis dans la province, dont certains se reflètent dans les résultats de ce rapport, comme les mesures du rendement incluses dans les nouveaux chapitres sur la santé mentale et les soins palliatifs. Il est rassurant de voir que la qualité des soins s'améliore dans des domaines ciblés qui ont fait l'objet d'efforts concertés. Toutefois, les domaines qui n'ont pas progressé sont souvent ceux qui n'ont pas bénéficié de ce genre d'efforts concertés.

Le travail a bien progressé au chapitre des mesures prises dans de nombreux secteurs du système de santé afin d'améliorer les soins et les résultats et la façon dont ils sont mesurés. *Priorité aux patients*, plan d'action du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, traite des changements requis dans le système de santé pour améliorer l'intégration des soins et répondre aux besoins des populations locales. La Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris le travail de son Conseil consultatif pour le leadership, comporte des moyens nouveaux et meilleurs de mesurer la qualité de notre système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le Réseau de soins palliatifs de l'Ontario, nouveau partenariat entre les intervenants du secteur de la santé, qui comprennent des fournisseurs de soins, des patientes et patients et des aidantes et aidants, vise à assurer que partout en Ontario les gens ont accès à des soins palliatifs de grande qualité. Les réformes du système de santé se poursuivent dans les soins primaires et les soins à domicile.

Nous avons fait d'énormes progrès en dix ans, mais notre travail n'est certainement pas terminé. Pendant que nous collaborons avec les patients et nos partenaires pour améliorer constamment nos rapports, les patientes et patients, les aidantes et aidants, les professionnelles et professionnels de la santé et les dirigeantes et dirigeants du système seront mieux équipés pour se concentrer sur ce qui doit être fait pour améliorer notre système et la santé de tous en Ontario.

Le président-directeur
général,

Le Dr Joshua Tepper

Le président du conseil,

Le Dr Andreas Laupacis

Résumé

La santé fait partie de notre vie à tous, mais chacun de nous vit des histoires différentes à raconter à ce sujet. En voici une :

Malvina est assise seule sur son lit, d'un regard vide, elle fixe longuement le miroir devant elle. « Que fais-tu? », demande Lina, sa fille, qui vient d'arriver dans l'appartement de sa mère. « Je lui tiens compagnie ». répond Malvina, qui ne sait pas que le visage qui lui fait face est le sien. Lina tourne la tête, ne voulant pas que sa mère voie que ses yeux se remplissent de larmes.

Autrefois femme au foyer très dynamique et vivace, Malvina est âgée aujourd'hui de 91 ans et souffre de démence. Cette maladie du cerveau, qui atteint un adulte âgé sur 10 en Ontario[1], fait que Malvina souffre de sautes d'humeur intenses, de perte de mémoire et de paranoïa. Lina, qui a suivi une formation de travailleuse sociale, s'occupe seule de sa mère depuis un an et demi, tout en jonglant avec les exigences de son travail. Aller à l'épicerie et à la banque et nettoyer la maison – elle faisait tout.

« Maman a tellement fait pour moi, je suis fille unique, raconte Lina, la voix tremblante. Son seul soutien. »

Lorsque Malvina est tombée et s'est fracturé la hanche, Lina ne pouvait plus s'en occuper toute seule. La mère et la fille ont amorcé un périple parfois déroutant et difficile à travers le système de santé, accompagnées du médecin de famille de Malvina, de plusieurs spécialistes et de fournisseurs de soins infirmiers, hospitaliers et de longue durée. Le plus difficile a été le passage de l'hôpital au foyer de soins de longue durée, affirme Lina. Elle a continué de s'occuper de sa mère pendant ses soins de réadaptation à l'hôpital, lui servant de traductrice et lui apportant de la nourriture tout en cherchant désespérément un foyer de soins de longue durée qui lui conviendrait.

Lina a fini par trouver un bon établissement pour sa mère, mais dit que tout le stress subi lorsqu'elle a dû trouver d'urgence un foyer pour sa mère après son hospitalisation a laissé des séquelles physiques et émotionnelles.

L'histoire de Malvina et de Lina n'en est qu'une parmi tant d'autres en Ontario qui illustrent la complexité du système de santé et la variété des expériences qu'on y vit. Ces histoires montrent aussi les nombreux secteurs du système auxquels on peut avoir accès à divers moments de sa vie et qu'on a tous un cheminement unique. Le défi consiste à continuellement améliorer notre système de santé pour que les gens puissent y recourir quand ils en ont besoin.

Les Ontariennes et Ontariens, surtout les patientes et patients et les aidantes et aidants comme Lina, et toute personne qui travaille dans et pour le système de santé, doivent savoir comment fonctionne notre système de santé pour que nous puissions déterminer les défis et faire des améliorations. À titre de conseiller provincial à propos de la qualité des soins de santé, Qualité des services de santé Ontario produit des rapports annuels sur le rendement de notre système de santé.

À la hauteur 2016 marque son 10^e anniversaire. Dans ce rapport, nous utilisons un ensemble de mesures du rendement appelé programme commun d'amélioration de la qualité, afin d'observer le rendement du système de santé dans des catégories comme la santé de la population, les soins hospitaliers, les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins primaires, les soins palliatifs et les soins psychiatriques, et comment les divers secteurs travaillent ensemble.

Au cours de la dernière décennie de rapports sur le rendement du système de santé de l'Ontario, nous avons constaté d'importants progrès dans certains domaines, comme la réduction des temps d'attente pour les interventions chirurgicales bien que plus de personnes doivent se faire opérer et une amélioration de la qualité des soins prodigués dans les foyers de soins de longue durée bien que les résidentes et résidents aient des besoins plus complexes. Mais les résultats du rapport de cette année révèlent aussi d'importants domaines qui nécessitent une certaine attention :

1. Lisser les transitions

Trop souvent, les gens éprouvent des disjonctions dans le système de santé, et quand nous comparons les résultats de l'Ontario avec ceux d'autres pays, nous constatons que ces derniers ont trouvé des moyens de mieux relier les éléments de leur système de santé. Voici quelques domaines où l'Ontario doit améliorer les choses lorsque les gens passent d'un milieu de soins à un autre :

Prodiguer des soins complets aux personnes souffrant de maladie mentale et de dépendance:

- Moins d'un tiers (30,2 %) des personnes hospitalisées pour cause de maladie mentale ou de dépendances ont consulté un médecin dans les sept jours qui ont suivi leur sortie de l'hôpital en 2014-2015. Ce taux n'a pas évolué au cours des cinq dernières années.
- Le pourcentage de personnes qui ont été réadmis dans les 30 jours qui ont suivi leur sortie de l'hôpital pour maladie mentale ou dépendance est resté plus ou moins le même au cours des cinq dernières années, soit 13 % (13,1 % en 2014-2015). En améliorant les soins de suivi peu après une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance, on peut éviter certaines de ces réadmissions.

Prodiguer des soins palliatifs et des soutiens aux personnes qui meurent à domicile :

- Près des deux tiers (64,9 %) des personnes qui recevaient des soins palliatifs sont mortes à l'hôpital, alors que tous les sondages de patientes et patients et d'aidantes et aidants indiquent que la plupart des gens préféreraient mourir à domicile.
- Près des deux tiers (62,7 %) des personnes qui recevaient des soins palliatifs se sont rendues inopinément aux urgences au cours du dernier mois de leur vie. Bien que certaines consultations inopinées aux urgences soient inévitables et justifiées, cela indique peut-être que les gens ne reçoivent pas le soutien dont elles ont besoin chez elles ou ailleurs en milieu communautaire.

2. Améliorer l'accès aux soins

Les soins primaires et les soins à domicile jouent un rôle important dans la prestation de soins en milieu communautaire en Ontario. Mais nous nous situons dernière 10 pays comparables au chapitre de l'accès aux soins primaires. Voici quelques domaines dans lesquels on devrait diriger les patientes et patients vers les soins dont ils ont besoin :

Assurer l'équité d'accès aux soins de première ligne (médecins de famille) :

- En 2015, moins de la moitié (43,6 %) des personnes âgées de 16 ans et plus ont pu obtenir un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires (ou un autre membre du personnel soignant au sein du cabinet) le jour même ou le lendemain quand elles étaient malades ou avaient des problèmes de santé. Ce taux n'a pas évolué en deux ans et est le plus faible parmi dix autres pays.
- En 2015, seulement un peu plus de la moitié (52,0 %) des personnes âgées de 16 et plus ont indiqué avoir eu accès des soins primaires en dehors des heures normales, ce taux n'a pas évolué en deux ans. L'accès en temps voulu aux soins primaires est un élément important des soins et peut réduire les pressions sur d'autres secteurs du système de santé.[2,3]

Prodiguer des soins à domicile de qualité pour répondre aux besoins des patients et des aidants :

- En 2014-2015, 85 % des adultes ayant des besoins complexes soignées à domicile (âgés de 19 ans et plus) qui ont reçu des services de soutien en ont bénéficié dans le délai prescrit de cinq jours, toutefois, on a constaté des écarts importants entre régions. Le but est de faire en sorte ces personnes reçoivent le service en temps voulu.
- En 2014-2015, plus d'un tiers (35,0 %) des aidantes et aidants naturels de personnes recevant des soins à domicile de longue durée ont dû cesser cette activité ou ont fait part de leur sentiment de détresse, de colère ou de dépression. En Ontario, le taux des aidantes et aidants naturels qui souffrent de détresse ne cesse d'augmenter, il était de 21,0 % en 2010-2011.

3. Réduire les inégalités

Notre système de santé a du mal à atteindre toutes les personnes qui ont besoin de soins. Si les chiffres sont bons dans de nombreux domaines, nous continuons des variations inacceptables par région et groupes de population, dont ceux qui vivent dans des régions rurales, dans le Nord et dans les quartiers les plus défavorisés.

Assurer l'équité d'accès aux habitants du Nord :

- Moins d'un quart des (23,8 %) des adultes de la région du Nord-Ouest de la (district de Thunder Bay jusqu'à la frontière du Manitoba) ont été en mesure de consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain quand ils étaient malades, par rapport à plus de la moitié (53,0 %) des adultes de la région du Centre-Ouest (région du grand Toronto).
- Dans la région du Nord-Est (de Parry Sound à la baie d'Hudson), environ deux personnes sur dix (21,0 %) ont consulté un médecin dans les sept jours qui ont suivi une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance, par rapport à près de quatre personnes sur dix (39,5 %) dans la région du Sud Ouest (couvrant la région de Tobermory de Long Point et Stratford jusqu'à Newbury).

Assurer l'équité d'accès aux habitants les quartiers les plus défavorisés et aux personnes peu instruites :

- Le taux de suicide est de 67 % plus élevé chez les hommes qui vivent dans les quartiers les plus défavorisés comparativement à ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches (18,4 sur 100 000 hommes contre 11,0 sur 100 000 hommes). Le taux de suicide est de 45 % plus élevé chez les femmes qui vivent dans les quartiers les plus défavorisés comparativement à celles qui vivent dans les quartiers les plus riches (6,8 sur 100 000 femmes contre 4,7 sur 100 000 femmes).

- Près de neuf personnes sur 10 (85,7 %) âgées de 12 à 64 ans vivant dans les quartiers les plus riches avaient une assurance médicaments, par rapport à moins de six personnes sur 10 (56,0 %) vivant dans les quartiers les plus défavorisés. Avoir les moyens d'acheter des médicaments est un aspect important des soins, surtout chez les personnes atteintes de multiples maladies chroniques.
- Les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ont deux fois plus tendance fumer comparativement à celles qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires (36,3 % contre 13,4 %), et sont davantage plus susceptibles de ne pas avoir d'activité physique (61,5 % contre 45,2 %), d'être obèses (24,6 % contre 19,5 %) et de ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes (72,9 % contre 57,8 %).
- Le nombre d'années de vies perdues pour 100 000 personnes vivant dans des quartiers où le niveau d'éducation est le plus faible est 1,5 fois plus élevé que chez les personnes qui vivent dans des quartiers où le niveau d'éducation est le plus élevé.

On peut faire des améliorations

Bien que faire des changements ne soit pas facile, il est impossible de laisser les choses telles qu'elles sont.

Nous avons des raisons d'espérer un meilleur avenir. L'une des principales conclusions de ce rapport est que des efforts concertés pour le changement aboutissent directement à d'importantes améliorations, notamment dans le domaine des soins du cancer, de la santé cardiaque, des soins aux urgences, des taux de tabagisme, et des soins de longue durée.

Les secteurs les plus performants de notre système de santé et les aspects qui se sont améliorés considérablement depuis quelques années s'expliquent par la demande du public, la volonté politique et les efforts collectifs de nombreuses personnes qui travaillent de façon concertée dans le système. Ces réalisations sont attribuables à la transparence et aux données probantes, ainsi qu'aux nombreux organismes qui s'affairent activement à apporter des améliorations au chapitre des indicateurs présentés dans le présent rapport. Les 1 040 plans d'amélioration de la qualité établis par les fournisseurs de soins en Ontario, que le public peut consulter, illustrent ces efforts. Les rapports *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité* de Qualité des services de santé Ontario présentent les points saillants de ces plans.

Notre rapport *À la hauteur 2016* atteste des efforts que nous déployons pour améliorer la qualité dans notre système de santé. Voici quelques domaines où les politiques, les initiatives d'amélioration de la qualité et les mesures ont convergé de façon à produire des résultats très positifs :

Santé de la population : D'importants changements de politiques, des règlements et des interventions en santé publique – certaines dans le domaine des soins primaires – ont donné lieu à une baisse du tabagisme, l'un des principaux facteurs de risque de mauvaise santé et de décès prématuré.

- Le taux de tabagisme a baissé en Ontario, s'étant établi à 17,2 % en 2014 contre 20,5 % en 2007.

Temps d'attente/durée du séjour : La Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente a été établie pour améliorer l'accès aux services de santé ciblés en réduisant les temps d'attente pour certaines interventions ou la durée des consultations. L'une des réussites de la stratégie a été de réduire le temps passé aux urgences.

- Dans le cas des personnes qui ont des besoins plus complexes, neuf personnes sur 10 (90^e percentile) ont passé 10,1 heures ou moins aux urgences en 2014-2015, soit 3,2 heures de moins qu'en 2008-2009. Dans le cas des personnes qui ont des besoins moins complexes, neuf personnes sur 10 ont passé 4,0 heures ou moins aux urgences en 2014-2015, soit près d'une heure (0,8 heure) de moins qu'en 2008-2009.

Soins de longue durée : La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (et un règlement connexe) qui est entrée en vigueur en 2010 a mis l'accent sur certains domaines de soins, donnant lieu à d'importantes améliorations pour les résidentes et résidents dans les domaines de l'utilisation des antipsychotiques, la réduction de la douleur et l'utilisation des contentions.

- Le pourcentage de personnes non atteintes de psychose sous antipsychotiques s'est amélioré, s'étant établi à 27,3 % en 2014-2015 contre 35,5 % en 2010-2011; le pourcentage de personnes qui souffraient quotidiennement de douleur modérée à très forte s'est amélioré, s'établissant à 6,9 % en 2014-2015 contre 11,9 % en 2010-2011; et le pourcentage de personnes sous contention physique s'est amélioré, s'étant établi à 7,4 % en 2014-2015 contre 16,1 % en 2010-2011.

Nous pouvons faire mieux

Ces réussites montrent comment des efforts concertés en faveur du changement peuvent améliorer le système de santé. Elles montrent que nous ne pouvons relâcher notre vigilance concernant les domaines continuellement problématiques, ou les disparités régionales et démographiques que les moyennes peuvent masquer. En déterminant les défis et en nous engageant à mettre en œuvre des stratégies cohérentes qui fonctionnent et en mesurant nos progrès, nous pouvons faire mieux. Pour Malvina, Lina et nous tous.

La performance du système de santé en Ontario de 2016 met en évidence

Des points lumineux

Risques pour la santé (tabagisme, inactivité physique)

La santé de la population (mortalité infantile, l'espérance de vie, les années potentielles de vie perdues)

Dépistage du cancer colorectal

L'expérience des patients avec les soins à domicile et les soins hospitaliers

Durée du séjour dans les services d'urgence et les temps d'attente pour les chirurgies cardiaques et les chirurgies du cancer

Infections à C. difficile acquis à l'hôpital

En attendant d'être pris en charge dans un soins de longue durée à la maison

La contrainte physique de patients souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie

La qualité des soins dans les foyers de soins de longue durée (utilisation de médicaments antipsychotiques, la gestion de la douleur, utilisation de contraintes physiques)

Hospitalisation pour les conditions qui pourraient être gérés dehors de l'hôpital

Les patients à l'hôpital qui pourrait recevoir des soins ailleurs

Les taux de blessures avec perte de temps chez les travailleurs de la santé

Marge d'amélioration

Risques pour la santé (fruits et légumes apport insuffisant, l'obésité)

Détresse chez les aidants naturels de patients de soins à domicile

L'accès aux soins palliatifs (services de soins à domicile spécifiques palliatifs, visites à domicile par un médecin, les visites non planifiées au service d'urgence, l'emplacement de la mort)

Inégalités

Risques pour la santé (taux de tabagisme, l'inactivité physique, consommation de fruits et légumes) parmi les moins instruits

La santé de la population (mortalité infantile, l'espérance de vie, les années potentielles de vie perdues) disparités fondées sur l'éducation

Screening (dépistage du cancer colorectal, le diabète examen de la vue) des disparités en fonction du groupe d'âge

Les taux de suicide, de suivi et de réadmission après l'hospitalisation pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie dans les quartiers à faible revenu

Prescription disparités d'assurance médicaments basés sur l'éducation, le revenu et le statut d'immigration

Les indicateurs de programme commun d'amélioration qualité, qui sont la base de l'examen de la performance du système de santé de l'Ontario de santé de qualité en Ontario, ont été regroupés dans le tableau ci-dessus pour donner un aperçu de: 1) les **points lumineux** - les indicateurs qui ont montré une amélioration constante au fil du temps; 2) les indicateurs qui suggèrent place à l'**amélioration**, car ils ont empiré au fil du temps ou, dans le cas des indicateurs de soins palliatifs, où il n'y a pas de données présentées au fil du temps, mais où l'accès aux services pourrait être améliorée. Il comprend également des indicateurs où des différences notables ou les inégalités entre le niveau d'éducation, niveau de revenu, groupe d'âge ou le statut d'immigration ont été identifiés. 3) Les indicateurs qui ont été relativement stables au fil du temps, ne montrant **aucun changement** - qui ne sont pas acquis meilleur ou le pire.

Aucun changement

L'état de santé (état de santé autodéclarée, maladies chroniques)

Avoir un fournisseur de soins primaires, l'accès en temps opportun aux soins primaires et la participation des patients dans les décisions concernant leurs propres soins

Examen de la vue sur le diabète

La dépression et les chutes chez long terme les foyers de soins résidents

En attendant d'être soignés dans un soin de longue durée de l'hôpital

Les taux de suicide, suivi et de réadmission après l'hospitalisation pour une maladie mentale ou de toxicomanie

Les temps d'attente pour certains services de soins à domicile

Les patients atteints de faible à modérée des besoins de soins qui sont entrés dans une maison de soins de longue durée

Fois pour la hanche et du genou Attendre Césarienne taux de livraisons de section

Suivi après hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou d'insuffisance cardiaque

Réadmission à l'hôpital des patients médicaux ou chirurgicaux

Avoir prescription assurance médicaments

Introduction

Photo de Emilie prise par Roger Yip,
voir son histoire sur la page 39.

Pourquoi observer le rendement du système de santé?

En Ontario, les gens se considèrent généralement chanceux de vivre dans une province dotée d'un système de santé vaste et moderne qui répond à leurs besoins. Et s'attendent aussi à ce recevoir les soins médicaux dont ils ont besoin s'ils et quand ils tombent malades ou sont invalides.

Cependant, un système de santé vaste et moderne est nécessairement très complexe. Il doit répondre à une grande quantité et à une vaste gamme de besoins parmi une population importante et diversifiée. Un tel système ne s'adapte pas toujours facilement aux circonstances individuelles ou faire facilement face aux changements comme de nouvelles technologies médicales ou une population vieillissante. Il arrive parfois que les personnes qui ont besoin de soins tombent entre les mailles du filet.

Le rapport annuel de Qualité des services de santé Ontario *À la hauteur* a pour but d'évaluer le système de santé de la province afin de déterminer quand, où et pour qui il produit de bons résultats et

quand, où et pour qui il n'est pas à la hauteur. En déterminant ces points, on peut lancer un processus d'ajustement pour améliorer le rendement, au besoin, parfois en tirant les leçons tirées des instances où le rendement répond ou est supérieur aux attentes.

L'examen par *À la hauteur* du système de santé de l'Ontario est fondé sur le programme commun d'amélioration de la qualité, série de plus de 45 indicateurs du rendement mis au point en association avec des experts et des partenaires du secteur de la santé, comme les médecins, le personnel infirmier, les hôpitaux, les fournisseurs de soins à domicile et les foyers de soins de longue durée maisons et avec quelques apports des patients, des familles et le grand public.

Les indicateurs mesurent le rendement à l'échelle du système de santé dans des domaines clés tels que l'accès aux soins en dehors des périodes ouvrables, les temps d'attente pour les interventions chirurgicales, le taux d'infections nosocomiales et l'espérance de vie. Certains indicateurs se concentrent sur la façon dont certains secteurs du

système de santé travaillent ensemble en mesurant, par exemple, le pourcentage de patients qui ont reçu des soins de suivi d'un médecin après leur sortie de l'hôpital. L'annexe technique accompagnant ce rapport, qui contient des détails sur la méthodologie et les indicateurs utilisés, se trouve sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario.

Plus que de simples chiffres

Si les nombreux graphiques et figures contenus dans *À la hauteur* pourraient donner à croire qu'évaluer le rendement du système de santé performance n'est qu'une question de chiffres, les soins de santé est une affaire de gens. Une simple histoire concernant l'expérience vécue par une personne ayant des troubles cardiaques peut transmettre ce que des pages de statistiques ne peuvent pas nous dire au sujet de l'impact des temps d'attente en chirurgie cardiaque. *À la hauteur* contient des histoires de patientes et patients, d'aidantes et aidants et de fournisseurs de soins qui racontent les difficultés à s'orienter dans le système de santé de l'Ontario, ou le travail réalisé pour aplanir les difficultés pour les autres.

Nouveautés en 2016

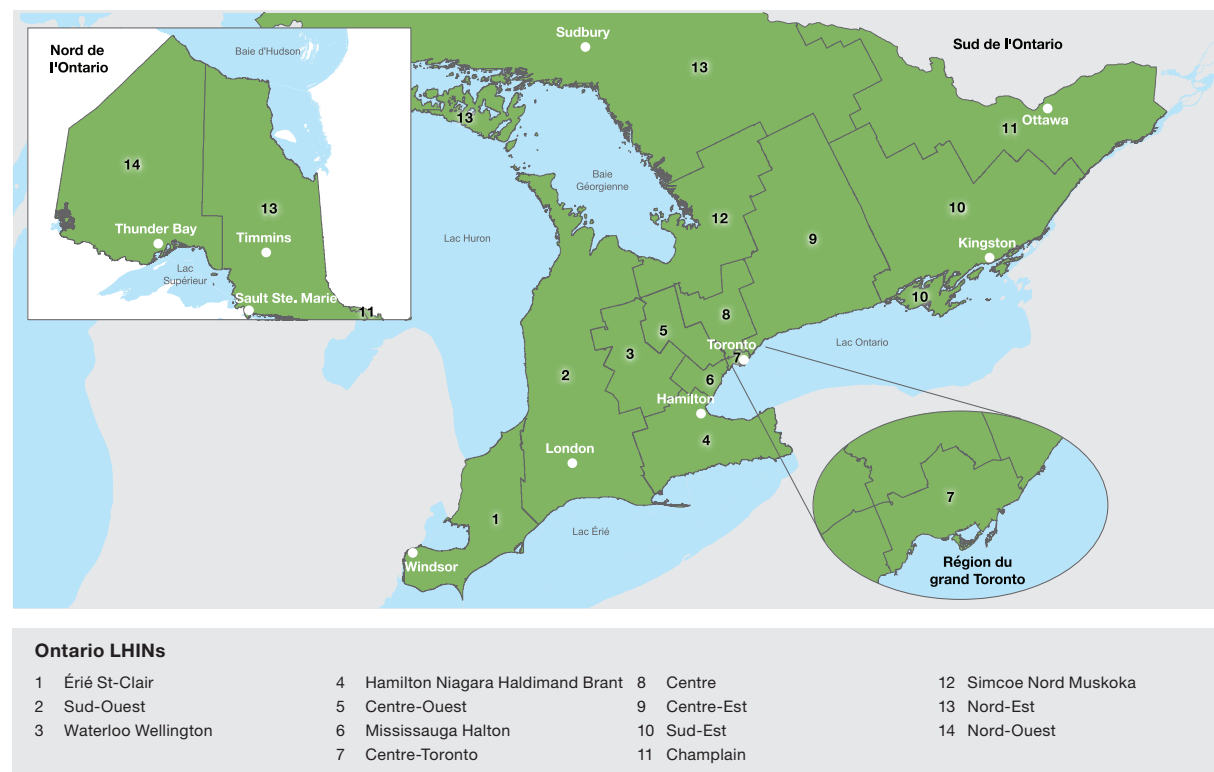
Cette année, *À la hauteur* comporte un nouveau chapitre, sur les soins palliatifs. Il traite des soins que les gens reçoivent lorsqu'ils sont en fin de vie en raison d'une maladie mortelle, quand ils sont confrontés à d'immenses défis physiques et émotionnels et peuvent avoir besoin de soins très complexes. Les indicateurs contenus dans le nouveau chapitre sur les soins palliatifs ont pour but de jeter les bases pour la production de rapports publics dans ce domaine clé du système de santé.

Le rapport de cette année souligne aussi les résultats d'indicateurs axés sur l'équité entre les régions géographiques et les groupes de population, faisant la comparaison entre les soins de qualité que reçoivent, par exemple, les personnes vivant dans les quartiers où le niveau d'éducation est limité, les nouveaux immigrants, ou les personnes qui vivent dans des régions isolées ou rurales de la province.

Comme pour les éditions précédentes, le rapport *À la hauteur* commence par un chapitre sur la santé générale et les comportements à risque des habitants de la province. Suivent ensuite des chapitres sur les soins primaires, la santé mentale et les dépendances, les soins à domicile, les soins hospitaliers, les soins de longue durée, les soins palliatifs, l'intégration des soins de santé, les effectifs en santé, et les dépenses de santé.

Trois indicateurs qui figurent pour la première fois dans le rapport présentent de nouvelles perspectives sur ce que cela signifie être patiente ou patient dans un foyer de soins de longue durée. Ces indicateurs mesurent les symptômes de la dépression chez les résidentes et résidents, la douleur ressentie par ces personnes, et l'utilisation des antipsychotiques in foyers de soins de longue durée. Un nouvel indicateur figure aussi dans le chapitre sur les dépenses de santé, qui examine le pourcentage de personnes qui bénéficient d'une assurance médicaments privée en Ontario et les groupes de population plus ou moins susceptibles d'avoir une telle assurance.

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



Rassembler tous les éléments

Afin de préparer ce rapport, Qualité des services de santé Ontario a travaillé avec plusieurs organismes qui ont recueilli et gardé des données sur le système de santé de la province. Les dernières données disponibles sont utilisées pour le rapport et, dans la mesure du possible, les données qui permettent la comparaison du rendement sur un certain nombre d'années.

Pour plusieurs indicateurs, les comparaisons régionales du rendement sont fondées sur les données disponibles pour la région géographique couverte par chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario (RLISS) (Figure 1.1). Les RLISS sont responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé dans les régions qui leur sont affectées, et sont eux-mêmes financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

La santé des Ontariennes et Ontariens



Dans ce chapitre, nous présentons les indicateurs suivants du programme d'amélioration de la qualité associés à la santé des personnes vivant en Ontario :

- Facteurs à risque (tabagisme, inactivité, consommation insuffisante de fruits et de légumes et obésité)
- État de santé autodéclaré
- Maladies chroniques
- Mortalité infantile
- Espérance de vie
- Mortalité prématurée

Photo de Mike et Shelly prise par Roger Yip, voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

Sauveurs de vies : l'histoire de Mike

« Oncle Mike, je ne veux pas te perdre », a dit Lisa. « Tu dois faire quelque chose au sujet de ton poids. » Ses mots auront fini par changer le cours de la vie de Mike.

À 68 ans et ayant des antécédents de problèmes cardiaques, Mike a suivi les conseils de sa nièce bien-aimée. Il connecté avec diététiste Shelly Amato grâce à un programme de bien-être dans un hôpital de Windsor et, au bout de trois mois, a perdu 25 livres. « C'est vraiment un très bon programme et je sens que ma qualité de vie s'est grandement améliorée », déclare Mike.

Le bien-être n'a pas toujours été au cœur de la vie de Mike. En tant qu'agent immobilier assidu et propriétaire d'immeuble pendant 40 ans, il a eu beaucoup de stress. Il avait peu de temps pour faire de l'exercice, mangeait peu de légumes et aimait les sucreries. Mike avait une foule de comportements à risque pour la santé, à savoir l'inactivité, la mauvaise alimentation et le stress. Tout cela augmente la probabilité de développer une maladie ou des troubles de santé.

En 2003, Mike a eu une crise cardiaque, suivie d'une seconde quelques semaines plus tard. Après une opération réussie, il a commencé un régime d'exercice, mais son horaire de travail

était toujours exigeant et l'obésité a continué à être un problème.

Il y a un an, Mike a passé un bilan de santé régulier, et son médecin a alors trouvé qu'il y avait des problèmes avec son cœur, et une intervention a été réalisée avec succès. C'est peu après cela que la nièce de Mike, Lisa, une infirmière, a imploré son oncle de perdre du poids. « Je savais que je ne pouvais pas le faire moi-même », dit Mike. Travailler avec Shelly, Mike dit qu'il a complètement changé ses habitudes alimentaires.

« J'avais l'habitude d'être un gros mangeur des sucreries, mais je ne le suis plus. Je mange des légumes et des fruits, et je ne prends plus de deuxièmes portions. On nous a même amenés dans les centres commerciaux et on nous a appris à lire les étiquettes des aliments. »

Le programme de bien-être fait aussi que Mike et d'autres personnes dans des situations similaires viennent faire des exercices deux fois par semaine. De plus, il va de lui-même à un centre sportif. « J'essaie de faire des exercices cinq ou six fois par semaine », dit-il. Il pèse maintenant 215 livres, alors qu'il en pesait 240 auparavant, et a pour objectif d'atteindre 185 livres.

En réfléchissant sur ce qu'il a vécu, Mike se rend compte que son cas est commun et que les mesures qu'il a prises pour améliorer sa santé et son bien-être lui ont fort probablement sauvé la vie. « Beaucoup de gens ont les types de comportements à risque que j'avais », conclut Mike. « Si vous ne faites pas quelque chose à ce sujet, vous allez avoir un problème. »

<< J'ai vu une diététiste au centre de bien-être et elle m'a aidé à complètement changer mes habitudes alimentaires, j'avais l'habitude d'être un gros mangeur des sucreries, mais je ne le suis plus. >>

Observer la santé des personnes qui vivent en Ontario

Dès qu'une personne naît, sa santé et son bien-être dépendent de nombreux facteurs, notamment ses comportements, comme l'activité physique ou non, le tabagisme ou non et une bonne alimentation ou non.

L'observation de ces facteurs peut être un outil utile pour prévoir ces menaces pour d'une population dans son ensemble[4]. Tout comme mesurer la façon dont les gens évaluent eux-mêmes leur santé, ce qui s'est avéré être une excellente prévision de leur santé future. En outre, en observant des indicateurs de longue date comme l'espérance de vie et les taux de mortalité infantile, on obtient des renseignements sur la santé de la population.

Examiner des données sur les facteurs associés à la santé, l'état de santé autodéclaré et la longévité permet de déterminer les tendances en santé, de constater quand et où la santé des gens est à risque, et d'intervenir comme il se doit en établissant des politiques de santé et des mesures de prévention des maladies appropriées.

Pour beaucoup d'indicateurs, les résultats provinciaux sont restés relativement stables au cours des cinq dernières années. Au-delà des tendances générales, toutefois, on peut en savoir plus en examinant la façon dont les résultats des indicateurs varient en fonction de divers facteurs tels que le revenu, le sexe et l'éducation. Une analyse des répercussions de ces facteurs a permis d'établir que l'éducation avait une incidence appréciable sur tous les résultats des indicateurs, par conséquent, ce chapitre souligne les variations dues au niveau d'éducation.

Cette section
porte sur quatre
principaux
facteurs à risque :

- Tabagisme
- Inactivité physique
- Obésité
- Consommation
insuffisante
de fruits et de
légumes

Facteurs à risque

Les facteurs à risque sont des activités qui peuvent donner lieu à de mauvais résultats pour la santé. Le tabagisme et l'obésité sont des exemples de facteurs à risque qui peuvent accroître les risques de maladie cardiaque, de cancer ou d'autres maladies.

Si les gens étaient capables de limiter leurs facteurs et avaient la possibilité de faire les bons choix, cela accroîtrait leurs chances de vivre une vie plus longue, plus saine. Mais nous savons que ces changements de facteurs ne sont pas toujours simples.

Les facteurs géographiques, socio-économiques et cultures peuvent affecter le comportement et les choix des gens. Par exemple, les personnes dont les revenus sont bas n'ont peut-être pas les moyens de s'acheter des fruits et des légumes frais, limitant leur capacité à faire les bons choix alimentaires. En outre, le prix des fruits et des légumes vendus dans les épiceries de certains quartiers peut faire en sorte qu'il soit difficile de bien se nourrir pour les personnes qui n'ont pourtant pas un faible revenu.[5]

i Indicateurs des facteurs à risque	Ce qu'ils montrent
Tabagisme	Le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont indiqué fumer des cigarettes tous les jours ou à l'occasion
Inactivité physique	Le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont indiqué ne pas être actives physiquement, tel que mesuré par l'indice d'activité physique quotidienne moyenne de Statistique Canada, qui classe les répondantes et répondants comme étant « actifs », « modérément actifs » ou « inactifs » pendant leurs heures libres, compte tenu de l'énergie quotidienne dépensée, d'après les réponses sur la nature, la fréquence et la durée de l'activité physique pendant les loisirs[6]
Obésité	Le pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui étaient obèses, compte tenu de leur taille et de leur poids
Inadequate fruit & vegetable intake	Le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont indiqué une consommation insuffisante de fruits et de légumes, soit moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour

Le saviez-vous?

Si tout le monde a changé leur comportement pour faire face à seulement leur risque pour la santé plus important, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique, l'alimentation ou le stress, l'espérance de vie en Ontario dans son ensemble augmenterait jusqu'à 3,7 ans.[7]

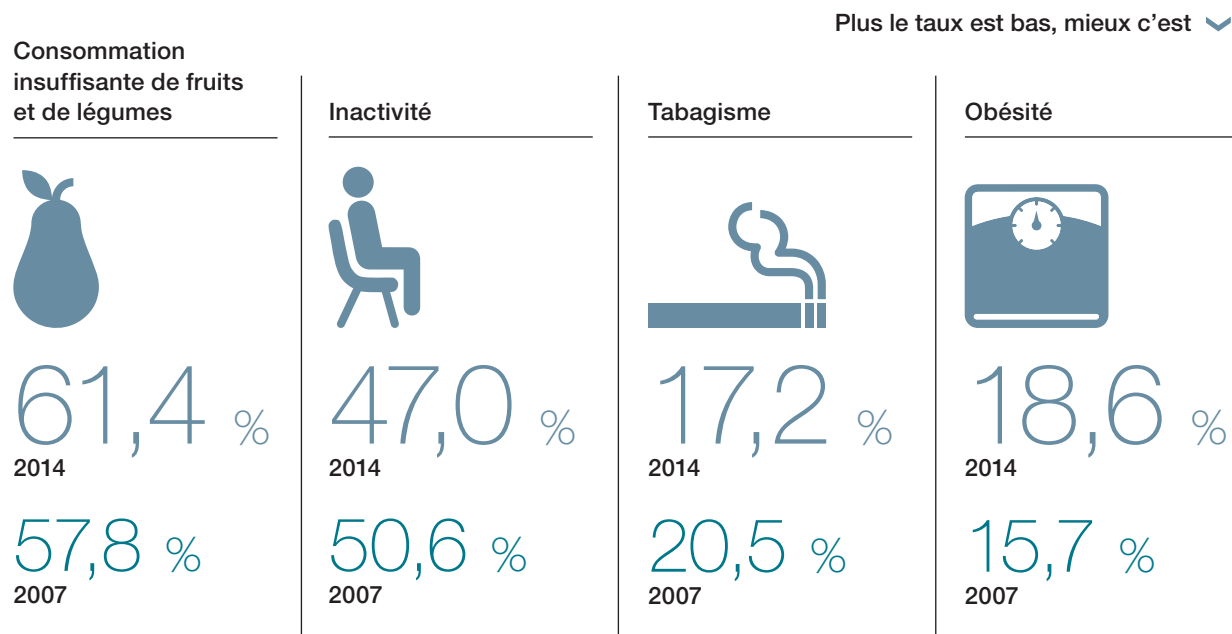
Globalement, entre 2004 et 2013, une tranche de près de 90 milliards de dollars des coûts de santé pourrait être attribuée à des comportements tels que l'inactivité physique, le tabagisme, l'abus d'alcool et une mauvaise alimentation.[8]

Conclusions et variations

Entre 2007 et 2014, les taux d'inactivité physique et le tabagisme se sont améliorés, tandis que les taux de consommation insuffisante de fruits et de légumes et l'obésité ont augmenté (Figure 2.1).

FIGURE 2.1

Pourcentage* de la population âgée de 12 ans et plus qui déclarent fumer des cigarettes par jour/de temps en temps, avoir des fruits et légumes apport insuffisant, et être physiquement inactifs, et le pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus qui étaient obèses basé sur rapporté le poids et la hauteur, en Ontario, 2007 à 2014



Data source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fourni par l'Institut de recherche en services de santé
*Ajusté selon l'âge

Variations selon le niveau d'éducation

Les données montrent que les **diplômés de niveau postsecondaire** sont les personnes les **susceptibles d'adopter les quatre principaux comportements à risque**. Cela est particulièrement vrai pour le tabagisme, pour lequel les taux sont près de trois fois plus élevés chez les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires que chez celles qui ont suivi des études postsecondaires (Table 2.1).

TABLE 2.1

Pourcentage* de la population âgée de 12 ans et plus qui déclarent fumer des cigarettes par jour/de temps en temps, avoir des fruits et légumes apport insuffisant, et être physiquement inactifs, et le pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus qui étaient obèses basé sur rapporté le poids et la hauteur, en Ontario, selon le niveau d'éducation, 2014

Plus le taux est bas, mieux c'est ▼			
Consommation insuffisante de fruits et de légumes	Inactivité	Tabagisme	Obésité
			
57,8 % Obtention d'un diplôme d'études postsecondaires	45,2 % Obtention d'un diplôme d'études postsecondaires	13,4 % Obtention d'un diplôme d'études postsecondaires	19,5 % Obtention d'un diplôme d'études postsecondaires
66,5 % Obtention d'un diplôme d'études secondaire	55,0 % Obtention d'un diplôme d'études secondaire	26,8 % Obtention d'un diplôme d'études secondaire	26,1 % Obtention d'un diplôme d'études secondaire
72,9 % Études inférieures au secondaire	61,5 % Études inférieures au secondaire	36,3 % Études inférieures au secondaire	24,6 % Études inférieures au secondaire

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

*Ajusté selon l'âge

État de santé autodéclaré

Ce que nous pensons de notre état de santé est souvent le miroir de notre santé actuelle et future. D'après les recherches, lorsqu'on demande aux gens d'indiquer si leur santé est excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise, leurs réponses semblent être une indication précise de leur santé future, y compris le risque d'avoir certaines maladies et de mourir prématurément[9,10]. Si les perceptions des gens sont subjectives, le fait qu'elles sont exactes peut être important pour le système de santé. On peut utiliser ces perceptions, par exemple, pour calculer la capacité requise pour appuyer le système qui doit être mise en place pour les personnes qui seront invalides dans le futur.

Conclusions et variations

Globalement, en Ontario, le pourcentage de personnes qui ont indiqué que leur santé est excellente/très bonne, bonne, ou moyenne/mauvaise est resté stable pour chaque état de santé depuis 2007[11].

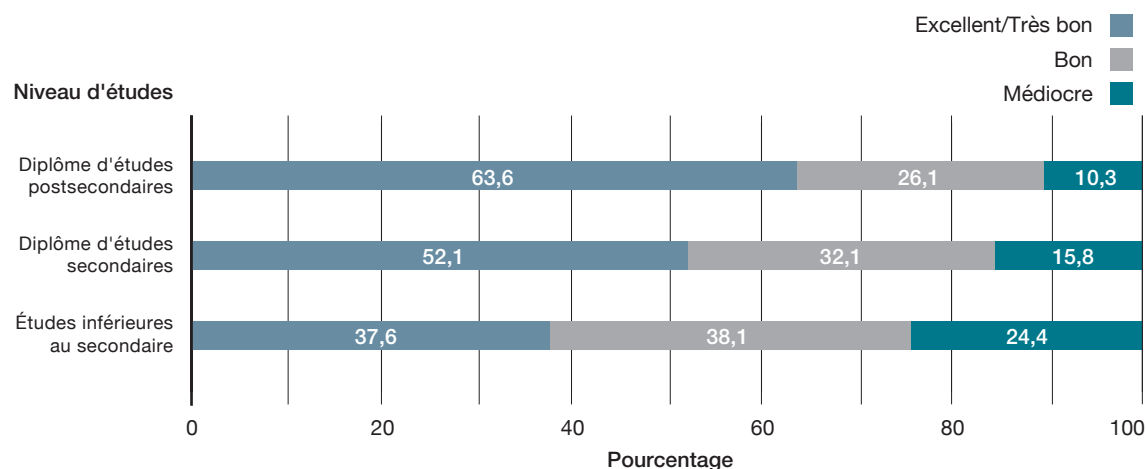
Variations selon le niveau d'éducation

Les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires étaient moins susceptibles (37,6 %) d'indiquer que leur santé est excellente/très bonne comparativement à celle des personnes qui ont fait des études secondaires ou postsecondaires, parmi lesquelles 52,1 % et 63,6 %, respectivement, ont indiqué que leur santé est excellente/très bonne (Figure 2.2).

FIGURE 2.2

Pourcentage* de personnes âgées de 25 ans et plus qui ont indiqué si leur santé est excellente/très bonne, bonne, ou moyenne/mauvaise, en Ontario, selon le niveau d'éducation, 2014

Plus le taux est élevé, mieux c'est pour Excellent/Très bon et Bon; Plus le taux est bas, mieux c'est pour médiocre ^



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014 fourni par l'Institut de recherche en services de santé
*Ajusté selon l'âge

i **Indicateur : État de santé autodéclaré**
Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes vivant en Ontario âgées de 12 ans et plus, qui ont indiqué avoir une santé excellente/très bonne, bonne ou moyenne/mauvaise.

Le saviez-vous?

Environ 65 personnes sur 100 vivant en Ontario en 2014 ont indiqué que leur santé était excellente ou très bonne[11].

Maladies chroniques

Des millions de Canadiennes et Canadiens ont des maladies chroniques comme le diabète, l'arthrite et la maladie mentale. Le Canada jouit d'un système de santé moderne qui propose de nombreux médicaments et traitements permettant à beaucoup de personnes d'avoir des vies productives malgré la maladie. Or, les maladies chroniques peuvent affecter la qualité de la vie, restreindre les capacités physiques, et entraîner des hospitalisations et une hausse des coûts de santé, ainsi que des décès prématurés[12].

Conclusions et variations

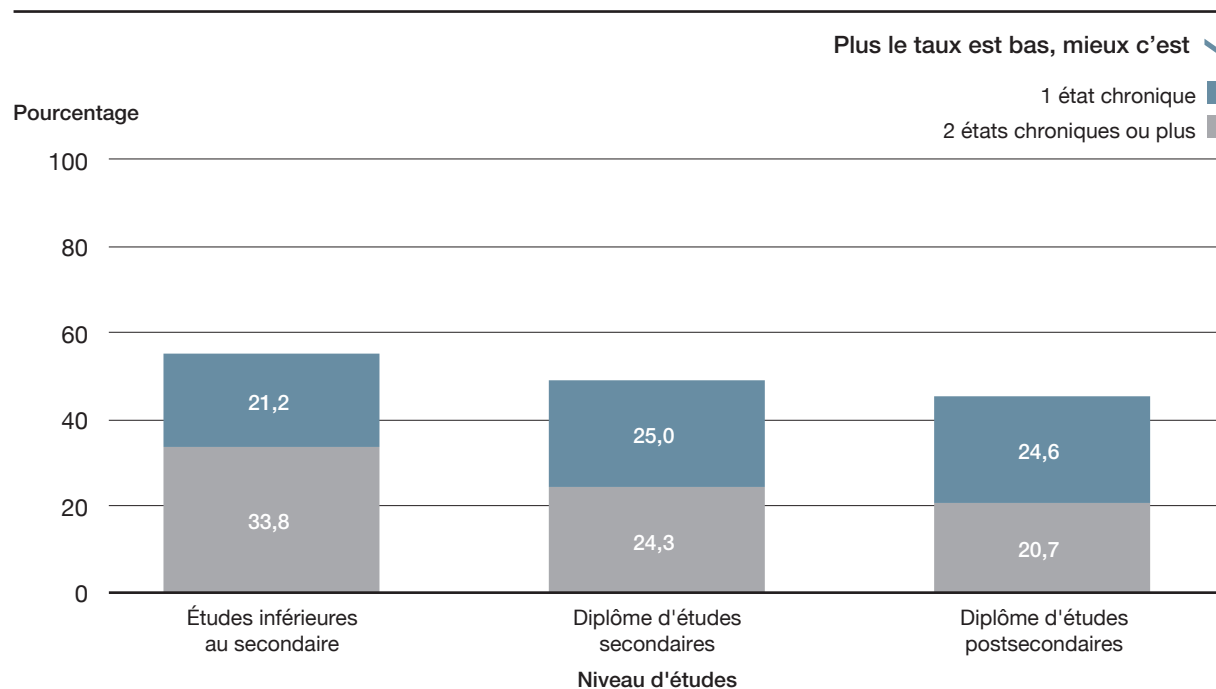
Les taux de maladies chroniques sont restés stables en Ontario depuis 2007. Plus de la moitié, soit 57,4 %, de la population ont indiqué ne pas avoir de maladie chronique en 2014, 23 % ont indiqué avoir une maladie chronique et 20 %, en avoir deux et plus[11].

Variations selon le niveau d'éducation

Si le pourcentage de personnes qui ont indiqué avoir une maladie chronique était similaire pour tous les niveaux d'éducation, il y avait des variations pour deux maladies chroniques ou plus. Les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont bien plus susceptibles d'avoir deux maladies chroniques ou plus (Figure 2.3).

FIGURE 2.3

Pourcentage* de personnes âgées 25 ans et plus indiquant avoir une, deux maladies chroniques ou plus, en Ontario, selon le niveau d'éducation, 2014



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014 fournie par l'Institut de recherche en services de santé
*Ajusté selon l'âge

i Indicateur : Maladies chroniques

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 12 et plus qui ont indiqué avoir une, deux maladies chroniques ou plus comme l'anxiété, l'arthrite, l'asthme, une maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, une maladie cardiaque, l'hypertension ou la dépression.

Le saviez-vous?

En 2014, environ 2,3 millions de personnes vivant en Ontario avaient deux maladies chroniques ou plus, selon une enquête sur l'état de santé autodéclaré[11].

Mortalité infantile

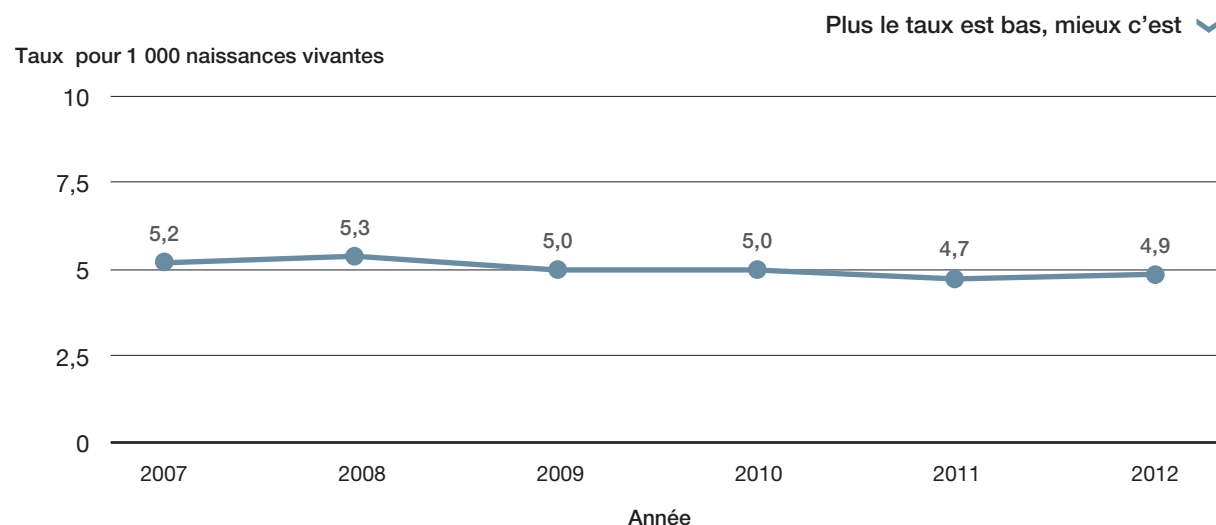
Les taux de mortalité infantile ne sont pas le simple reflet de la santé des nourrissons. Ils donnent une image de la santé des mères et du système de santé en général. Les taux de mortalité infantile reflètent les conditions auxquelles les mères sont soumises pendant, voire avant, la grossesse, y compris leur situation socio-économique et leur capacité d'accéder aux ressources requises pour éviter les comportements à risque. Ces taux peuvent aussi nous aider à déterminer la mesure dans laquelle notre système de santé est efficace et équitable, par exemple, si on les utilise pour observer l'égalité d'accès à des soins obstétricaux et pédiatriques de grande qualité entre divers groupes socio-économiques[13].

Conclusions et variations

Le taux de mortalité infantile en Ontario a baissé entre 2007 et 2012, pour s'établir à 4,9 morts d'enfant pour 1 000 naissances vivantes, contre 5,2 pour 1 000 naissances vivantes (Figure 2,4).

FIGURE 2.4

Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, en Ontario, 2007 à 2012



Source des données : Statistique Canada. Tableau 102-0504 - Décès et taux de mortalité, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuels

Le saviez-vous?

Les taux de mortalité infantile au Canada ont diminué régulièrement entre 1979, lorsqu'il y avait 10,9 morts d'enfant pour 1 000 naissances vivantes, et 2012, où on a constaté 4,9 morts d'enfant pour 1 000 naissances vivantes[14].

i Indicateur : Mortalité infantile

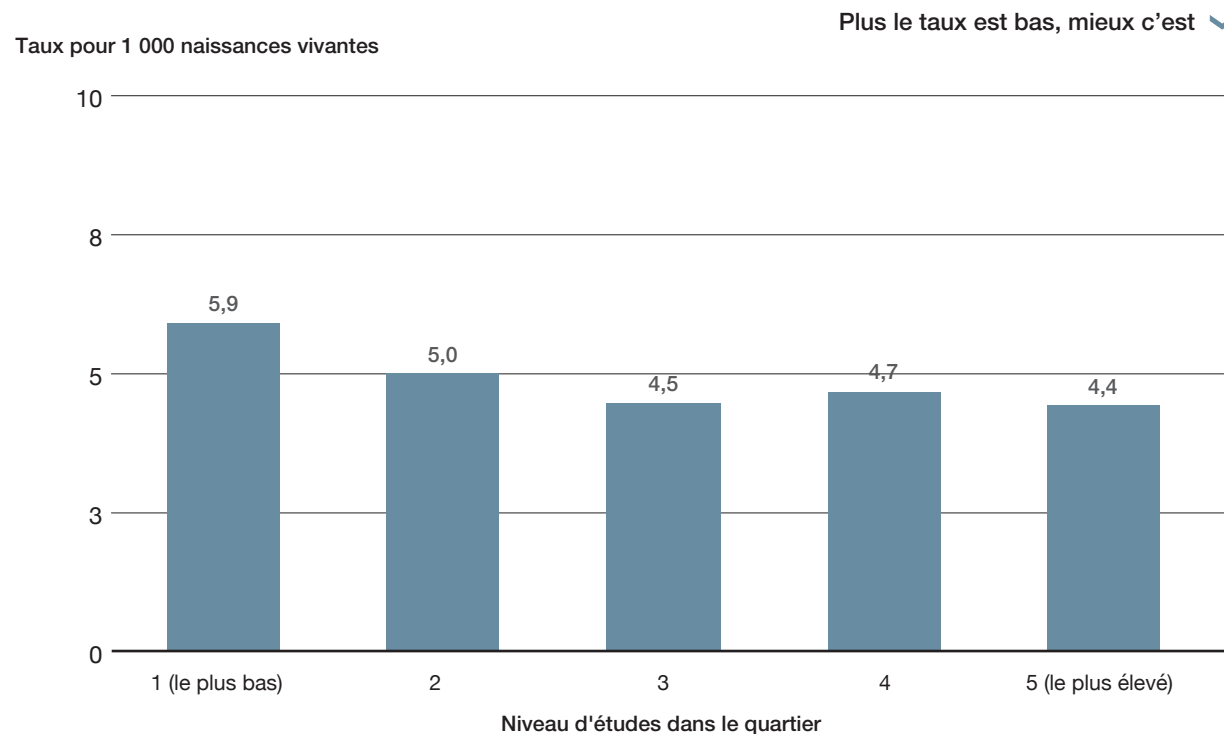
Cet indicateur mesure le nombre de décès chez les enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours de la même année.

Variations selon le niveau d'éducation

La combinaison de deux années de données (2009 à 2011), le taux de mortalité infantile était de 5,9 pour 1 000 naissances vivantes pour les enfants dont la mère vivait dans un quartier où le niveau d'éducation était le plus faible, comparativement à 4,4 pour 1 000 naissances vivantes pour enfants dont la mère vivait dans un quartier où le niveau d'éducation était le plus élevé. Cela a donné lieu à un taux de mortalité infantile de 35 % plus élevé dans les quartiers où le niveau d'éducation était le plus faible (Figure 2.5).

FIGURE 2.5

Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, en Ontario, selon le niveau d'éducation du quartier, 2008-2011



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité, Base canadienne de données sur les naissances, tiré des cubes de données sur les inégalités en santé de l'ASPC

Espérance de vie

L'espérance de vie est utilisé dans le monde entier comme un indicateur de la santé générale d'une population. En 2011, Le Canada se classait au 11^e rang parmi les 44 pays l'Organisation de coopération et de Développement économiques (OCDE).[15]

Conclusions et variations

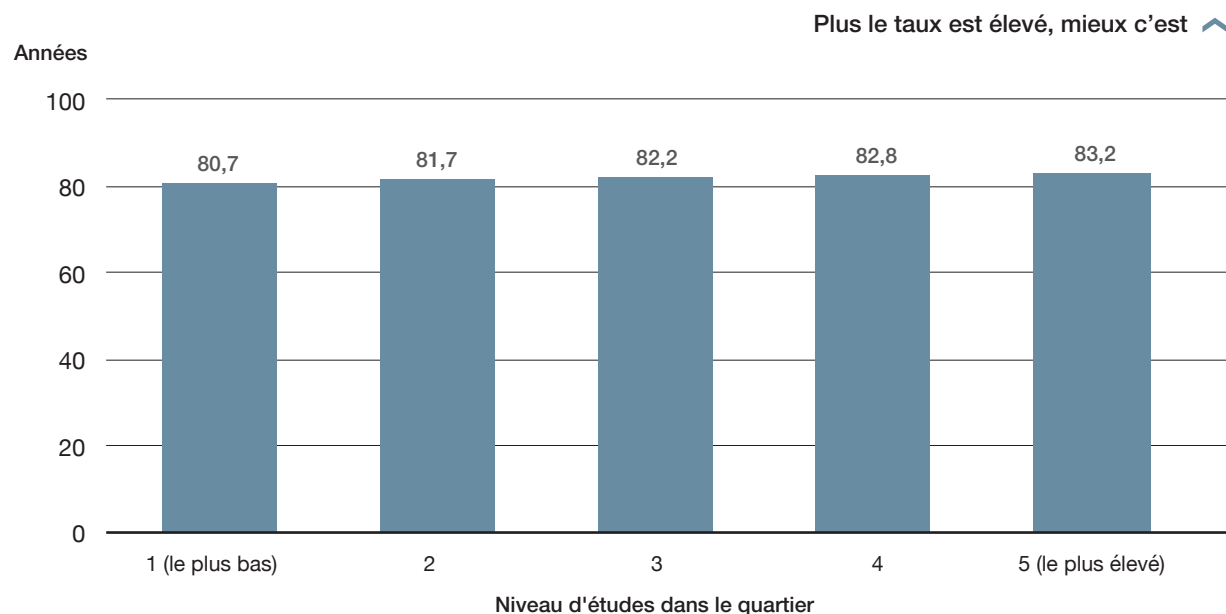
L'espérance de vie des personnes vivant en Ontario est passée de 80,5 ans en 2003-2005 à 82,1 ans en 2009-2011[16].

Variations selon le niveau d'éducation

En 2009-2011, les personnes vivant dans les quartiers où le niveau d'éducation est le plus bas avaient une espérance de vie de 80,7 ans, tandis que celles vivant dans les quartiers où le niveau d'éducation est le plus élevé avaient une espérance de vie de 83,2 ans (Figure 2.6).

FIGURE 2.6

Espérance de vie, en Ontario, selon le niveau d'éducation du quartier, 2009-2011



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité, tirées des cubes de données sur les inégalités en santé de l'ASPC

Le saviez-vous?

Depuis 1920, l'espérance de vie du Canadien de a augmenté de plus de 20 ans[17].

i Indicateur : Espérance de vie

Cet indicateur mesure le nombre moyen d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance.

Années potentielles de vies perdues

Le moment et la façon dont les gens meurent sont affectés par notre système de santé, surtout par les efforts de prévention de la maladie et la façon dont les problèmes de santé sont gérés. Par exemple, les mesures visant à encourager une alimentation saine et l'activité physique dans une population peuvent réduire la prévalence de maladies comme le diabète qui peuvent entraîner un décès prématuré[18].

Dans cette section, nous examinons les années potentielles de vies perdues lorsque les gens meurent prématurément, c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans, au Canada. Lorsqu'une personne meurt à l'âge de 50 ans, on dit qu'elle a perdu 25 années de sa vie alors qu'une personne qui meurt à l'âge de 74 ans perdrait une année de sa vie.

Conclusions et variations

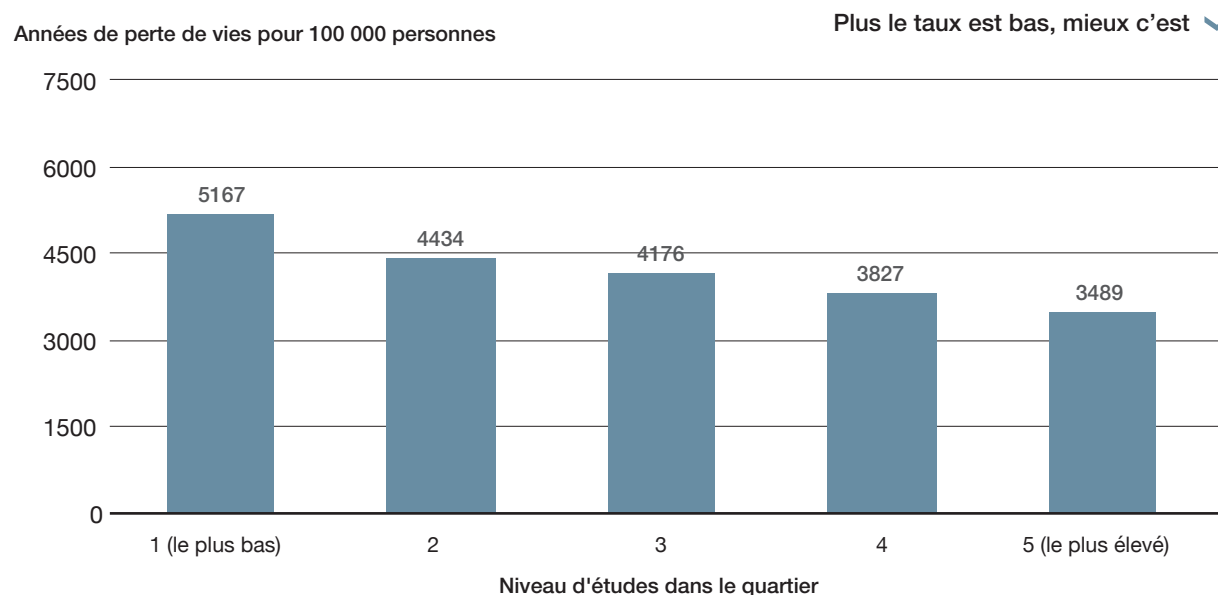
Le nombre total d'années de vie potentielles perdues pour toutes les personnes qui vivent en Ontario a diminué graduellement pour passer de 5 208 années en 2001 à 4 330 années en 2011[19].

Variations selon le niveau d'éducation

Dans les quartiers où le niveau d'éducation est le plus bas, on compte au total 5 167 années de vie perdues pour 100 000 personnes, tandis que dans les quartiers où le niveau d'éducation est le plus élevé, on compte 3 489 années de vies perdues pour 100 000 personnes, soit un taux plus élevé de 48 % d'années de vies perdues dans les quartiers où le niveau d'éducation est le plus bas (Figure 2.7).

FIGURE 2.7

Années potentielles de vies perdues pour 100 000 personnes*, en Ontario, selon le niveau d'éducation du quartier, 2009-2011



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité, tiré des cubes de données sur les inégalités en santé de l'ASPC
*Ajusté selon l'âge

Le saviez-vous?

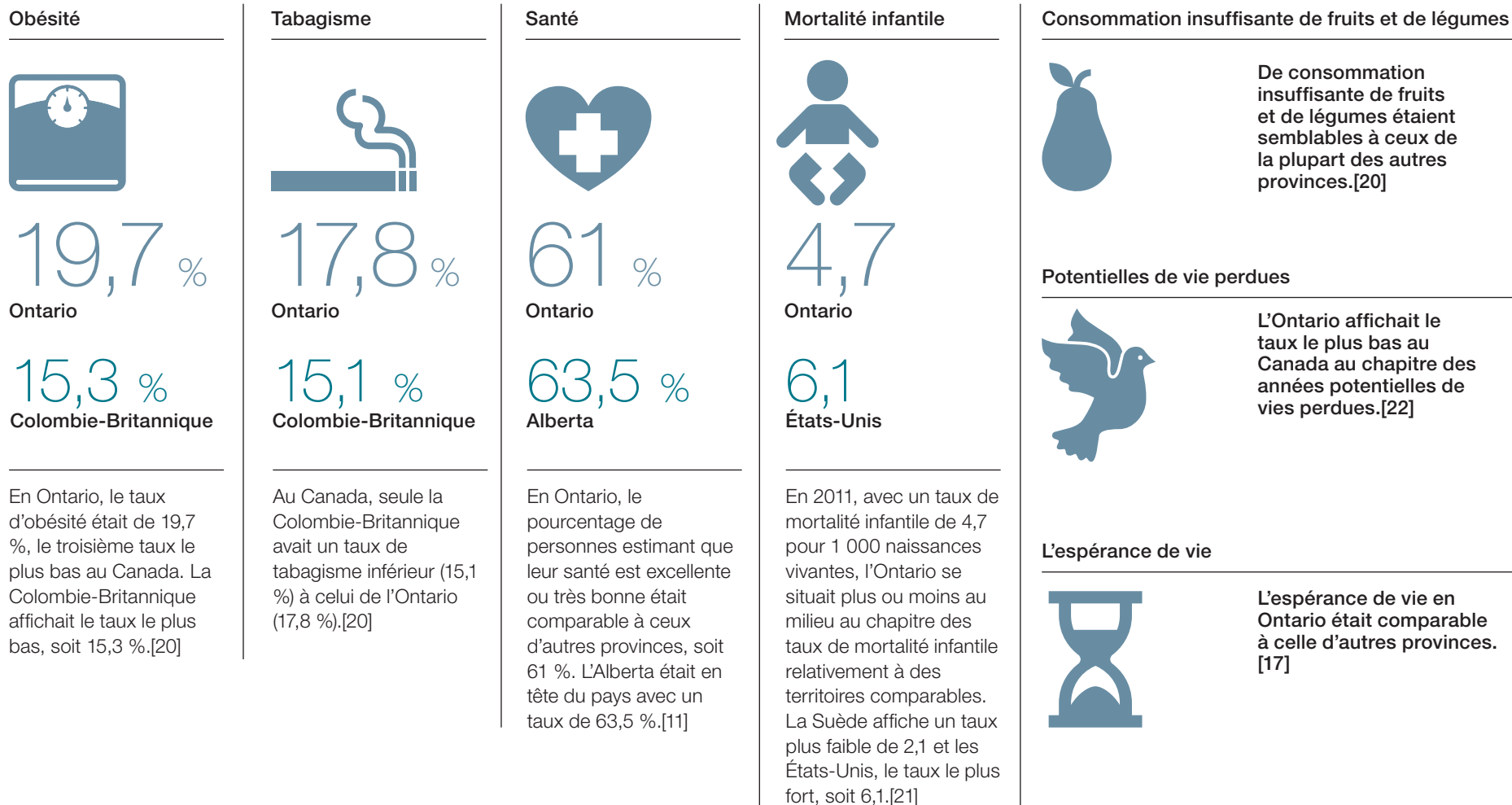
En 2011, plus de 91 900 personnes au Canada sont mortes prématurément, avant l'âge de 75 ans, ce qui signifie que près de 38 % de l'ensemble des décès étaient prématurés[19].

i Indicateur : Années potentielles de vies perdues

Cet indicateur mesure le nombre total d'années de vies perdues prématurément, avant l'âge de 75 ans, pour 100 000 personnes.

Comment l'Ontario se compare à d'autres territoires

Observer la façon dont les indicateurs de la santé de la population en Ontario se comparaient aux indicateurs du reste du Canada ou d'autres juridictions au cours des récentes années est un autre moyen d'évaluer la santé des personnes qui vivent dans la province.



En résumé

En Ontario, les gens voient leur santé de manière positive, ce qui explique pourquoi on peut être optimiste au sujet de la santé actuelle et future de la population. Bien que les facteurs de risque pour la santé du tabagisme et l'inactivité physique sont améliorées depuis 2007, les taux d'obésité et de consommation insuffisante de fruits et de légumes ont augmenté. Toutefois, des améliorations sont nécessaires au chapitre des habitudes alimentaires et des taux d'obésité. Les taux de mortalité infantile ont diminué graduellement, mais les écarts entre les taux de mortalité infantile des quartiers où le niveau d'éducation est le plus bas et ceux où il est le plus élevé suggèrent que les choses peuvent être améliorées. L'espérance de vie s'est légèrement accrue.

Les personnes plus instruites indiquent avoir davantage de comportements sains que les personnes moins instruites. De plus, les taux de mortalité infantile sont plus bas pour les enfants dont les mères vivent dans des quartiers où les niveaux d'éducation sont les plus élevés, et les quartiers où le niveau d'éducation est le plus élevé affichent le plus faible nombre d'années potentielles de vies perdues et l'espérance de vie est la plus longue.

Cette connaissance des tendances peut être utilisée pour établir des initiatives ciblées de promotion de la santé afin de s'assurer que toutes les personnes qui vivent en Ontario ont la possibilité d'être en meilleure santé.

Soins primaires



Ce chapitre porte sur les indicateurs suivants du programme commun d'amélioration de la qualité associés soins primaires:

- Avoir un fournisseur de soins primaires
- Accès le jour même ou le lendemain aux soins primaires
- Accès aux soins en dehors des périodes ouvrables
- Participation des gens aux décisions concernant leurs soins
- Dépistage du cancer colorectal non effectué en temps voulu
- Examens des yeux

Photo de Nicolette prise par Roger Yip, voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

La technologie change le visage des soins primaires : L'histoire de Nicolette

Nicolette Skaarup, une infirmière auxiliaire autorisée à Chatham, se souvient d'une femme qui s'inquiétait au sujet de ses fils, âgés de 2 ans et 5 ans, et de sa fille, 9 ans. Les enfants se plaignaient d'oreilles douloureuses mais, pendant plus d'une semaine, leur mère ne parvenait pas à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille. La famille s'est donc rendue à la nouvelle clinique sans rendez-vous de Chatham, les jeunes traînant les pieds, jusqu'à ce que Nicolette les accueille dans la salle d'examen, où ils ont vu des « vidéos » et des « jeux » sur un écran d'ordinateur. Ils étaient entrés dans le monde du Réseau Télémédecine Ontario.

Nicolette a pris des photos des tympans des enfants avec un otoscope numérique qui se branche directement sur l'ordinateur. « Ils pensaient que je leur mettais un jeu vidéo dans les oreilles », raconte Nicolette. Elle a ensuite envoyé les images à un médecin qui travaille en dehors de la clinique et entré les renseignements sur les patients dans les dossiers médicaux électroniques partagés par la clinique de Chatham et les médecins. Après un rapide message de clavardage Web de Nicolette à plusieurs médecins maximum disponibles en ligne (surtout à Toronto et à Ottawa), ils étaient prêts pour la téléconsultation.

Pendant que le médecin de famille, assis dans son bureau à 150 kilomètres de là, examinait les notes et les images, Nicolette a rassuré la mère sur la confidentialité : les patients doivent donner leur consentement pour des photos. Ils font tous les efforts possibles pour ne pas identifier le patient dans une photo, toutes les images sont supprimées de l'ordinateur dès qu'elles sont envoyées au médecin; et le réseau sécurisé de vidéoconférence est conforme à la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario et à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques du Canada.

En quelques minutes, l'ordinateur à la clinique de Chatham s'est mis à émettre des bips. « Les enfants ont trouvé que la sonnerie ressemblait à celle d'un jeu », se souvient Nicolette. On a commencé à entendre et à voir un médecin de famille à l'ordinateur. « Les enfants me demandaient : "Êtes-vous en train de faire du FaceTime ou est-ce que le médecin est sur YouTube?" » Nicolette rit. « Ils pensaient que c'était tellement branché. » Le médecin a discuté avec la famille et avec Nicolette. Il a rédigé, pour les infections d'oreilles des enfants, une ordonnance d'antibiotiques qui s'est imprimée quelques minutes plus tard du côté de Nicolette.

Pour d'autres patients, Nicolette utilise parfois un appareil photo numérique pour prendre des photos de parties du corps que le médecin ne peut pas voir sur la webcam et les envoie par courriel au médecin. Ses patients plus âgés sont tout aussi impressionnés par le service de télémédecine que

les enfants, dit Nicolette. « Ils peuvent à peine croire qu'il s'agit d'une option. Ils sont ravis de ne pas avoir à rester assis six heures au service d'urgence » pour voir un médecin – ce qui est souvent leur seul choix, étant donné le manque d'accès, le même jour, le lendemain et après les heures normales, aux médecins de famille à Chatham.

Environ la moitié des personnes que Nicolette voit à la clinique sans rendez-vous sont des « orphelins du système de soins primaires – elles n'ont pas de médecin de famille du tout », explique-t-elle. Mis à part les régions telles que Chatham-Kent qui sont mal desservies en soins primaires, la télémédecine et d'autres technologies aident les patients à mobilité réduite.

« Ce ne sont pas des médecins dans un centre d'appels, ils travaillent depuis leur cabinet de pratique familiale ou leur cabinet privé », dit Nicolette. « Je n'aime pas qu'on dise que le médecin de télémédecine n'est pas physiquement avec le patient. Ils se voient et se parlent, tout comme s'ils étaient dans la même pièce. »

Real-World Experiences

Messages contradictoires : l'histoire de Bill

Bill reçoit parfois des messages contradictoires des fournisseurs de soins de santé dans la petite ville de Chatham où il a vécu toute sa vie.

Une fois quand il avait un gros mal de gorge, Bill a attendu huit jours pour avoir un rendez-vous avec son médecin de famille, ce qui constituait le temps d'attente normal, mais on lui a dit qu'il aurait dû aller au service d'urgence au lieu d'attendre. Une autre fois, quand il est allé directement au service d'urgence pour faire soigner une oreille bouchée douloureuse, une infirmière lui a dit qu'il ne devrait pas être là et a ajouté : « Allez voir votre médecin de famille, demain ou lundi ». En hochant la tête, Bill déclare : « Si c'était possible, je ne serais pas venu d'abord à l'urgence. »

L'homme de 69 ans dit : « J'essaie de ne pas abuser des services d'urgences », ajoutant que lui, sa femme et sa mère âgée ont utilisé le service d'urgence environ une demi-douzaine de fois au cours des deux dernières années, et ont attendu environ huit heures à chaque visite. L'urgence « devient assez engorgée », selon Bill. « Il y a environ 20 lits là-bas. Vous y mettez quelques patients cardiaques, quelques membres cassés, les médecins deviennent préoccupés et tout s'arrête soudainement » pour les personnes attendant à l'urgence du seul hôpital de Chatham. À environ 45 minutes de route à l'est et à l'ouest, on retrouve de très petits hôpitaux

communautaires, et les plus grands hôpitaux de la région sont à London, soit à une heure de route.

Les petites villes peuvent souffrir de pénuries de ressources comparativement aux grandes villes, comme quand Bill a eu une crise cardiaque légère et qu'il n'y avait pas de moyen de transport disponible pour l'amener à l'hôpital à London pour une angiographie. Bill dit qu'il a dû attendre une journée et nuit de plus à l'hôpital Chatham jusqu'à ce qu'une ambulance devienne disponible.

Il n'y a pas que les longues attentes à l'urgence qui dérangent Bill – c'est d'avoir à répéter ses antécédents médicaux. « On me demande au triage de raconter mes antécédents médicaux et, ensuite, la plupart des mêmes questions me seront posées par l'infirmière qui m'est assignée [à l'urgence] », ajoute-t-il. « Si votre infirmière assignée était en pause ou si c'est la période de changement de quart de travail, vous devez expliquer votre situation à nouveau. Ensuite, le médecin retourne à la case départ quand il arrive et pose plusieurs des mêmes questions. » « Mon médecin de famille connaît mes antécédents, lui », soupire-t-il, ajoutant qu'il souhaite pouvoir le voir plus rapidement pour les problèmes non urgents.

Le médecin de famille de longue date de Bill a récemment pris sa retraite. Lui et sa femme, Dona, ont maintenant un nouveau médecin – un natif de Chatham qui a récemment déménagé des États-Unis – qui fait partie d'une équipe de santé

familiale. En souriant, Bill montre un dépliant de l'équipe qui indique : « Nous fournissons un accès le jour même à nos patients qui ont besoin de soins urgents. » « Voilà quelque chose que mon ancien médecin n'a jamais offert. » Bien que Soin urgent ne soit pas défini, Dona a récemment appelé le bureau pour une infection des sinus, et elle a été vue le même jour par son médecin de famille.

Il y a toutefois matière à amélioration dans les soins primaires après les heures normales, dit Bill. Son équipe de santé familiale a des rendez-vous du lundi au jeudi de 17 à 20 heures, mais elle affiche « souvent complet et vous dit d'aller au service d'urgence », déplore Bill. Comme ils n'ont pas beaucoup de temps ni de ressources, « dans le fond, tout ce que les médecins du centre veulent voir le soir, c'est un nez bouché ou un patient qui s'est cogné l'orteil ». Par ailleurs, une clinique sans rendez-vous a récemment ouvert au centre ville de Chatham; elle utilise la télémédecine pour joindre les médecins de famille dans d'autres villes (voir article à la page 27) pour aider à répondre aux besoins des habitants qui n'ont pas accès aux soins primaires. Cependant, étant donné qu'elle ferme à 18 heures en semaine et n'est pas ouverte le week-end, l'accès après les heures normales demeure un défi pour les habitants de Chatham, ajoute Bill.

« Dans cette ville, nous sommes tous logés à la même enseigne », selon Bill. « Nous finissons tous par nous rendre au service d'urgence plus souvent que nous ne le devrions. »

En première ligne : Soins primaires

La plupart des expériences des patientes et patients au sein du système de santé commencent par une consultation auprès d'un médecin de famille, d'une infirmière praticienne ou un autre fournisseur de soins primaires. Ainsi, les fournisseurs de soins primaires sont uniquement placés pour aider les patientes et patients. Non seulement les soins primaires comprennent divers services, par exemple, évaluations, diagnostic, psychothérapie, traitement, dépistage et promotion de la santé, ils jouent aussi un rôle central comme point d'accès vers d'autres fournisseurs de soins.

Avoir un fournisseur de soins primaires

Accéder à des soins primaires complets, constants et coordonnés avec d'autres fournisseurs de soins a une incidence positive sur la santé des gens[23]. En outre, s'assurer que les gens ont accès aux soins primaires peut réduire les coûts pour le système de santé[2]. Les gens qui n'ont pas accès aux soins primaires risquent de recourir à d'autres cadres de soins déjà soumis à de fortes pressions, comme les services des urgences des hôpitaux très encombrés[3].

Bien qu'avoir un fournisseur de soins primaires attitré ne garantisse pas nécessairement qu'il soit facile d'obtenir un rendez-vous avec lui, l'accès s'en trouve considérablement facilité.

Le saviez-vous?

Comparativement aux habitants de dix pays présentant les mêmes caractéristiques sociales et économiques, les personnes qui vivent en Ontario sont au moins capables de consulter un médecin ou une infirmière dans les 24 heures quand elles sont malades[33].

i Indicateur : Avoir un fournisseur de soins primaires

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont indiqué avoir un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires.

Conclusions et variations

En 2015, environ 94 % des personnes âgées de 16 ans et plus en Ontario ont indiqué qu'ils avaient un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires, pourcentage qui est resté stable au cours des deux dernières années[24]. Le pourcentage de personnes ayant un fournisseur de soins est la même pour celles qui vivent en milieu urbain et de personnes qui vivent en milieu rural (Figure 3.1 a).

Toutefois, le temps passé par une personne au Canada était un facteur concernant le recours à un médecin de famille ou à un autre fournisseur de soins primaires. Parmi les nouveaux immigrants — au Canada depuis moins de dix ans — 84,6 % ont indiqué avoir un fournisseur de soins, comparativement à 94 % des personnes nées au Canada et 95,1 % des immigrants établis[24]. Cela ne donne peut-être pas une image complète des nouveaux immigrants. Les personnes qui n'ont pas de carte-santé en Ontario, comme les réfugiés, ou celles qui ne parlent ni le français ni l'anglais n'ont pas participé à l'enquête.

FIGURE 3.1A

Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont un fournisseur de soins primaires, en Ontario, en milieu rural ou urbain, 2015

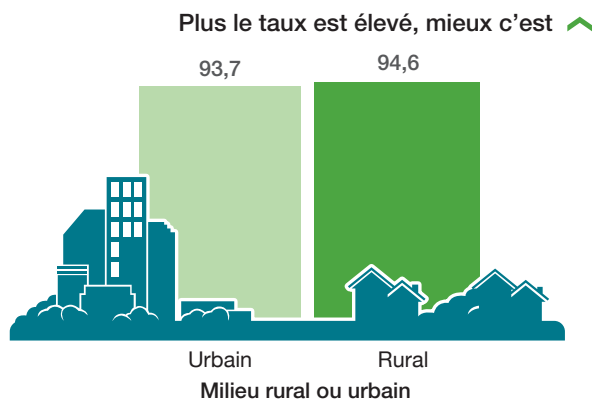


FIGURE 3.1C

Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus a rapporté que l'obtention de l'accès aux soins sur une le soir ou le week-end, sans aller à la service d'urgence, a été très difficile, voire un peu difficile, en Ontario, par urbain/état rural, 2015

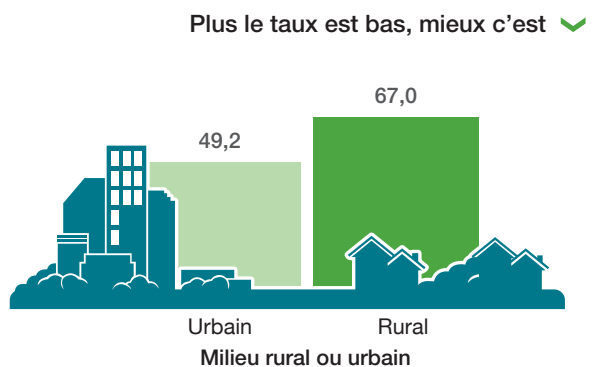


FIGURE 3.1B

Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont pu voir leur fournisseur de soins primaires ou un autre fournisseur de soins primaires dans leur bureau, le même jour ou le lendemain quand ils étaient malade, en Ontario, en milieu rural ou urbain, 2015

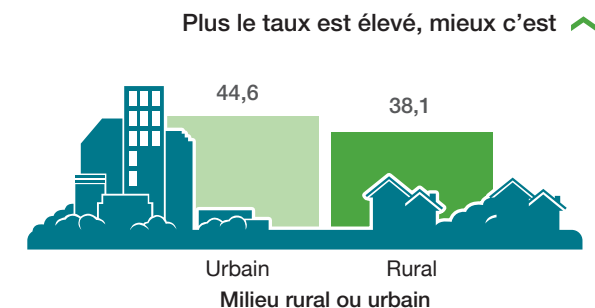
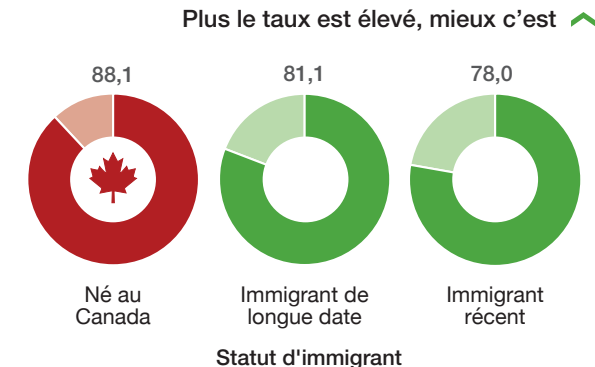


FIGURE 3.1D

Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui déclarent que leur prestataire toujours souvent les implique dans les décisions concernant leur soins, en Ontario, selon le statut d'immigration, 2015



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

Accès à un fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain

Les soins primaires contribuent à prévenir la maladie et les fatalités[23]. Cependant, le simple fait d'avoir un fournisseur de soins primaires ne suffit pas, car cela ne garantit pas que les gens puissent avoir un rendement avec leur soignante ou soignant quand ils sont malades. Environ 20 % des Ontariennes et Ontariens qui ont un médecin attitré peuvent quand même se rendre dans une clinique sans rendez vous, tendance qui peut être associée à l'impossibilité de pouvoir consulter leur fournisseur de soins attitré en temps voulu[25].

Conclusions et variations

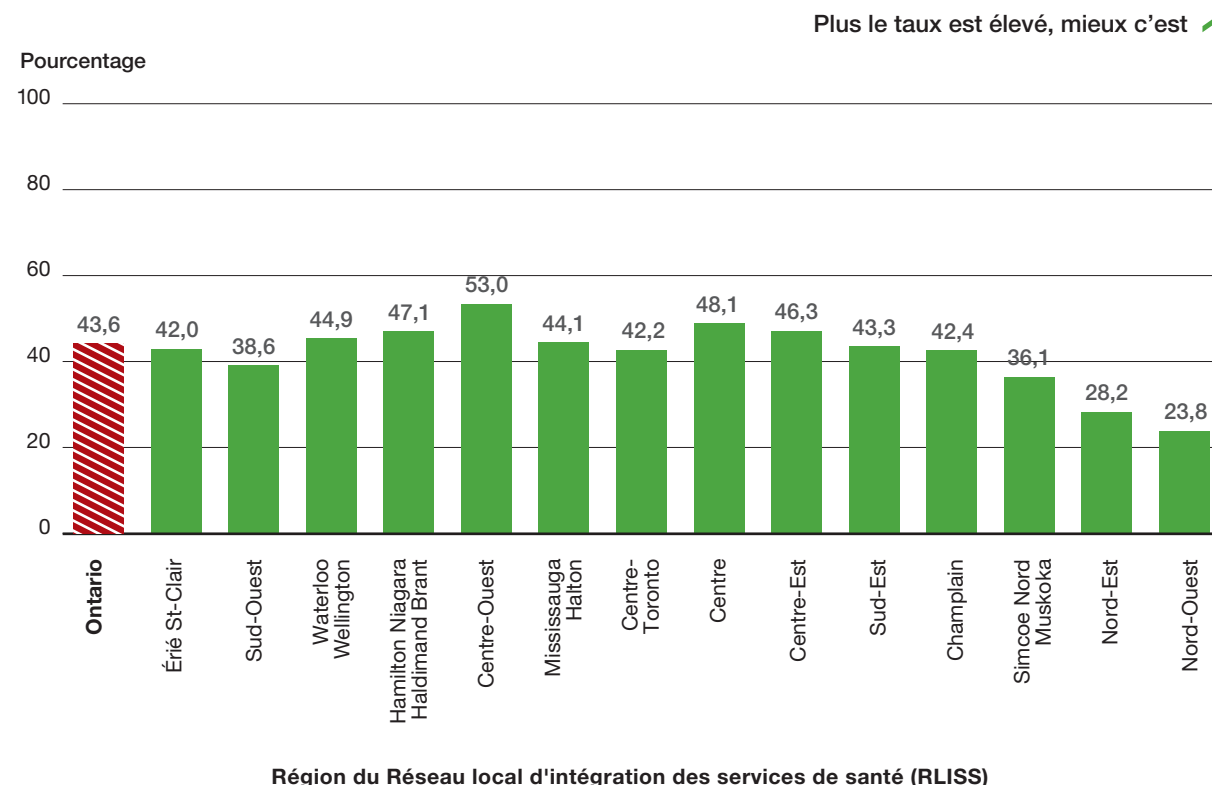
En 2015, en Ontario, moins de la moitié des personnes âgées de 16 ans et plus, soit 43,6 %, ont pu avoir un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires, ou un autre membre du personnel soignant au sein du cabinet, le jour même ou le lendemain quand ils étaient malades ou avaient un problème de santé. Cette situation n'a pas évolué en deux ans[24].

Une plus grande proportion de personnes vivant en milieu urbain ont indiqué pouvoir accéder aux soins primaires le jour même ou le lendemain, soit 44,6 %, contre 38,1 % des personnes qui vivent dans des régions rurales de la province (Figure 3.1 b).

Il y avait aussi des écarts selon la région de la province où vivaient les gens (figure 3.2). Le RLISS du Centre-Ouest est la région où le pourcentage de personnes (53 %) qui ont indiqué avoir obtenu un rendez-vous le jour même ou le lendemain est le plus élevé, tandis que le RLISS du Nord-Ouest est la région où la proportion est la plus faible, soit 23,8 %.

FIGURE 3.2

Pourcentage de personnes âgées de 16 et plus qui ont pu consulter leur fournisseur de soins primaires, ou un autre membre du personnel soignant au sein du cabinet, le jour même ou le lendemain quand elles étaient malades, par région du RLISS, 2015



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

i Indicateur : Accès à un fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus ayant indiqué être en mesure de consulter leur médecin de famille ou un autre membre du personnel soignant au sein du cabinet, le jour même ou le lendemain quand elles étaient malades.

Accès aux soins en dehors des périodes ouvrables

Les gens n'ont pas toujours besoin de consulter un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires pendant les heures normales de bureau. Ils peuvent tomber malades le soir ou en fin de semaine et doivent alors aller au service des urgences local parce qu'ils n'ont ou ne connaissent pas d'autres options. Un meilleur accès aux services de soins primaires en dehors des périodes ouvrables pourrait réduire les visites aux urgences pour des affections qu'un médecin de famille peut traiter, par exemple[26].

Conclusions et variations

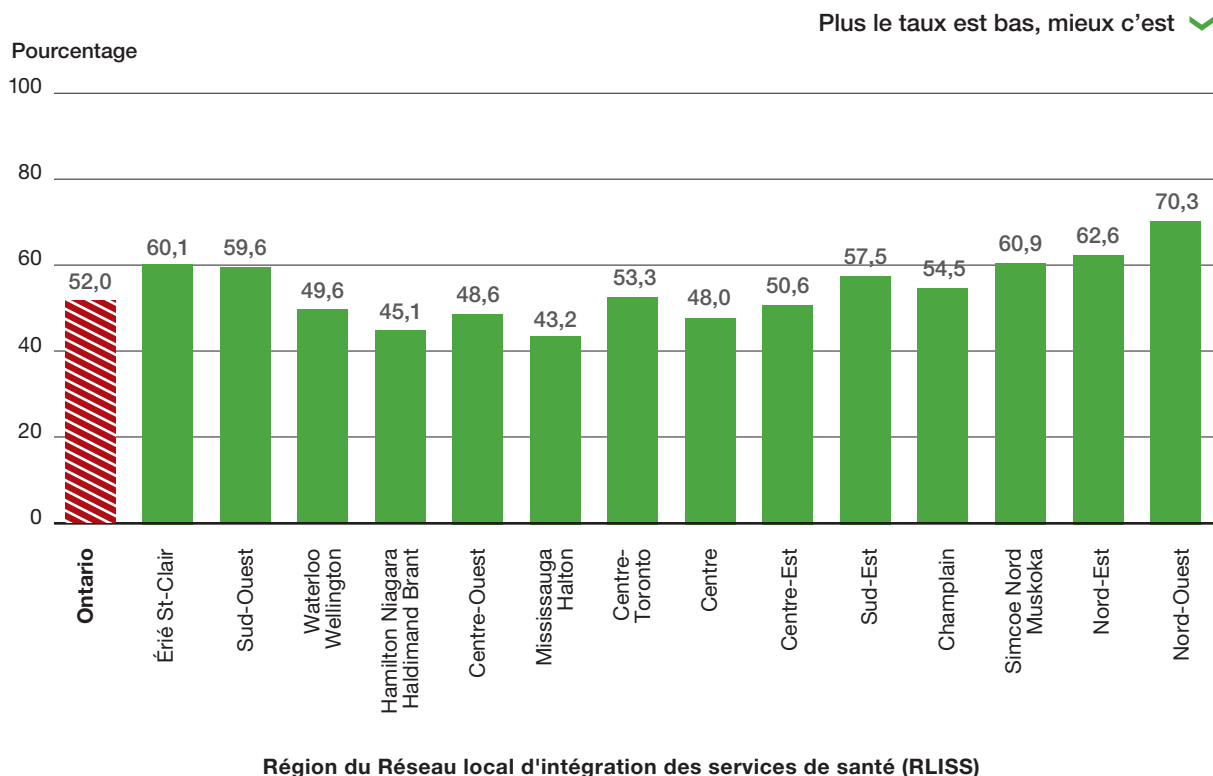
En 2015, 52 % des personnes vivant en Ontario ont indiqué avoir de la difficulté à obtenir des soins en dehors des périodes ouvrables sans se rendre aux urgences, a pourcentage qui est resté stable sur une période de deux ans[24].

Une proportion beaucoup plus importante de personnes vivant en région rurale avait de la difficulté à obtenir des soins en dehors des périodes ouvrables, soit 67 %, comparativement à 49,2 % des personnes en milieu urbain (Figure 3.1 c).

Il y avait des différences régionales en Ontario au chapitre du pourcentage de personnes qui ont indiqué avoir de la difficulté à obtenir des soins le soir ou en fin de semaine sans aller aux urgences. Dans la région du RLISS de Mississauga Halton, moins de la moitié, soit 43,2 %, des personnes ont indiqué avoir de la difficulté à obtenir des soins en dehors des périodes ouvrables. Dans les régions les plus éloignées du RLISS du Nord-Ouest, plus des deux tiers, soit 70,3 %, des gens ont dit avoir du mal à obtenir des soins en dehors des périodes ouvrables (Figure 3.3).

FIGURE 3.3

Pourcentage de personnes âgées de 16 et plus qui ont indiqué qu'obtenir des soins le soir ou en fin de semaine sans devoir aller aux urgences est très ou assez difficile, par région du RLISS, 2015



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

i Indicateur : Accès aux soins primaires en dehors des périodes ouvrables

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes qui ont indiqué avoir de la difficulté à obtenir des soins le soir ou en fin de semaine sans aller aux urgences.

Participation des gens aux décisions concernant leurs soins

Des soins axés sur la patiente ou le patient sont une composante essentielle des soins médicaux de qualité. Il y a plusieurs définitions, mais la plupart parlent de la nécessité pour les gens de participer à la prise de décision concernant leurs soins[27]. Les personnes qui participent autant qu'elles le souhaitent à leurs propres soins vivent généralement de meilleures expériences dans le système de santé.

Conclusions et variations

En 2015, 85,9 % des personnes âgées de 16 ans et plus en Ontario ont indiqué participer autant qu'elles le souhaitent aux décisions concernant leurs soins[24]. Ce niveau de participation reste constant depuis 2013.

Les personnes nées au Canada étaient plus susceptibles (88,1 %) que les personnes établies de longue date (81,1 %) ou les immigrants récents (78,0 %) à participer aux décisions concernant leurs soins. (Figure 3.1 d) Cette image ne reflète peut-être pas toute la gamme d'immigrantes et immigrants récents[24]. En principe les personnes qui n'ont pas de carte-santé, ou celles qui ne parlent ni français ni anglais n'ont pas participé au sondage. Il n'y a pas d'écart notable en ce qui a trait à la participation des personnes qui vivent en milieu rural et celles qui vivent en milieu urbain.



Indicateur : Participation des gens aux décisions concernant leurs soins

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont indiqué que leur fournisseur de soins primaires les inclut toujours, ou souvent, autant qu'elles le souhaitent dans les décisions concernant leurs soins.

Dépistage du cancer colorectal non effectué en temps voulu

Le cancer colorectal est une des causes les plus communes de décès[28]. Bien qu'il puisse être très bien traité si détecté à temps, nombreuses sont les personnes qui ne passent pas le test de dépistage en temps voulu.

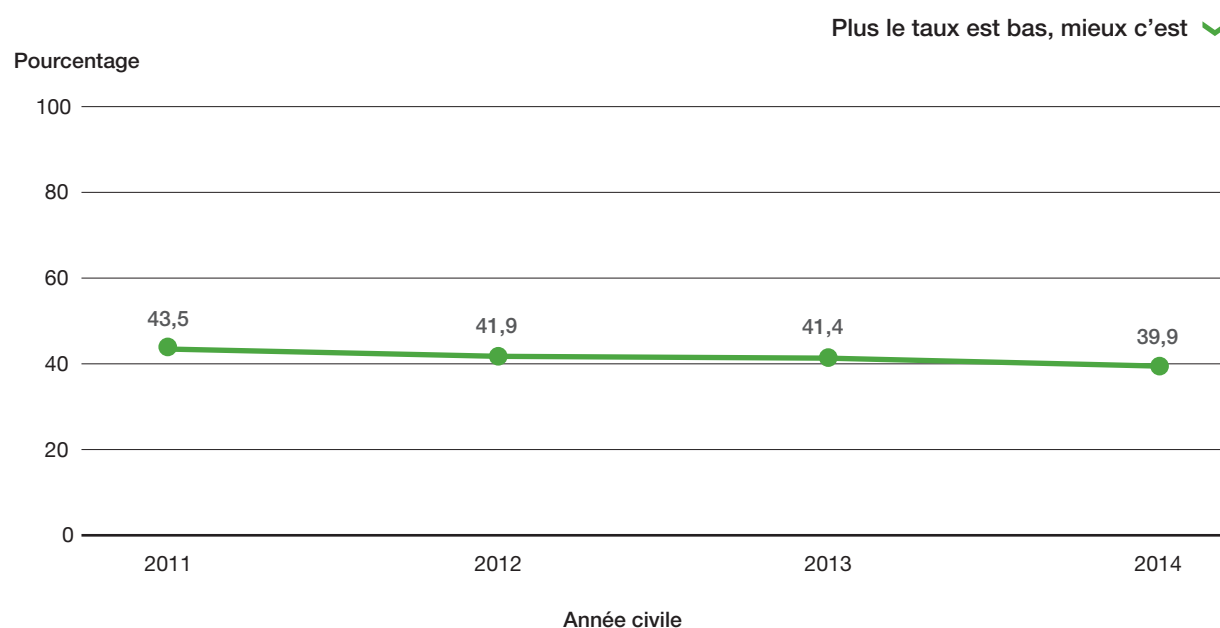
Les fournisseurs de soins primaires jouent un rôle important en informant leurs patientes et patients de l'importance de passer un test de dépistage du cancer colorectal et en appuyant le programme ontarien de dépistage du cancer colorectal, ContrôleCancerColorectal. Le programme recommande que les personnes âgées de 50 à 74 ans qui présentent un risque moyen de cancer colorectal passent tous les deux ans un test de recherche de sang occulte dans les selles[29]. D'autres types de tests de dépistage du cancer colorectal, notamment la sigmoïdoscopie souple ou la colonoscopie, peuvent aussi servir pour le dépistage du cancer[30] et sont inclus dans cet indicateur.

Conclusions et variations

On constate une amélioration régulière de cet indicateur depuis quelques années, le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui n'a pas fait de dépistage du cancer colorectal en temps voulu s'étant établi à 39,9 % en 2014 contre 43,5 % en 2011 (Figure 3,4).

FIGURE 3.4

Pourcentage* de personnes âgées de 50 à 74 qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage du cancer colorectal en temps voulu, en Ontario, 2011 à 2014



Source des données : Dépistage du cancer colorectal : 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

*Ajusté selon l'âge

i Indicateur : Dépistage du cancer colorectal non effectué en temps voulu

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées 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 pas passé de test de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes, de coloscopie au cours des dix années précédentes et de sigmoïdoscopie souple au cours des cinq années précédentes.

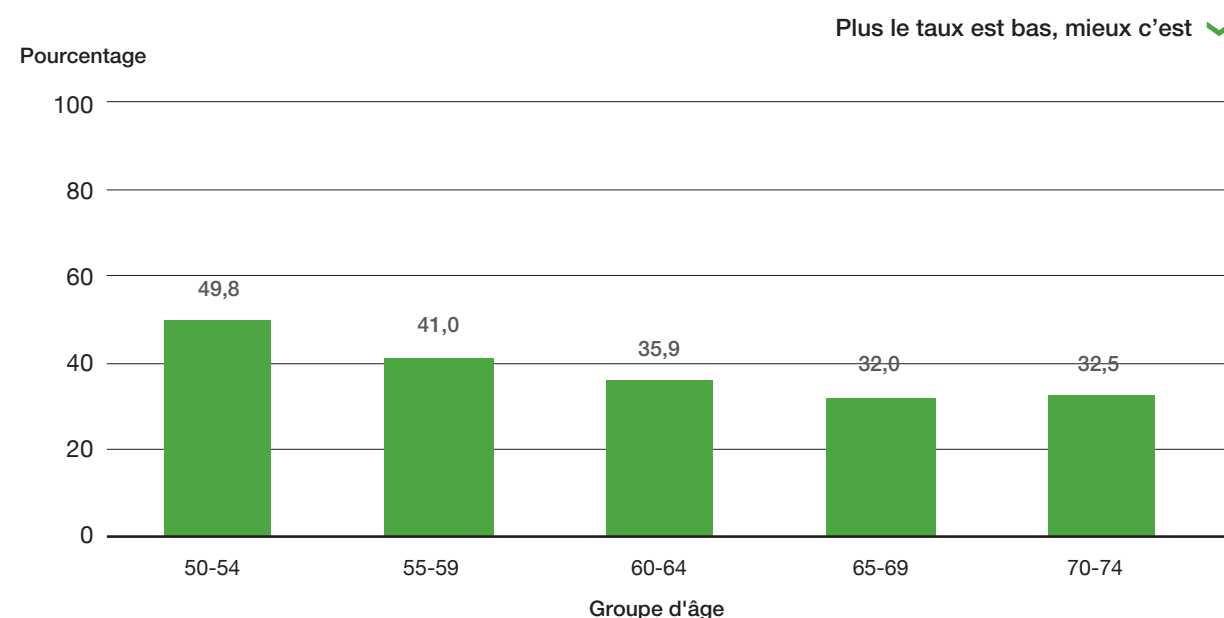
Les membres les plus jeunes de ce groupe, les 50 à 54 ans, sont ceux qui déclarent le taux de dépistage du cancer colorectal le plus bas. Près de la moitié, soit 49,8 %, n'avait pas fait de test en 2014 contre environ le tiers, ou 32 %, pour les personnes plus âgées (70 à 74 ans) (Figure 3.5).

Le saviez-vous?

Le taux de cancer du côlon en Ontario est l'un des plus élevés au monde[29].

FIGURE 3.5

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, en Ontario, selon l'âge, 2014



Source des données : Dépistage du cancer colorectal : 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

Examens des yeux

Il est important pour les personnes diabétiques que leur fournisseur de soins primaires s'assure qu'elles passent des examens des yeux régulièrement afin d'éviter la cécité due la rétinopathie diabétique, qui endommage la rétine. La rétine est une membrane photosensible qui tapisse le fond de l'œil. L'hyperglycémie chronique due au diabète peut endommager la rétine, causant des gonflements et des saignements jusqu'à la détérioration et la perte des yeux. La rétinopathie diabétique affecte plus d'un million de personnes en Ontario[31].

Le traitement de la rétinopathie diabétique est bien plus efficace lorsque la détection est précoce, le dépistage est donc recommandé tous les un à deux ans.

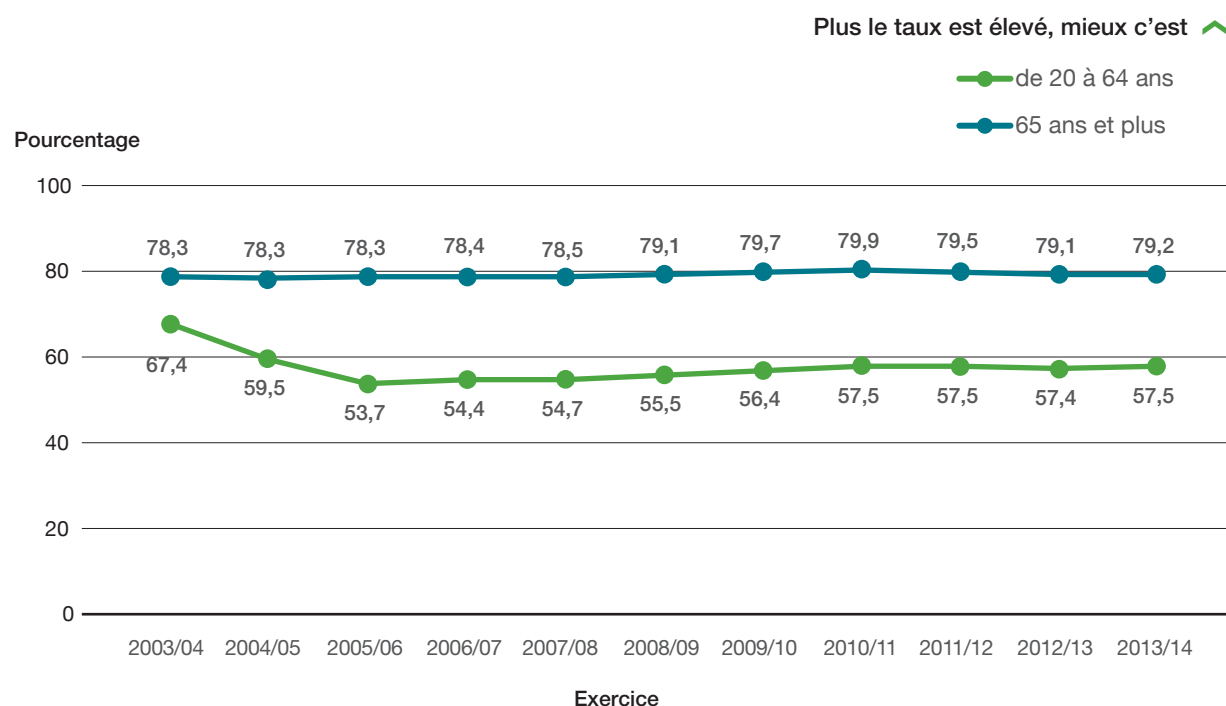
Conclusions et variations

En Ontario, de 2009-2010 à 2013-2014, la proportion de personnes diabétiques âgées de 20 ans et plus qui ne se sont pas fait examiner les yeux pour détecter une rétinopathie au cours d'une période de deux ans s'est maintenue à environ un tiers.

L'âge compte beaucoup dans le fait qu'une personne diabétique doit passer ou non un examen des yeux. Chez les adultes âgés de 65 et plus, le pourcentage qui passe un examen des yeux a augmenté légèrement entre 2003-2004 et 2013-2014, passant de 78,3 % à 79,2 %. Cependant, le pourcentage d'adultes âgés de 20 à 64 ans qui se font examiner la vue est passé de 67,4 % en 2003-2004 à 53,7 % en 2005-2006. Le taux d'examens pour ce groupe a augmenté après 2005-2006 pour s'établir à 57,5 % en 2013-2014, mais se maintient toujours en deçà du taux de 2003-2004 (Figure 3.6).

FIGURE 3.6

Pourcentage* de personnes diabétiques qui ont eu un examen des yeux, en Ontario, 2003-2004 à 2013-2014



Source des données : Base de données historiques sur les demandes de règlement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario et Base de données sur le diabète de l'Ontario
*Ajusté selon l'âge et le sexe

i Indicateur : Examens des yeux

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes diabétiques, âgées de 20 ans et plus, qui ont passé un examen des yeux au cours d'une période de deux ans.

Une baisse du taux d'examens des yeux pour les deux groupes d'âge, qui s'est établi à 63,8 % en 2005-2006 contre 71,9 % en 2003-2004, pourrait s'expliquer par le retrait, en 2003-2004, de la liste des actes pris en charge de l'examen des yeux routinier pour les adultes en bonne santé, ce qui signifie que son coût n'est plus couvert par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP). Bien que les personnes diabétiques aient continué à bénéficier de la gratuité de l'examen des yeux quel que soit leur âge, ce changement pourrait avoir induit certains médecins et patients en erreur; les personnes âgées de 20 à 64 ans sont celles qui sont le plus touchées[32]. Le taux d'examens des yeux pour ce groupe d'âge a remonté légèrement, sans toutefois revenir au niveau de la décennie précédente.

Le saviez-vous?

Bien que le diabète est généralement pas enregistré comme la principale cause de décès, de nombreux de ses complications sont associées avec la mort prématurée.[33]

En résumé

La vaste majorité des personnes vivant en Ontario ont un fournisseur de soins primaires. Dans la plupart des cas, ce dernier les fait participer aux décisions concernant leurs soins, à l'exception des personnes nouvelles arrivées au Canada qui estiment participer autant qu'elles le souhaitent aux décisions concernant leurs soins dans une proportion moindre que les personnes nées au Canada. Cependant, pour beaucoup en Ontario, obtenir des soins le jour même ou le lendemain reste un défi. Cela est particulièrement difficile pour les personnes qui vivent en milieu rural. Sinon, l'écart entre les personnes en milieu rural et celles en milieu urbain est très faible quand il s'agit d'avoir un fournisseur de soins primaires ou de participer aux décisions concernant ses soins.

Il y a eu des améliorations dans le domaine du dépistage du cancer colorectal, le nombre de personnes qui se font examiner les yeux en temps voulu ayant augmenté. Cependant, les plus jeunes ont tendance à ne pas se faire examiner les yeux en temps voulu. Les organismes de soins primaires de la province déploient de nombreux efforts pour améliorer les taux de dépistage et d'autres soins primaires, comme le souligne le rapport de Qualité des services de santé Ontario *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité : Soins primaires*.

De plus en plus de personnes diabétiques se font examiner les yeux. Toutefois, malgré l'importance du dépistage précoce de la rétinopathie diabétique chez les personnes diabétiques, celles âgées de 20 à 64 ans sont moins nombreuses à se faire examiner les yeux que les autres de 65 et plus.

Maladie mentale et dépendances

Dans ce chapitre, nous faisons état des indicateurs suivants du programme d'amélioration de la qualité concernant la maladie mentale et les dépendances :

- Soins de suivi prodigués par un médecin après une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance
- Réadmission dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital après une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance
- Taux de suicide
- Utilisation de contentions chez les personnes hospitalisées pour maladie mentale ou dépendance
- Augmentation des symptômes de dépression chez les résidentes et résidents of foyers de soins de longue durée

Photo de Emilie prise par Roger Yip, voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

Au fil du temps : l'histoire d'Emilie

Emilie avait 12 ans quand ses parents ont mis fin à leur mariage.

« À l'époque, mes parents étaient en plein divorce, j'étais déprimée et anxieuse », dit Emilie, qui a maintenant 19 ans. « J'ai aussi commencé à développer un trouble alimentaire. » Originaire d'Ottawa, Emilie s'est fait recommander de voir un psychiatre d'un hôpital pour enfants. Comme ses problèmes se sont aggravés, elle a consulté régulièrement son psychiatre, ainsi que des travailleurs sociaux et des diététistes.

Tout au long de son adolescence et à la fin de son adolescence, Emilie s'est fait hospitaliser 10 fois dans le service de psychiatrie de l'hôpital pour enfants. Quand elle avait 17 ans, elle a essayé deux fois de se suicider. « Je traversais un très mauvais épisode de dépression et devais composer avec les symptômes de sevrage de l'alcoolisme; j'ai fini par faire une overdose », explique-t-elle. « On m'a hospitalisée et, peut-être trois jours après avoir eu mon congé, j'ai récidivé. »

Bien que ces années aient été marquées par des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, Emilie déclare que les soins professionnels qu'elle

a reçus ont été utiles, réconfortants et continus. « Ils étaient très accueillants, ce qui était génial », dit elle. « Quand j'étais hospitalisée, les infirmières et les médecins ont toujours été là pour moi. Quand je suis sortie, le psychiatre a toujours fait un suivi dans la semaine suivante. Et ma famille a également reçu du counseling. »

Quand Emilie a eu 19 ans, elle a dû passer au « monde adulte » des soins psychiatriques. Ce ne fut pas un processus sans heurts. « Essayer de me faire recommander à un nouveau spécialiste a été difficile, car il y a des temps d'attente et la recommandation a fini par être perdue », explique Emilie. « Je devais appeler et voir ce qui se passait parce qu'il y avait un tel retard. Et finalement, après six mois, on m'a mise sur une liste d'attente pour un psychiatre à l'hôpital pour adultes. »

Emilie a également d'abord trouvé des différences dans le style de soins et dans le système en général, entre les services pour enfants et les services pour adultes. « On est dans un environnement très attentionné avec les services pour enfants. Une fois qu'on entre dans les services pour adultes, c'est froid et distant », constate-t-elle. « Et, quand on essaie de connecter tous ses

professionnels de santé mentale avec son médecin de famille, cela ne fonctionne pas bien... Chaque fois que je vois mon médecin de famille, je dois lui expliquer les changements de médicaments, les changements dans les services et généralement ce qui se passe. Je pense qu'ils devraient communiquer (entre eux) de leur propre chef. »

En fin de compte, Emilie a été liée à un psychiatre en milieu hospitalier. Elle prend plusieurs médicaments, mais l'accent est mis sur la thérapie. « Cela consiste à travailler principalement sur l'anxiété, les peurs et à améliorer mon humeur », explique-t-elle, ajoutant qu'elle voit un thérapeute d'elle-même et participe, une fois par semaine, à des séances de thérapie comportementale en groupe. Une grande partie de la thérapie est aussi pour son trouble alimentaire et la réduction des dommages, ajoute-t-elle.

« Je vais enfin mieux maintenant que je suis connectée à tous les bons services », dit-elle, en parlant avec une confiance tranquille. « Je fais des études en travail social au collège et j'aime cela. »

Expériences concrètes

Le vent dans les voiles : l'histoire de George

George* aime plaisanter. Il appelle la table de salle à manger où il est assis dans la résidence de soins de longue durée de Sarnia où il vit la « porte tournante » depuis que trois compagnons de table sont morts dans un court laps de temps. La voix naturellement bourrue de l'homme de 83 ans se fait toutefois plus basse et plus calme quand il parle de l'un de ces anciens compagnons de table – sa meilleure amie Susie*.

« Elle me maternait », dit-il. « Elle mettait de la confiture sur mes tartines, ajoutait de la crème et du sucre à mon café, et prenait de mes nouvelles. »

Susie est décédée subitement à la mi-2016. « Je ne pensais pas qu'elle était si malade », confie George. « C'était plus ou moins un choc. Cela m'a vraiment pris au dépourvu. » La seule fois où il a quitté sa chambre des semaines après sa mort, c'était pour assister aux funérailles de Susie, dans l'uniforme de la Marine qu'il avait porté pendant la guerre de Corée. Très déprimé, George a dit au personnel : « Je veux partir avec mon amie ».

Quelques mois après la mort de Susie, George a commencé à prendre des médicaments antidépresseurs. Il a également traversé cette période de creux avec l'aide Jill*, une préposée aux services de soutien à la personne. Elle l'a laissé faire son deuil dans sa chambre privée pendant quelques semaines après la mort de Susie, en gardant un œil sur lui. Ensuite, « elle m'a dit des choses comme « OK, mon pote, allons chercher de la crème glacée », raconte George. « Plaisante, pas autoritaire contrairement à certaines personnes. »

Il fait confiance à Jill depuis le jour où il est arrivé, effrayé et en colère, à la résidence en 2014. « Je hurlais aux gens de foutre le camp de ma chambre », se souvient George. « J'avais l'habitude de ce genre de discours dans la tente du mess tout le temps que j'étais dans la Marine. » (Jill ne s'en offusque pas, même si elle ajoute en riant : « Cela ne convient pas à la salle à manger ».) Mis dans un lit avec deux ridelles latérales, d'abord là pour sa sécurité, George a continué à essayer de sortir du lit. Il se souvient : « Je me suis senti enfermé, comme si j'étais en prison ». Quand Jill lui a demandé pourquoi il continuait à essayer de ramper hors du lit, « je lui ai répondu : “Débarassez-moi de ces maudites ridelles” », et elle l'a fait.

Paralysé du côté gauche depuis un AVC grave en 2013, George est confiné à un fauteuil roulant, ce qu'il trouve frustrant, et a également de l'arthrite, de l'angine de poitrine et de l'hypertension. Il a récemment appris grâce à la physiothérapie à se tenir seul contre un mur, puis à faire quelques pas par lui-même. « Il sourit à belles dents quand il réussit », explique Jill. George peut maintenant se placer sur la toilette, sur les chaises ou le lit sans dispositif de levage.

Avant son AVC, George vivait seul, étant alors veuf depuis cinq ans après un demi-siècle de vie conjugale, et travaillait comme chauffeur de camion. Robuste et indépendant, il veut être consulté au sujet de ce qui lui arrive.

Bien qu'il ait récemment déménagé à un autre étage, elle vient toujours à l'étage de George pour le voir. Elle souligne que, lorsqu'il est un peu déprimé, tous les membres du personnel ont quelque chose à lui dire en raison de la collection de chapeaux – sa casquette de la guerre de Corée, sa casquette de la Marine et son chapeau de travail – et de toutes les photos (plus d'une douzaine) sur son service militaire

et les événements du jour du Souvenir qu'il conserve dans sa chambre. George aime parler de ses cinq ans dans la Marine. « Nous avons été touchés quand j'étais là-bas [en Corée] ... J'ai perdu mon tireur et deux autres gars, je pouvais tendre le bras et les toucher quand c'est arrivé ... J'ai une photo de leurs tombes. » Jill s'assure que George est transporté à la salle de la Légion locale en grande tenue chaque mois de novembre.

Pour aider à améliorer leur humeur et leur qualité de vie, la résidence a récemment présenté aux résidents la « thérapie iPod », offrant à chacun d'eux un lecteur MP3 pour lesquels ils choisissent leur propre contenu. Ils peuvent faire jouer leur appareil à tout moment et partout. George écoute de la vieille musique country et western – Johnny Cash est son chanteur favori – ainsi que des émissions de baseball et de hockey.

Quand son humeur est bonne, George participe à presque toutes les activités de groupe, y compris les visites à une ferme équestre locale, au salon de l'automobile et à des boutiques, les pique-niques sous le pont de Port Huron et le casino de Windsor. « J'aime voir le monde extérieur », dit George. « Cela me fait revivre des souvenirs. » Il joue également au bingo et à l'euchre, et va entendre des orchestres et des chorales de la communauté et, son activité préférée, les récitals de piano et de chant hebdomadaires par un collègue résident blagueur.

Malgré toutes les activités de groupe, George n'a pas vraiment essayé de se faire de nouveaux amis depuis la mort de Susie. « Il est difficile de se faire de nouveaux amis – ils vont simplement mourir. » Pourtant, il ajoute : « Je me sens bien la plupart du temps maintenant, j'ai juste sommeil ».

**Noms ont été changés pour préserver leur intimité.*

Traiter la maladie mentale et les dépendances

De nos jours, en Ontario, environ deux millions de personnes atteintes de maladie mentale ou de dépendances, comme la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires ou l'abus de substances[34]. Cela signifie que la plupart des personnes qui vivent en Ontario souffrent de maladie mentale ou de dépendance, ou ont un parent, un ami ou un collègue qui en souffre.

L'incidence que la maladie mentale et les dépendances ont sur les gens, les collectivités, l'économie, l'économie et le système de santé est considérable. Par exemple, la maladie mentale et les dépendances font partie des principales causes d'incapacité au Canada.[35]

La plupart des données incluses dans ce chapitre concernent les soins psychiatriques prodigués par des hôpitaux et des médecins. Les données ne couvrent pas les services de suivi de la santé mentale et des dépendances non fournis par des médecins, qui représentent une grande proportion des soutiens et des services en santé mentale fournis en Ontario, car il n'y a pas de données comparables largement accessibles pour l'instant.

Soins de suivi après une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance

La prestation en temps voulu de soins de suivi par un médecin de famille ou un psychiatre peut faciliter la transition entre des soins prodigués 24 heures sur 24 à l'hôpital et la gestion des soins à domicile ou en milieu communautaire. Les soins de suivi sont souvent utilisés comme indicateur de la qualité des soins[36].

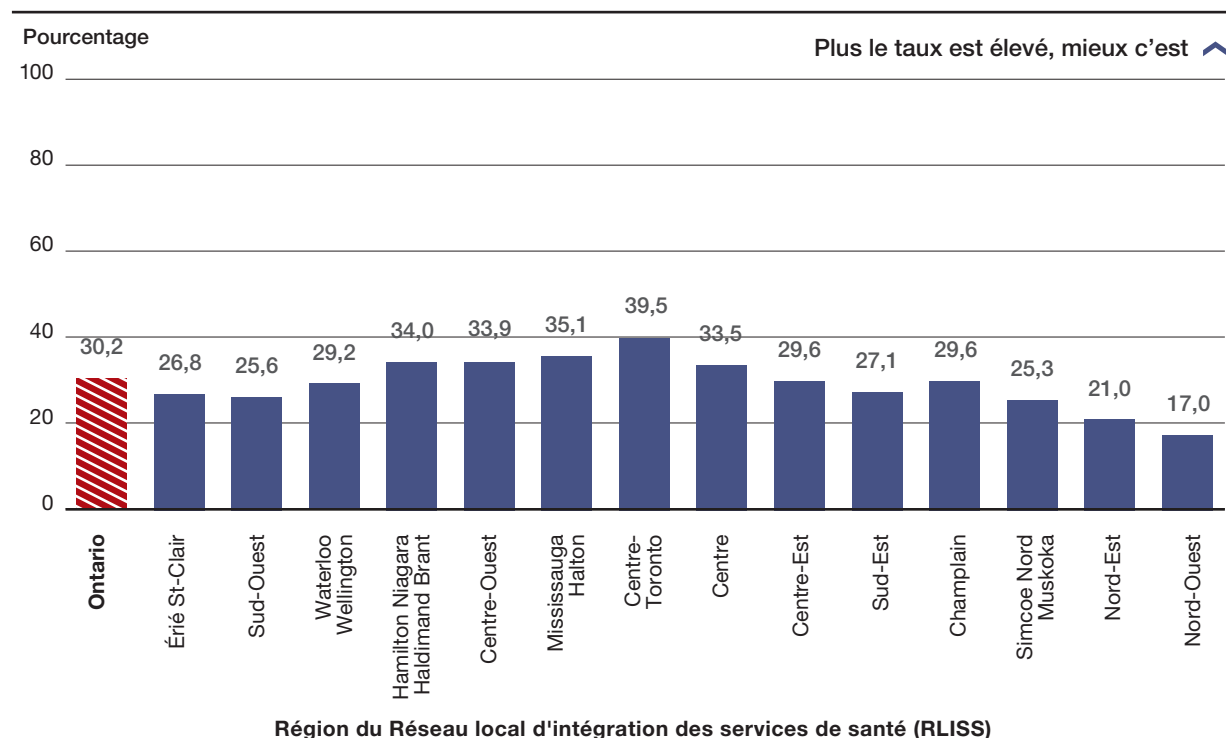
Conclusions et variations

Le pourcentage de personnes hospitalisées pour maladie mentale ou dépendance, qui ont consulté un médecin dans les sept jours qui ont suivi leur sortie de l'hôpital, est resté stable au cours des cinq dernières années, environ 30 %[37]. Il convient de souligner que ce taux était inférieur aux taux relatifs à d'autres affections, comme la maladie pulmonaire obstructive chronique et la défaillance cardiaque, qui étaient de 35,8 % et de 45,8 % respectivement.

Les taux de soins de suivi prodigués par un médecin dans les sept jours varient considérablement en Ontario. Les taux allaient de 39,5 % dans la région du RLISS du Centre-Toronto à 17,0 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest (Figure 4.1).

FIGURE 4.1

Pourcentage* de personnes qui ont consulté un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours qui ont suivi une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance en Ontario, par région du RLISS, pour 2014-2015



Source des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, fourni par l'Institut de recherche en services de santé
*Ajusté selon l'âge et le sexe

i Indicateur : Soins de suivi dans les sept jours qui suivent une hospitalisation

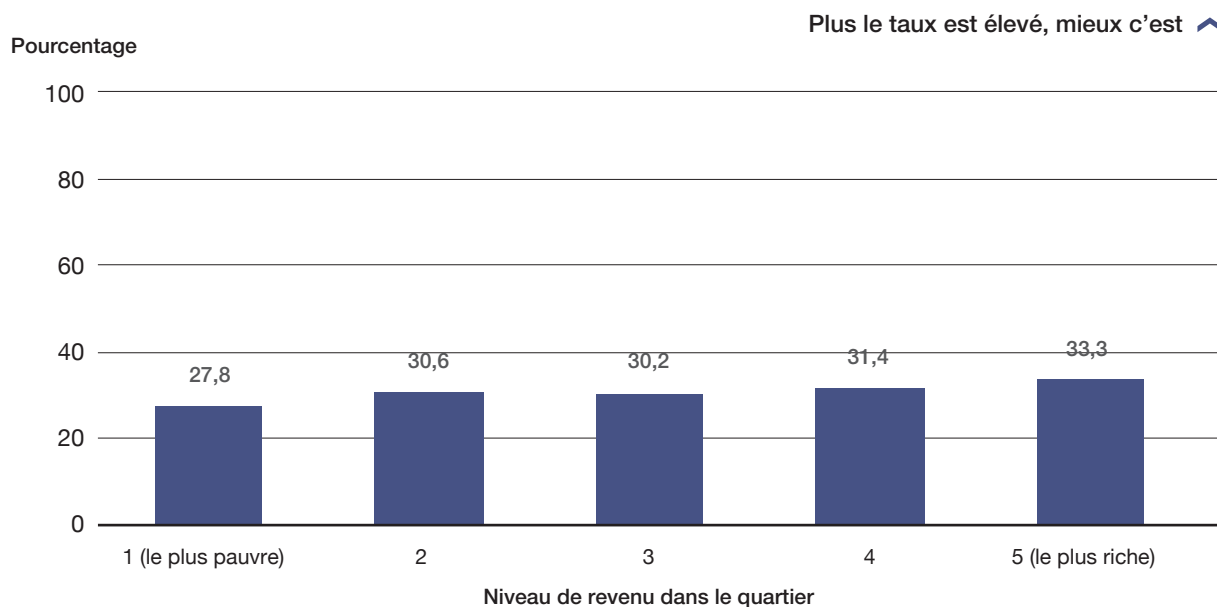
Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes qui ont été hospitalisées pour maladie mentale ou dépendance et consulté un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours qui ont suivi leur sortie de l'hôpital.

Nota : Cet indicateur ne sait pas le nombre de consultations dans un cabinet de psychologue, une clinique dirigée par du personnel infirmier praticien, un centre de santé communautaire ou dans le cadre d'un programme de soins psychiatriques ou de traitement des dépendances. Par conséquent, les résultats présentés ici peuvent sous-estimer la mesure dans laquelle les soins de suivi que les gens reçoivent après une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance. Cela peut être plus important dans certaines régions, comme le Nord, où ces services ont tendance à être plus utilisés.

Les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés affichaient un taux de soins de suivi bien inférieur dans les sept jours, 27,8 %, que celles vivant dans les quartiers les plus riches, pour lesquelles le taux était de 33,3 % (Figure 4.2).

FIGURE 4.2

Pourcentage* de personnes qui ont consulté un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours qui ont suivi une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance en Ontario, selon le revenu des quartiers, pour 2014-2015



Source des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

* Ajusté selon l'âge et le sexe

Hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance

S'il arrive que des personnes doivent être réadmissées après une hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance, le système de santé cherche généralement à réduire les réadmissions. Cela dépend non seulement des soins reçus à l'hôpital, mais aussi de ce qui se produit quand une personne sort de l'hôpital. Dans certains cas, les gens finissent par retourner à l'hôpital en moins d'un mois. Les réadmissions sont largement utilisées comme indicateur de la qualité des soins pour la maladie mentale et les dépendances.

Conclusions et variations

Le pourcentage de personnes réadmission dans les 30 jours après leur sortie de l'hôpital est resté stable au cours des cinq dernières années, soit 13 %[37].

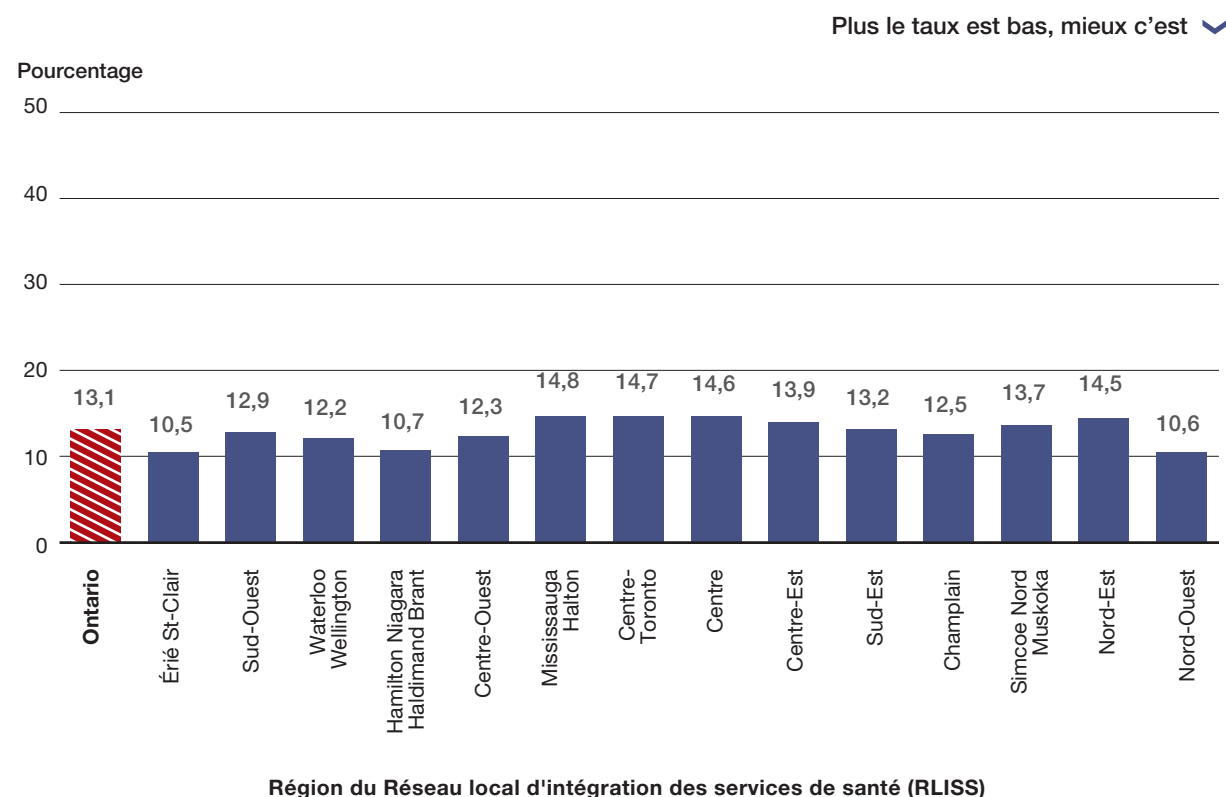
Il y a des variations régionales, le taux de réadmissions le plus élevé, soit 14,8 %, a été constaté pour le RLISS de Mississauga Halton, et le taux le plus bas, soit 10,5 %, pour le RLISS d'Érie St. Clair (Figure 4.3).

i Indicateur : Réadmission à l'hôpital

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes qui, après une première hospitalisation (la même ou dans une autre) pour maladie mentale ou dépendance en Ontario, sont réadmissées pour les mêmes raisons dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital.

FIGURE 4.3

Pourcentage* de personnes réadmissées après une première hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance en Ontario, par région du RLISS, pour 2014-2015



Source des données : Base de données sur congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, fourni par l'Institut de recherche en services de santé
*Ajusté selon le risque

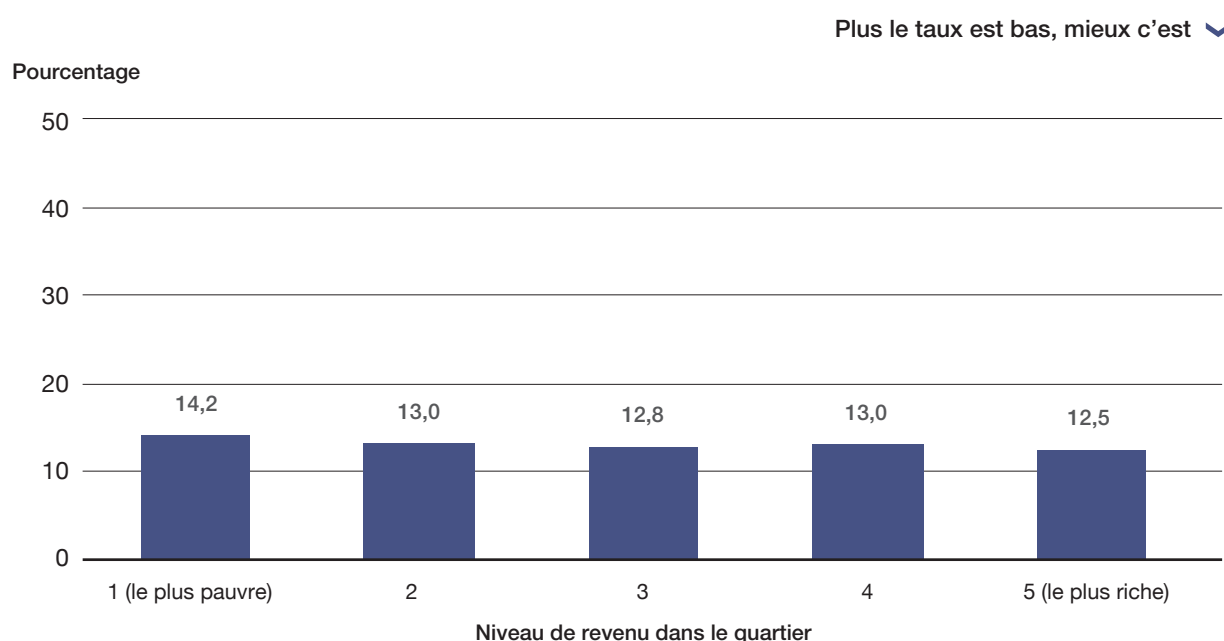
Les personnes qui vivaient dans les quartiers les plus défavorisés ont indiqué le taux de réadmission dans les 30 jours le plus élevé, soit 14,2 %, tandis que celles vivant dans les quartiers les plus riches ont indiqué le taux de réadmission à 30 jours le plus bas, soit 12,5 % (Figure 4,4).

Le saviez-vous?

Plus de 60 % des personnes hospitalisées pour maladie mentale ou dépendance réadmisées à l'hôpital dans les 30 jours se rendent dans un autre établissement que celui qu'elles viennent de quitter[38].

FIGURE 4.4

Pourcentage* de personnes réadmisées après une première hospitalisation pour maladie mentale ou dépendance en Ontario, selon le revenu des quartiers, 2014-2015



Source des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, fourni par l'Institut de recherche en services de santé
*Ajusté selon le risque

Suicides

Le suicide est une cause majeure de décès prématurés et évitables au Canada et dans le monde. Cette mesure est un indicateur important de la santé de la population, mais le taux de suicide n'est pas le même dans tous les groupes d'âge. Certaines communautés ou groupes spécifiques peuvent être touchés plus que d'autres. Par exemple, le taux de suicide dans les localités du Nord est bien plus élevé que dans les localités du Sud[39].

Environ 90 % des personnes qui se suicident ont une maladie mentale diagnosticable, et le risque de décès par suicide est bien plus élevé chez les hommes que chez les femmes[40], même si le taux de tentatives de suicide est plus élevé chez les femmes[41]. Il est essentiel d'étudier les taux de suicide dans divers groupes de population pour savoir exactement où les besoins en matière de soutien pour la prévention des suicides sont les plus pressants.

Conclusions et variations

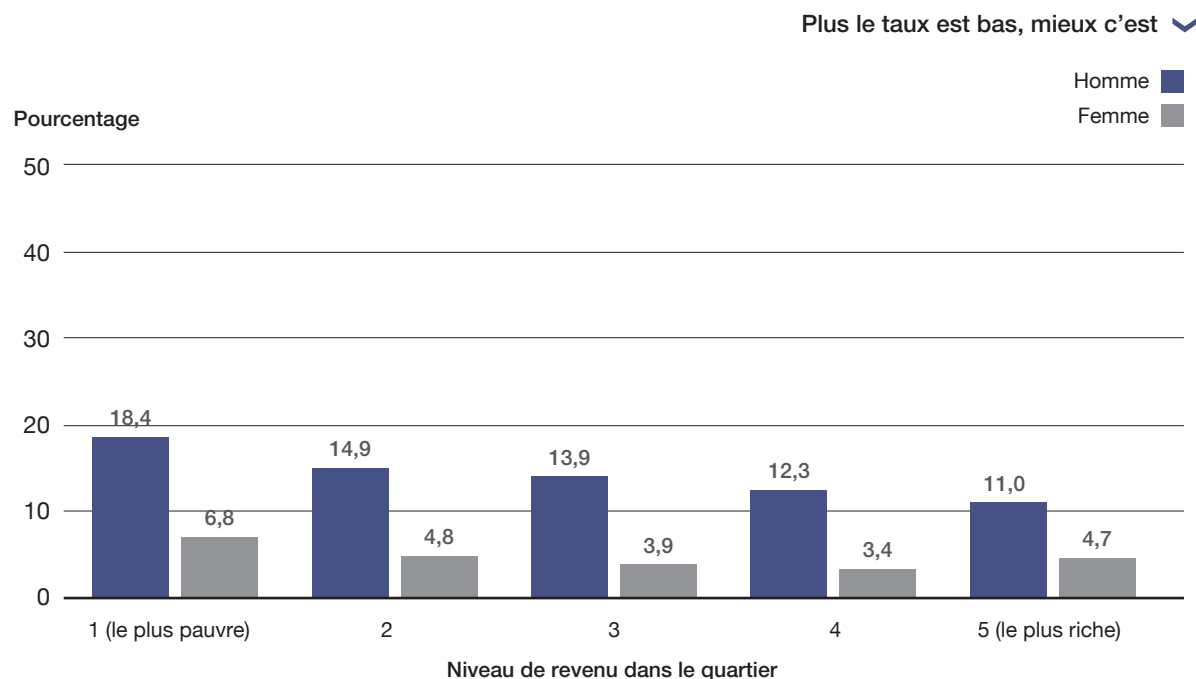
Les taux de suicide n'ont pas évolué entre 2007 et 2012. Un écart considérable persiste entre les hommes et les femmes, les taux concernant les hommes étant trois fois plus élevés que celui relatif aux femmes[39].

On observe des variations importantes lorsqu'on étudie les taux de suicide par rapport au revenu, les quartiers les plus défavorisés affichant les taux les plus élevés (Figure 4.5).

Les hommes vivant dans les quartiers les plus défavorisés affichaient un taux de décès par suicide bien plus élevé que ceux vivant dans les quartiers les

FIGURE 4.5

Taux de suicide pour 100 000 personnes* en Ontario, selon le sexe et niveau de revenu des quartiers, 2009-2011



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité (2009-2011)
*Ajusté selon l'âge

plus riches, soit 18,4 pour 100 000 personnes contre 11,0 pour 100 000 personnes (67 % de plus) (Figure 4.5).

Les femmes vivant dans les quartiers les plus défavorisés présentaient aussi un risque plus grand de suicide comparativement à celles qui vivaient dans les quartiers les plus riches, soit 6,8 pour 100 000 personnes contre 4,7 pour 100 000 personnes (45 % de plus) (Figure 4.5).

i Indicateur : Taux de suicide

Cet indicateur mesure le nombre de suicides pour 100 000 personnes.

Le saviez-vous?

La dépression, la schizophrénie, l'abus de substances et autres maladies mentales et dépendances accroissent le risque de comportement suicidaire[42].

Utilisation des contentions chez les personnes atteintes de maladie mentale ou de dépendance

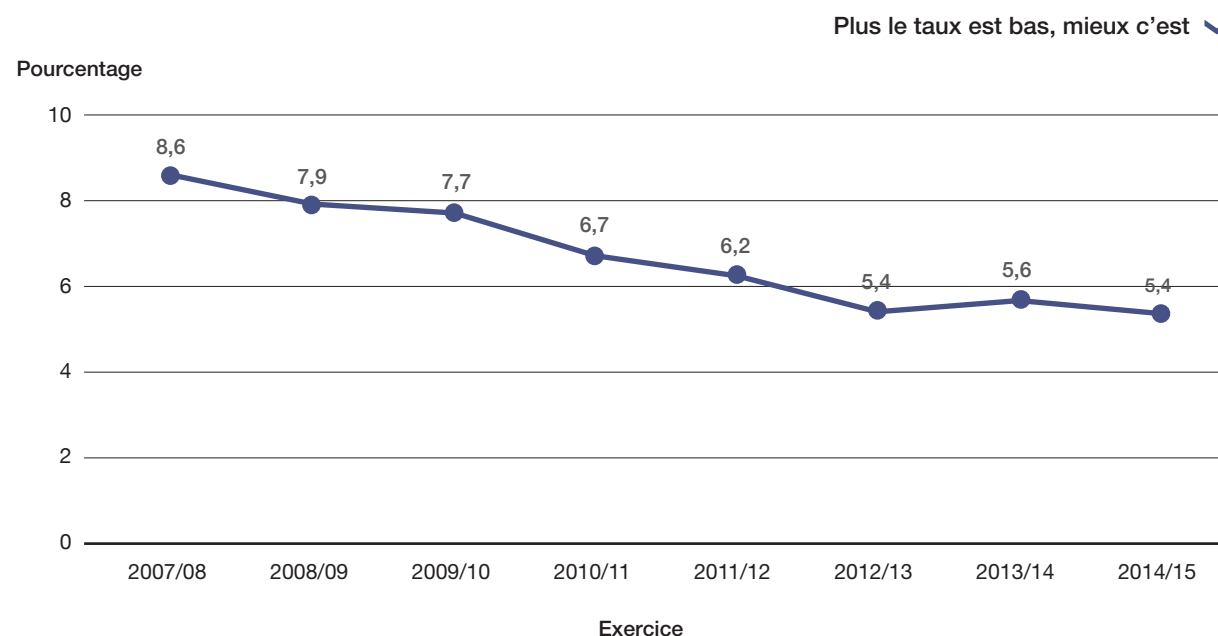
Les contentions physiques sont le dernier recours et leur but est d'empêcher que les personnes en proie à la maladie mentale ou à la dépendance ne s'automutilent ou fassent du mal à d'autres personnes. Maîtriser les gens uniquement quand cela est absolument nécessaire est un objectif important pour les personnes qui travaillent dans le domaine des soins psychiatriques. La *Loi sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*[43], la *Loi sur la santé mentale*[44] et la *Loi sur le consentement aux soins de santé*[45] ont aidé les établissements à établir des pratiques exemplaires et des lignes directrices relatives à l'utilisation de ces contentions.

Conclusions et variations

Le pourcentage de patients hospitalisés pour maladie mentale ou dépendance mis sous contention physique a diminué graduellement pour s'établir à 5,4 % en 2012-2013 contre 8,6 % en 2007-2008. Toutefois, le taux reste stable depuis deux ans (Figure 4.6).

FIGURE 4.6

Pourcentage* de personnes occupant des lits réservés aux soins de santé mentale sous contention physique en Ontario, 2007-2008-2014-2015



Source des données : Système d'information ontarien sur la santé mentale
* Ajusté selon l'âge et le sexe

i Indicateur : Utilisation des contentions physiques

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes hospitalisées pour maladie mentale ou dépendance mises sous contention physique en Ontario. Ces dispositifs comprennent les contentions mécaniques, qui consistent à placer la personne dans un siège dont ils ne peuvent se détacher, ainsi que les contentions physiques et manuelles mises en place par le personnel. Ils ne comprennent pas les contentions chimiques, comme les de sédatifs.

La dépression dans les foyers de soins de longue durée

La dépression est une maladie mentale commune chez les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée. On estime que plus de 40 % des Canadiens personnes âgées vivant dans des établissements tels que les foyers de soins de longue durée, de soins infirmiers ou de soins personnels souffrent de dépression ou en présentent les symptômes[46]. En outre, on a constaté que la dépression peut contribuer à une détérioration générale de la santé chez les personnes âgées et que jusqu'à trois fois plus de personnes âgées souffrant de dépression décèdent[47]. Il est important d'évaluer les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée qui souffrent de dépression afin de bien gérer leur dépression et, au bout du compte, d'améliorer leur qualité de vie.

Conclusions et variations

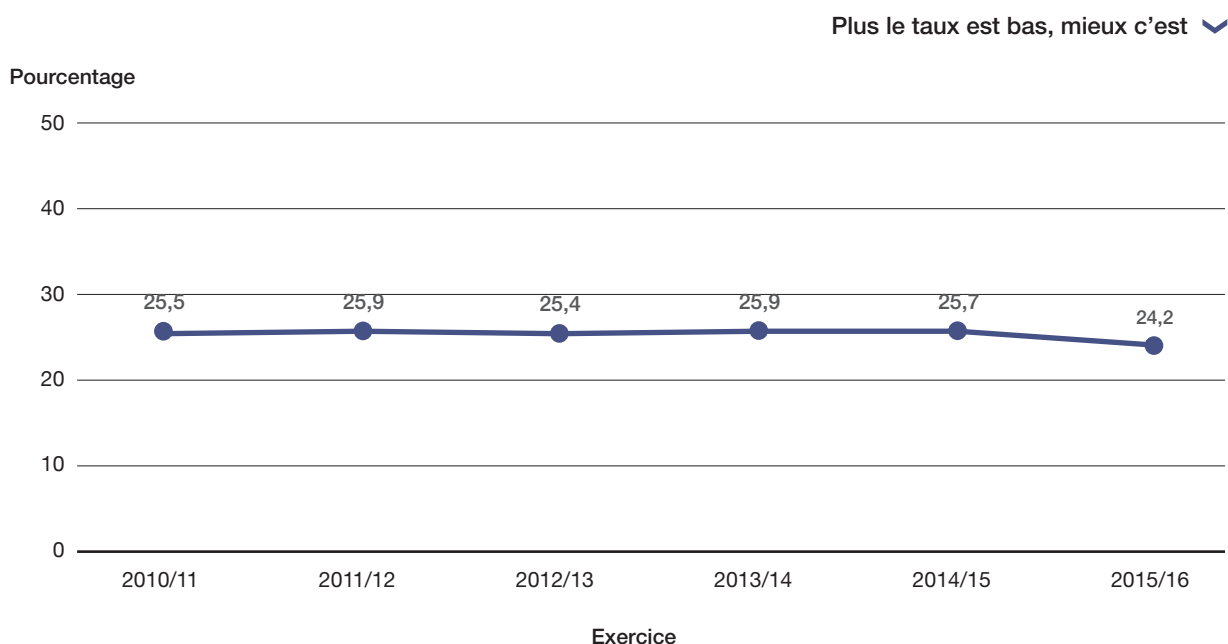
Le pourcentage de résidentes et résidents qui ressentent une recrudescence des symptômes de la dépression est resté stable entre 2010-2011 et 2015-2016, passant de 25,5 % à 24,2 % (Figure 4.7).

Le saviez-vous?

Les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée qui ont des symptômes de dépression peuvent avoir toutes sortes de troubles de santé, dont diminution de l'autonomie, déficiences cognitives, insomnie et douleur[46].

FIGURE 4.7

Pourcentage* de résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario dont les symptômes de dépression augmentent, 2010-2011 à 2014-2015



Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé
*Ajusté selon le risque

i Indicateur : dépression chez les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes résidant en foyer de soins de longue durée qui, depuis leur évaluation précédente, ressentent une recrudescence des symptômes de la dépression, comme la tristesse, la colère, l'anxiété ou les pleurs.

En 2015-2016, on a constaté d'importants écarts régionaux, le taux le plus faible de ressentent une recrudescence des symptômes de la dépression ayant été constaté dans la région du RLISS de Centre-Toronto, soit 16,5 %, et le taux le plus élevé dans la région du RLISS du Sud-Est, at 30,2 % (Figure 4.8).

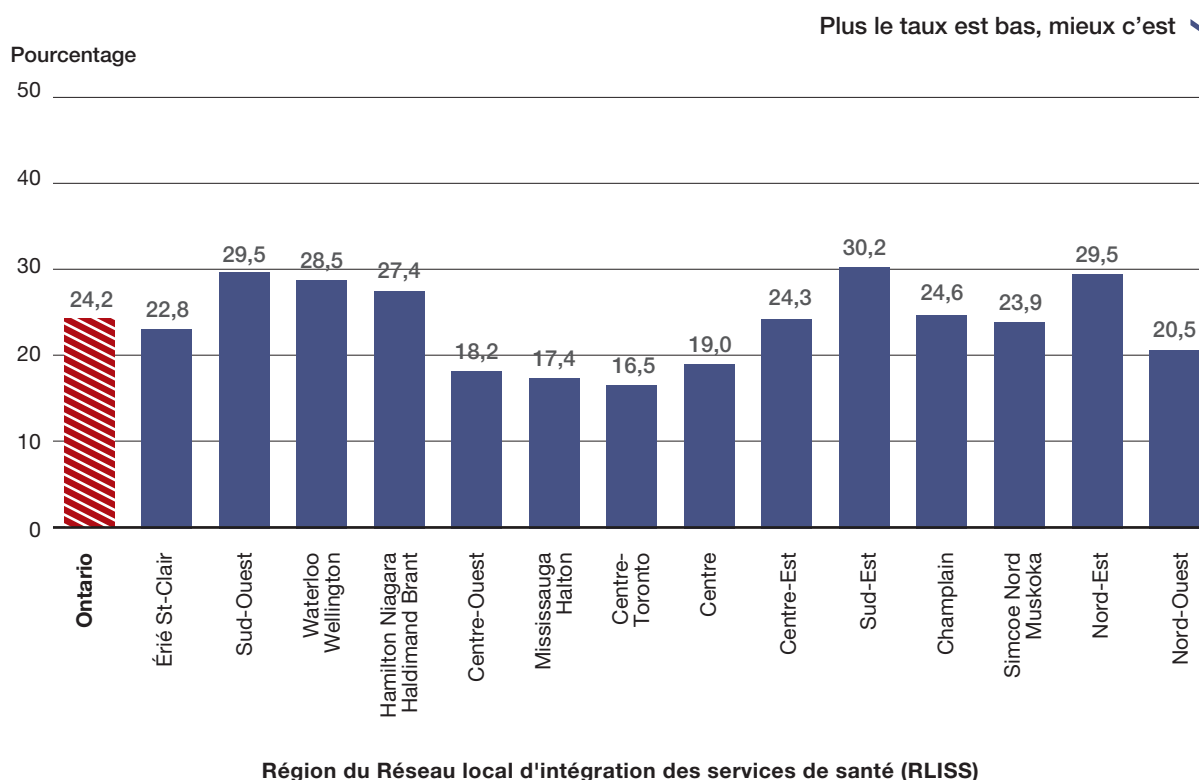
En résumé

Depuis quelques années, les résultats de nombreux indicateurs de maladie mentale et de dépendance n'ont pas changé, notamment au chapitre des soins de suivi après une hospitalisation, des réadmissions, de l'utilisation de contentions physique, et de l'aggravation des symptômes de dépression dans les foyers de soins de longue durée. L'utilisation de contraintes physiques a diminué depuis 2007/08 façon substantielle, mais la baisse a ralenti au cours des deux dernières années.

Les tendances qui illustrent les écarts dans la qualité des soins fournis aux personnes en proie à la maladie mentale et à la dépendance et vivant dans les quartiers les plus défavorisés sont très claires. Toutefois, une grande partie des services psychiatriques et de traitement des dépendances sont fournis en milieu communautaire; les données concernant ces services sont limitées. L'amélioration de l'accès aux données sur les soins fournis en milieu communautaire nous permettra de présenter une meilleure image de la situation et de cibler les efforts visant à améliorer les soins.

FIGURE 4.8

Pourcentage* de résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario dont les symptômes de dépression augmentent, par région du RLISS, 2014-2015



Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

*Ajusté selon le risque

Soins à domicile

Dans ce chapitre, nous présentons les indicateurs d'amélioration de la qualité suivants relatifs aux soins à domicile:

- Temps d'attente pour les soins à domicile
- Expériences des patientes et patients
- Détresse des aidantes et aidants naturels
- Placement dans un foyer de soins de longue durée

Photo de Josephine prise par Westmount Photography,
voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

De beaux moments ensemble : L'histoire de Michelle et Josephine

Il est presque 9 heures un jour de semaine à Sudbury. Josephine, 48 ans, marche ensommeillée jusqu'à la porte de l'appartement qu'elle partage avec sa mère âgée, Michelle, pour accueillir une préposée aux services de soutien à la personne qui vient l'aider pour les soins personnels, l'hygiène et les besoins de mobilité de sa mère.

Michelle, 84 ans, souffre de dysphagie, un trouble qui limite sa capacité à avaler des aliments, elle a la maladie d'Alzheimer, est incapable de se mettre au lit ou d'en sortir par elle-même, et a souffert d'un accident vasculaire cérébral en 2014.

« Cela fait une année maintenant que nous avons eu la même préposée qui vient le matin et elle est à l'heure », dit Josephine. « C'est parce que je me suis beaucoup démenée que les choses se sont améliorées. »

Lorsque Michelle a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer en 2012, Josephine n'a pas hésité à prendre soin de sa mère. « Ma mère et moi étions toujours proches », raconte-t-elle. « Nous faisons tout ensemble – nous étions des meilleures amies. » Josephine, qui avait travaillé dans les ventes, a décidé de rester à la maison à temps plein avec Michelle et d'obtenir du soutien

de divers fournisseurs de services de soins à domicile. Elle s'est arrangée pour avoir des visites quotidiennes d'une préposée aux services de soutien à la personne, une infirmière devait venir vérifier la tension artérielle de Michelle, l'ausculter et voir à d'autres besoins de santé, et une infirmière praticienne était censée faire des visites mensuelles à domicile. Josephine s'occuperait du reste des besoins de Michelle.

Josephine a reçu un financement pour avoir un lit d'hôpital approprié avec ridelles mis en place dans son appartement. Un lève-personne pour aider à transférer Michelle dans le lit et hors du lit a été offert. Tout semblait être en place. « J'ai les bons outils et l'équipement pour prendre soin d'elle », dit Josephine. « C'est quand je ne reçois pas l'aide dont j'ai besoin des gens qui sont censés aider que c'est un problème pour moi et ma mère. »

Il y a eu des problèmes continus avec l'horaire des services, les rendez-vous manqués et le manque d'uniformité, ajoute Josephine. « Si elles n'y arrivent pas à temps, le petit-déjeuner de ma mère est retardée, qui fonctionne presque dans le temps, elle est censée manger le déjeuner. Si elle mange déjeuner tardif, elle court en retard pour sa sieste et est trop fatigué pour manger son déjeuner, ce qui conduit à une déshydratation et un risque d'étouffement », explique Josephine.

« Mais les travailleurs étaient supposés venir à 11 heures. Si elle manque un repas, elle se déshydrate et se retrouve à l'hôpital. »

Josephine ajoute que les travailleurs de soutien personnel annulent souvent leur quart de travail, sans trouver de remplaçante. « Je ne peux pas vous dire combien de fois la relève n'est pas arrivée », déplore-t-elle. « C'en est arrivé au point que j'étais tellement brûlée que j'étais physiquement malade de tout le stress. »

Née et ayant grandi en Angleterre, Michelle a suivi une formation d'infirmière et a immigré au Canada il y a 40 ans, élevant quatre filles. Il est bouleversant pour Josephine de voir la santé de sa mère se détériorer alors qu'elle prend soin d'elle. « La moitié du temps, je dois oublier qu'elle est ma mère pour faire ce que je dois faire. »

Lorsque Josephine a parlé à plusieurs reprises de ses préoccupations au sujet des soins à domicile de sa mère, les problèmes ont commencé à être résolus. Malgré les difficultés, Josephine dit que d'avoir sa mère à la maison avec elle est encore la meilleure option. « Je peux passer de bons moments avec elle. Je peux passer les dernières années de sa vie avec elle. »

Soins à domicile

Les Ontariennes et Ontariens peuvent accéder à des services de soins à domicile financés par les fonds publics quand ils sont malades ou ont de la difficulté à se prendre en main. Les services offerts comprennent des soins infirmiers, des services de soutien à la personne pour aider les gens à se laver et manger, des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de travail social et de diététique.

Les hôpitaux, les médecins et autres fournisseurs de soins de santé peuvent prescrire des soins à domicile ou ceux-ci peuvent être demandés par les familles ou les patients eux-mêmes. La prestation de soins à domicile permet souvent aux personnes qui en ont besoin, mais ne veulent pas être à l'hôpital ou dans un foyer de soins de longue durée, de rester dans le confort et l'intimité de leur propre domicile. C'est l'une des raisons pour lesquelles des efforts délibérés sont déployés depuis quelques années afin de fournir plus de ressources telles que des soins à domicile qui permettent aux gens de rester chez eux dans la mesure du possible. Les efforts visant à sortir les soins des institutions au profit de la prestation à domicile a accru le nombre de personnes qui ont besoin de services de soins à domicile, ainsi que le niveau de soins que ces services doivent fournir[48].

Le saviez-vous?

L'Ontario assure 6,9 millions de soins infirmiers à domicile et 28,7 millions d'heures de services de soutien à la personne, heures de ménage compris, à plus de 650,000 patientes et patients par an[49].

En attente de soins à domicile

Il est essentiel de fournir des soins à domicile en temps voulu pour s'assurer que les gens reçoivent les bons soins quand ils en ont besoin. En 2013, l'Ontario a établi un objectif de cinq jours pour toutes les personnes en attente de soins infirmiers, et pour toutes celles qui ont des besoins complexes en attente de services de soutien à la personne. Ces personnes ont besoin d'un niveau de soins très élevés, souvent parce qu'elles ont un ou plusieurs troubles de santé combinés à des facteurs aggravants, tels que capacités physiques et cognitives restreintes, ou autres limites[50]. Les services de soutien à la personne fournis peuvent comprendre des soins personnels tels qu'une aide pour se laver ou manger et des services d'entretien ménager.

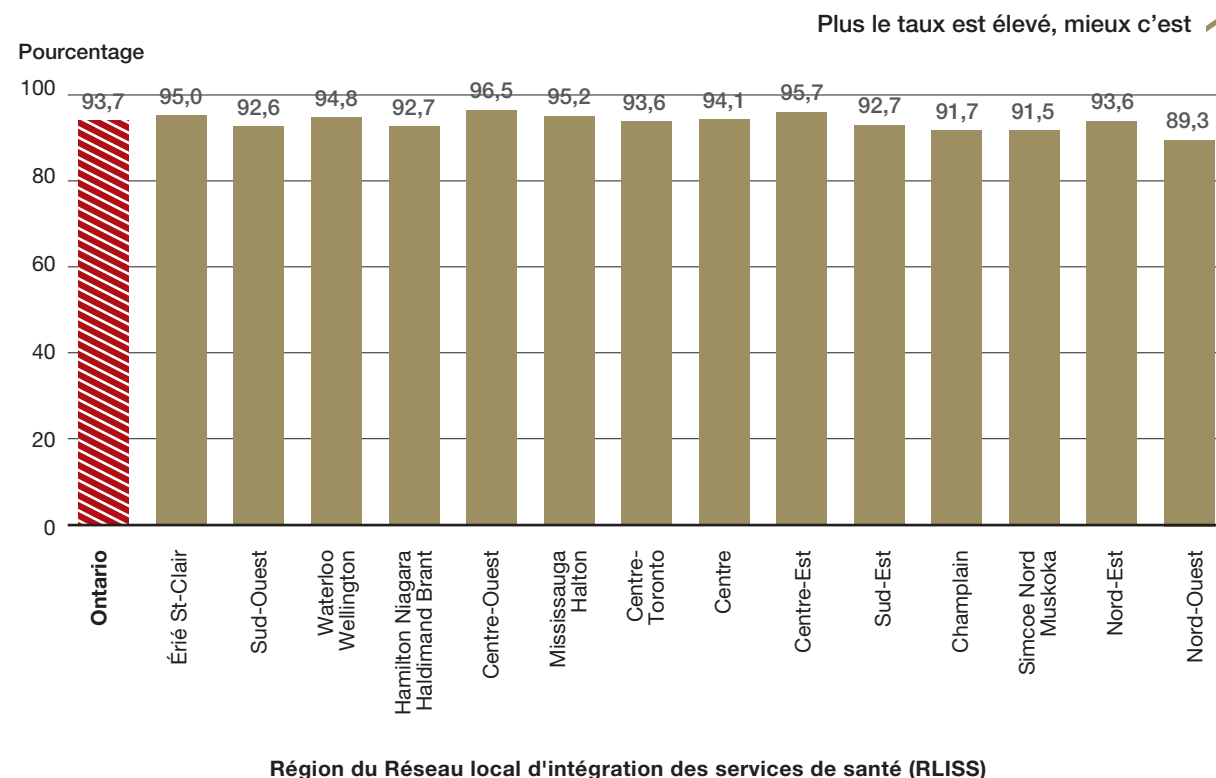
Le temps d'attente part de la date à laquelle un service est autorisé à la date de la première prestation. Toutefois, avant qu'un service ne puisse être autorisé, la demande doit provenir d'un fournisseur de soins, la patiente ou le patient ou son aidante ou aidant et une coordonnatrice ou un coordonnateur de soins à domicile doit déterminer si la personne a droit au service. Le temps nécessaire de traitement de la demande et de détermination de l'admissibilité n'est pas inclus dans le délai prescrit.

Conclusions et variations

En 2014-2015, 93,7 % des adultes soignés à domicile en Ontario (âgés de 19 ans et plus) qui ont reçu des soins infirmiers à domicile en ont bénéficié dans le délai prescrit de cinq jours, et 85,4 % des adultes ayant des besoins complexes soignés à domicile qui ont reçu des services de soutien en ont bénéficié en temps voulu (Figure 5.1 et Figure 5.2).

FIGURE 5.1

Pourcentage de personnes soignées à domicile âgées de 19 ans et plus qui ont reçu leurs premiers soins infirmiers dans les cinq jours qui ont suivi l'autorisation, en Ontario, par région du RLISS, 2014 2015



Source des données : Base de données sur les soins à domicile, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

i Indicateurs : A) Temps d'attente pour les soins infirmiers à domicile et B) Temps d'attente pour les services de soutien destinés aux personnes qui ont des besoins complexes

Ces indicateurs mesurent :

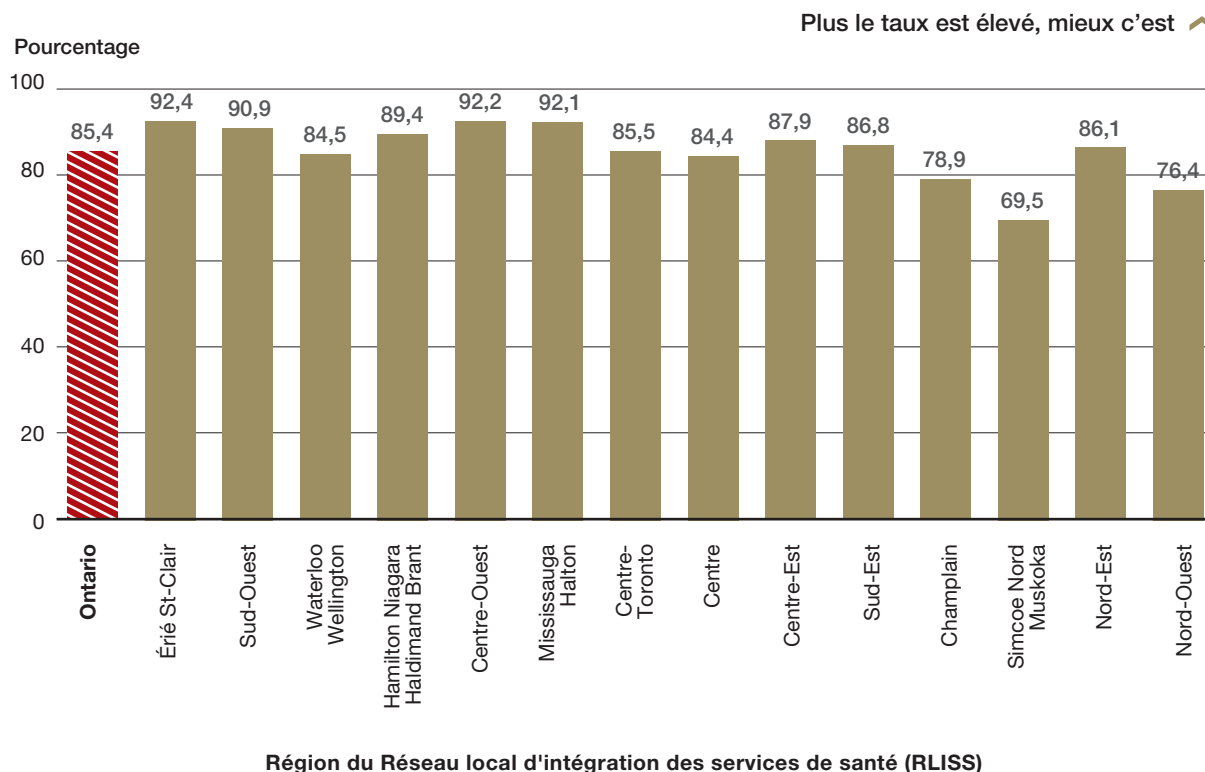
- le pourcentage de personnes soignées à domicile âgées de 19 ans et plus admissibles aux soins infirmiers à domicile qui ont reçu leurs premiers soins dans les cinq jours
- le pourcentage de personnes ayant des besoins complexes soignées à domicile de 19 ans et plus admissibles aux services de soutien qui ont reçu leurs premiers services de soutien dans les cinq jours

On a constaté des écarts considérables entre les régions en ce qui a trait au pourcentage d'adultes ayant des besoins complexes qui ont reçu leurs premiers services de soutien dans les cinq jours qui ont suivi l'autorisation : 69,5 % pour le RLISS de Simcoe Nord Muskoka à 92,4 % pour le RLISS d'Érie St-Clair. Le pourcentage d'adultes soignés à domicile ayant reçu des soins infirmiers à domicile dans les cinq jours qui ont suivi l'autorisation était de 89,3 % pour le RLISS du Nord-Ouest contre 96,5 % pour le RLISS du Centre Ouest (Figure 5.2).

Les temps d'attente pour ces services n'ont pas beaucoup évolué depuis 2013-2014, lorsque 94 % des adultes admissibles soignés à domicile ont reçu leurs premiers soins infirmiers dans le délai prescrit de cinq jours et 84 % des adultes admissibles ayant des besoins complexes ont reçu leurs premiers services de soutien en temps voulu.

FIGURE 5.2

Pourcentage de personnes soignées à domicile âgées de 19 ans plus ont des besoins complexes et ont reçu leurs premiers services de soutien à la personne dans les cinq jours qui ont suivi l'autorisation, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015



Source des données : Base de données sur les soins à domicile, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Expériences des patientes et patients concernant les soins à domicile

Pour améliorer la qualité des soins, il est indispensable de demander aux bénéficiaires de soins à domicile leur avis au sujet des services. Les personnes ont des expériences positives obtiennent souvent de meilleurs résultats[51,52]. Pour faciliter la collecte de données, les gens peuvent participer à un sondage téléphonique au cours duquel on leur demandera d'évaluer les soins à domicile qu'ils reçoivent. Un membre de la famille ou une amie peut répondre si la patiente ou le patient ne peut le faire. Les réponses peuvent être « excellents », « très bons », « bons », « moyens », ou « médiocres ».

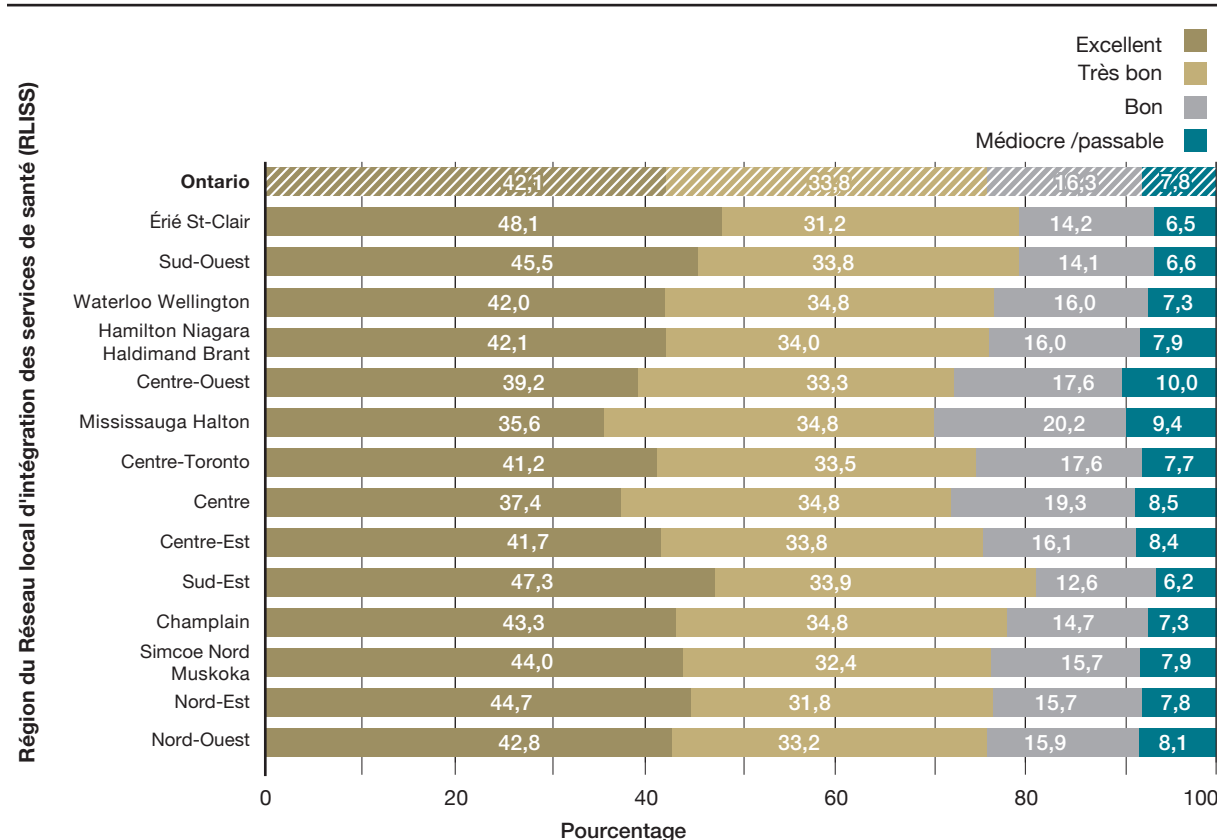
Conclusions et variations

Globalement, les expériences des personnes soignées à domicile étaient positives. Les personnes qui ont eu une expérience positive ont indiqué que leurs soins étaient « Excellents », « Très bons » ou « Bons »; plus de la moitié de ces personnes ont indiqué que leurs soins étaient « Excellents ».

Le pourcentage total de réponses positives allait de 90 % pour le RLISS du Centre-Ouest à 94 % pour les régions couvertes par le RLISS du Sud-Est et le RLISS d'Érié St-Clair. Plus de 90 % des réponses étaient positives pour 98 % des 182 fournisseurs de soins à domicile de l'Ontario dont les données étaient disponibles. Pour l'ensemble de l'Ontario, le pourcentage d'expériences positives signalées par les patientes et patients est resté constant, se maintenant à 92 % depuis 2013-2014 (Figure 5.3).

FIGURE 5.3

Expériences des personnes prises en charge par des coordinateurs et fournisseurs de soins, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015



Source des données : Sondage d'évaluation de l'expérience des clients et des aidants de National Research Corporation Canada, fourni par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario

i Indicateur : Expériences des patientes et patients

Cet indicateur mesure le pourcentage personnes soignées à domicile qui ont indiqué que les soins prodigués par leurs coordonnateurs et fournisseurs de soins sont « Excellents », « Très bons », « Bons », « Moyens » ou « Médiocres ».

Le saviez-vous?

En 2014-2015, les centres d'accès aux soins communautaires ont fourni 38 687 656 heures de soins; il s'agit principalement de services de soutien à la personne[53].

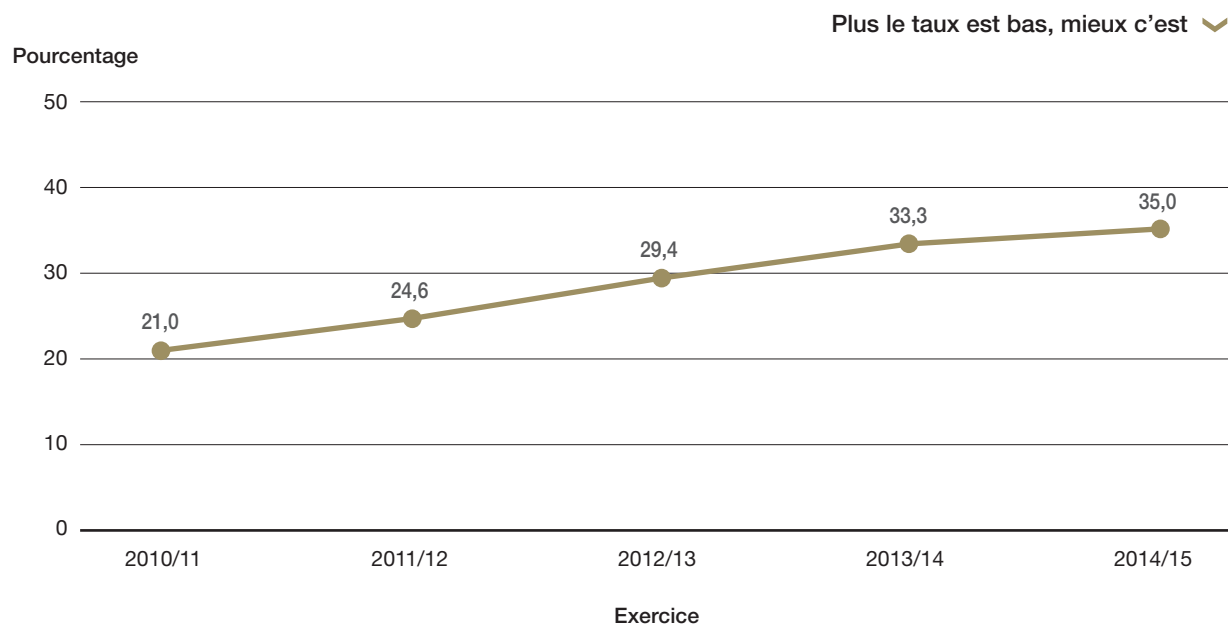
La détresse des aidants non rémunérés des personnes soignées à domicile

97 % des personnes soignées à domicile de longue durée ou pendant une période indéfinie ont au moins une aidante ou un aidant naturel. Cette personne peut être un membre de la famille, une amie ou une voisine et joue souvent un rôle essentiel en s'occupant de la patiente ou du patient, qui peut être de santé fragile ou avoir un handicap physique, des déficiences cognitives, ou plusieurs de ces affections.

Les aidants s'occupent de tout : faire l'épicerie, la cuisine, aller à la banque, faire le ménage, gérer les médicaments et aider la personne à se laver, s'habiller et ainsi de suite[54]. Ces responsabilités peuvent être stressantes, surtout lorsque la personne qui vit chez elle a besoin de beaucoup d'aide. C'est pourquoi il est important d'observer la détresse de l'aidante ou aidant et d'en étudier les conséquences éventuelles sur l'aidante ou aidant et la personne dont elle ou il s'occupe.

FIGURE 5.4

Pourcentage de personnes recevant des soins à domicile de longue durée* assistées d'une aidant ou d'un aidant principal incapable de poursuivre ses activités ou ayant exprimé un sentiment de détresse, de colère ou de dépression, en Ontario, 2010-2011 – 2014-2015



Source des données : Système d'information sur les soins à domicile, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé *Personnes qui reçoivent des soins à domicile de longue durée ou pendant une période indéfinie

Conclusions et variations

Parmi les personnes recevant des soins à domicile de longue durée assistées d'au moins une aidante ou un aidant naturel, le pourcentage de personnes dont l'aidant naturel a ressenti de la détresse, de la colère ou de la dépression ou incapable de poursuivre cette activité est passé de 21 % en 2010-2011 à 35 % en 2014-2015 (Figure 5,4).

i Indicateur : Détresse des aidantes et aidants

Cet indicateur mesure, parmi les personnes recevant des soins à domicile de longue durée assistées d'au moins une aidante ou un aidant naturel, le pourcentage dont le principal aidant naturel a ressenti un sentiment de détresse, de colère ou de dépression ou incapable de poursuivre cette activité.

On peut aussi mesurer la détresse de l'aidante ou aidant au fil du temps en comparant la dernière évaluation de la patiente ou du patient avec la précédente. Les données montrent que le taux de détresse persistante chez les aidantes et aidants a aussi augmenté au cours des cinq dernières années[55].

L'augmentation de la détresse et de la détresse persistante s'explique probablement par le fait que les personnes soignées à domicile ont globalement plus de besoins complexes qu'il y a cinq ans, puisqu'elles forment aujourd'hui un groupe collectivement plus vieux, plus malade, souffrant de troubles physiques et cognitifs plus graves et moins capable de vaquer aux tâches ordinaires de la vie quotidienne[56].

Le saviez-vous?

Près d'un tiers des personnes vivant Ontario âgées de 15 ans et plus, ou 29 %, fournissent des soins non rémunérés à un membre de la famille atteint d'une affection de longue durée, d'une invalidité ou vieillissant[57].

Vivre dans un foyer de soins de longue durée

En Ontario, les soins à domicile dont une personne a besoin sont régulièrement évalués par leurs fournisseurs de soins à domicile à l'aide de méthodes normalisées. Les personnes dont les besoins sont faibles à modérés peuvent normalement rester chez elles avec un soutien.

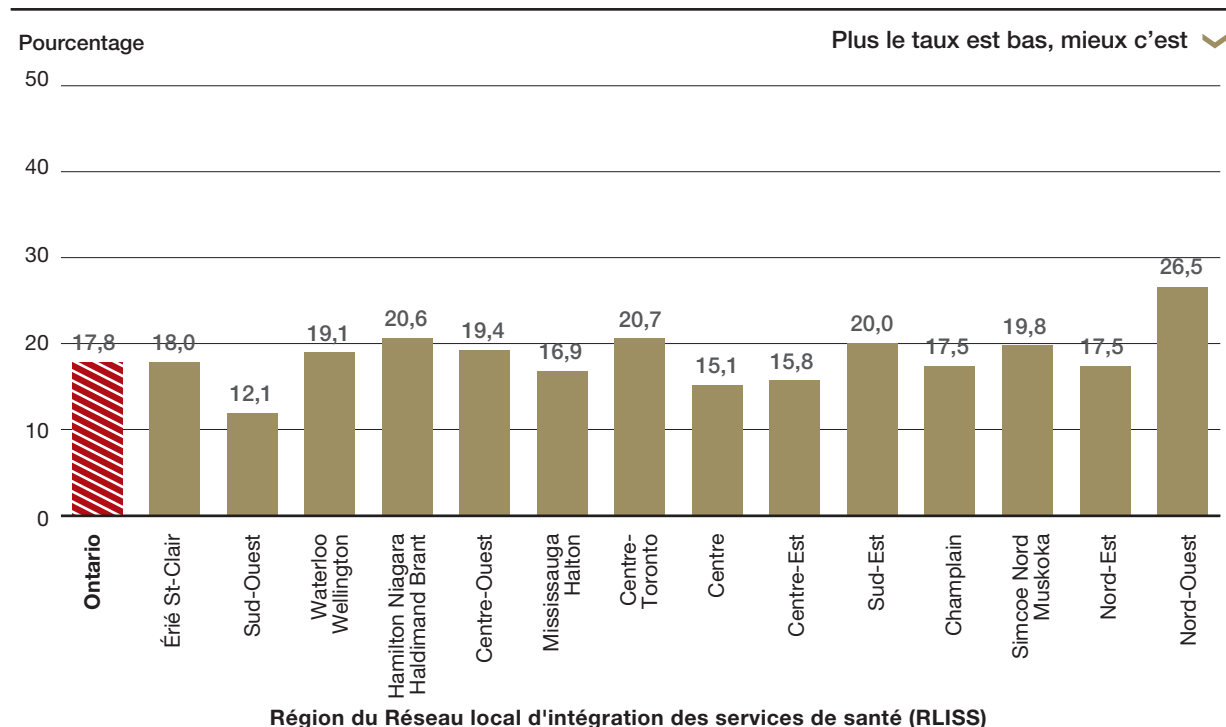
Or, dans certaines régions de la province, les besoins d'un cinquième à un quart des personnes soignées à domicile admises dans un foyer de soins de longue durée ont été évalués comme étant faibles à modérés.

Dans certains cas, il est préférable que ces personnes vivent dans un foyer de soins de longue durée. Les facteurs qu'on peut prendre en considération sont la disponibilité d'aidants familiaux, les ressources financières et la capacité des aidants et des patients de faire face, ainsi que le choix personnel des patients.

Les études suggèrent que la plupart des personnes ayant continuellement besoin de soins pour des problèmes de santé majeurs préfèrent être soignées à domicile[58]. De plus, on considère que les soins à domicile coûtent habituellement moins cher pour le système de santé qu'un placement dans un foyer de soins de longue durée. Par conséquent, même si les circonstances particulières varient, faire en sorte que moins de personnes ayant des besoins faibles à modérés sont admises dans un foyer de soins de longue durée est vu comme une chose positive lorsqu'il s'agit de mesurer la performance du système de santé.

FIGURE 5.5

Pourcentage de personnes soignées à domicile qui ont des besoins faibles à modérés admises dans un foyer de soins de longue durée, par rapport à l'ensemble de personnes soignées à domicile admises dans un foyer de soins de longue durée, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015



Source des données : Base de données sur le profil des clients, système de gestion des clients des CASC, RAI-HC via le logiciel d'évaluation des soins de longue durée, fourni par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario

Conclusions et variations

En 2014-2015, 18 % des personnes soignées à domicile admises dans un foyer de soins de longue durée en Ontario avaient des besoins faibles à modérés. Le résultat de cet indicateur varie considérablement d'une région à l'autre, 27 % des personnes soignées à domicile admises dans un

foyer de soins de longue durée dans le RLISS du Nord-Ouest qui ont des besoins faibles à modérés, contre 12,1 % pour le RLISS du Sud-Ouest (Figure 5.5). Les résultats provinciaux pour cet indicateur n'ont pas évolué depuis 2013-2014, où ils étaient aussi de 18 %.

i **Indicateur : Admissions dans des foyers de soins de longue durée**

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes soignées à domicile qui ont des besoins faibles à modérés admises dans un foyer de soins de longue durée par rapport au total des personnes soignées à domicile admises dans un foyer de soins de longue durée.

Le saviez-vous?

Près de 27 000 Ontariennes et Ontariens soignés à domicile ont été admis dans un foyer de soins de longue durée en 2014-2015. Ce chiffre reste relativement constant depuis 2009-2010[53].

En résumé

Bien que le système de soins à domicile continue d'évoluer en Ontario pour s'adapter à la complexité croissante et au nombre de plus en plus élevé de personnes qu'il dessert, les résultats des indicateurs mesurant sa performance sont stables. En 2014-2015, les délais pour les soins infirmiers à domicile et les services de soutien pour les personnes ayant des besoins complexes étaient similaires à ceux de l'année précédente, tout comme l'évaluation des expériences des patientes et patients et le pourcentage de personnes soignées à domicile admises dans un foyer de soins de longue durée qui avaient des besoins faibles à modérés. Notes de l'expérience des patients montrent des résultats toujours positifs dans toutes les régions du RLSS.

Bien que le secteur des soins à domicile dans son ensemble soit le centre d'attention des améliorations apportées actuellement au système de santé, la détresse des aidantes et aidants devient une préoccupation croissante, le taux de détresse augmentant chaque année depuis 2010-2011. Des mesures particulières sont envisagées pour améliorer les soutiens offerts aux aidantes et aidants en Ontario.

Soins hospitaliers

Ce chapitre, porte sur les indicateurs suivants du programme commun d'amélioration de la qualité concernant les soins hospitaliers :

- Expériences des patientes et patients
- Temps passé aux urgences
- Temps d'attente pour certaines interventions réalisées à l'hôpital (arthroplastie des articulations, interventions cardiaques, interventions chirurgicales oncologiques)
- Infections nosocomiales à C. difficile
- Accouchements par césarienne

Photo de Dale prise par Roger Yip, voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

Droit du cœur : l'histoire de Dale

Lorsque Dale a su qu'il avait besoin d'un pontage cardiaque, il a ressenti un étrange mélange d'émotions. « À certains égards, j'étais heureux qu'on ait finalement découvert ce qui n'allait pas », dit l'homme de 56 ans, qui habite Cambridge. « Mais j'ai aussi ressenti que j'étais anormal – que je n'étais pas tout à fait une vraie personne d'une certaine façon, parce qu'il y avait quelque chose d'important qui clochait chez moi. »

Cette ambiguïté dans les sentiments de Dale est le fruit d'une année complète passée à essayer d'aller à la racine du problème. Initialement, Dale, qui travaille comme tuyauteur et soudeur, avait ressenti une douleur et une sensation de serrement à sa gorge. Après un appel à Télésanté Ontario, une ambulance est arrivée pour amener Dale à l'hôpital.

« On m'a demandé si j'avais de la douleur à la poitrine et j'ai répondu que c'était dans ma gorge », explique Dale au sujet de sa visite à l'hôpital. « Alors, on m'a donné un électrocardiogramme et un test sanguin, et on a vérifié mes poumons. Tous ces tests ont montré que j'étais en excellente santé. »

Dale est rentré chez lui, mais les symptômes ont persisté dans sa gorge. Il pensait que cela pouvait être un problème avec son œsophage ou son estomac. À un moment donné, son médecin l'a traité pour une congestion des sinus. Toujours pas d'amélioration. « Finalement, mon médecin de famille m'a dit : "Peut-être que c'est votre cœur". »

On a envoyé Dale faire une série de tests. À un moment donné, les résultats n'étaient pas concluants. « L'attente est stressante – cela me cause de l'anxiété », dit Dale. Finalement, il a eu un cathétérisme cardiaque diagnostique, un test qui consiste à prendre des images des artères coronaires afin que les médecins puissent voir comment le sang circule dans le cœur. Les résultats ont montré qu'il y avait des blocages qui nécessitaient un pontage.

« J'étais sous le choc », confie la sœur de Dale, Juanita, au sujet du diagnostic. « Je ne pouvais pas croire que quelque chose de si grave avait pris tant de temps à diagnostiquer – presque un an. » Bien que ces nouvelles étaient difficiles à entendre pour Dale et sa famille, ils se sentent bien informés et préparés pour les prochaines étapes, grâce au médecin et au personnel hospitalier qui s'occupent de Dale.

«Je suis extrêmement impressionnée par l'aide aux patients », ajoute Juanita, qui restera avec Dale pendant quelques semaines après l'opération. « Le livre d'information sur la chirurgie cardiaque qu'ils nous ont donné est génial et j'ai vu un haut degré de compassion. Et, une fois que la cardiologue s'est jointe à l'équipe, elle s'est rendue beaucoup plus disponible. »

Dale fait de son mieux pour suivre les ordres du médecin et relaxer, avant et après l'opération. « Je suis du genre très actif et je vais avoir du mal à faire les choses à un niveau 1 ou 2 si je veux être à un niveau 10 », explique-t-il, en ajoutant que la récupération post-opératoire prendra environ trois mois.

Pour les principaux types de chirurgie cardiaque en Ontario, la date de l'opération dépend de l'urgence des besoins du patient. La grande majorité des patients se font opérer dans les délais prévus. Dans le cas de Dale, la date de son opération a été repoussée parce qu'il y a d'autres patients ayant des besoins plus urgents. Dale est contrarié que son opération ait été retardée, mais demeure reconnaissant parce qu'il va obtenir le traitement dont il a besoin.

Soins d'urgence et aux malades hospitalisés

Les gens vont à l'hôpital pour différentes raisons, pour faire diagnostiquer et traiter une maladie ou se faire opérer et recevoir des soins intensifs. Parfois, il leur suffit de se rendre aux urgences pour obtenir les soins dont ils ont besoin, mais parfois, une hospitalisation est aussi nécessaire. Dans tous les cas, le but est de prodiguer des soins de qualité à la personne, puis de faire en sorte qu'elle retourne en temps voulu chez elle ou soit transférée dans un autre milieu de soins, comme un centre de réadaptation ou un foyer de soins de longue durée.

Cette section traite des indicateurs qui mesurent la qualité des services fournis aux urgences et dans d'autres services hospitaliers, en plus de mesurer la façon dont les gens évaluent leurs expériences à l'hôpital.

Les hôpitaux font partie intégrante de notre système de santé. Des chirurgies aux soins d'urgence salvateurs, ils offrent des soins de haut niveau à tous ceux et celles qui en ont besoin.

Conclusions et variations

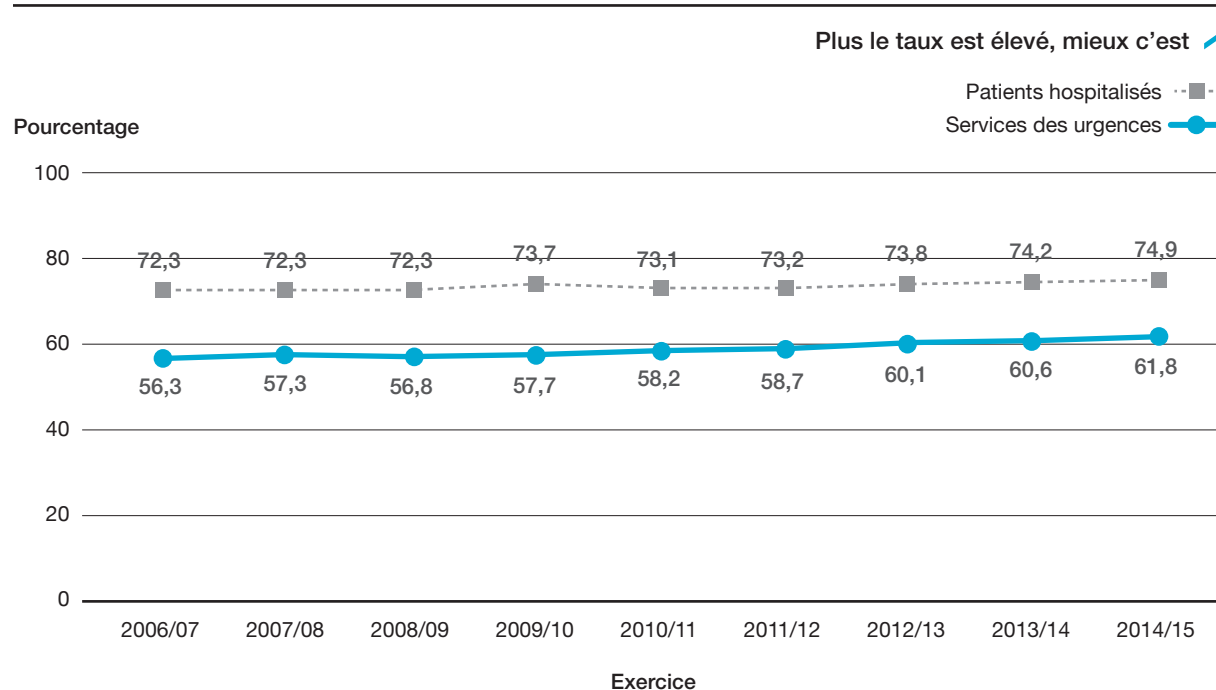
Le pourcentage de personnes qui se sont rendues au service des urgences d'un hôpital en Ontario et ont déclaré qu'elles le recommanderaient absolument à des membres de leur famille et amis s'est amélioré depuis 2006-2007, passant de 56,3 % en 2006-2007 à 61,8 % en 2014-2015 (Figure 6.1). Le pourcentage de personnes qui recommanderaient l'hôpital à des membres de leur famille et amis était légèrement supérieur chez celles qui ont été hospitalisées, soit 74,9 %, mais est resté relativement stable depuis 2006-2007, lorsque le taux était de 72,3 % (Figure 6.1).

Le saviez-vous?

Les patientes et patients ont cité les qualités suivantes comme des facteurs contribuant le plus à leur sentiment de satisfaction à l'égard des soins de santé : Empathie/attitude; rapidité des soins; compétence de l'équipe soignante; prise en charge de la douleur; et partage de l'information[59].

FIGURE 6.1

Pourcentage de personnes participant à un sondage qui recommanderaient absolument l'hôpital/le service des urgences à des amis et membres de leur famille, en Ontario, 2006-2007 à 2014-2015



Source des données : National Research Corporation of Canada, fourni par l'Ontario Hospital Association

i Indicateurs: Expériences des patientes et patients pendant A) une hospitalisation et B) une visite aux urgences.

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de personnes participant à un sondage qui, après une hospitalisation ou une visite aux urgences, ont répondu : « Oui, absolument », quand on leur a demandé :

- « Recommanderiez-vous cet hôpital à des membres de votre famille ou amis? »
- « Recommanderiez-vous ce service des urgences à des membres de votre famille ou amis? »

Durée du séjour aux urgences

Les gens vont aux urgences des hôpitaux pour toutes sortes de raisons, allant d'affections médicales graves, comme un arrêt cardiaque à des troubles de santé moins sérieux tels qu'une foulure. Il est important pour les hôpitaux de consigner le temps passé avant de répondre aux divers besoins des gens, afin d'assurer qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin en temps voulu.

Le temps qu'une personne passe aux urgences dépend de la nature de la maladie ou de la blessure[79]. C'est pourquoi les résultats de l'indicateur inclus dans cette section divisent les patients en deux groupes d'après le niveau « d'acuité » établi par l'échelle canadienne de triage et d'acuité que les hôpitaux utilisent pour évaluer l'urgence des soins requis, et selon que les personnes sont hospitalisées ou non.

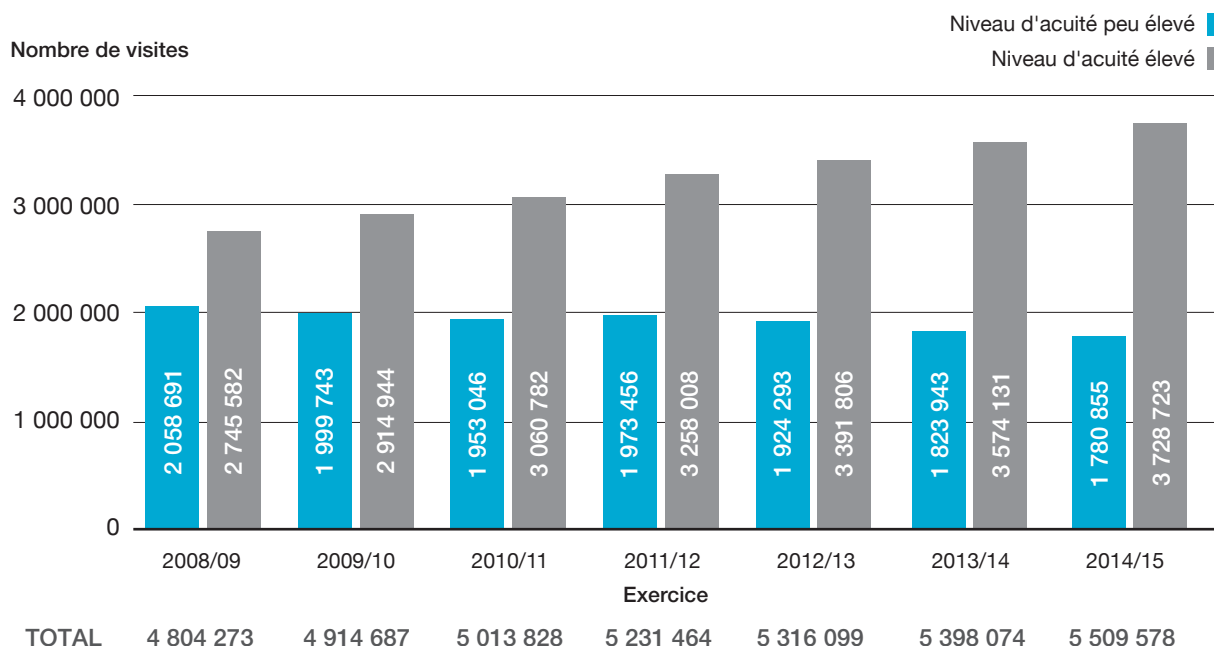
Les personnes qui ont un niveau d'acuité élevé sont des personnes dont le pronostic vital est engagé et qui ont besoin d'une intervention vigoureuse immédiate; la vie ou les organes sont menacés et nécessitent une intervention médicale immédiate; cette affection pourrait s'aggraver et nécessiter une intervention vigoureuse ou rapide ou donner lieu à une hospitalisation.

Les personnes qui ont un niveau d'acuité peu élevé pourraient bénéficier d'une intervention médicale ou de soins dans les deux heures; ou leur examen ou traitement pourrait être reporté ou elles pourraient être dirigées vers d'autres services de l'hôpital ou dans le système de santé.

En 2014-2015, il y a eu près de 5,5 millions de visites aux urgences dans les hôpitaux de l'Ontario, ce qui représente près de 700 000 visites en plus (14,4 %)

FIGURE 6.2

Nombre de visites aux urgences, en Ontario, 2008-2009 à 2014-2015



Sources des données : Système d'information sur les services des urgences (avril 2008-octobre 2009) et Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) niveau 1 (novembre 2009-mars 2015), fourni par Accès aux soins, Action Cancer Ontario

depuis 2008-2009 (Figure 6.2). Le nombre annuel de consultations aux urgences de personnes qui ont un niveau d'acuité élevé a grimpé de 35,8 % entre 2008-2009 et 2014-2015, passant de 2,75 millions de personnes à 3,73 millions (Figure 6.2). Inversement, au cours de la même période, on a constaté une baisse du nombre annuel de consultations de personnes qui ont un niveau d'acuité peu élevé, qui est passé de 2,05 millions à 1,78 million.

En 2014-2015, près de 70 % des visites aux urgences ont été faites par des personnes qui ont un niveau d'acuité élevé (Figure 6.2), contre un peu moins de 57 % en 2008-2009.

i Indicateurs: Temps passé aux urgences pour A) patients qui ont un niveau d'acuité peu élevé et B) patients qui ont le niveau d'acuité élevé

Ces indicateurs mesurent la période maximale, du triage ou de l'inscription jusqu'à la sortie, du temps que la moitié des personnes ont passé aux urgences, et durant laquelle neuf personnes sur dix ont eu leur consultation, séparément des personnes qui ont un niveau d'acuité élevé ou peu élevé.

Le saviez-vous?

Les trois principales raisons pour lesquelles les gens vont aux urgences sont des douleurs abdominales/pelviennes, une douleur à la gorge ou à la poitrine, et une infection aiguë des voies respiratoires supérieures. Les plupart de ces personnes ne sont pas hospitalisées[61].

Conclusions et variations

Le temps passé aux urgences, souvent décrit comme la durée du séjour, est mesuré à partir de l'inscription ou du triage (selon la première éventualité), jusqu'au moment où la personne quitte les urgences pour rentrer chez elle ou être hospitalisée. Cela comprend la durée de chaque élément de la visite aux urgences, comme le temps passé à attendre le médecin, les résultats des tests et le traitement, ainsi que le temps dont le médecin a besoin pour décider si la personne peut sortir, ou l'attente d'un lit si elle est hospitalisée.

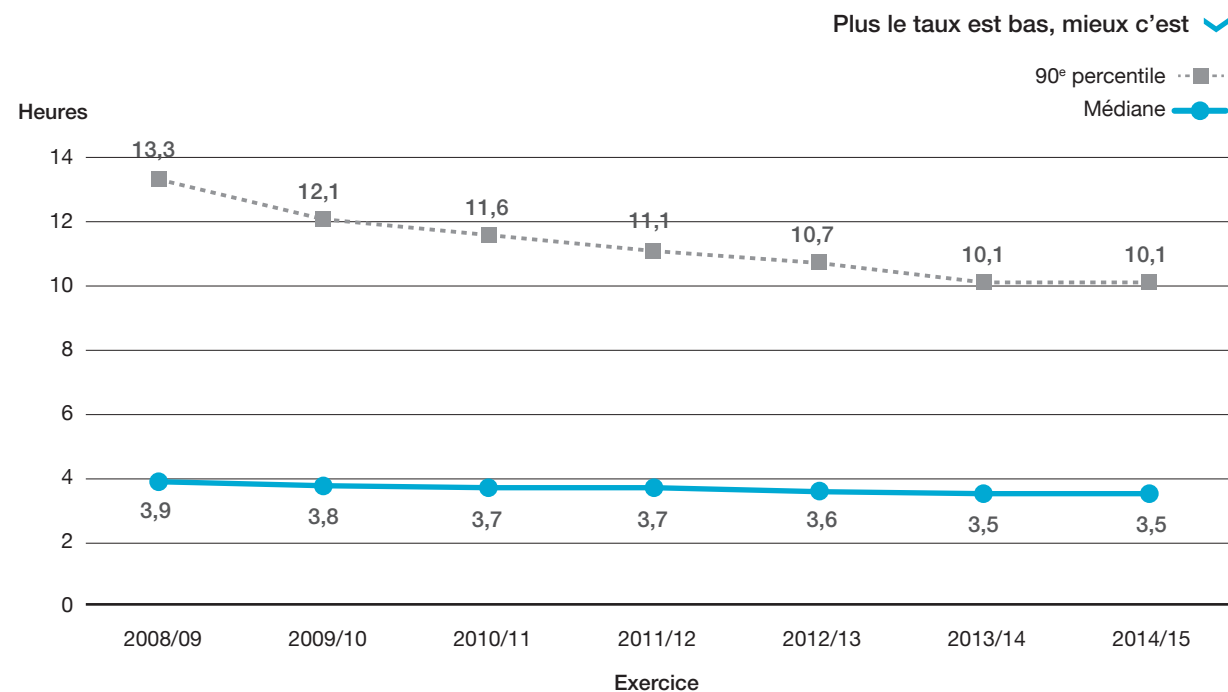
Mesure de la durée du séjour	Description
90th percentile	Durée maximale que neuf personnes sur dix (90 %) ont passée aux urgences avant de réintégrer leur domicile ou d'être hospitalisées.
Médiane	Durée maximale que la moitié des personnes (50 %) ont passée aux urgences avant d'en partir. C'est le point médian donnant l'image d'un séjour typique.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée établit des objectifs pour la durée du temps que les personnes qui ont un niveau d'acuité élevé et peu élevé devraient passer dans un service des urgences en Ontario. Ces objectifs sont décrits et expliqués dans le tableau ci-dessous, et comprennent les données les concernant[62].

Niveau d'acuité	Objectifs	Conclusions
Élevé – La personne doit être vue immédiatement ou très vite, ou doit être hospitalisée. Le temps d'attente prescrit est plus long pour les personnes qui ont un niveau d'acuité élevé, car elles ont habituellement besoin de tests et de soins plus longs.	Le but est de faire en sorte que neuf personnes sur dix qui ont un niveau d'acuité élevé ne passent pas plus de huit heures aux urgences avant d'en partir ou d'être hospitalisées.	En 2014-2015, 85,7 % des consultations aux urgences de personnes qui ont un niveau d'acuité élevé ont été réalisées dans le délai prescrit de huit heures (Figure 6.5). Neuf personnes sur dix qui ont un niveau d'acuité élevé ont passé 10,1 heures ou moins aux urgences avant d'en repartir ou d'être hospitalisées, en 2014-2015. Bien que l'objectif de huit heures n'ait pas été atteint, cela constitue une amélioration (baisse) depuis 2008-2009, lorsque le 90^e percentile de durée du séjour était de 13,3 heures ou moins (Figure 6.3). La durée du séjour médiane, ou le temps maximal que la moitié des personnes qui ont un niveau d'acuité élevé ont passé aux urgences, a légèrement diminué, passant de 3,9 heures en 2008-2009, à 3.5 heures en 2014-2015 (Figure 6.3).
Peu élevé – La personne a une affection médicale moins urgente qui ne nécessite ni une attention immédiate ni une hospitalisation.	L'objectif est de faire en sorte que neuf personnes sur dix qui ont un niveau d'acuité peu élevé ne passent pas plus de quatre heures aux urgences avant d'en partir.	En 2014-2015, 89,9 % des consultations aux urgences de personnes qui ont un niveau d'acuité peu élevé ont été réalisées dans le délai prescrit de quatre heures (Figure 6.5). L'objectif a été atteint en 2014-2015, puisque neuf personnes sur dix qui ont un niveau d'acuité peu élevé sont reparties des urgences dans les quatre heures. C'est une amélioration depuis 2008-2009, quand le 90th percentile de la durée du séjour était de 4,8 heures (Figure 6,4). La durée du séjour médiane, ou le temps maximal que la moitié des personnes qui ont un niveau d'acuité peu élevé ont passé aux urgences, est resté stable depuis 2008-2009, soit 1,9 heure (Figure 6,4).

FIGURE 6.3

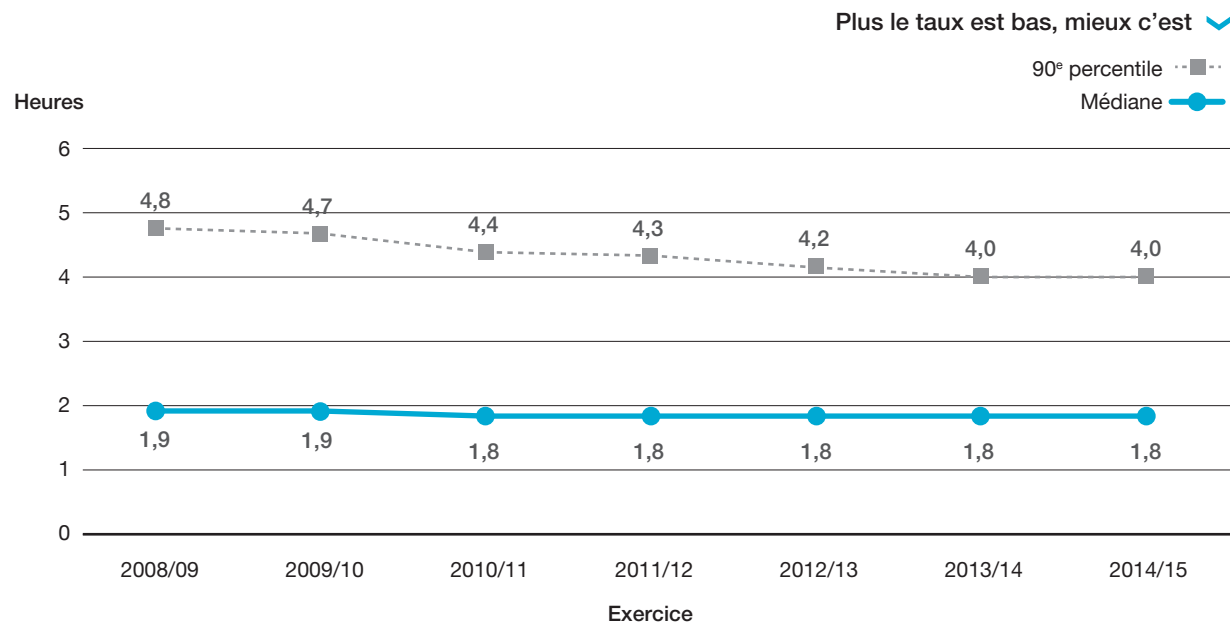
Temps maximal que neuf personnes sur dix (90e percentile) et cinq personnes sur dix (médiane) ayant un niveau d'acuité élevé ont passé aux urgences, en Ontario, 2008-2009 à 2014-2015



Sources des données : Système d'information sur les services des urgences (avril 2008-octobre 2009) et Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) niveau 1 (novembre 2009-mars 2015), fourni par Accès aux soins, Action Cancer Ontario

FIGURE 6.4

Temps maximal que neuf personnes sur dix (90e percentile) et cinq personnes sur dix (médiane) ayant un niveau d'acuité peu élevé ont passé aux urgences, en Ontario, 2008-2009 à 2014-2015



Sources des données : Système d'information sur les services des urgences (avril 2008-octobre 2009) et Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) niveau 1 (novembre 2009-mars 2015), fourni par Accès aux soins, Action Cancer Ontario

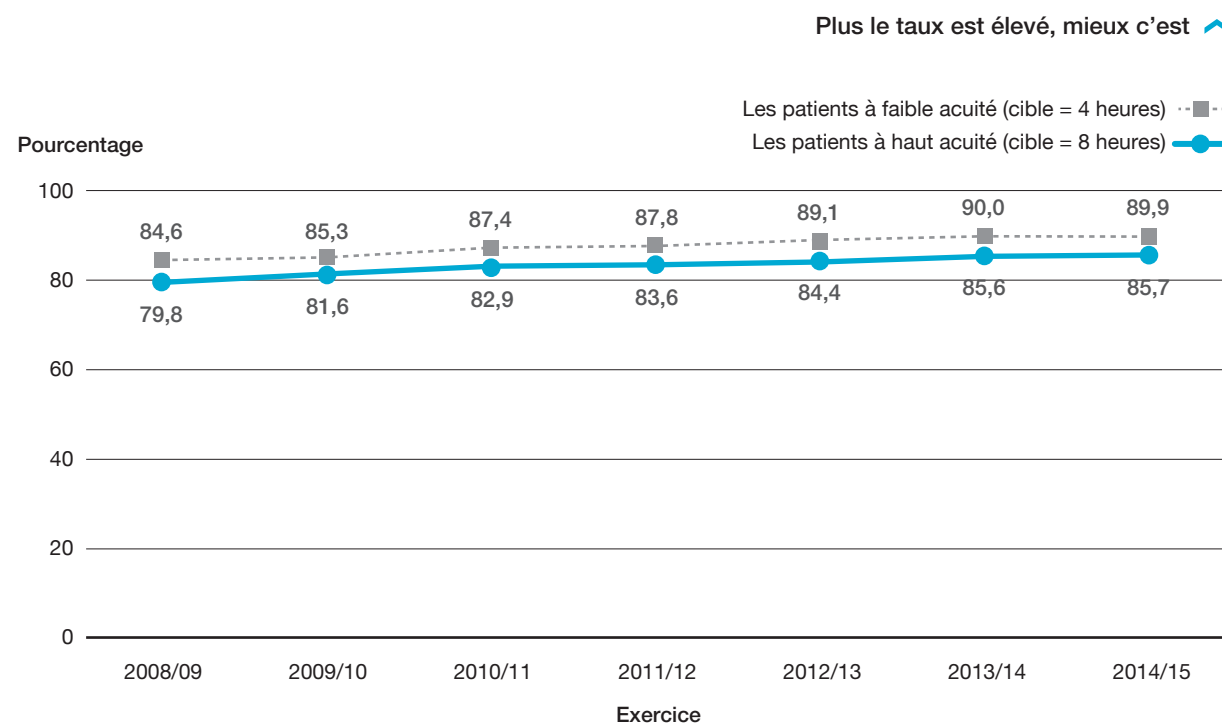
Un autre moyen de faire rapport du temps passé aux urgences et du rendement des urgences en Ontario consiste à vérifier combien de personnes sortent des urgences dans le délai prescrit pour chaque niveau d'acuité.

Depuis 2008-2009, de plus en plus de consultations aux urgences sont réalisées dans le délai prescrit. Pour les personnes qui ont un niveau d'acuité élevé, le pourcentage de consultations réalisées dans le délai prescrit de huit heures est passé de 79,8 % à 85,7 % entre 2008-2009 et 2014-2015. Cette hausse représente un peu plus à peine de 200 000 consultations supplémentaires réalisées dans le délai prescrit en 2014-2015, par rapport à 2008-2009 (Figure 6.5).

Pour les personnes qui ont un niveau d'acuité peu élevé, le pourcentage de consultations réalisées dans le délai prescrit d'une heure est passé de 84,6 % à 89,9 % entre 2008-2009 et 2014-2015. Cette hausse représente environ 100 000 consultations supplémentaires réalisées dans le délai prescrit en 2014-2015, par rapport à 2008-2009 (Figure 6.5).

FIGURE 6.5

Pourcentage de consultations aux urgences réalisées dans le délai prescrit, par niveau d'acuité en Ontario, 2008-2009 à 2014-2015



Sources des données : Système d'information sur les services des urgences (avril 2008-octobre 2009) et Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) niveau 1 (novembre 2009-mars 2015), fourni par Accès aux soins, Action Cancer Ontario

Temps d'attente pour certaines interventions

En Ontario, les temps d'attente sont établis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour certaines interventions, notamment l'arthroplastie de la hanche, la chirurgie oncologique et le cathétérisme cardiaque diagnostique afin de produire des images des artères coronaires. Les objectifs ont été établis avec l'aide d'experts cliniques, et indiquent le délai optimal au cours duquel une personne doit subir l'intervention, selon la priorité ou l'urgence de son état.

Pour les indicateurs de cette section, les temps d'attente sont calculés à partir du jour où le chirurgien et la patiente ou le patient décident de procéder à une arthroplastie de la hanche, par exemple, jusqu'au jour où celle-ci a lieu[63]. Le calcul ne tient pas compte de la période entre le jour où le médecin de famille recommande que la personne voie un chirurgien et la date de cette consultation.

Arthroplasties de la hanche et du genou réalisées dans les délais prescrits

Plus de 15 000 personnes ont eu une arthroplastie de la hanche en Ontario en 2015-2016, soit une hausse de 36 % depuis 2008-2009, et plus de 26 000 personnes ont eu une arthroplastie du genou, soit une hausse de 25 % depuis 2008-2009[64].

Les temps d'attente pour ces chirurgies sont établis selon des niveaux de priorité établis en fonction de la gravité de l'état de la personne. La priorité 1 est la plus urgente et la priorité 4 est la moins urgente. Les indicateurs dans cette section examinent les temps d'attente pour trois niveaux de priorité des arthroplasties de la hanche et du genou : priorité 2, pour laquelle le temps d'attente est de 42 jours; priorité 3, pour laquelle il est de 84 jours; et priorité 4, pour laquelle il est de 182 jours. Les temps d'attente pour les personnes de priorité 1 ne sont pas inclus, car ces personnes sont traitées immédiatement en raison de l'urgence de leur état.

Conclusions et variations

Arthroplasties de la hanche

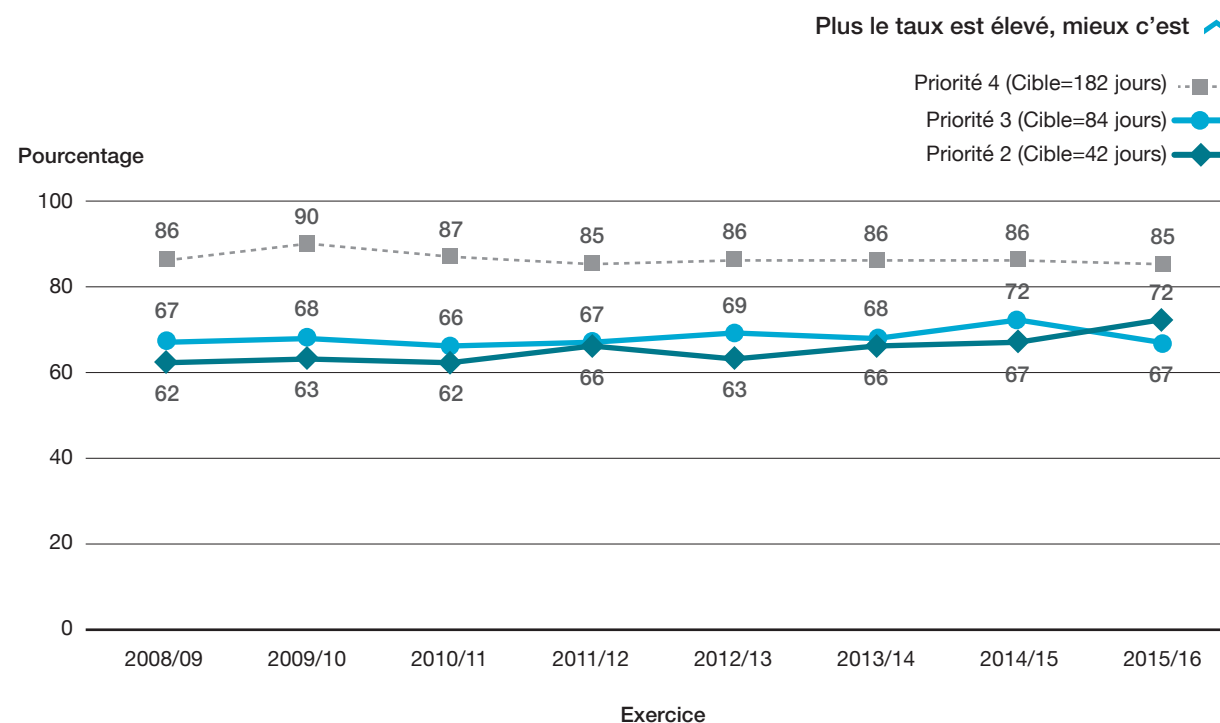
La plupart des arthroplasties de la hanche, environ 70 %, sont de priorité 4[64]. Malgré l'augmentation considérable du nombre de personnes qui ont une arthroplastie de la hanche de priorité 4, le pourcentage de personnes dont l'intervention a été réalisée dans le délai prescrit de 182 jours s'est maintenu à 85 % entre 2011-2012 et 2015-2016 (Figure 6.6).

Le pourcentage de personnes qui ont fait l'objet d'une arthroplastie de la hanche de priorité 3 dans le délai prescrit de 84 jours est resté stable, se maintenant à environ 67 % entre 2008-2009 et 2015-2016. Cela signifie qu'un tiers des personnes ont dû attendre plus de 84 jours pour subir une telle intervention en 2015-2016 (Figure 6.6).

En ce qui concerne les patientes et patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche de priorité 2, le pourcentage de personnes dont l'intervention a été effectuée dans le délai prescrit de 42 jours est passé de 62 % en 2008-2009 à 72 % en 2015-2016 (Figure 6.6). Cela signifie qu'en 2015-2016, un quart des interventions de priorité 2 n'ont pas été réalisées dans le délai prescrit de 42 jours.

FIGURE 6.6

Pourcentage d'arthroplasties de la hanche réalisées en temps voulu, selon le niveau de priorité, en Ontario, 2008-2009–2015-2016



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



Indicateurs : Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de personnes qui ont fait l'objet d'une arthroplastie de la hanche ou du genou dans les délais prescrits en fonction du niveau de priorité. Les temps d'attente sont calculés à partir du jour où le chirurgien et la patiente ou le patient décident de procéder à une arthroplastie de la hanche ou du genou jusqu'au jour où celle-ci a lieu.

Arthroplasties du genou

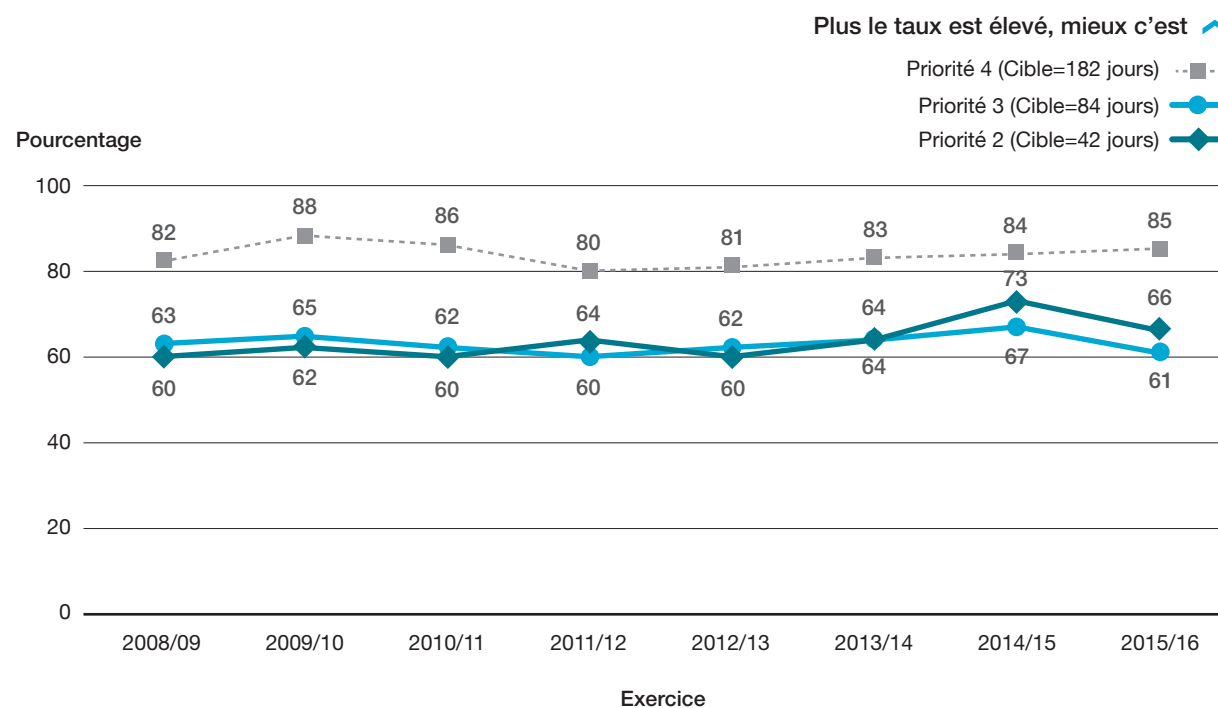
Bien que plus de personnes aient une arthroplastie du genou chaque année, la proportion d'opérations de priorité 4 réalisées dans le délai prescrit de 182 jours est passée de 80 % en 2011-2012 à 85 % en 2015-2016 (Figure 6.7). La plupart des arthroplasties du genou, environ 75 %, sont de priorité 4[64].

Le pourcentage de personnes ayant subi une arthroplastie du genou de priorité 3 dans le délai prescrit de 84 jours est passé de 67 % en 2014-2015 à 61 % en 2015-2016 (Figure 6.7).

Le pourcentage de personnes ayant fait l'objet d'une arthroplastie du genou de priorité 2 dans le délai prescrit de 42 jours est passé de 73 % en 2014-2015 à 66 % en 2015-2016, après avoir oscillé entre 60 et 64 % entre 2008-2009 et 2013-2014 (Figure 6.7).

FIGURE 6.7

Pourcentage d'arthroplasties du genou réalisées dans les délais prescrits, selon le niveau de priorité, en Ontario, 2008-2009–2015-2016



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

Le saviez-vous?

Entre 2008-2009 et 2015-2016, le nombre d'arthroplasties de la hanche niveau de priorité 4 réalisé chaque année a plus que triplé en Ontario, tandis que le nombre d'arthroplasties du genou niveau de priorité 4 a plus que doublé. Pourtant, le pourcentage de chirurgies réalisées dans les délais prescrits est resté stable ces quatre dernières années pour les arthroplasties de la hanche, et a augmenté chaque année pour les arthroplasties du genou depuis 2011-2012[64].

Temps d'attente pour les interventions cardiaques

Interventions cardiaques généralement utilisées pour traiter les maladies coronariennes :

- **Cathétérisme cardiaque diagnostique** : Examen qui produit des images des artères coronaires afin de permettre aux médecins d'observer la circulation du sang dans le cœur[65].
- **Intervention coronarienne percutanée** : Intervention non chirurgicale effectuée à l'aide d'un cathéter destiné à mettre en place un tuteur afin de maintenir ouvert un vaisseau sanguin du cœur rétréci par l'accumulation de plaque[66].
- **Pontage aortocoronarien** : Technique de chirurgie cardiaque qui consiste en un contournement d'un vaisseau sanguin qui ne laisse pas ou peu circuler le sang dans le but de rétablir une circulation sanguine efficace, par exemple dans la jambe ou dans la poitrine[67].

En Ontario, 19 centres de cardiologie réalisent des cathétérismes cardiaques diagnostiques, 18 font des interventions coronariennes percutanées et 11, des pontages aortocoronariens. Il y a trois niveaux de priorité pour les chirurgies cardiaques — urgent, semi-urgent ou non urgent. Le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario établit les temps d'attente pour chaque niveau d'urgence de chaque intervention. Les indicateurs de cette section portent sur le pourcentage de personnes qui ont subi une intervention cardiaque dans les délais prescrits.

Le saviez-vous?

Jusqu'à 80 % des maladies cardiaques et AVC prématurés peuvent être évités en adoptant des comportements sains, par exemple, ne pas fumer, maintenir un poids santé, faire du sport régulièrement, avoir une bonne alimentation et contrôler son hypertension, diabète ou taux de cholestérol[68].

Conclusions et variations

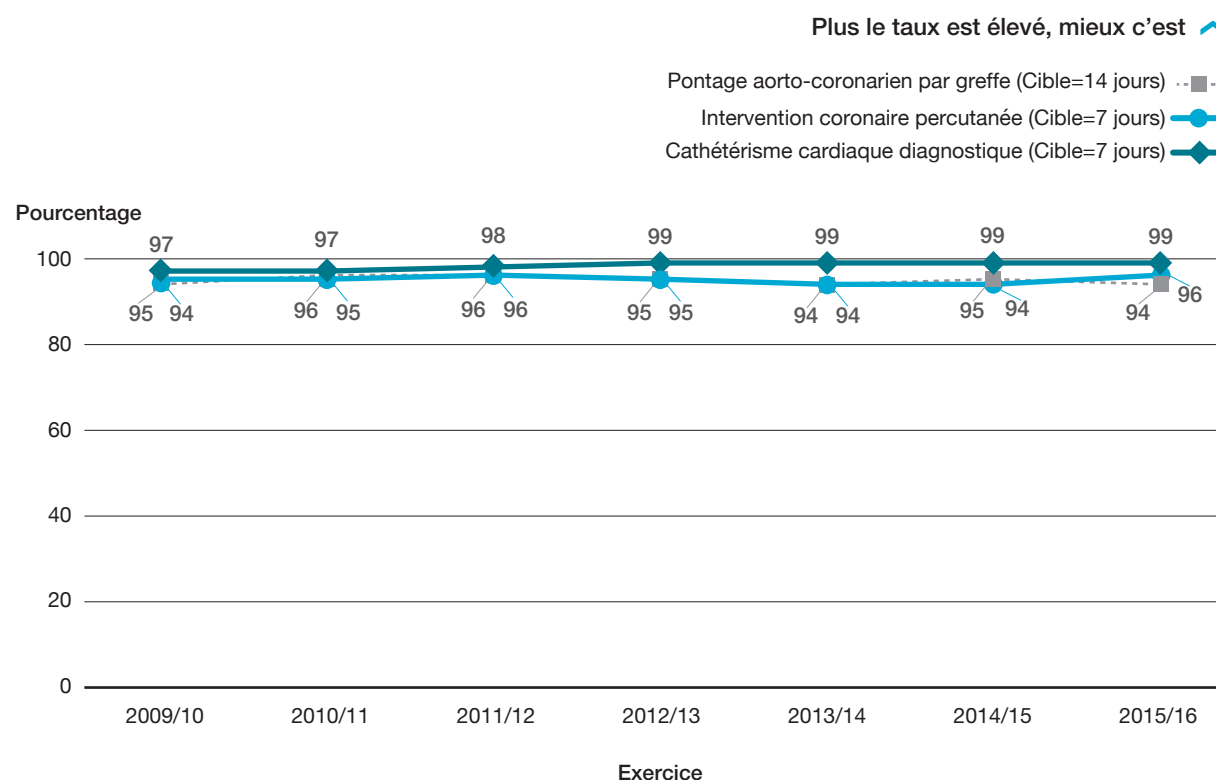
En Ontario, au cours des six dernières années, 94 % à 99 % des personnes en attente d'une intervention cardiaque urgente ont subi une telle intervention dans les délais prescrits (Figure 6.8). En 2015-2016 :

- Neuf personnes sur dix dont le cas était jugé urgent ont eu leur cathétérisme cardiaque diagnostique dans les deux jours. Le délai prescrit est de sept jours.
- Neuf personnes sur dix dont le cas était jugé urgent ont eu leur intervention coronarienne percutanée dans les quatre jours. Le délai prescrit est de sept jours.
- Neuf personnes sur dix dont le cas était jugé urgent ont eu leur pontage aortocoronarien dans les 11 jours. Le délai prescrit est de 14 jours.

Les résultats sont similaires pour les interventions semi-urgentes et non urgentes; au moins 90 % de ces interventions ont été réalisées dans les délais prescrits en 2015-2016[69].

FIGURE 6.8

Pourcentage d'interventions cardiaques urgentes réalisées dans les délais prescrits, en Ontario, 2009-2010 à 2015-2016



Source des données : Registre du Réseau des soins cardiaques de l'Ontario

i Indicateurs : Temps d'attente pour les interventions cardiaques urgentes

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de patients qui ont subi un cathétérisme cardiaque diagnostique, une intervention coronarienne percutanée ou un pontage aortocoronarien d'urgence dans les délais prescrits pour ces interventions. Les temps d'attente sont calculés à partir du jour où le médecin et la patiente ou le patient décident de procéder à l'intervention jusqu'au jour où celle-ci a lieu.

Temps d'attente pour les interventions chirurgicales oncologiques

La chirurgie fait souvent partie du programme de traitement d'une personne atteinte d'un cancer. Étant donné que le cancer peut progresser et atteindre d'autres parties du corps au fil du temps, il est important de procéder à une intervention chirurgicale en temps voulu. En Ontario, des niveaux de priorité ont été établis pour les interventions chirurgicales oncologiques. Le niveau 1 est le plus urgent et le niveau 4, le moins urgent.

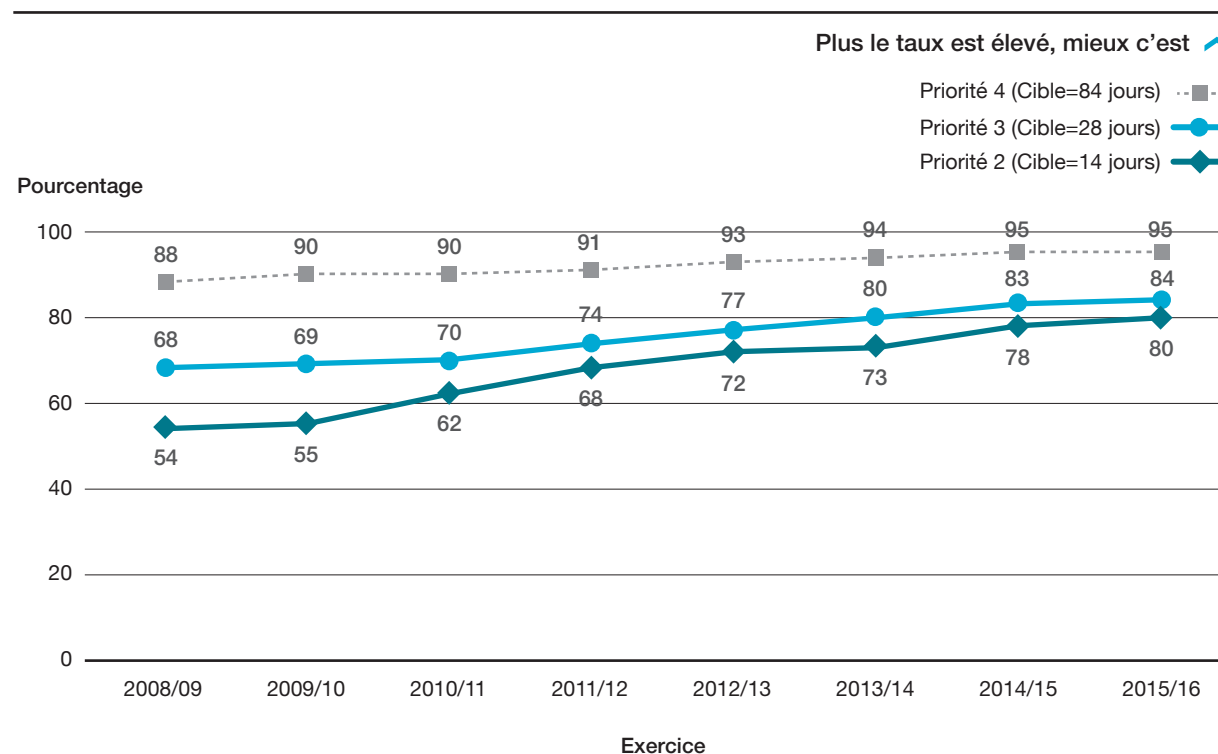
Les indicateurs de cette section portent sur le pourcentage de personnes qui ont subi leur chirurgie oncologique dans les délais prescrits pour trois niveaux de priorité : niveau de priorité 2 dont le temps d'attente maximal recommandé est de 14 jours, niveau de priorité 3 dont le temps d'attente maximal recommandé est de 28 jours, et niveau de priorité 4 dont le temps d'attente maximal recommandé est de 84 jours[63]. Le délai prescrit pour le niveau de priorité 1 n'est pas inclus, car les personnes concernées sont traitées sans attendre.

Conclusions et variations

Pour les niveaux de priorité 2 et 3, le pourcentage d'interventions chirurgicales oncologiques réalisées dans les délais prescrits s'est amélioré chaque année entre 2008-2009 et 2015-2016 : passant de 54 % à 80 % pour les interventions de niveau 2, et de 68 % à 84 % pour les interventions de niveau 3 (Figure 6.9). Le pourcentage d'interventions de niveau 4 réalisées dans les délais prescrits est resté stable, se maintenant à 95 % au cours des deux dernières années; en 2008-2009, le pourcentage était de 88 % (Figure 6.9).

FIGURE 6.9

Pourcentage d'interventions chirurgicales oncologiques réalisées dans les délais prescrits, par niveau de priorité, en Ontario, 2008-2009 à 2015-2016



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

Le saviez-vous?

Il y a plus de 200 types de cancer. En Ontario, les cancers les plus communs chez les hommes sont les cancers de la prostate, des poumons et du côlon. Chez les femmes, ce sont les cancers du sein, des poumons et du côlon[70].

i Indicateurs : Temps d'attente pour les interventions chirurgicales oncologiques

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de patients qui ont subi une intervention chirurgicale oncologique dans les délais prescrits compte tenu du niveau de priorité. Les temps d'attente sont calculés à partir du jour où le chirurgien et la patiente ou le patient décident de procéder à l'intervention jusqu'au jour où celle-ci a lieu.

Infections nosocomiales à *C. difficile*

Les infections nosocomiales sont des maladies graves potentiellement mortelles causées par des bactéries en milieu hospitalier et transmises d'une personne à l'autre, directement ou indirectement. Le personnel soignant, les employés ou les visiteurs dont les mains sont contaminées risquent de transmettre la bactérie aux malades.

Le *Clostridium difficile* fait partie de ces bactéries. Il cause des diarrhées abondantes, une forte fièvre, des douleurs abdominales intenses, voire la mort[71]. Bien qu'il soit impossible d'éliminer les infections à *C. difficile*, les hôpitaux peuvent éviter leur propagation en suivant les protocoles recommandés, par exemple, au chapitre du lavage des mains[72]. Les hôpitaux observent régulièrement le taux d'infections chez leurs patients et publient des rapports à ce sujet

Le taux d'infections à *C. difficile* correspond au nombre de nouveaux cas d'infections à *C. difficile* pour 1 000 jours d'hospitalisation. Le nombre de cent patients hospitalisés pendant dix jours égale 1 000 jours d'hospitalisation.

Conclusions et variations

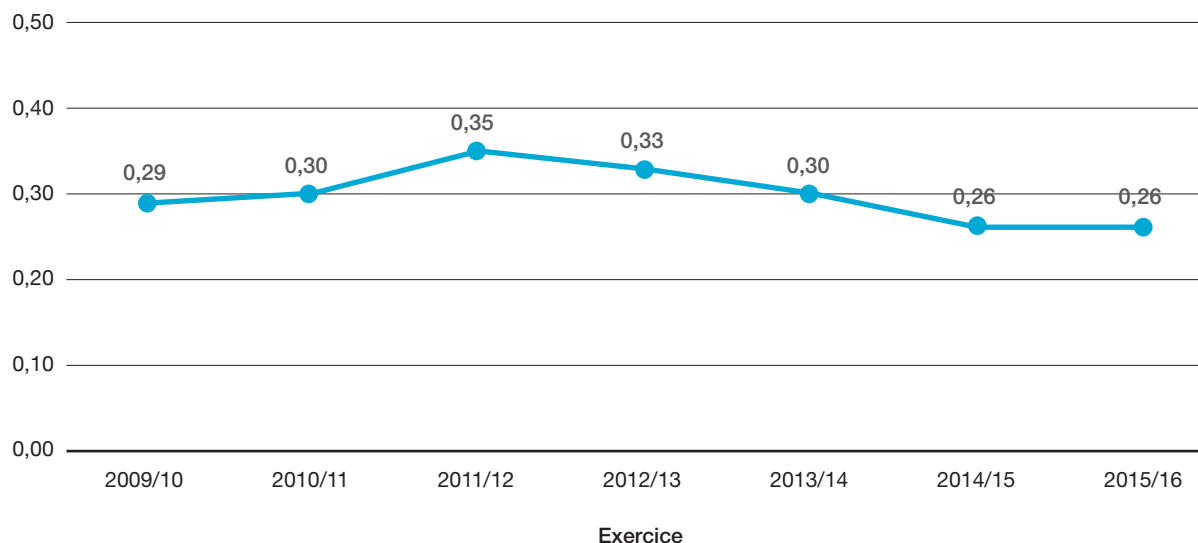
En 2015-2016, le taux d'infections à *C. difficile* était de 0,26 pour 1 000 jours d'hospitalisation dans les hôpitaux de la province, ce qui signifie que sur 100 000 personnes hospitalisées pendant un jour, 26 auraient acquis l'infection. Le taux était le même en 2014-2015, après avoir été de 0,35 pour 1 000 jours d'hospitalisation en 2011-2012, et de 0,29 pour 1 000 jours en 2009-2010 (Figure 6.10).

FIGURE 6.10

Taux d'Infections nosocomiales à *C. difficile*, en Ontario, 2009-2010 à 2015-2016

Taux par 1 000 jours-patients hospitalisés

Plus le taux est bas, mieux c'est ✓



Source des données : Direction de l'analytique en matière de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le saviez-vous?

Le *C. difficile* est la cause la plus commune de diarrhée infectieuse dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée au Canada[73].

i Indicateur : Infections nosocomiales à *C. difficile*

Cet indicateur mesure le nombre de infection à *C. difficile* nosocomiale les cas qui se sont produits pour 1000 patients hospitalisés journées. Jours d'hospitalisation comptent tous les jours chaque lit d'hôpital individuel était occupée par un patient.

Accouchements par césarienne

La naissance d'enfants par césarienne est l'intervention chirurgicale entraînant une hospitalisation la plus commune au Canada[74]. Une césarienne a souvent lieu lorsqu'on juge que l'accouchement par voie vaginale présente des risques pour la mère ou l'enfant[75]. Dans certains cas, cette intervention peut être salvatrice. Toutefois, étant donné que ce type d'intervention peut entraîner des complications pour la mère ou l'enfant, elle ne devrait être effectuée qu'en cas d'absolue nécessité[75].

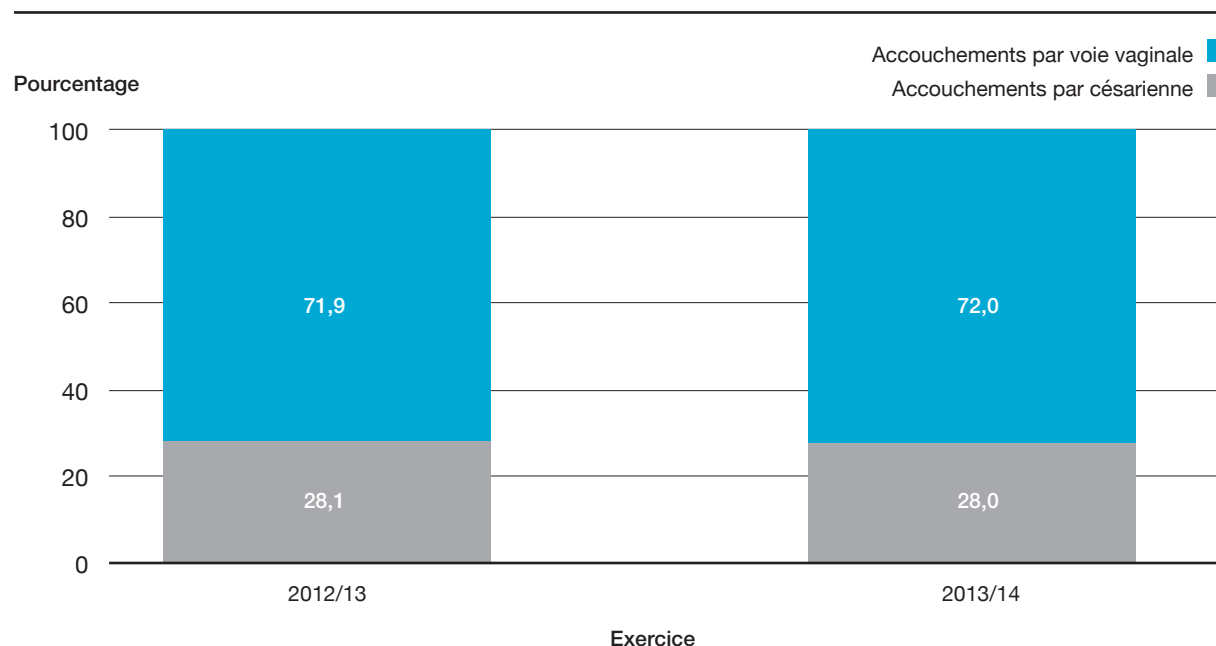
Conclusions et variations

Au Canada, au cours des 20 dernières années, le taux de césariennes s'est accru considérablement, pour atteindre plus de 27 % de l'ensemble des accouchements en 2013, de 17 % en 1995[76,77]. Cette hausse constante peut être liée à plusieurs facteurs, dont l'âge des femmes enceintes pour la première fois.

Les données montrent la proportion d'accouchements en Ontario qui étaient des césariennes est restée stable aux alentours de 28 %, entre 2012-2013 et 2013-2014 (Figure 6.11).

FIGURE 6.11

Pourcentage d'accouchements par type d'accouchement chez toutes les femmes, en Ontario, 2012-2013 à 2013-2014



Source des données : Système d'information de BORN (Better Outcomes Registry & Network)

i Indicateur : Accouchements par césarienne

Cet indicateur mesure accouchements par césarienne, en pourcentage de tous les accouchements.

La proportion de césariennes est aussi restée stable, soit environ 21 % entre 2012/13 et 2013-2014 (Figure 6.12). On considère qu'un accouchement est à faible risque lorsqu'une femme qui n'a jamais eu de césarienne donne naissance à un enfant à terme qui se présente la tête vers le bas, sans problème ou complication pour la mère ou le fœtus.

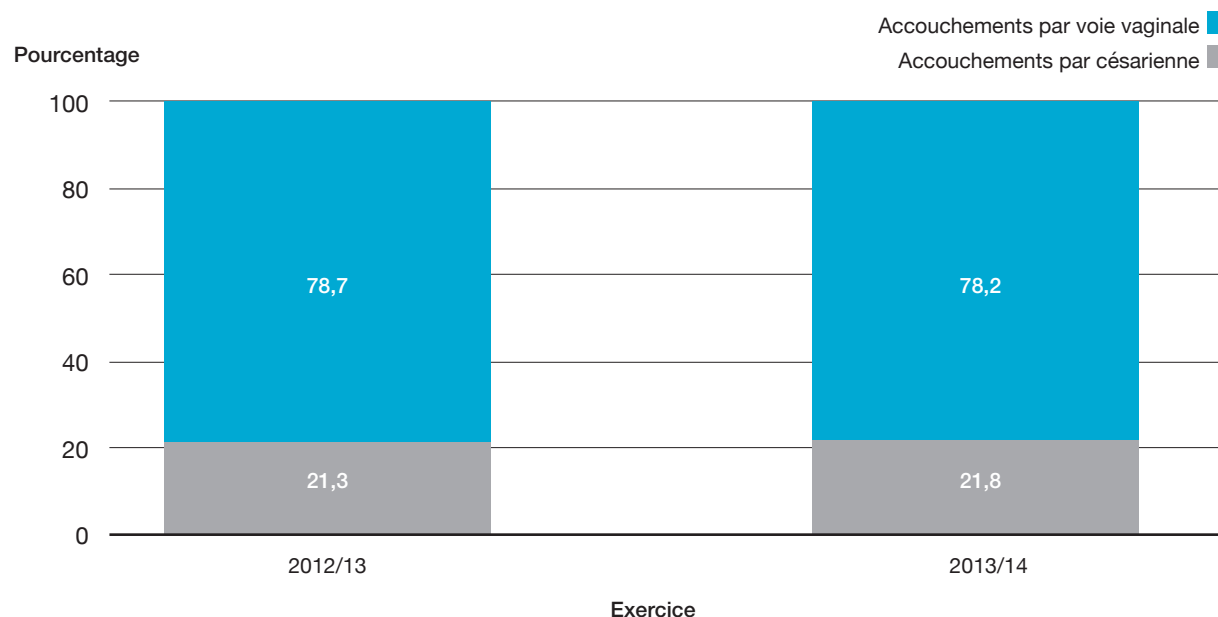
Le taux de césariennes parmi les accouchements à faible risque n'a pas varié considérablement par rapport au revenu de la mère selon le quartier où elle vit, en 2013-2014[78].

Le saviez-vous?

Certaines des raisons les plus communes pour lesquelles les femmes accouchent par césarienne sont une position fœtale anormale, taille du cœur ou rythme cardiaque anormal, césarienne précédente, problèmes de placenta, et âge de la mère[75].

FIGURE 6.12

Percentage of low-risk deliveries by delivery type, in Ontario, by fiscal year, 2012/13 to 2013/14



Source des données: De meilleurs résultats Registre & Réseau Système d'information (BORN) de l'Ontario, fourni par BORN

En résumé

En Ontario, les gens continuent de voir d'un œil favorable les expériences vécues aux urgences et dans les hôpitaux. On constate une amélioration au chapitre de la durée du séjour aux urgences, qui continue de diminuer et de se rapprocher des objectifs malgré le nombre accru de personnes qui se rendent aux urgences. Le pourcentage de consultations aux urgences réalisées en temps voulu a augmenté chez les personnes ayant un niveau d'acuité élevé et peu élevé.

Comme c'est le cas pour la durée du séjour aux urgences, les efforts concertés déployés avec l'appui de la province pour réduire les temps d'attente ont fait une grande différence pour les personnes faisant l'objet d'une intervention ciblée. La vaste majorité des interventions cardiaque sont réalisées dans les délais prescrits, et le pourcentage d'interventions chirurgicales oncologiques de niveau 2, 3 et 4 réalisées dans les délais prescrits augmente. 85 % des personnes de niveau 4 nécessitant une arthroplastie de la hanche ou du genou ont subi cette intervention dans les délais prescrits. Toutefois, le pourcentage de personnes de niveau 2 et 3 qui ont subi une arthroplastie du genou dans les délais prescrit a diminué entre 2014-2015 et 2015-2016.

Malgré les progrès réalisés au chapitre de la durée du séjour et des temps d'attente dans les domaines ciblés, on peut encore améliorer les choses dans d'autres domaines et pour les interventions qui ne sont pas incluses dans ce rapport. De plus, les temps d'attentes mesurés ne couvrent pas tous les temps d'attente survenant dans le processus de prestation des soins. Par exemple, il arrive que les gens doivent attendre avant de pouvoir consulter le spécialiste qui prendra la décision d'opérer.

Les taux d'infections à C. difficile acquis à l'hôpital ont diminué progressivement et à leur taux le plus bas depuis 2009/10. Cela suggère que les hôpitaux réussissent mieux à empêcher que les malades hospitalisés attrapent des infections dangereuses, grâce aux mesures d'amélioration de la qualité prises dans le cadre des plans d'amélioration de la qualité que les établissements soumettent chaque année à Qualité des services de santé Ontario.

On doit faire des efforts au chapitre des césariennes, car une femme sur cinq présentant un faible risque d'accouchement difficile subit une telle intervention.

Soins de longue durée

Ce chapitre traite des indicateurs suivants du programme commun d'amélioration de la qualité associés aux soins de longue durée :

- Personnes qui attendent d'être placées en foyer de soins de longue durée
- Utilisation des antipsychotiques
- La douleur chez les résidentes et résidents
- Utilisation des moyens de contention physiques
- Les chutes dans les foyers de soins de longue durée

Photo de Malvina fournie par sa famille, voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

À la recherche d'un nouveau foyer : L'histoire de Malvina et Lina

Assise seule sur son lit, Malvina jetait un long regard vacant au miroir devant elle. « Que fais-tu? », lui a demandé sa fille Lina, qui venait d'arriver à l'appartement de sa mère. « Je lui tiens compagnie », a répondu Malvina, inconsciente que le visage dans le miroir était le sien. Lina s'est détournée, ne voulant pas que sa mère voit ses yeux se gonfler de larmes.

Jadis une femme au foyer dynamique, Malvina, 91 ans, souffre maintenant de démence, trouble à qui elle doit des changements d'humeur intenses, des trous de mémoire et des pensées paranoïaques. Pendant un an et demi, Lina, une travailleuse sociale de formation, a soigné sa mère seule, tout en jonglant avec les exigences de sa carrière. L'épicerie, les transactions bancaires, le nettoyage, le bain, elle faisait tout cela. « Ma mère a travaillé très dur pour moi et je suis sa seule enfant », raconte Lina. « J'étais sa seule source de soutien. »

Un jour, Malvina est tombée et s'est fracturé la hanche droite. La blessure a tout changé. Malvina a subi une opération d'urgence avec succès dans mais contracté une infection et était en isolement pendant presque la totalité des 3,5 mois qu'elle a passés à l'hôpital. Lina visitait souvent, servant d'interprète à sa mère, qui en était venue à parler exclusivement dans sa langue maternelle, l'italien à mesure que sa démence progressait.

Lina explique que, même alors, elle devait prodiguer beaucoup de soins à sa mère. « Les employés m'appelaient souvent parce qu'ils n'arrivaient pas à

faire manger ma mère ou à lui faire faire des choses ou comprendre ce qu'elle disait », dit Lina. « Je devais m'absenter du travail pour lui apporter de la nourriture ou bien je pouvais recevoir un appel à minuit pour les aider à la mettre au lit. Cela a vraiment pesé lourd sur moi. »

Lina raconte que le travailleur social qui était affecté à Malvina insistait pour lui donner son congé et pour qu'on lui prodigue plutôt des soins de longue durée. Mais Lina voulait s'assurer que sa mère obtiendrait le meilleur foyer, pas le premier qui deviendrait disponible. « J'avais mes critères », ajoute-t-elle. « Il fallait que ce soit une résidence de soins de longue durée italienne et qui soit près de chez moi ou de mon bureau. Je devais visiter la résidence d'abord. Je résistai à la pression. Je voulais que ce soit le bon endroit pour ma mère. »

La recherche d'une résidence de soins de longue durée a été émotionnellement et physiquement épuisante pour Lina. « J'étais là, prenant encore soin de ma mère, m'occupant de son appartement, tout en étant absente du travail pour passer en revue des résidences de soins de longue durée », raconte Lina. « C'était vraiment déprimant. C'est difficile de voir sa mère ou son père se détériorer. Je me sentais impuissante parce que je voulais tellement que ma mère ait le meilleur centre possible, et je sentais que les choix que j'avais devant moi n'étaient pas des possibilités. J'avais l'impression qu'on ne m'écoutait pas. »

L'expérience a incité Lina à faire de nombreuses suggestions pour améliorer le système. « Je pense que le personnel qui s'occupe de patients comme

ma mère souffrant de démence doit avoir une formation spécialisée, en particulier pour communiquer avec les patients issus de différents milieux, et avoir une plus grande sensibilité culturelle », suggère-t-elle. « Il devrait y avoir une liste de vérification de toutes les choses qui doivent aider à la transition du patient d'un hôpital à une résidence de soins de longue durée. De plus, je recommande vivement qu'on offre plus de lits dans les établissements de soins de longue durée et que les travailleurs sociaux n'aient pas des charges de travail trop lourdes. »

Pendant que Malvina est toujours sur la liste d'attente de deux maisons italiennes, Lina a trouvé pour elle une résidence de soins de longue durée qui lui convient bien. « Dès l'instant où nous sommes entrées, ils nous ont fait nous sentir à l'aise », dit-elle du personnel de la résidence. « Pourtant, il n'y a personne qui parle italien, ce qui provoque parfois des malentendus et des comportements perturbateurs. »

Lina éprouve encore des doutes, de la culpabilité et de l'incertitude à la pensée que sa mère soit dans un établissement de soins de longue durée. « Je ne peux pas trouver la paix intérieure », dit-elle. Pour venir à bout de tout cela, Lina se demande ce que son défunt père penserait de sa décision. « Mon père aimait tellement ma mère et je sais qu'il ne voudrait pas qu'elle ait à vivre en dehors de sa propre maison », ajoute Lina. « Mais, s'il était ici, il comprendrait que je ne peux pas prendre soin d'elle à la maison. Il prendrait soin de ma mère, mais il voudrait aussi que je continue à vivre ma vie. »

Prise en charge des personnes frêles et vulnérables

Les foyers de soins de longue durée sont souvent l'endroit le plus approprié pour les personnes qui ont besoin de soins infirmiers et de supervision 24 heures sur 24. Ces établissements s'appliquent à fournir aux résidentes et résidents des soins sûrs et bienveillants afin de leur permettre de vivre dans la dignité et de jouir d'une qualité de vie optimale.

Ce n'est pas une tâche facile. De plus en plus de personnes souffrent d'affections chroniques, comme la maladie cardiaque, le diabète, l'arthrite, les troubles de l'humeur et l'hypertension. Plus de la moitié des résidentes et résidents des foyers, 64,5 % en Q4 2015-2016, sont atteints de démence, dont la maladie d'Alzheimer[79].

Le saviez-vous?

Il y a plus de 625 foyers de soins de longue durée en Ontario, qui s'occupent d'environ 78 000 résidentes et résidents en tout temps[79].

Personnes qui attendent d'être placées en foyer de soins de longue durée

Les personnes qui attendent d'être placées en foyer de soins de longue durée peuvent bénéficier de services utiles, par exemple, des soins à domicile, un logement supervisé et des programmes de jour. Cependant, la plupart de ces personnes préféreraient sans doute être admises dans le foyer de leur choix le plus rapidement possible. Quand l'attente est trop longue, la santé des gens peut se détériorer et ils risquent de ressentir les effets du stress dû à la situation et au fait que leurs besoins ne sont pas satisfaits.

Si la plupart des gens attendent chez eux d'être admis en foyer de soins de longue durée, pour certains, cette attente se fit à l'hôpital où ils risquent d'avoir d'autres problèmes de santé, par exemple, attraper une infection ou perdre leurs forces ou leurs capacités fonctionnelles. En outre, quand les gens occupent un lit d'hôpital qui pourrait être occupé par une personne qui a besoin de soins hospitaliers, cela peut aussi entraver la capacité de l'hôpital de fournir des soins et d'admettre d'autres patients, par exemple, les personnes qui sont aux urgences ou ont besoin d'une intervention chirurgicale non urgente et qui attendent qu'un lit se libère [80,81].

Quels sont les facteurs qui influent sur les temps d'attente?

Plusieurs facteurs influent sur le temps d'attente passé avant d'être admis en foyer de soins de longue durée, à savoir :

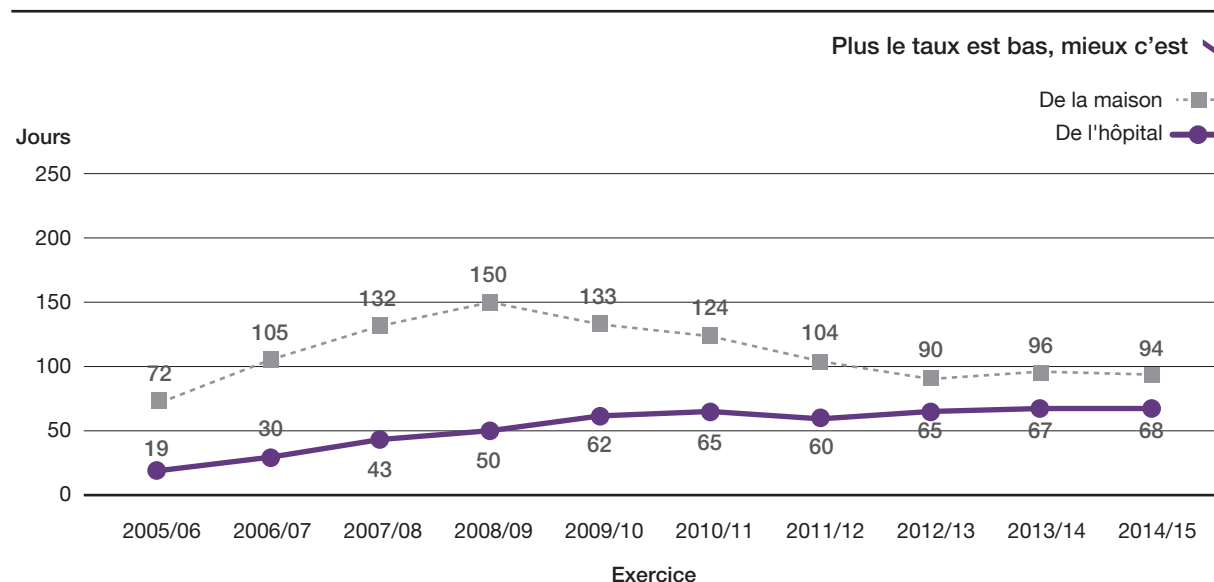
Attendez facteurs de temps peut inclure	Description
Disponibilité des lits	Il faut parfois attendre qu'un lit se libère avant qu'une personne ne soit admise en foyer de soins de longue durée. La disponibilité d'un lit est déterminée en partie par les trois facteurs suivants : le nombre de lits disponibles dans la région, la fréquence à laquelle un lit se libère et le nombre de personnes qui attendent d'être admises dans la région.
Choix	L'attente dépend aussi des lits disponibles dans le foyer où la personne souhaite être admise. En Ontario, on peut faire une demande dans cinq foyers de soins de longue durée. Les temps d'attente varient entre foyers, mais, en règle générale, les personnes qui font une demande dans plusieurs foyers attendent moins longtemps que celles qui ne font qu'une seule demande. Les demandes concernant les foyers servant des groupes culturels, ethniques ou religieux particuliers viennent de partout dans la province et ont donc des listes d'attente plus longues.
Priorité	Pour certaines personnes, en attendant de se déplacer dans un foyer de soins de longue durée pourrait mettre leur santé et de sécurité à des risques importants. Ils seraient donc hiérarchisé et déplacé plus rapidement en soins de longue durée parce qu'ils exigent l'admission immédiate à un foyer de soins de longue durée à la suite d'une crise découlant de leurs conditions ou circonstances. Une haute priorité serait appliquée également aux personnes qui attendent dans une maison de soins de longue durée ou un hôpital qui était fermée dans les 12 semaines ou à des personnes en attente dans un hôpital qui traite avec une demande forte pour ses lits .

Conclusions et variations

En Ontario, la durée médiane de l'attente au domicile avant un placement dans un foyer de soins de longue durée était de 94 jours en 2014-2015 – ce qui signifie que la moitié des gens a attendu moins longtemps et que l'autre moitié a attendu plus longtemps. La durée de l'attente est restée stable ces cinq dernières années, après s'être considérablement améliorée par rapport à l'attente médiane en 2008-2009, qui était de 150 jours. La durée médiane de l'attente à l'hôpital a augmenté lentement mais régulièrement entre 2005-2006 et 2010-2011, mais s'est maintenue aux alentours de 60 à 70 jours entre 2010-2011 et 2014-2015 (Figure 7.1).

FIGURE 7.1

Nombre de jours médians avant un placement dans un foyer de soins de longue durée à partir de l'hôpital ou du domicile* en Ontario, 2005-2006 à 2014-2015



Source des données : Base de données sur le profil des clients, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

* Dans le cas présent, le domicile est le lieu autre qu'un hôpital où les gens vivaient en attendant d'être placés, par exemple, domicile, maison de retraite ou logement supervisé. Les indicateurs mesurent les temps d'attente pour toutes les personnes qui attendent d'être placées en foyer de soins de longue durée, à l'exception de celles qui attendaient de déménager d'un foyer de soins de longue durée dans un autre. Ces personnes comprennent les patients en situation d'urgence devant être placés immédiatement en foyer de soins de longue durée, ainsi que ceux qui ont des besoins moins urgents.

- i** Indicateurs : A) Temps d'attente au domicile avant un placement dans un foyer de soins de longue durée;
B) Temps d'attente à l'hôpital avant un placement dans un foyer de soins de longue durée

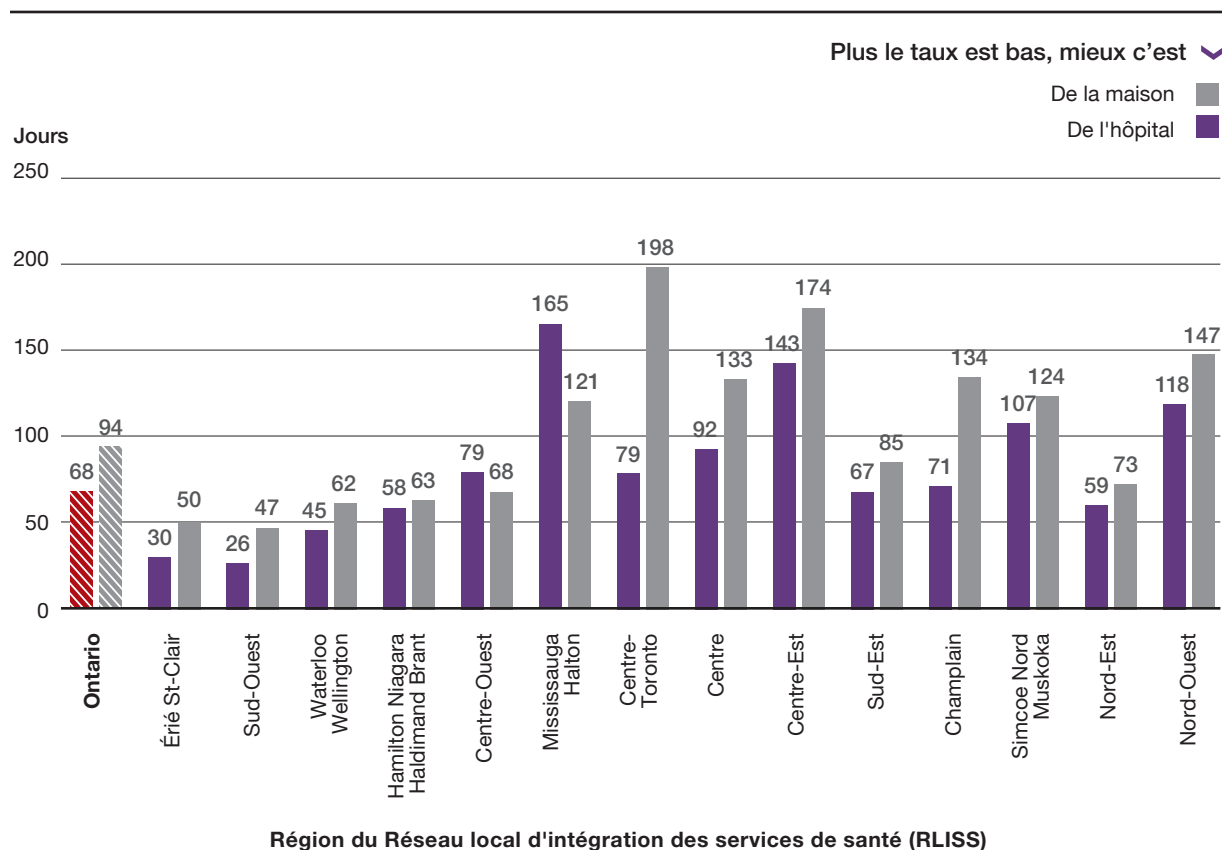
Ces indicateurs mesurent :

- le nombre de jours médians d'attente au domicile ou en milieu communautaire (p. ex., maison de retraite) avant un placement dans un foyer de soins de longue durée, de la date de la demande jusqu'à la date de l'admission (la médiane est le point central entre la moitié des personnes qui attendent moins longtemps et la moitié des personnes qui attendent plus longtemps);
- le nombre de jours médians d'attente à l'hôpital avant un placement dans un foyer de soins de longue durée, de la date de la demande jusqu'à la date de l'admission.

La durée de l'attente avant le placement dans un foyer de soins de longue durée dans la région d'un RLISS correspond à la période qu'une personne passe à attendre d'être placée dans un foyer de soins de longue durée situé dans cette région, que la personne y vive ou non. Par exemple, en 2014-2015, la durée médiane de l'attente pour les personnes qui sont passées d'un hôpital à un foyer de soins de longue durée allait de 26 jours dans le RLISS du Sud-Ouest à 165 jours dans le RLISS de Mississauga Halton. Pour les personnes qui sont passées de leur domicile au foyer de soins de longue durée, la durée médiane de l'attente variait entre 47 jours dans le RLISS du Sud-Ouest et 198 jours dans le RLISS du Centre-Toronto. À l'exception des RLISS du Centre-Ouest et de Mississauga Halton, la durée de l'attente a été moins longue pour les personnes hospitalisées que pour celles qui attendaient de leur domicile (Figure 7.2).

FIGURE 7.2

Nombre de jours médians d'attente pour un placement dans un foyer de soins de longue durée à partir de l'hôpital ou du domicile*, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015**



Source des données : Base de données sur le profil des clients, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

* Dans le cas présent, le domicile est le lieu autre qu'un hôpital où les gens vivaient en attendant d'être placés.

**Le RLISS correspond à la région du foyer de soins de longue durée où la personne a demandé à être admise, et non à la région dans laquelle elles vivaient avant d'être placées.

Utilisation des antipsychotiques

On administre souvent des antipsychotiques pour traiter la psychose, terme qui sert à décrire les hallucinations, le délire et d'autres symptômes que peuvent subir les personnes atteintes de démence, de la maladie de Huntington ou de troubles de santé mentale comme la schizophrénie. Certains foyers de soins de longue durée prescrivent des antipsychotiques aux personnes qui affichent de sérieux troubles du comportement, comme l'agressivité ou une forte agitation, même si la personne n'est pas atteinte d'une psychose. Ces médicaments peuvent réduire les symptômes, améliorer la qualité de la vie et réduire la souffrance de ces personnes.

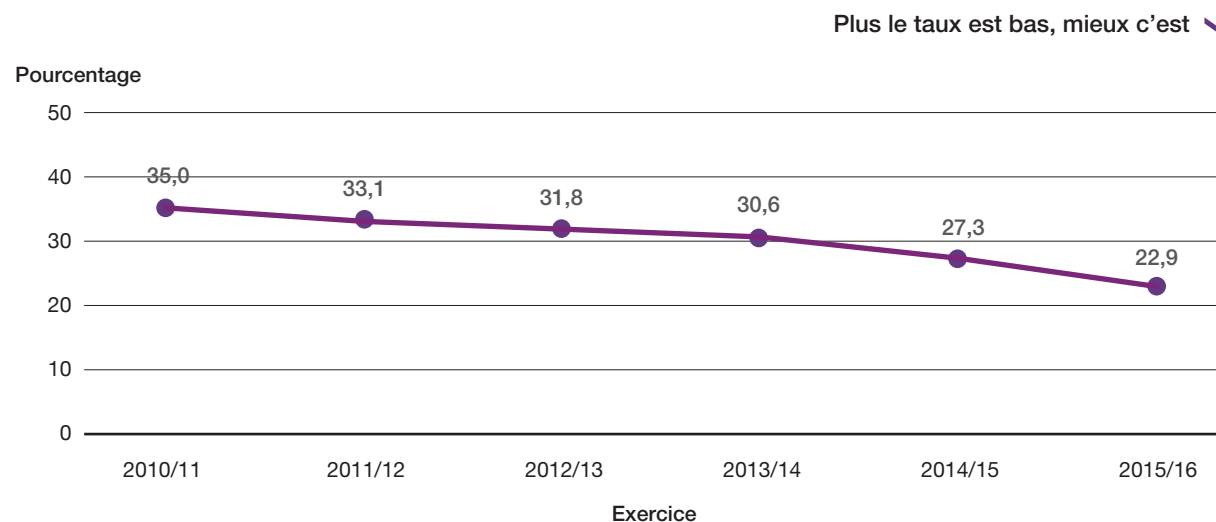
On doit étudier les bienfaits et les effets éventuels des antipsychotiques qui comprennent la sédation, la confusion, un risque accru de chute et un risque légèrement plus élevé de décès. Même si l'utilisation de ces médicaments dans les foyers de soins de longue durée est parfois appropriée, il serait préférable de recourir d'abord à d'autres types de traitement[82].

Conclusions et variations

On constate une amélioration régulière de cet indicateur depuis quelques années en Ontario; en effet, le pourcentage de résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée non atteints d'une psychose sous antipsychotiques a diminué pour s'établir à 22,9 % en 2015-2016 contre 35 % en 2010-2011. L'an dernier seulement, la baisse dépassait à peine quatre points de pourcentage, ce qui signifie qu'il y a environ 3 000 personnes non atteintes d'une psychose en moins qui sont sous antipsychotiques dans les foyers de soins de longue durée (Figure 7.3).

FIGURE 7.3

Pourcentage* de résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée non atteints d'une psychose sous antipsychotiques, en Ontario, 2010-2011 à 2015-2016



Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé
* Ajusté selon le risque

i Indicateur : Utilisation des antipsychotiques

Cet indicateur mesure le pourcentage de résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée non atteints d'une psychose à qui on a administré des antipsychotiques au cours des sept jours qui ont précédé leur évaluation.

En 2015-2016, en Ontario, 22,9 % des résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée non atteints d'une psychose ont reçu des antipsychotiques, comparativement à 27,3 % en 2014-2015. On constate quelques variations entre les RLIS en ce qui concerne le pourcentage de personnes non atteintes d'une psychose qui reçoivent des antipsychotiques, le taux le plus faible étant de 19,1 % et le plus élevé, de 27 %. Toutefois, les variations entre foyers sont considérables, le taux le plus faible étant de 0,7 % et le plus élevé, de 57,1 % [79]. C'est la preuve qu'on peut examiner et comparer l'utilisation des antipsychotiques dans les foyers de soins de longue durée, et réévaluer les décisions en matière de prescription.

La douleur chez les résidentes et résidents

Il est essentiel d'évaluer la douleur chez les personnes qui vivent en foyer de soins de longue durée en raison des effets qu'elle peut provoquer chez ces personnes. En plus de nuire à la qualité de la vie, la douleur peut empêcher les gens d'être actifs ou d'avoir une vie sociale, et accentuer de ce fait les problèmes de santé. Lorsque la douleur n'est pas bien prise en charge, elle peut causer de la dépression, de l'anorexie, de l'anxiété, de l'agitation, ou de l'insomnie, ralentir le processus de guérison et provoquer des chutes[83,84,85].

Conclusions et variations

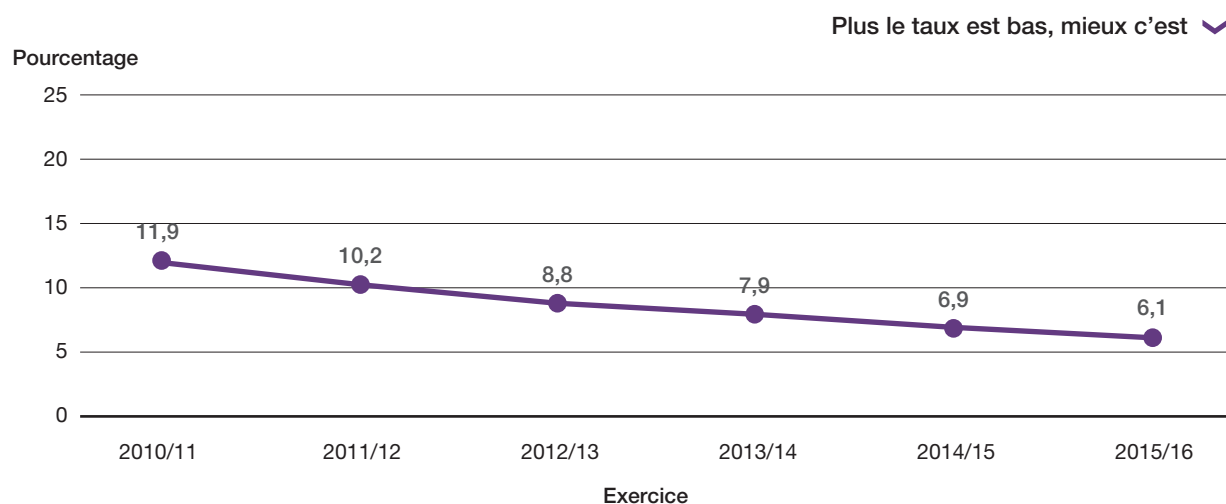
Globalement, en Ontario, le pourcentage de résidentes et résidents qui ressentaient de la douleur a diminué, passant de 11,9 % en 2010-2011 à 6,1 % en 2015-2016 (Figure 7,4).

Le saviez-vous?

Règlement de l'Ontario 79/10 sous la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, tous les foyers de soins de longue durée en Ontario doivent avoir un programme de détection et de prise en charge de la douleur.

FIGURE 7.4

Pourcentage* de long terme des résidents de foyers de soins qui ont connu la douleur modérée par jour ou une douleur sévère, en Ontario, 2010/11 à 2015/16



Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

* Ajusté selon le risque

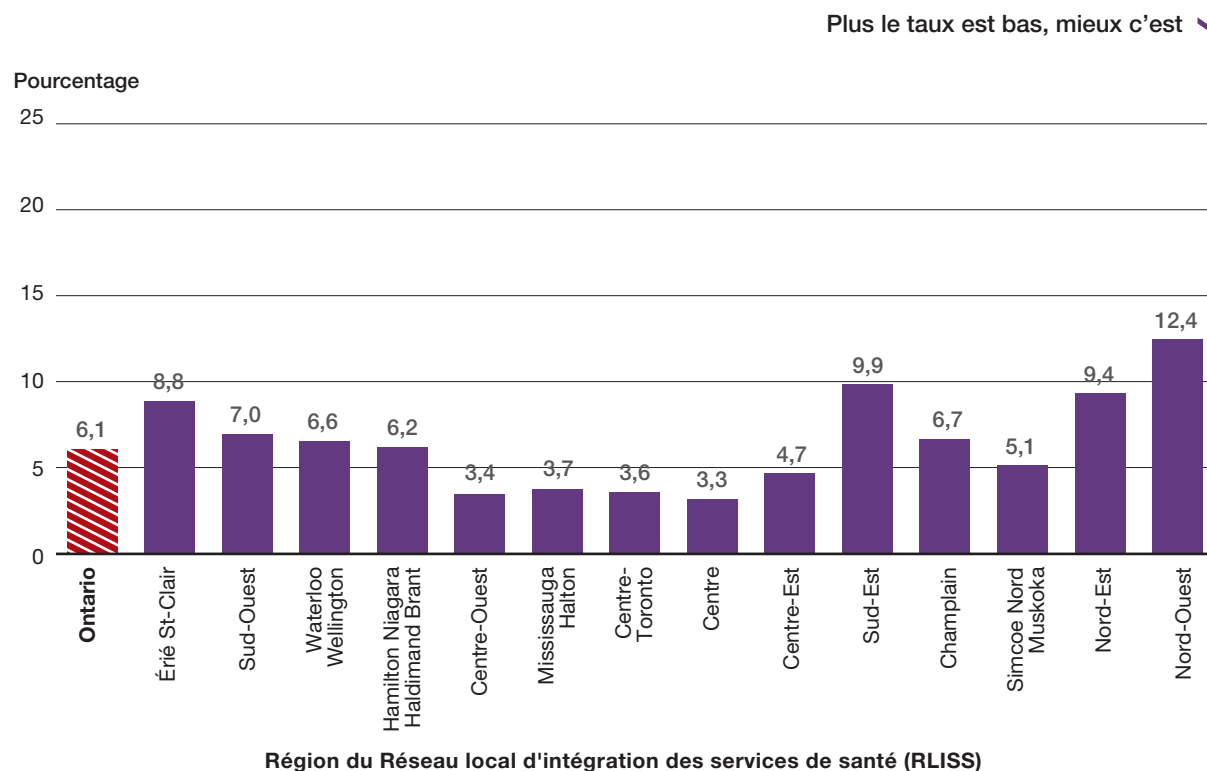
i Indicateur : Pain

Cet indicateur mesure le pourcentage de résidentes et résidents qui ont éprouvé des douleurs modérées quotidiennement ou des douleurs aiguës à n'importe quel moment pendant la période de sept jours qui a précédé leur dernière évaluation clinique. Les douleurs sont évaluées en tenant compte de ce qu'exprime la personne et du comportement observé par l'évaluateur, par exemple, gémissements, grimaces, froncement des sourcils, visage crispé, ou agitation.

Toutefois, il y a des variations par région dans le pourcentage de résidentes et résidents éprouvant de la douleur, le plus faible étant de 3,3 % dans le RLISS du Centre et le plus élevé, de 12,4 % dans le RLISS du Nord-Ouest, en 2015-2016 (Figure 7.5).

FIGURE 7.5

Pourcentage* de long terme des résidents de foyers de soins qui ont connu la douleur modérée par jour ou une douleur sévère, en Ontario, par région du RLISS, 2015/16



Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

* Ajusté selon le risque

Utilisation des moyens de contention physiques

Il est parfois nécessaire d'utiliser des contentions physiques telles que ceintures, bandes de contention du torse ou des bras et tablettes pour empêcher les gens de tomber ou réduire le risque qu'ils se fassent mal ou blessent d'autres personnes. Les contentions peuvent aussi être utilisées pour empêcher la personne de se lever pendant son traitement ou gérer certains comportements[86]. Lorsqu'on décide qu'un moyen de contention est nécessaire, des consignes très précises doivent être observées.

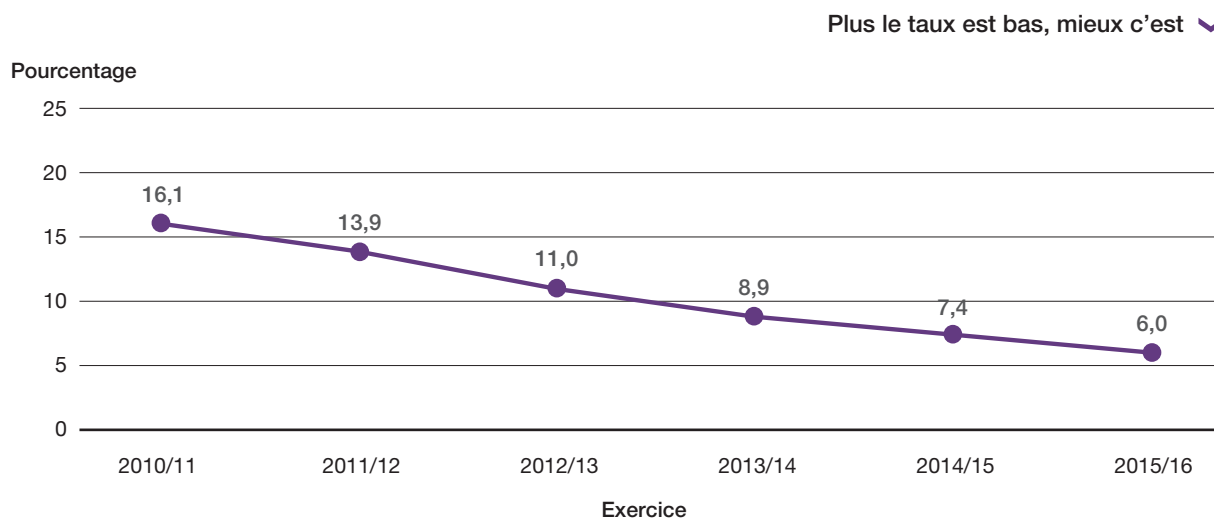
Toutefois, les moyens de contention peuvent être problématiques. Ils portent atteinte à l'autonomie et à la dignité, peuvent entraver la mobilité, causer de l'agitation et de la confusion, accroître le risque de plaie de pression et, dans de rares cas, ils peuvent entraîner des blessures ou la mort[87,88]. Il a été prouvé que les moyens de contention ne diminuent pas, mais augmentent plutôt le risque de répercussions négatives sur la santé[89].

Conclusions et variations

Globalement, en Ontario, le pourcentage de résidentes et résidents mis quotidiennement sous contention physique a baissé considérablement, passant de 16,1 % en 2010-2011 à 6 % en 2015-2016 (Figure 7.6).

FIGURE 7.6

Pourcentage* de long terme des résidents de foyers de soins qui ont été physiquement retenu sur une base quotidienne base, en Ontario , 2010/11 à 2015/16



Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

* Ajusté selon le risque

i Indicateur : Utilisation quotidienne de contentions physiques

Cet indicateur mesure le pourcentage de résidentes et résidents sous contention physique quotidiennement au cours de la période de sept jours qui a précédé leur dernière évaluation.

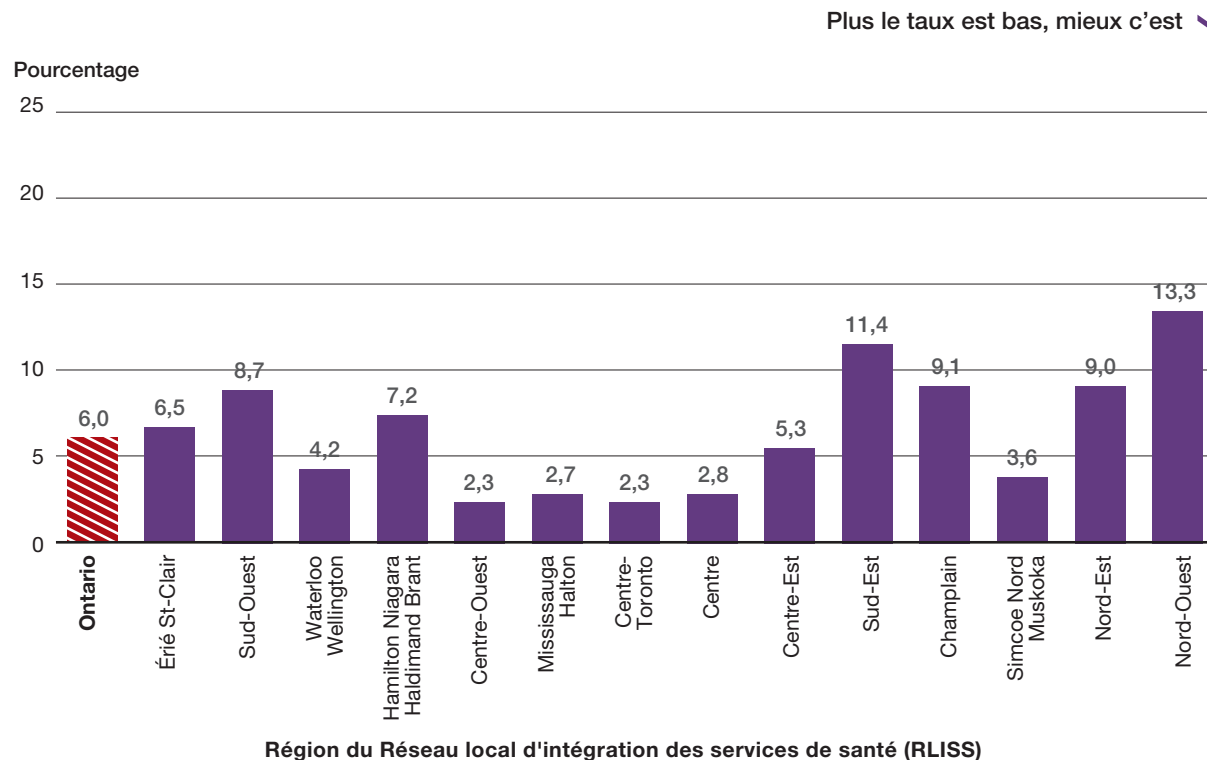
En 2015-2016, les variations étaient considérables, le taux le plus bas étant de 2,3 % dans le RLISS du Centre Ouest et le RLISS du Centre-Toronto et le plus élevé, de 13,3 % dans le RLISS du Nord-Ouest (Figure 7.7).

Le saviez-vous?

La réglementation dans le cadre du long terme *Loi sur les foyers de soins 2007* exige que tous les foyers en Ontario d'avoir un écrit politique qui vise à réduire au minimum l'utilisation de contraintes et contient détaillées exigences relatives à l'utilisation des dispositifs de retenue.

FIGURE 7.7

Pourcentage* de résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée mis quotidiennement sous contention physique au cours de la période de sept jours qui a précédé leur dernière évaluation, en Ontario, par région du RLISS, 2015-2016



Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé
* Ajusté selon le risque

Les chutes dans les foyers de soins de longue durée

Quand une résidente ou un résident de foyer de soins de longue durée fait une chute, les conséquences peuvent être très graves. Si la personne est frêle, la chute peut causer des blessures pouvant affecter sa mobilité et nécessiter des soins, voire être fatales[90]. Les chutes peuvent aussi entraîner une hausse du nombre de visites aux urgences, d'hospitalisations et d'interventions chirurgicales, comme les arthroplasties de la hanche[91].

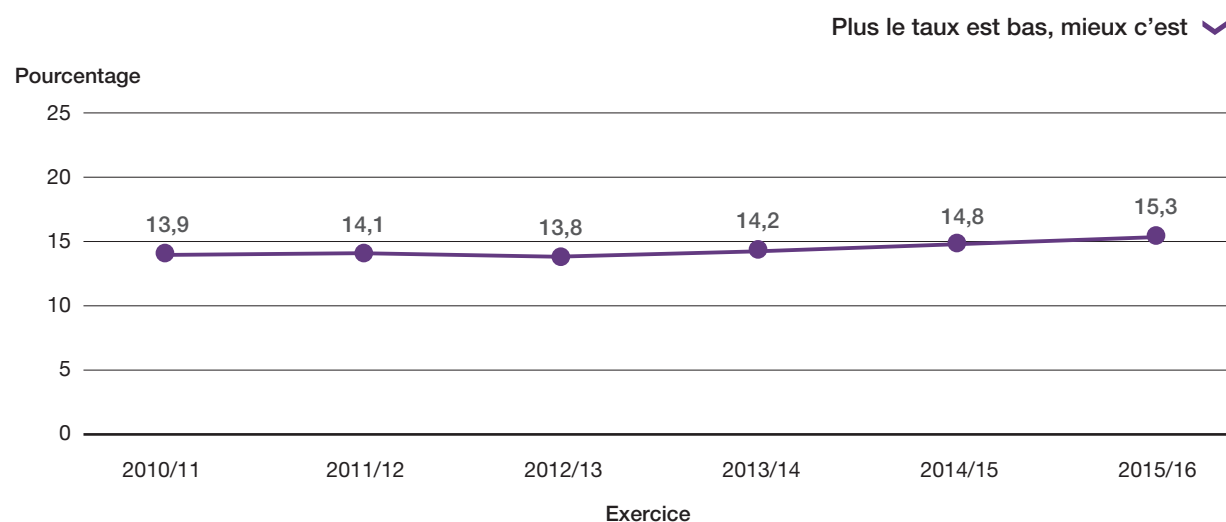
Même si une chute n'entraîne pas de blessure, elle peut avoir certaines répercussions psychologiques, par exemple, susciter la peur de tomber, ce qui peut réduire la mobilité et la vie sociale, et, par conséquent, nuire à la qualité de la vie[92]. Les professionnelles et professionnels de la santé font en sorte que les gens conservent leur mobilité et leur autonomie possible, et essaient de réduire au minimum l'utilisation des moyens de contention tout en suivant des stratégies pour éviter les chutes et en atténuer les effets.

Conclusions et variations en Ontario

Le pourcentage de résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée qui ont fait une chute au cours de la période de 30 jours qui a précédé une évaluation clinique semble augmenter légèrement depuis quelques années, mais se maintient autour de 14 à 15 % par an au cours des cinq dernières années, ce qui signifie qu'environ 10 000 résidentes et résidents font des chutes chaque année en

FIGURE 7.8

Pourcentage* de long terme résidents des foyers de soins qui sont tombés, en Ontario, 2010-2011 à 2015-2016



Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

* Ajusté selon le risque

Ontario (Figure 7.8). Compte tenu de la forte réduction de l'utilisation des antipsychotiques et des moyens de contention et de la fragilité accrue des gens, les légères hausses constatées au cours de la période sont une performance positive.

On constate certaines variations en Ontario au chapitre des chutes dans les foyers de soins de longue durée, le taux le plus bas étant de 12,5 % dans le RLIS du Centre-Toronto et le plus élevé, de 18,1 % dans le RLIS de Simcoe Nord Muskoka, en 2015-2016[79].

i Indicateur : Chutes

Cet indicateur mesure le pourcentage de résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée qui ont fait une chute au cours des 30 jours qui ont précédé leur dernière évaluation, avec ou sans blessure.

Comment l'Ontario se compare au reste du Canada

Pour évaluer la qualité des soins, des services et des traitements que les résidentes et résidents reçoivent dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, il peut être utile d'étudier le rendement de la province par rapport à d'autres provinces et d'avoir suffisamment de données pour faciliter la comparaison. Comme le montre le tableau 7.1, en 2015-2016 :

- l'Ontario est plus performant que les autres provinces en ce qui a trait à l'utilisation de moyens de contention et à la prise en charge de la douleur;
- l'Ontario performe mieux que certaines provinces et moins bien que d'autres au chapitre de la prévention des chutes et de l'utilisation des antipsychotiques.

TABLE 7.1

Comment l'Ontario se compare au reste du Canada, 2015-2016

Plus le taux est bas, mieux c'est ▼

Province	Province Utilisation des antipsychotiques	Douleur	Chutes	Utilisation des contentions
Ontario	22,9 %	6,1 %	15,3 %	6,0 %
Alberta	18,1 %*	7,3 %*	15,6 %	6,9 %*
Colombie-Britannique	27,9 %*	14,1 %*	16,2 %*	9,6 %*
Terre-Neuve-et-Labrador	37,5 %*	14,7 %*	11,2 %*	12,1 %*
Saskatchewan	29,1 %*	12,5 %*	13,2 %*	11,7 %*

Source des données : Système d'information sur les soins de longue durée, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

* Les résultats diffèrent considérablement de ceux de l'Ontario

Le saviez-vous?

En vertu d'un règlement pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario doivent avoir un programme de prévention et de gestion des chutes pour réduire l'incidence des chutes et le risque de blessure.

En résumé

Les personnes en foyer de soins de longue durée ont des problèmes de santé plus complexes et leur sont plus frêles que jamais. Cela s'explique en partie par leur âge avancé, en effet, le nombre de personnes de plus de 85 ans vivant en foyer de soins de longue durée ne cesse d'augmenter.[79] Les gens sont plus nombreux à souffrir de maladies chroniques, ce qui signifie qu'elles ont besoin de plus de soins, exerce des pressions sur le système de santé et nécessite des règlements.

Malgré ces défis, des efforts concertés, notamment des modifications aux règlements, des programmes ciblés comme la prise en charge de la douleur, et d'autres initiatives d'amélioration de la qualité, ont abouti à d'importantes réussites. Par exemple, on a constaté des améliorations au chapitre de la gestion des temps d'attente pour les placements en foyer de soins de longue durée, la durée médiane de l'attente au domicile ayant diminué en cinq ans. Dans le même temps, la durée médiane de l'attente à l'hôpital a légèrement augmenté, mais est bien inférieure à la durée de l'attente au domicile.

On a aussi constaté des améliorations au chapitre des antipsychotiques et des moyens de contention, tandis que le taux de chutes est resté stable. L'Ontario enregistre les meilleurs résultats au Canada en ce qui a trait aux indicateurs associés à la prise en charge de la douleur et à l'utilisation des moyens de contention, les taux ayant diminué au cours des cinq dernières années. Si l'utilisation des antipsychotiques a diminué graduellement en Ontario au cours des cinq dernières années, elle se situe dans la moyenne comparativement au reste du Canada.

Les résidents qui vivent dans des foyers de soins de longue durée ont des problèmes de santé plus complexes et sont physiquement plus fragile que jamais. En dépit des circonstances difficiles, des efforts concertés ont conduit à des succès significatifs.

Soins palliatifs



Ce chapitre traite des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité associés aux soins palliatifs en fin de vie :

- Services de soins à domicile
- Visites médicales à domicile
- Consultations inopinées aux urgences
- Lieu du décès

Photo de Janet prise par Roger Yip, voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

Mourir dans le confort et la dignité : l'histoire de John

Les plans de voyage étaient tous réglés. John et Elizabeth quittaient Toronto pour se rendre dans leur Écosse natale pour célébrer 50 ans de mariage. Leurs enfants planifiaient secrètement de leur faire une surprise à l'étranger. Mais quelques jours seulement avant le décollage, John a appris qu'il avait un cancer colorectal avancé. Le voyage d'une vie n'allait pas avoir lieu. « Cela a été dévastateur pour nous tous », avoue la fille de John, Janet.

Certaines personnes seraient anéanties par la tournure des événements, mais John, un ancien soudeur, n'était pas du genre à céder. Il a pris la nouvelle dans la foulée, ainsi que les changements qui allaient suivre dans son état de santé. « Mon père était très indépendant et avait l'habitude de dire qu'il venait d'une "bonne souche écossaise" », se souvient Janet.

Le cancer s'est propagé au foie et aux poumons de John. John a subi des opérations et, pendant les six années suivantes, a été traité par chimiothérapie en ambulatoire. « Son oncologue nous a dit des années plus tard qu'il était en soins palliatifs pendant toute cette période », remarque Janet. « Il était très difficile pour nous d'entendre ça. » (La première réaction de Janet après avoir entendu « soins palliatifs » n'est pas inhabituelle, car beaucoup croient à tort que cela signifie que la mort est imminente. En fait, le concept de soins

palliatifs, c'est la philosophie générale d'apporter confort et dignité aux patients et aux familles confrontés à une maladie potentiellement mortelle.)

Malgré sa maladie, John a également été, pendant quelques années, le principal fournisseur de soins pour Elizabeth, qui avait développé une démence. « Il a gardé ma mère à la maison aussi longtemps que possible et, quand elle est allée vivre dans une résidence de soins de longue durée, il lui a rendu visite tous les jours », dit Janet.

Après avoir d'abord suivi une chimiothérapie à une clinique de Toronto, John a alors commencé à recevoir ses traitements à la maison par des infirmières. « Il avait une très bonne relation avec une infirmière en particulier, raconte Janet. « Elle a fini par faire partie de sa vie – il savait qu'elle en viendrait à prendre soin de lui. Je pense que cela fait une énorme différence pour lui. Quand ma mère est décédée, elle est venue aux funérailles. »

Au fil du temps, la chimio a eu des répercussions sur John, qui était octogénaire. La famille a décidé qu'il devrait aller vivre avec Janet à Orillia. « Il pouvait se sentir à l'aise ici en vivant avec sa famille », dit Janet. Un matelas spécial et un fauteuil roulant ont été mis en place pour John chez Janet. Elle s'est reliée aux fournisseurs de soins à domicile et John a reçu un traitement et des soins par des infirmières, un nutritionniste, un physiothérapeute et un médecin de soins palliatifs.

« Nous avions un médecin de soins palliatifs qui est venu chez nous et qui était vraiment excellent », ajoute Janet. « Elle avait fait la connaissance de

mon père à l'hôpital et... a été très utile pour expliquer le processus. Il craignait de ne pas être en mesure de contrôler la douleur et elle l'a rassuré en lui disant que c'est pour cela qu'elle était là. »

Puisque le frère et la sœur de Janet, et leurs enfants, vivent à Toronto, ils étaient préoccupés par l'éventualité de ne plus être en lien avec leur père (ou grand-père) malade. « En soins palliatifs, c'est un cheminement pour tout le monde, pas seulement pour la personne mourante », explique Janet. Pour aider à tranquilliser leurs esprits, le médecin de soins palliatifs est venu à la maison pour rencontrer toute la famille. « Cela a été tellement utile », ajoute Janet. « Tout le monde pouvait poser ses questions et obtenir des réponses. »

À mesure que le cancer progressait, la qualité de vie de John a vraiment commencé à se détériorer. « Finalement, il s'est juste senti malheureux », dit Janet. John a fini par se retrouver à l'hôpital et, quand il est sorti, la famille a décidé ensemble qu'il serait préférable pour lui d'aller dans une résidence de soins de longue durée. « Je ne savais pas comment j'allais composer avec son décès à la maison », ajoute Janet. « Il a dit : "Je devrais probablement aller à une résidence de soins de longue durée". »

Le médecin de soins palliatifs a continué à suivre John alors qu'il était à la résidence de soins de longue durée. Il est décédé un mois plus tard. « Mon père et notre famille se sentaient très bien pris en charge par les soins palliatifs, nous avons reçu », conclut Janet.

Soins palliatifs en fin de vie

Les gens peuvent commencer à recevoir des soins palliatifs, également appelés soins de fin de vie, en tout temps après un diagnostic de maladie incurable. Le but de ces soins est d'assurer confort et dignité au malade et d'aider la famille en répondant à leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et quotidiens, notamment en discutant de leurs attentes, craintes et espoirs. Lorsque les gens reçoivent des soins palliatifs dès le début, la qualité de leur vie pendant leur maladie s'en trouve améliorée car, bien que fatale, celle-ci peut durer des mois voire des années[93].

Sur les quelque 95 000 personnes décédées en Ontario entre avril 2014 et mars 2015, plus de 54 000 ont bénéficié de soins palliatifs sous une forme ou une autre au cours de la dernière année de leur vie. Pour les besoins des données présentées dans ce chapitre, on considère que les gens ont reçu des soins palliatifs s'ils ont bénéficié de soins décrits dans leur dossier médical comme des soins palliatifs, ou « de fin de vie ».

Ces patients forment un groupe appelé « personnes en soins palliatifs » dans ce chapitre. Les soins palliatifs qu'ils ont reçus auraient pu être prodigués, à une seule ou plusieurs occasions, par n'importe quel fournisseur de soins, comme un médecin, un hôpital, un foyer de soins de longue durée ou un organisme de soins à domicile financé par la province. Le groupe ne comprend pas les personnes qui ont bénéficié de soins palliatifs si ces soins ne sont pas décrits dans leur dossier médical comme des soins palliatifs ou des soins de fin de vie.

Près de la moitié des 54 000 personnes ayant bénéficié de soins palliatifs ont commencé à les recevoir au cours du dernier mois de leur vie. Les soins palliatifs sont des actes particulièrement complexes prodigués en fin de vie, lorsque la patiente ou le patient et la famille sont confrontés à d'immenses difficultés physiques et émotionnelles, et ont besoin du soutien du système de santé.

Remarques : Ce chapitre porte sur les soins palliatifs prodigués durant le dernier mois de la vie aux patientes et patients ontariens décédés entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015. Sont incluses les personnes qui au cours de la dernière année de leur vie ont reçu au moins une fois des soins décrits comme des soins palliatifs ou de fin de vie dans leur dossier médical. Dans ce chapitre, ce groupe de patients est appelé « personnes en soins palliatifs ».

Cette analyse est limitée en ce sens qu'elle ne comprend pas les personnes ayant reçu des soins palliatifs qui ne sont pas décrits comme des soins palliatifs ou de fin de vie dans leur dossier médical. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

Services de soins à domicile

En Ontario, les personnes en soins palliatifs peuvent bénéficier de soins à domicile subventionnés, qui comprennent les soins infirmiers, services de soutien à la personne, traitements complémentaires, conseils diététiques, services sociaux et le matériel spécialisé, comme un lit d'hôpital; ces personnes peuvent aussi recevoir des services conçus expressément pour répondre à leurs besoins particuliers, par exemple, plus d'heures de soins ou de consultation psychologique par semaine.

Les études montrent que les personnes qui reçoivent des soins palliatifs à domicile sont deux fois moins nombreuses à mourir à l'hôpital[94], moins susceptibles de se rendre aux urgences et d'être hospitalisées et davantage satisfaites de leurs soins[95].

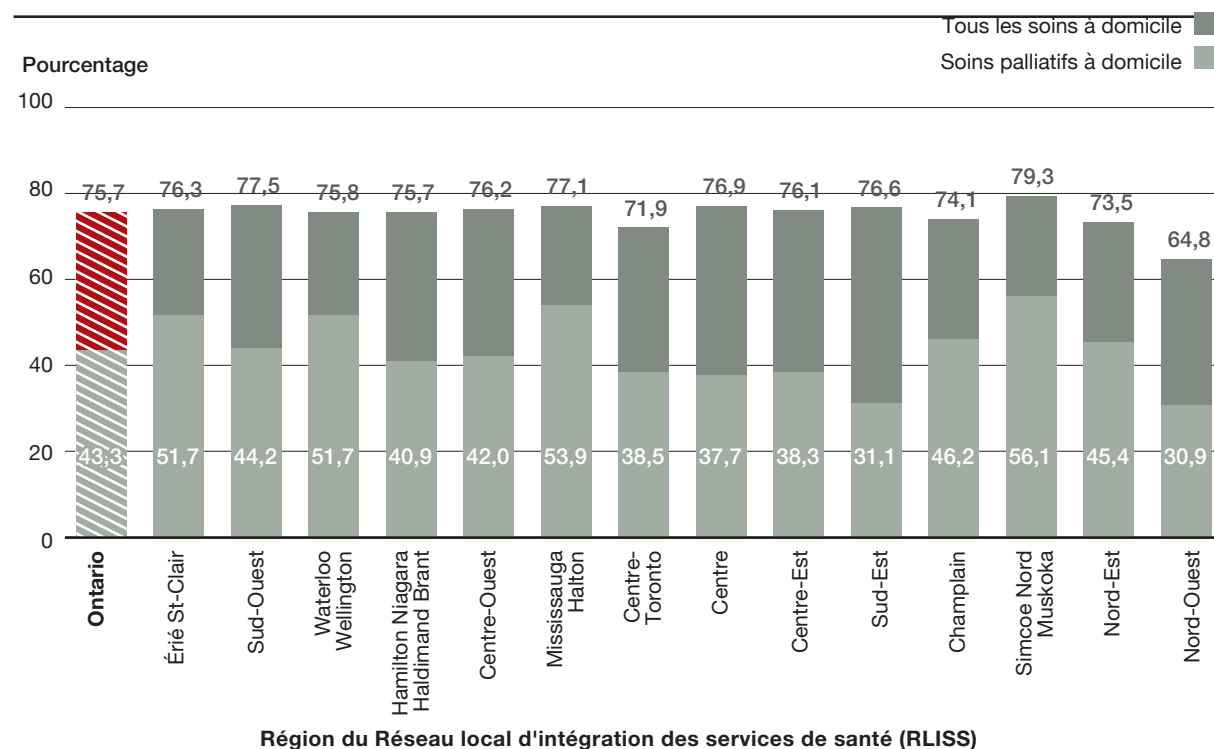
Conclusions et variations

En Ontario, environ les trois quarts (75,7 %) des personnes en soins palliatifs vivant en milieu communautaire au cours du dernier mois de leur vie ont reçu des soins à domicile au moins une fois pendant cette période (Figure 8.1). Moins de la moitié (43,3 %) des personnes en soins palliatifs ont bénéficié de soins à domicile du type palliatif au moins une fois durant les 30 derniers jours de leur vie (Figure 8.1).

Le pourcentage de personnes qui ont reçu des soins palliatifs à domicile varie en fonction des régions de la province, le taux le plus bas étant de 30,9 % dans le RLISS du Nord-Ouest et le plus élevé, de 56,1 % dans le RLISS de Simcoe Nord Muskoka (Figure 8.1). Certaines variations régionales peuvent s'expliquer par les différences dans les ressources disponibles ou la difficulté associée à la prestation de soins à des patientes et patients qui sont éparpillés dans une vaste zone géographique.

FIGURE 8.1

Pourcentage de personnes en soins palliatifs qui ont reçu des soins à domicile (palliatifs ou autres) au cours des 30 derniers jours de leur vie, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015



Sources des données : Système d'information sur les soins de longue durée, Base de données sur les congés des patients, Base de données sur les soins à domicile, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Système national d'information sur la réadaptation, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

i Indicateur : Soins à domicile

Cet indicateur mesure le nombre de personnes vivant en milieu communautaire au cours des 30 derniers jours de leur vie qui ont reçu des soins ou des soins palliatifs à domicile au moins une fois pendant cette période.

Le saviez-vous?

Le pourcentage de personnes en soins palliatifs qui ont reçu des soins de type palliatif à domicile au moins une fois au cours du dernier mois de leur vie est le plus bas dans les quartiers les plus défavorisés, soit 39,0 % en 2014-2015, et le plus élevé dans les quartiers les plus riches, soit 46,3 %[96].

Visites médicales à domicile

Under Ontario's publicly funded health system, En Ontario, le système de santé financé par les fonds publics permet aux médecins de faire des visites à domicile pour prodiguer des soins palliatifs, par exemple, observer la façon dont la maladie progresse, étudier les options de traitement et gérer la douleur. Ces visites à domicile peuvent améliorer la qualité de la vie des personnes en fin de vie et ont prouvé qu'elles pouvaient réduire le nombre de visites inopinées aux urgences[97].

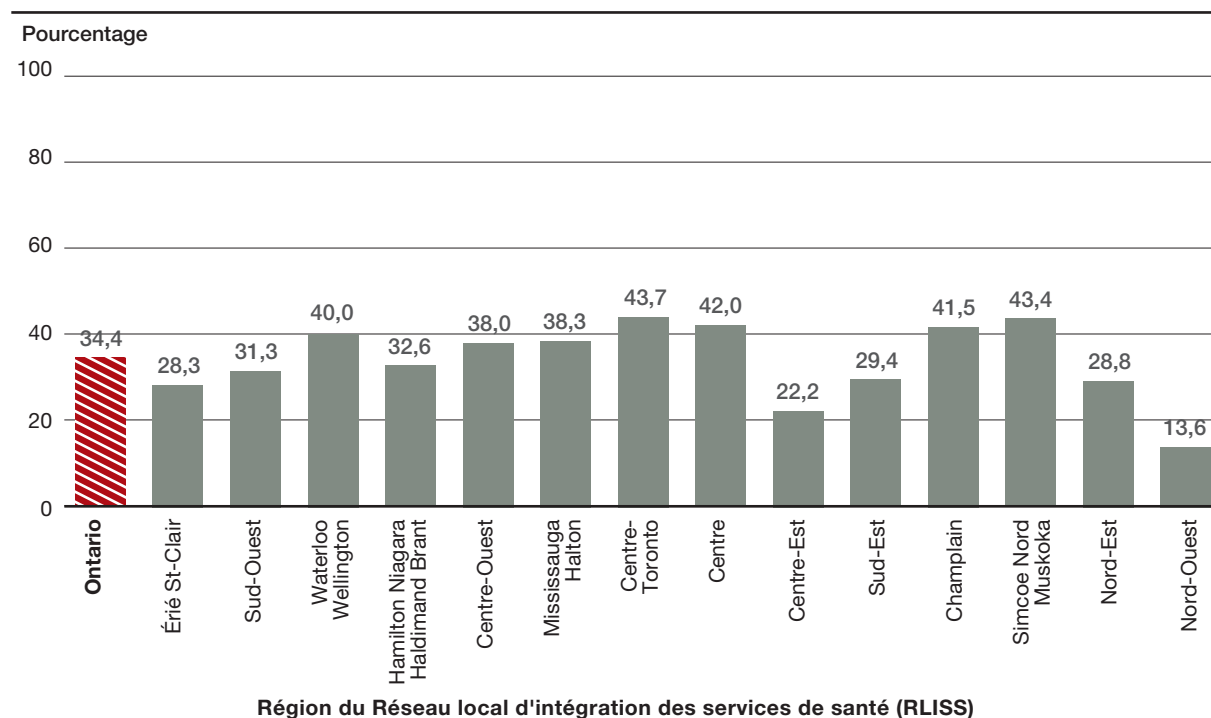
Conclusions et variations

Un peu plus d'un tiers, soit 34,4 %, des personnes en soins palliatifs en Ontario ont reçu la visite d'un médecin à domicile au moins une fois au cours du dernier mois de leur vie (Figure 8.2).

Le pourcentage de personnes en soins palliatifs qui ont reçu la visite d'un médecin variait par région, allant de 13,6 % dans le RLISS du Nord-Ouest à 43,7 % dans le RLISS du Centre-Toronto (Figure 8.2). Certaines variations régionales s'expliquent peut-être par le fait

FIGURE 8.2

Pourcentage de personnes en soins palliatifs qui ont reçu la visite d'un médecin à domicile au moins une fois au cours des 30 derniers jours de leur vie, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015



Sources des données : Système d'information sur les soins de longue durée, Base de données sur les congés des patients, Base de données sur les soins à domicile, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Système national d'information sur la réadaptation, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

que les médecins ont de la difficulté à voir des patientes et patients éparpillés dans une vaste zone géographique. Il n'y a pas de données sur les visites à domicile concernant les personnes en soins palliatifs par des infirmières et infirmiers, du des infirmières et infirmiers praticiens ou d'autres types de personnel soignant, ce qui est commun dans certaines régions.

i Indicateur : Visites médicales à domicile

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes en soins palliatifs qui ont reçu la visite d'un médecin à domicile au moins une fois au cours des 30 derniers jours de leur vie.

Le saviez-vous?

Les personnes en soins palliatifs vivant dans les quartiers les plus défavorisés sont moins nombreuses que celles vivant dans les quartiers les plus riches à recevoir des visites à domicile au cours du dernier mois de leur vie. En 2014-2015, 29,4 % de personnes en soins palliatifs vivant dans les quartiers les plus défavorisés ont reçu la visite d'un médecin, comparativement à 40,2 % des personnes en soins palliatifs vivant dans les quartiers les plus riches[96].

Consultations inopinées aux urgences

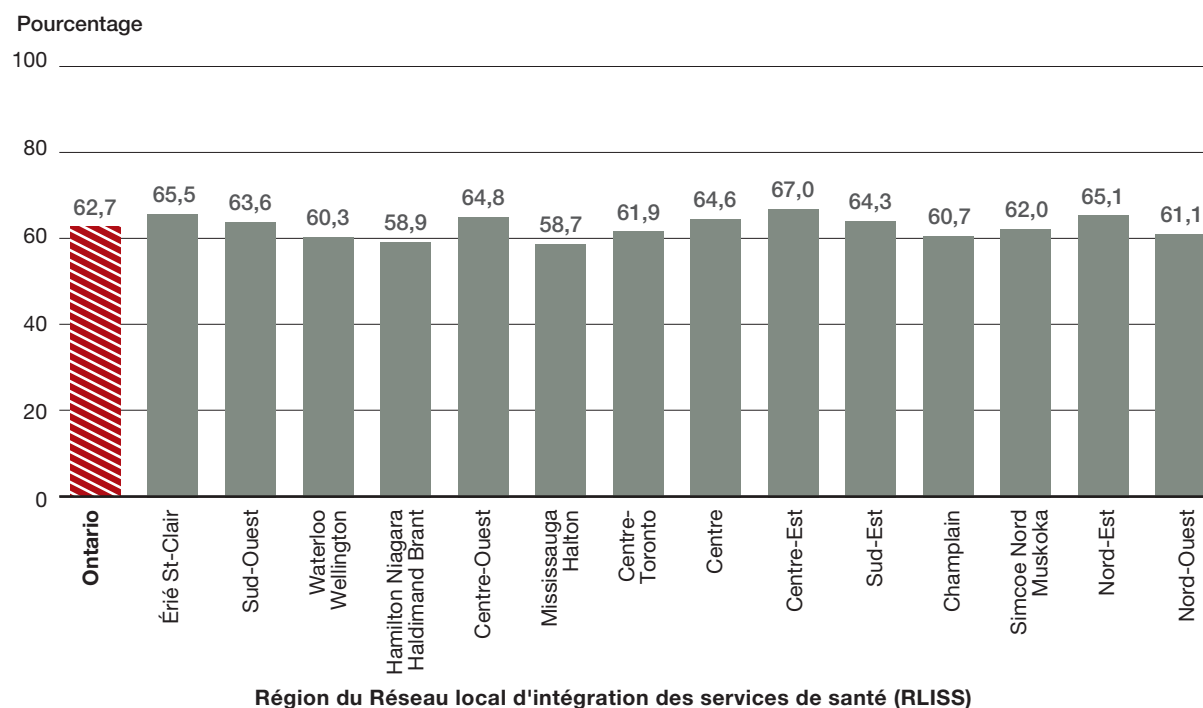
Lorsque les personnes en soins palliatifs se rendent aux urgences de façon inopinée, c'est peut-être parce qu'elles n'ont pas reçu les soins dont elles ont besoin en milieu communautaire. Ces consultations sont parfois appropriées ou inévitables, mais la transition entre milieux de soins, par exemple, du domicile à l'hôpital, peut être très perturbante pour les personnes en fin de vie et leurs aidantes et aidants[98].

Conclusions et variations

En 2014-2015, près des deux tiers, soit 62,7 %, des personnes en soins palliatifs en Ontario ont eu au moins une fois une consultation inopinée aux urgences au cours du dernier mois de leur vie (Figure 8.3).

FIGURE 8.3

Pourcentage de patients en soins palliatifs qui ont eu au moins une situation d'urgence imprévue visite de service dans leurs 30 derniers jours de la vie, en Ontario, par région du RLIS, 2014/15



Data source: Continuing Care Reporting System (CCRS), Discharge Abstract Database (DAD), Home Care Database (HCD), National Ambulatory Care Reporting System (NACRS), Ontario Health Insurance Plan (OHIP), Registered Persons Data Base (RPDB), provided by the Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)
 Note: For the sake of clarity throughout the chapter, we refer to the group of 54,000 patients who received palliative care as "palliative care patients." Palliative describes the type of care, not the patient.

i Indicateur : Consultations inopinées aux urgences

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes en soins palliatifs qui ont eu au moins une consultation imprévue aux urgences au cours des 30 derniers jours de leur vie.

Le pourcentage de personnes en soins palliatifs qui se sont rendues de façon inopinée aux urgences allait de 58,7 % dans le RLIS de Mississauga Halton à 67,0 % dans le RLIS du Centre-Est (Figure 8.3).

Lieu du décès

La plupart des gens qui participent à des sondages en Ontario et au Canada disent préférer mourir chez elles[99,100], mais ces préférences ne reflètent pas la réalité, car la plupart des gens meurent à l'hôpital dans la province. Divers facteurs interviennent, comme la présence d'une aidante ou aidant, les soins palliatifs disponibles, le soutien fourni par la famille et la communauté, les préférences personnelles (qui peuvent changer au fil du temps), la nature de la maladie, et l'état de la personne en fin de vie[101].

Conclusions et variations

Près des deux tiers, soit 64,9 %, des personnes en soins palliatifs sont décédées à l'hôpital en 2014 2015. Environ un quart, soit 23,5 %, sont mortes ailleurs qu'à l'hôpital, chez elles ou dans un centre de soins palliatifs, un centre de vie avec services de soutien ou une maison de retraite, et 11,7 % sont décédées en foyer de soins de longue durée.

Le pourcentage de personnes en soins palliatifs mortes à l'hôpital variait de 50,4 % dans le RLISS de Simcoe Nord Muskoka à 78,9 % dans le RLISS du Nord-Ouest (Figure 8,4).

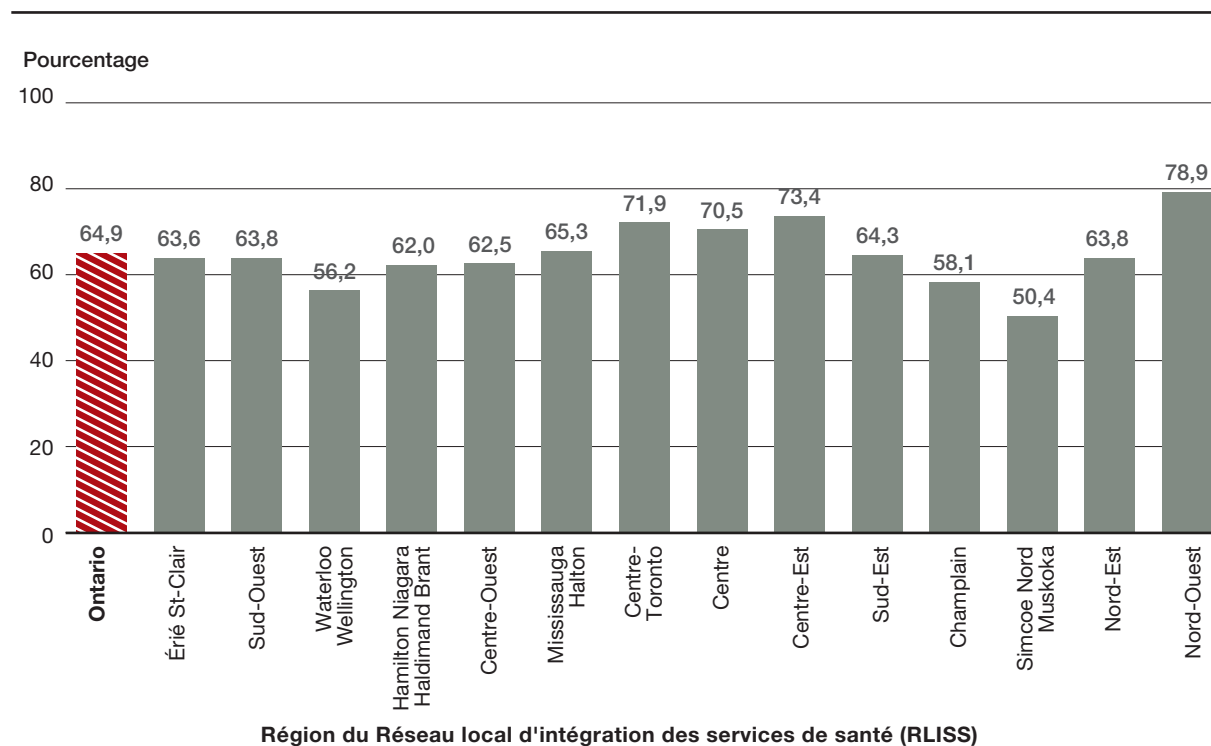


Indicateur : Lieu du décès

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes en soins palliatifs qui sont décédées à l'hôpital.

FIGURE 8.4

Pourcentage de personnes en soins palliatifs décédées à l'hôpital, en Ontario, par région du RLISS, 2014 2015



Sources des données : Système d'information sur les soins de longue durée, Base de données sur les congés des patients, Base de données sur les soins à domicile, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Système national d'information sur la réadaptation, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

En résumé

Il n'y a pas de données provinciales disponibles pour évaluer avec précision la qualité des soins palliatifs fournis aux personnes en fin de vie en Ontario. Il est important de combler cette lacune dans les données relatives aux soins palliatifs fournis au cours des 30 derniers jours de la vie et avant. Ces données sont d'autant plus importantes que la population de la province vieillit, les personnes atteintes de maladies chroniques vivent plus longtemps, et l'espérance de vie augmentera au cours du prochain quart de siècle, accroissant le besoin de soins palliatifs[102]. Les indicateurs inclus dans ce chapitre et dans le rapport spécial de Qualité des services de santé Ontario, *Soins palliatifs en fin de vie*, établissent les bases des rapports publics dans ce secteur clé de la santé et les données existantes peuvent servir à tirer certaines conclusions.

Bien que les deux tiers aux trois quarts des personnes participant à des sondages en Ontario et au Canada aient déclaré qu'elles préféreraient mourir chez elles, la réalité est tout autre, en Ontario près des deux tiers des personnes en soins palliatifs meurent à l'hôpital. En outre, la plupart des personnes en soins palliatifs vont aux urgences, signe probablement du manque de soutien adéquat en milieu communautaire. Ainsi, le tiers des personnes en soins palliatifs reçoit la visite à domicile

d'un médecin une ou plusieurs fois, les trois quarts reçoivent au moins un service de soins à domicile et près de la moitié bénéficie d'un ou de plusieurs services de soins palliatifs à domicile.

Dans son plan d'action *Priorité aux patients*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée place les soins palliatifs au sommet des priorités et, dans son budget de 2016, le gouvernement prévoit un investissement dans ce type de soins. Il y a peu, le ministère a annoncé la création du Réseau de soins palliatifs de l'Ontario, partenariat d'intervenants communautaires consistant en des fournisseurs de soins, planificateurs du système de santé, patientes et patients et familles, fait avancer les soins palliatifs axés sur la personne et établit des normes provinciales afin de renforcer les services. En plus de participer au Réseau de soins palliatifs de l'Ontario, Qualité des services de santé Ontario a fait des soins palliatifs une priorité dans son plan stratégique.

Intégration du système

Ce chapitre porte sur les indicateurs suivants du programme commun d'amélioration de la qualité qui nous éclairent sur la façon dont les diverses parties du système de santé fonctionnent ensemble :

- Soins médicaux de suivi après une hospitalisation pour maladie pulmonaire obstructive chronique ou défaillance cardiaque
- Réadmission dans les 30 jours qui suivent une hospitalisation pour soins médicaux ou chirurgicaux
- Hospitalisation pour des affections pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital
- Personnes hospitalisées pouvant être soignées ailleurs

Lina, de Toronto, décrit son expérience à la recherche d'une maison de soins de longue durée pour sa mère, Malvina, qui était à l'hôpital à l'époque:

<< Ici, je suis, toujours prendre soin de ma mère, à la recherche après son appartement, tout en étant hors travail pour regarder les foyers de soins à long terme. Il était vraiment déprimant. Il est difficile de voir votre parent se détériorer ... Il devrait y avoir une liste de toutes les choses qui doivent aider à la transition d'un patient d'un hôpital à un foyer de soins de longue durée. >>

Billi, de Chatham, dit-il se rend parfois seulement le service des urgences de la petite ville où il ne peut pas obtenir un rendez-vous en temps opportun avec son médecin de famille:

<< [Le service d'urgence] devient assez bouché. Il y a environ 20 lits de retour là-bas. Vous mettez dans un couple de patients cardiaques, un couple de membres brisés, les médecins se préoccupent et tout enraye. >>

Emilie, d'Ottawa, dit-elle reçu un suivi avec son médecin dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital pour un problème de santé mentale, mais souhaite l'hôpital et le médecin pourrait mieux coordonner son information sur la santé:

<< Lorsque vous essayez de connecter tous vos professionnels de la santé mentale avec votre médecin de famille, il ne fonctionne pas bien ... Chaque fois que je vois mon médecin de famille, je dois donner une mise à jour sur les changements dans les médicaments, les changements dans les services et généralement ce qui se passe. Je pense qu'ils devraient être communiquent eux-mêmes. >>

Intégration des soins au profit des patientes et patients

Le système de santé de l'Ontario est complexe et les gens doivent souvent transiter entre plusieurs organismes et personnels quand ils ont besoin de soins. Le fait que les transitions sont fluides ou non, surtout à des moments clés du processus de soins, peut affecter la santé des gens. Au-delà du traitement standard assuré par les hôpitaux ou les professionnels de la santé, la qualité des soins dépend aussi de la capacité de tous les éléments du système de bien fonctionner ensemble. Il doit y avoir des liens entre les divers milieux de la santé pour appuyer les gens de façon adéquate lors des transitions, par exemple, du médecin de famille au spécialiste ou du centre de réadaptation au domicile.

Les soins hospitaliers font partie des éléments clés des transitions. Si les indicateurs présentés dans ce chapitre semblent être centrés sur l'hôpital, ils portent aussi sur la qualité des soins prodigués ailleurs. Par exemple, les réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours comptent pour les hôpitaux, mais elles sont aussi un indicateur de la qualité des soins que les gens reçoivent une fois sortis de l'hôpital. Si, dans certains cas, une réadmission est tout simplement le résultat d'une détérioration de l'état de santé, d'autres fois, elle reflète la façon dont la personne et la famille se préparent pour la sortie, le niveau des soins de suivi et le soutien reçu en milieu communautaire, ou l'efficacité de la communication entre l'hôpital et les autres fournisseurs de soins.

Ce chapitre ne porte pas uniquement sur les indicateurs associés à l'intégration du système. D'autres indicateurs présentés dans ce rapport, dont ceux concernant les personnes soignées à domicile qui ont des besoins faibles à modérés et ont été placées en foyer de soins de longue durée ou les indicateurs relatifs aux soins palliatifs, reflètent aussi l'intégration au sein du système de santé. Pour que les soins soient vraiment intégrés, il faut poursuivre des efforts dans ce domaine, tant au chapitre des mesures que de la capacité.

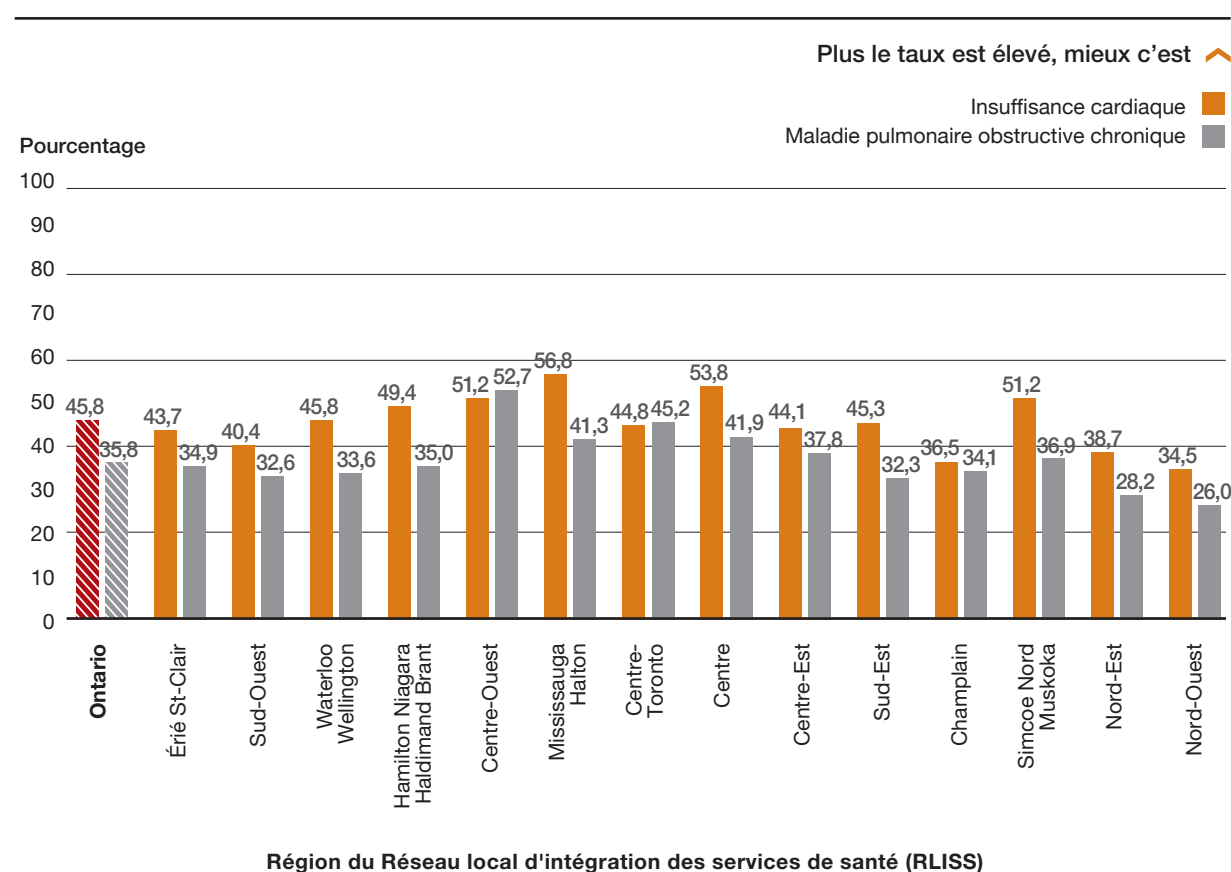
Soins médicaux de suivi après une hospitalisation pour maladie pulmonaire obstructive chronique ou défaillance cardiaque

Les personnes hospitalisées pour maladie pulmonaire obstructive chronique (maladie des poumons) ou défaillance cardiaque qui consultent un médecin de famille ou un spécialiste après leur sortie de l'hôpital peuvent éviter d'être réadmis[103]. Ces personnes ont tout intérêt à consulter un médecin après leur hospitalisation pour lui poser des questions et discuter de problèmes éventuels.

Les personnes qui ne reçoivent pas des soins médicaux de suivi dans les sept jours risquent d'avoir des complications[103] pouvant de nécessiter un retour à l'hôpital; non seulement c'est une source de stress pour le patient et la famille, mais cela grève aussi inutilement les ressources hospitalières. En 2012, au Canada, les personnes les plus susceptibles d'être réadmisées à l'hôpital étaient celles qui avaient été hospitalisées à cause d'une défaillance cardiaque ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, les taux de réadmission en moins de 30 jours pour ces affections étant de 21 % et 19 % respectivement[104].

FIGURE 9.1

Pourcentage* de personnes qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours qui ont suivi une hospitalisation pour maladie pulmonaire obstructive chronique ou défaillance cardiaque, en Ontario, par région du RLSS, 2014-2015



Source des données : Base de données sur les congés des patients, base de données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, base de données sur les médecins, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

*Ajusté selon l'âge et le sexe

i **Indicateur : Soins de suivi après une hospitalisation pour maladie pulmonaire obstructive chronique**

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours qui ont suivi leur sortie de l'hôpital après une hospitalisation pour maladie pulmonaire obstructive chronique ou défaillance cardiaque.

Conclusions et variations

En 2014-2015, moins de la moitié des personnes hospitalisées pour maladie pulmonaire obstructive chronique ou défaillance cardiaque a consulté un médecin dans les sept jours qui ont suivi la sortie de l'hôpital. Ce pourcentage est stable depuis quelques années[105].

Parmi les patients qui ont consulté un médecin dans les sept jours qui ont suivi leur sortie de l'hôpital, une petite proportion a vu un spécialiste au sujet de leur maladie, 5,9 % des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique qui ont vu un médecin dans les sept jours ont consulté un spécialiste des voies respiratoires, et 12,6 % des personnes atteintes de défaillance cardiaque qui ont vu un médecin dans les sept jours ont consulté un cardiologue. Chez les autres, 75,7 % des personnes

atteintes de défaillance cardiaque et 81,1 % des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique cardiaque qui ont vu un médecin dans les sept jours ont consulté un médecin de famille. Les autres ont vu un autre type de médecin[105].

On a constaté de grandes variations à l'échelle de la province au chapitre des taux de soins médicaux de suivi, le taux étant deux fois plus élevé dans certaines régions. Certaines des régions les plus éloignées affichent les taux de soins médicaux de suivi les plus bas, tant pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique que pour celles souffrant de défaillance cardiaque. Par exemple, dans le RLIS du Nord-Ouest, 26 % des personnes qui quittent l'hôpital après avoir été hospitalisées pour maladie pulmonaire obstructive chronique ont consulté un médecin dans les sept jours, contre 52,7 % dans le RLIS du Centre-Ouest (Figure 9.1).

Les écarts entre les taux de suivi médical dans différentes régions de la province est légèrement plus faibles pour les personnes qui ont quitté l'hôpital après une hospitalisation pour défaillance cardiaque. Les RLIS du Nord-Ouest et de Champlain affichent les taux les plus bas de la province au chapitre du suivi médical, soit 34,5 % et 36,5 % respectivement. Ces taux sont inférieurs de quelque 20 points de pourcentage à celui du RLIS de Mississauga Halton, où 56,8 % des patientes et patients ont vu un médecin dans les sept jours qui ont suivi une hospitalisation pour défaillance cardiaque (Figure 9.1).

Le saviez-vous?

Parmi les médecins de famille qui ont participé à des sondages en Ontario :

- 71 % disent être toujours, ou souvent, informés de la sortie de leurs patientes et patients de l'hôpital.
- 54 % disent que cela prend en moyenne jusqu'à quatre jours pour recevoir des renseignements sur les soins de suivi requis après une hospitalisation[106].

Réadmission à l'hôpital des personnes en soins médicaux ou chirurgicaux

Parfois, les patients doivent être réadmis peu de temps après leur sortie de l'hôpital et ces réadmissions ne sont pas toujours évitables. Une réadmission peut être nécessaire si l'état de la personne empire, mais cela peut être aussi le signe que la qualité des soins reçus à l'hôpital ou après la sortie de l'hôpital laissait à désirer.

Le saviez-vous?

En 2010-2011, le coût pour le système de santé des réadmissions inopinées s'est élevé à 1,8 milliard de dollars au Canada[107].

Conclusions et variations

En Ontario, le taux de réadmission est constamment plus élevé chez les personnes en soins médicaux (qui ne subissent pas de chirurgie) que chez celles qui ont subi une intervention chirurgicale.

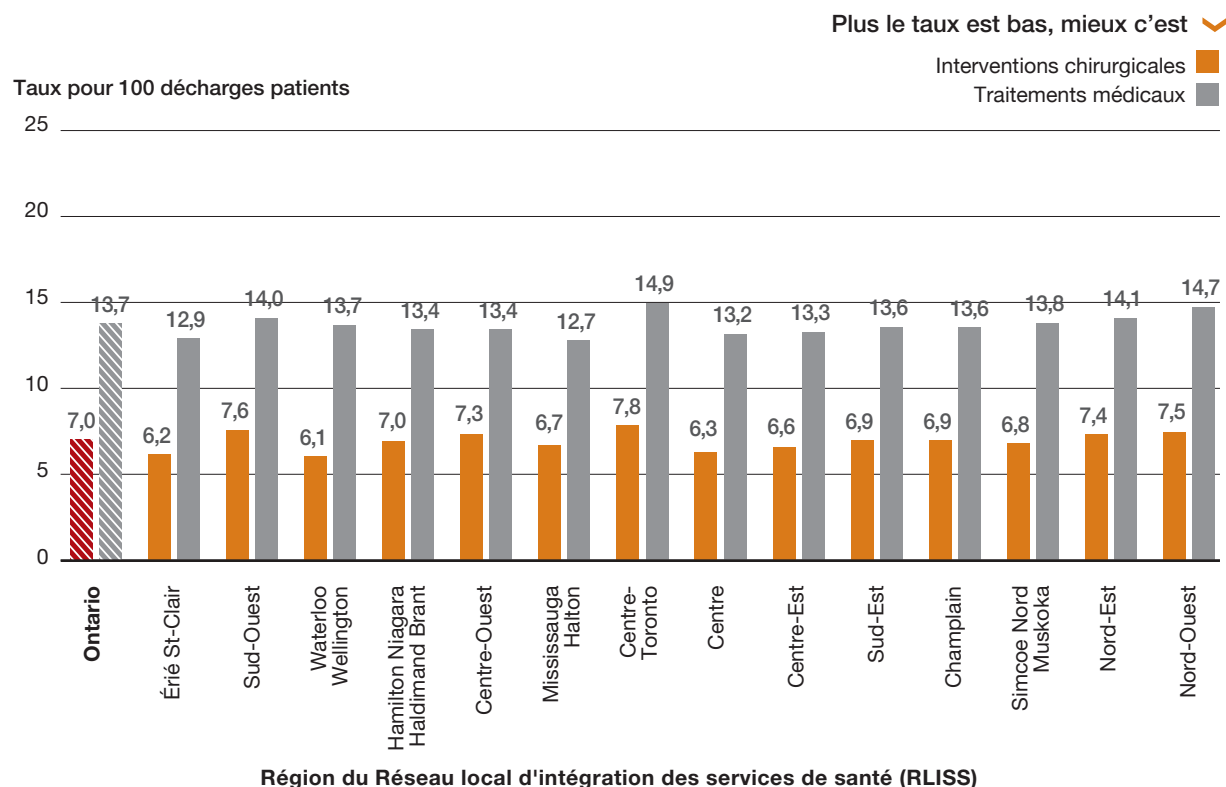
En 2014-2015, le taux de réadmission provincial pour les personnes en soins médicaux était de 13,7 pour 100 sorties, tandis que le taux de réadmission pour les personnes en soins chirurgicaux était de 7 pour 100 sorties. Le taux est exprimé pour 100 sorties, car une personne peut entrer à l'hôpital et en sortir à plusieurs reprises au cours d'une année donnée.

Les taux de réadmission pour maladie pulmonaire obstructive chronique et pour défaillance cardiaque, qui étaient respectivement de 18,5 pour 100 sorties et de 21,4 pour 100 sorties, dépassaient les taux relatifs aux personnes en soins médicaux en général. Ces deux affections représentent des taux de réadmission plus élevés que n'importe quelle autre catégorie de maladie[108].

En 2014-2015, il y a avait de légères variations dans la province au chapitre des taux de réadmission des personnes en soins médicaux et chirurgicaux. Le RLISS de Mississauga Halton affichait le taux de réadmission le plus bas pour les personnes en soins médicaux avec 12,7 pour 100 sorties, suivi de près par le RLISS d'Érie St. Clair avec 12,9 pour 100 sorties, tandis que le RLISS du Centre-Toronto avait le taux le plus élevé avec 14,9 pour 100 sorties. Pour les patients chirurgicaux, le RLISS de Waterloo Wellington a enregistré le taux de réadmission le plus bas avec 6,1 pour 100 sorties, suivi de près par le RLISS d'Érie St. Clair avec 6,2 pour 100 sorties, et le RLISS du Centre-Toronto, le taux le plus élevé avec 7,8 pour 100 sorties (Figure 9.2).

FIGURE 9.2

Taux* de réadmission dans les 30 jours qui ont suivi une hospitalisation pour soins médicaux ou chirurgicaux, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015



Source des données : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

Remarque : Les réadmissions sont attribuées à la région où l'hospitalisation initiale a eu lieu, et non dans celle où la personne vit.

*Ajusté selon le risque

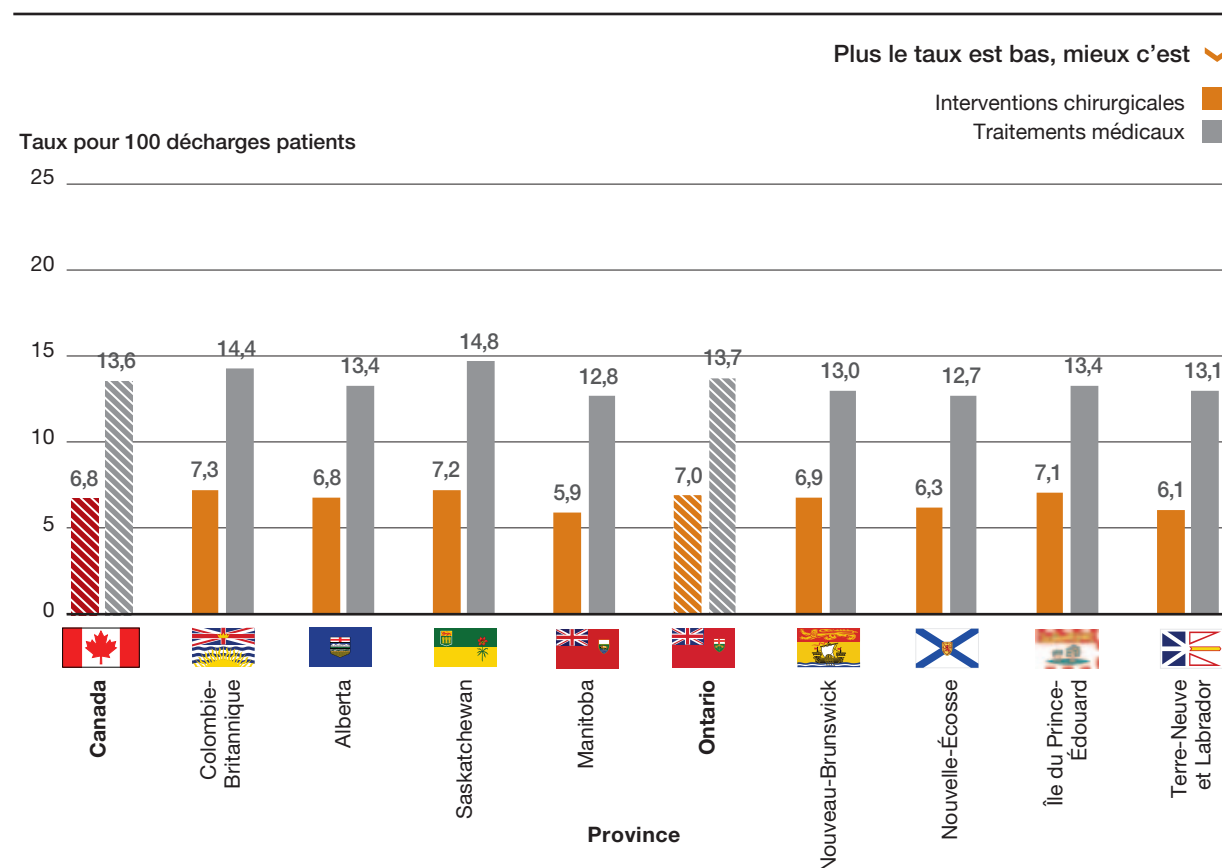
i **Indicateur : Réadmission à l'hôpital dans les 30 jours qui suivent la sortie après des soins médicaux ou chirurgicaux**

Cet indicateur mesure le taux, pour 100 sorties d'hôpital, de réadmissions inopinées dans les 30 jours qui suivent la sortie. Cela comprend les personnes hospitalisées pour un traitement non chirurgical et celles qui ont eu une chirurgie pendant leur hospitalisation.

En 2004-2015, près de 10 % des personnes qui ont quitté l'hôpital ont été réadmis dans les 30 jours pour n'importe quelle affection, ce qui représente 75 000 hospitalisations. Le taux de réadmission chez les personnes qui ont reçu des soins médicaux de suivi en Ontario, soit 13,7 pour 100 sorties, était très proche de la moyenne nationale de 13,6 pour 100 sorties. Pour les personnes en soins chirurgicaux, le taux de réadmission, qui était de 7 pour 100 sorties, était plus élevé que la moyenne nationale de 6,8 pour 100 sorties (Figure 9.3).

FIGURE 9.3

Taux de réadmission à l'hôpital* dans les 30 jours de quitter l'hôpital soit pour des soins médicaux ou chirurgicaux, 2014-2015



Source des données : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

Remarque : Les réadmissions sont attribuées à la région où l'hospitalisation initiale a eu lieu, et non à celle où la personne vit.

*Ajusté selon le risque

**Hormis le Québec

Hospitalisation pour des affections pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital

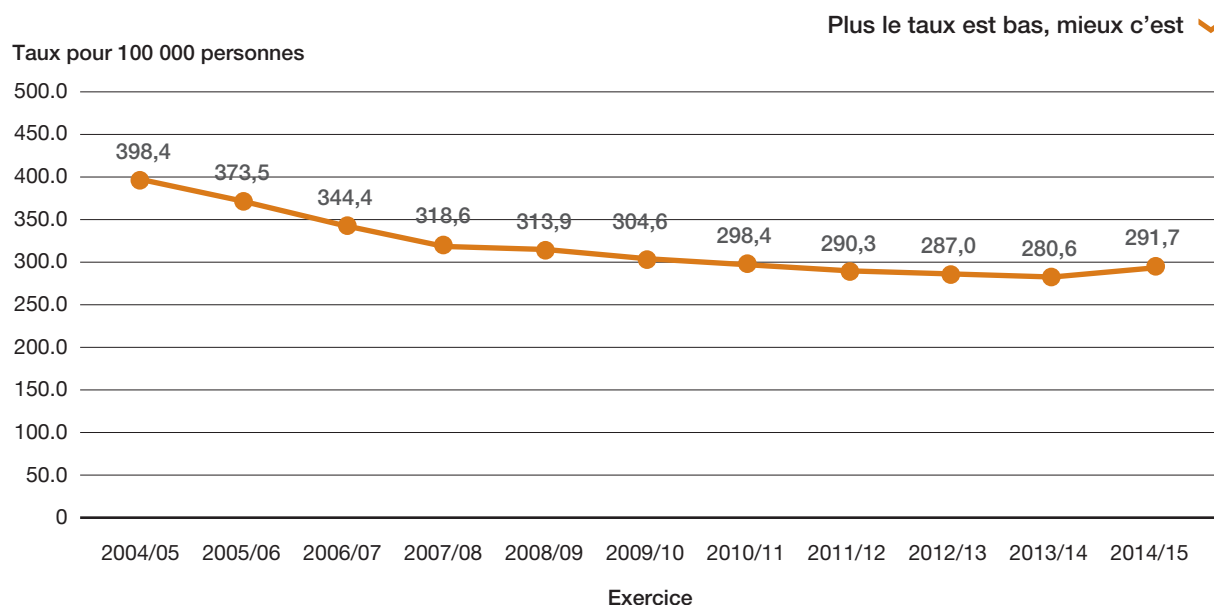
Dans certains cas, l'hospitalisation peut être évitée si la personne reçoit les soins dont elle a besoin en milieu communautaire. C'est ce qu'on appelle soins ambulatoires ou soins pouvant être prodigués ailleurs qu'à l'hôpital. Il est préférable, non seulement pour la patiente ou le patient, mais aussi pour le système et une utilisation efficace des ressources, de traiter les maladies avant qu'elles ne s'aggravent au point de nécessiter une hospitalisation[109]. Cet indicateur est tributaire de l'état de santé de la population puisqu'une population en bonne santé nécessite moins d'hospitalisations. Par exemple, une population qui compte moins de fumeurs compte aussi moins de maladies pulmonaires nécessitant une hospitalisation.

Conclusions et variations

Au cours de la dernière décennie, nous avons constaté d'importantes améliorations au chapitre du taux d'hospitalisation pour des affections pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital, ce qui a entraîné près de 4 000 hospitalisations inutiles en moins par an en moyenne. Toutefois, 2014-2015 marque la première hausse en dix ans, quoique modeste (4 %), du taux d'hospitalisation pour des maladies pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital (Figure 9.4).

FIGURE 9.4

Taux d'hospitalisation* pour des affections pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital, en Ontario, 2004-2005 à 2014-2015



Source des données : Base de données sur les congés des patients, fourni par l'Institut de recherche en services de santé
*Ajusté selon l'âge et le sexe

i Indicateur : Personnes hospitalisées pour des affections pouvant être traitées ailleurs

Cet indicateur mesure le taux d'hospitalisation pour 100 000 personnes de moins de 75 ans, pour l'une des maladies suivantes qui, si elle avait été bien prise en charge ou soignée plus tôt n'aurait pas résulté en une hospitalisation : asthme, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, défaillance cardiaque, hypertension, angine de poitrine et épilepsie.

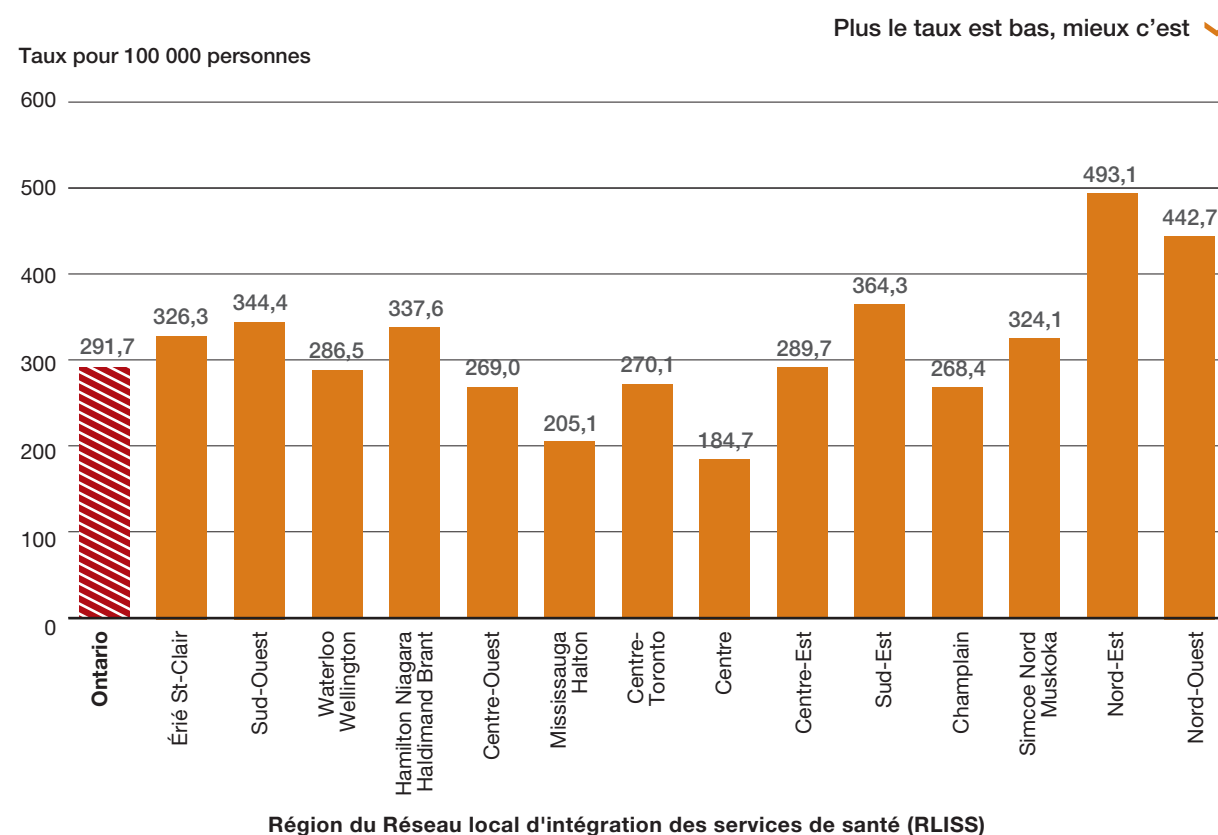
En 2014-2015, on a constaté un écart considérable dans les taux relatifs aux moins de 75 ans en Ontario, le taux du RLISS du Nord-Est, de 493 pour 100 000 personnes, étant jusqu'à trois fois plus élevé que celui du RLISS du Centre, de 185 pour 100 000 personnes (Figure 9.5).

Le saviez-vous?

Les personnes hospitalisées pour des affections pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital représentent moins de 1 % du total des Canadiens âgés de moins de 75 ans, mais 6 % du total des patients hospitalisés et 11 % du total des jours d'hospitalisation[109].

FIGURE 9.5

Taux d'hospitalisation* pour des affections pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015



Source des données : Base de données sur les congés des patients, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

*Ajusté selon l'âge et le sexe

Parmi les affections pouvant être prises en charge en dehors de l'hôpital, en 2014-2015, les maladies pulmonaires obstructives chroniques représentaient le plus fort pourcentage d'admissions, soit 31,8 %, suivies des défaillances cardiaques, soit 18,6 % (Figure 9.6). Cela équivaut à 12 457 admissions pour maladie pulmonaire obstructive chronique et à 7 278 admissions pour défaillance cardiaque pendant l'année.

Le saviez-vous?

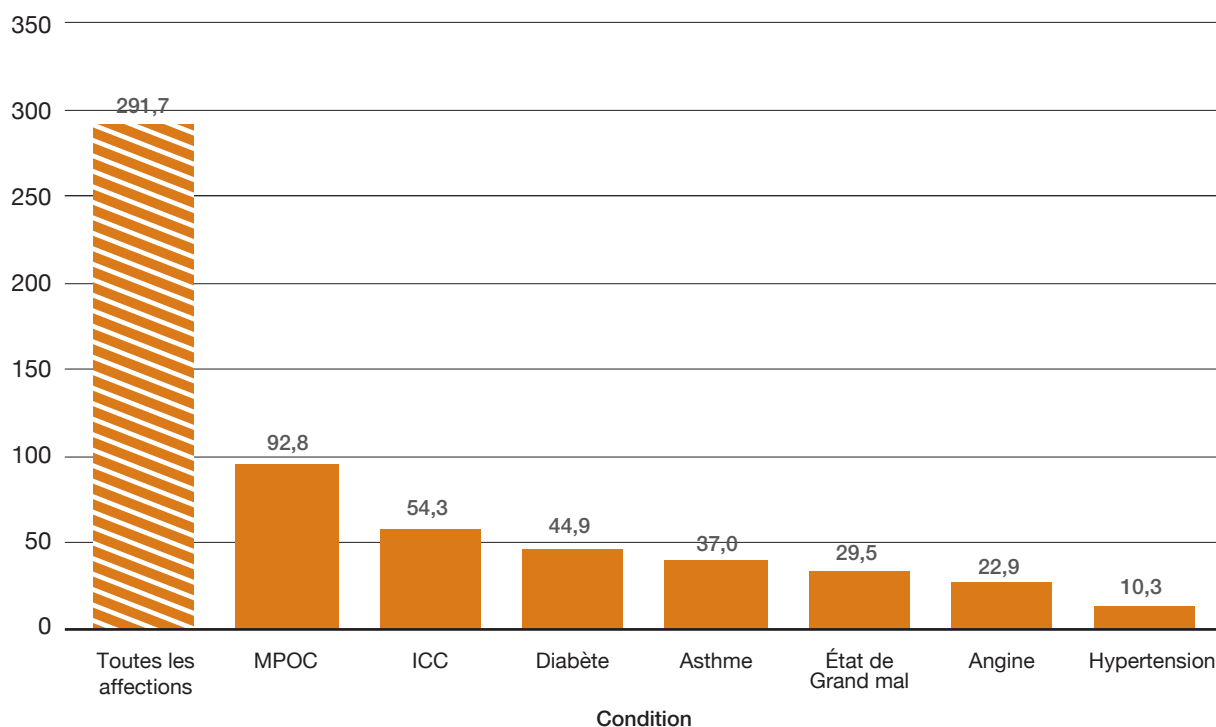
La plupart des personnes hospitalisées en Ontario pouvant être prises en charge ailleurs sont en attente de soins de longue durée ou de soins à domicile.

- En 2014-2015, 55 % des patients attendaient des soins de longue durée et 32 %, des soins à domicile.
- En 2014-2015, 20 % des patients désignés en attente d'un autre niveau de soins a attendu 30 jours ou plus pour recevoir des soins ailleurs qu'à l'hôpital[110].

FIGURE 9.6

Taux d'hospitalisation* pour des affections pouvant être prises en charge ailleurs qu'à l'hôpital, par type d'affection, 2014-2015

Taux pour 100 000 personnes



Source des données : Base de données sur les congés des patients, fournie par l'Institut de recherche en services de santé
*Ajusté selon l'âge et le sexe

Personnes hospitalisées pouvant être soignées ailleurs

Dans la plupart des cas, l'hospitalisation prend fin quand la personne n'a plus besoin des soins pour lesquels elle a été hospitalisée. Cependant, certaines personnes restent à l'hôpital jusqu'à ce qu'une place ou un service plus approprié se libère. Le cas échéant, la patiente ou le patient est désigné en attente d'un autre niveau de soins, ce qui signifie qu'elle ou il peut recevoir des soins dans un autre milieu de soins plus approprié que l'hôpital.

Par exemple, la personne est hospitalisée en attendant qu'elle puisse recevoir des soins à domicile, être admise en foyer de soins de longue durée ou dans un service de réadaptation. Si l'hôpital n'est pas le milieu de soins le plus adéquat pour la personne, celle-ci peut en pâtir : la personne risque de ne plus pouvoir être capable de vaquer à ses activités quotidiennes, d'être exposée à une infection nosocomiale et de se sentir socialement isolée.

L'idéal pour les patients, et pour qu'ils puissent s'orienter aisément dans le système, serait que chacun reçoive le niveau de soins le mieux approprié à son état. En mesurant le pourcentage de personnes hospitalisées qui peuvent être soignées ailleurs, nous pouvons déterminer si la capacité est adéquate et si les soins de longue durée, à domicile, de réadaptation, de santé mentale et communautaires, et d'autres types de soins, sont suffisamment disponibles.

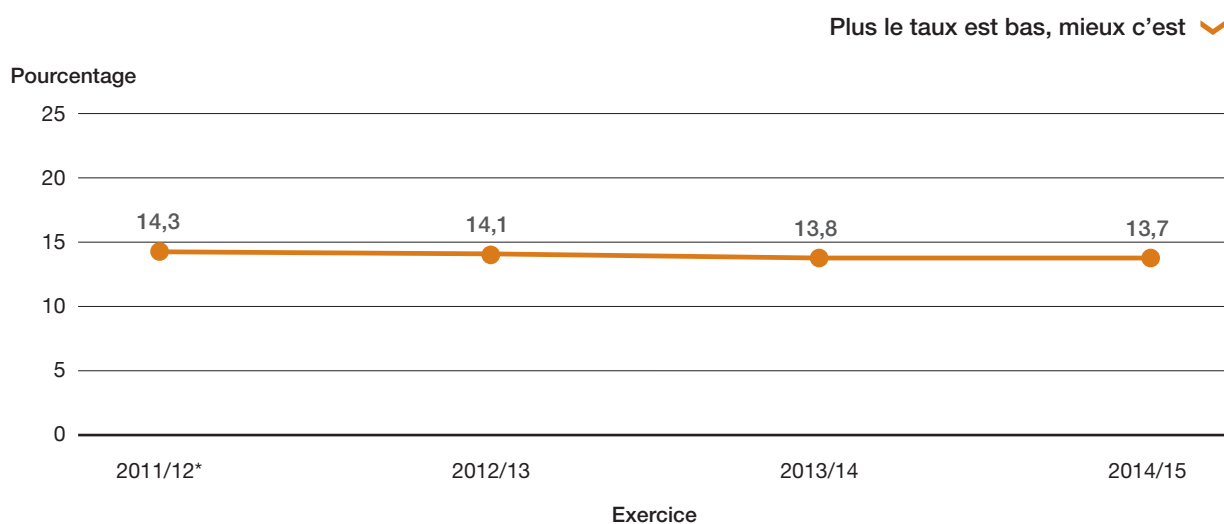
Conclusions et variations

Les jours d'hospitalisation correspondent au nombre de jours durant lesquels un lit d'hôpital est occupé par un patient, ce qui signifie que deux personnes hospitalisées pendant cinq jours dans le même hôpital ajoutent 10 jours d'hospitalisation au total de l'hôpital. Au cours des trois dernières années, on a constaté une baisse du pourcentage de jours d'hospitalisation au cours desquels des lits d'hôpital étaient occupés par des personnes qui auraient pu recevoir des soins ailleurs, qui s'est établi à 13,7 % en 2014-2015 alors qu'il était de 14,3 % en 2011-2012 (Figure 9.7).

En 2014-2015, un jour donné en Ontario, en moyenne, près de 4 000 jours d'hospitalisation ont été utilisés pour des personnes qui attendaient de recevoir des soins ailleurs. L'amélioration enregistrée à ce chapitre se chiffre à environ 214 jours d'hospitalisation en moins chaque jour dans la province pour ces patients.

FIGURE 9.7

Pourcentage de jours d'hospitalisation pour des affections qui auraient pu être traitées ailleurs, en Ontario, 2011-2012 à 2014-2015



Source des données : Système d'information sur les soins d'attente et Bed Census Summary, fourni par Action Cancer Ontario

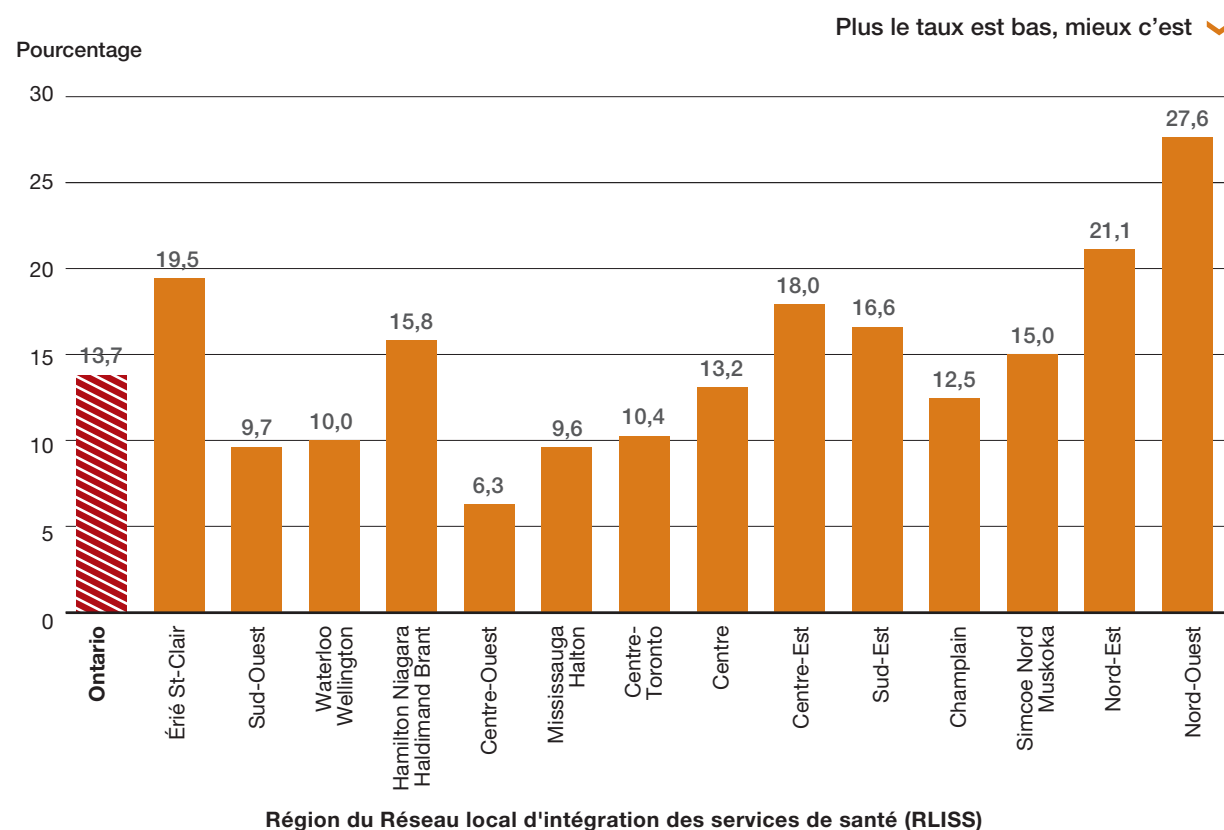
i Indicateur : Lits d'hôpital occupés par des personnes pouvant être soignées ailleurs

Cet indicateur examine les « jours d'hospitalisation », c'est-à-dire le nombre de lits d'hôpital occupés par des patientes et patients, afin de mesurer le pourcentage de lits d'hôpital occupés chaque jour par des patients désignés en attente d'un autre niveau de soins, ce qui signifie que ces personnes n'ont pas besoin du type de soins auxquels le lit est destiné. En général, les patients désignés en attente d'un autre niveau de soins attendent ailleurs dans le système de santé un placement dans le milieu de soins qui convient mieux à leurs besoins, par exemple, un foyer de soins de longue durée ou des soins à domicile.

En 2014-2015, on a constaté des écarts importants entre les régions de la province en ce qui a trait au nombre de lits d'hôpital occupés par des personnes en attente d'un autre niveau de soins ailleurs dans le système de santé. Par exemple, dans le RLISS du Centre-Ouest, seulement 6,3 % de jours d'hospitalisation ont été utilisés pour ces patients, alors que dans le RLISS du Nord-Ouest, le taux est plus de quatre fois supérieur, s'établissant à 27,6 % (Figure 9.8).

FIGURE 9.8

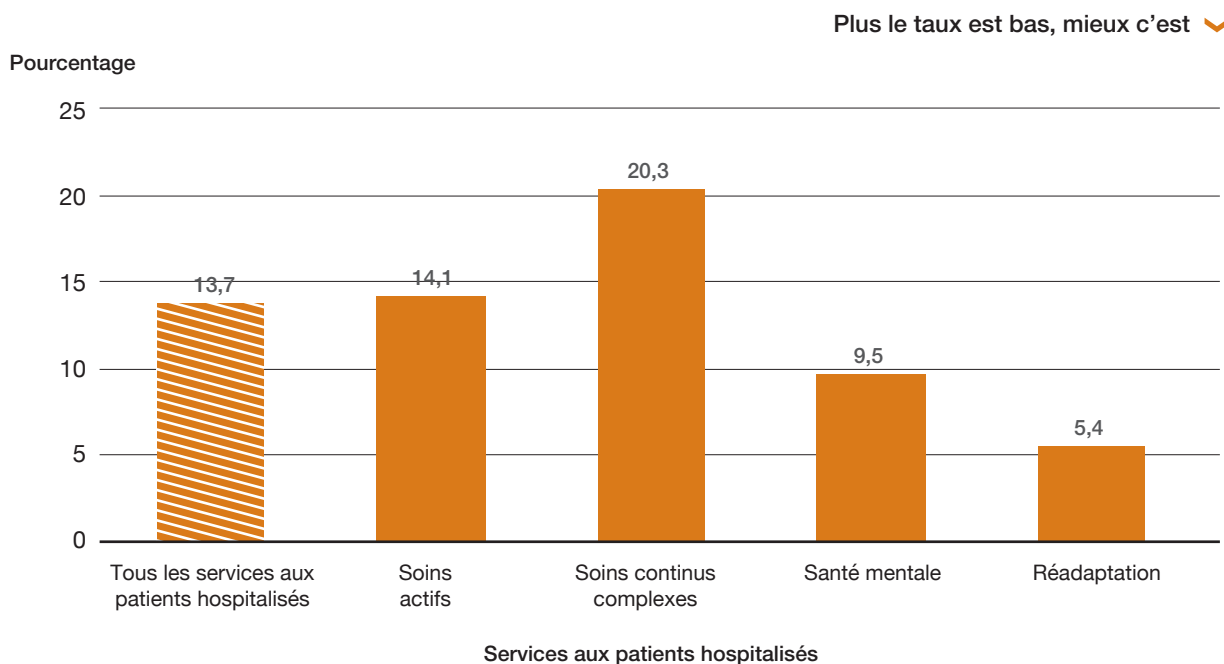
Pourcentage de jours d'hospitalisation pour des affections qui auraient pu être traitées ailleurs, en Ontario, par région du RLISS, 2014-2015



Source des données : Système d'information sur les soins d'attente et Bed Census Summary, fourni par Action Cancer Ontario

FIGURE 9.9

Pourcentage de jours d'hospitalisation pour des affections qui auraient pu être traitées ailleurs, par service pour malades hospitalisés, en Ontario, 2014-2015



Source des données : Système d'information sur les soins d'attente et Bed Census Summary, fourni par Action Cancer Ontario

Le taux de jours d'hospitalisation des patients désignés en attente d'un autre niveau de soins peut varier selon la désignation attribuée au lit occupé par la personne qui attend. Ces lits comportent les désignations suivantes :

- Soins actifs : Soins prodigués aux personnes qui attendent ou ont subi une intervention chirurgicale, ou qui reçoivent des soins médicaux actifs.
- Soins continus complexes : Soins spécialisés prodigués aux personnes atteintes de maladies complexes.
- Soins psychiatriques : Traitement spécialisé fourni aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ainsi que celles en proie à la dépendance.
- Soins de réadaptation : Soins spécialisés visant à améliorer ou à préserver les fonctions physiques, psychologiques ou cognitives.

En 2014-2015 en Ontario, 5,4 % de lits pour soins de réadaptation, 14,1 % de lits pour soins actifs et 20,3 % de lits pour soins continus complexes ont été utilisés pour des patients désignés en attente d'un autre niveau de soins (Figure 9.9).

En résumé

On constate quelques améliorations dans le système de santé grâce aux efforts ciblés et aux stratégies déployés à l'échelle du système. Par exemple, le pourcentage de jours d'hospitalisation au cours desquels des lits d'hôpital étaient occupés par des personnes qui auraient pu recevoir des soins ailleurs a diminué ces trois dernières années. Pourtant, chaque jour en Ontario, on comptait en moyenne près de 4 000 jours d'hospitalisation pour des personnes en attente de soins prodigués ailleurs. Le taux d'hospitalisation pour des maladies pouvant être traitées ailleurs s'est amélioré en 2014-2015 comparativement à ce qu'il était dix ans auparavant, mais les données de l'an dernier indiquaient une légère hausse par rapport à l'année précédente.

Les taux de réadmission à l'hôpital après une hospitalisation pour soins médicaux ou chirurgicaux et de soins de suivi après une hospitalisation pour maladie pulmonaire obstructive chronique ou défaillance cardiaque sont restés stables, malgré d'importantes variations dans la province. Les deux indicateurs soulignent la nécessité d'améliorer la transition vers les soins en milieu communautaire après une hospitalisation. Moins de 50 % des personnes hospitalisées pour maladie pulmonaire obstructive chronique ou défaillance cardiaque ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste au cours de la période de sept jours qui a suivi la sortie de l'hôpital.

Bien que d'importantes difficultés persistent, davantage de fournisseurs de soins déploient des efforts concertés pour améliorer le système comme l'indiquent les plans d'amélioration de la qualité soumis à Qualité des services de santé Ontario. En outre, d'autres maillons santé ont été établis et ceux-ci collaborent désormais pour offrir des soins coordonnés aux personnes atteintes de multiples affections complexes.

Effectifs en santé

Ce chapitre traite des indicateurs suivants du programme commun d'amélioration de la qualité associés aux effectifs en santé :

- Effectifs infirmiers
- Effectifs en médecine
- Taux de blessures donnant lieu à une absence

Photo de Sarah prise par Roger Yip, voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

Infirmière itinérante sur la route : l'histoire de Sarah

« Je ne sais même pas si je serais en vie si vous n'étiez pas venue ici », confie un homme alité à son infirmière, Sarah Logan, après l'une de ses visites à la chambre d'une résidence partagée dont il n'était pas sorti depuis un an.

Pendant une journée typique, Sarah, une infirmière itinérante basée dans une clinique intégrée de santé mentale et de soins primaires, saute dans sa voiture pour aller visiter les patients chez eux dans la région de Durham. Parfois, elle examine les médicaments et fait des évaluations de la douleur au chevet des patients. Parfois, elle les met en contact avec un algologue (médecin de la douleur), un physiothérapeute, un pharmacien, un psychiatre, un préposé aux services de soutien à la personne, un fournisseur de soins des pieds ou un conseiller nutritionnel par l'intermédiaire du Réseau Télémédecine Ontario. Sarah travaille souvent aux côtés de son partenaire, un gestionnaire de cas du programme de services itinérants, qui aide à coordonner les services, y compris l'amélioration de la situation financière, l'obtention d'un logement et de naviguer dans le système de santé. La première fois, ils rencontrent toujours ensemble leurs patients éventuels, que ce soit à domicile ou dans un café local.

Bon nombre de ses patients souffrent des troubles psychiatriques, et ils ont de multiples problèmes de santé chroniques. « Ils n'ont pas vu de professionnel de la santé depuis des années », dit-elle. Ayant la

plupart du temps entre 30 et 70 ans, ses patients sont souvent isolés socialement. « Dans beaucoup de cas, ils n'ont pas de famille, ils ne veulent pas la mêler à leurs problèmes ou leur famille habite loin », ajoute Sarah. Il y a quelques exceptions : « Dans le cas d'un patient et de sa famille dont j'étais vraiment proche, j'étais à son domicile avec eux trois fois par semaine à procurer des soins palliatifs jusqu'à son décès. Ce patient m'a beaucoup touchée – en privé ». Pour leur part, les familles des patients apprécient de travailler avec Sarah et ses collègues, car « elles n'ont pas besoin de répéter sans cesse leur histoire » aux professionnels des soins de santé, dit elle.

Sarah, 24 ans, s'est jointe à la clinique dirigée par des infirmières praticiennes après ses études en sciences infirmières. Après avoir demandé aux organismes communautaires locaux ce dont ils avaient besoin, la clinique a invité Sarah à mettre sur pied un programme de services itinérants. « J'étais absolument terrifiée, dit-elle en s'esclaffant. Mais j'étais nouvellement diplômée et tous les types d'emplois en soins infirmiers me rendaient nerveuse. Cela a été vraiment génial de créer mon propre emploi. » Elle a dû mener des recherches sur les services infirmiers itinérants offerts au Canada et ailleurs, concevoir le programme et le lancer à la fin de 2015, sous la direction de l'équipe de direction de la clinique.

Sarah avoue aimer le fait que son emploi combine tant de types de travail de soins infirmiers. « Parfois,

avec la santé mentale, c'est si intense que vos autres compétences sont mises de côté », confie Sarah. Dans le cadre de son travail, il lui arrive aussi de changer des pansements, d'administrer des vaccins, de contrôler des infections sexuellement transmissibles, de faire des injections ou des examens de la tête aux pieds, et de soutenir le travail d'infirmières en santé mentale. « Je sais que je suis chanceuse de pouvoir exercer toute la palette des compétences dans mon domaine. »

Le fait de travailler à ce qu'elle appelle un « guichet unique » pour les soins primaires, la santé mentale, les services communautaires et les services sociaux est « phénoménal », déclare Sarah. Elle a, pour collègues à la clinique, deux autres infirmières autorisées, deux infirmières praticiennes, trois infirmières auxiliaires autorisées et son partenaire, le gestionnaire de cas.

La clinique a pour projet immédiat de collaborer avec un office du logement en vue de recevoir les patients dans plusieurs bureaux d'un nouvel immeuble. « Ce que je trouve fantastique, c'est qu'on prévoit d'y aménager un poste de soins infirmiers, déclare Sarah. En y travaillant, je pourrai venir en aide aux patients qui habitent l'immeuble. Il est tellement important de garder les patients en dehors des hôpitaux dans la mesure du possible – c'est à domicile qu'ils sont le plus à l'aise. Il est tellement gratifiant de voir nos patients dans la communauté. Ils ne sont pas tous en pleine forme, mais ils font ce qu'ils peuvent. »

Veiller sur la santé de la population

Les travailleurs de la santé sont le fondement du système de santé de l'Ontario. Ils assurent des fonctions essentielles qui vont de la prestation des soins à la recherche, en passant par l'établissement des politiques de santé. Il existe de nombreux types de fournisseurs de soins, mais les données ciblées concernent les deux principales catégories de professionnelles et professionnels— les médecins et le personnel infirmier.

Du fait du travail important réalisé par les médecins et les infirmières et infirmiers, il est important d'avoir la bonne composition de professionnels pour répondre aux besoins des gens, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.

Dans ce chapitre, nous étudions le nombre d'infirmières et infirmiers et de médecins réglementés qui exercent en Ontario, et nous faisons état du nombre de personnes qui se blessent ou tombent malades au travail comme mesure de la sécurité au travail.

Le saviez-vous?

Le personnel infirmier forme le plus grand groupe de professionnelles et professionnels de la santé au Canada, soit près de la moitié des effectifs en santé[111].

Personnel infirmier en Ontario

Les infirmières et infirmiers travaillent individuellement ou au sein d'une équipe de soins pour fournir une vaste gamme de services afin d'aider les gens à atteindre un état de santé optimal. Ils travaillent souvent directement avec les familles et les aidants et peuvent avoir la responsabilité de coordonner la prestation des soins et d'aider les patients à se prendre en charge. En outre, les infirmières et infirmiers travaillent dans le domaine de l'administration, de la recherche, des stratégies et de l'éducation. Avoir un nombre suffisant d'infirmières disponibles dans les collectivités de l'Ontario est donc partie intégrante de la fourniture de soins de santé de qualité, en gardant à l'esprit que le droit nombre d'infirmières en un seul endroit peut ne pas être la bonne le numéro d'une autre, en fonction de facteurs tels que comment le système de santé est organisé et les besoins de la population locale.

Le personnel infirmier réglementé inscrit à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario comprend :

- les infirmières et infirmiers autorisés
- les infirmières et infirmiers praticiens
- les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés

i Indicateur : Effectifs infirmiers

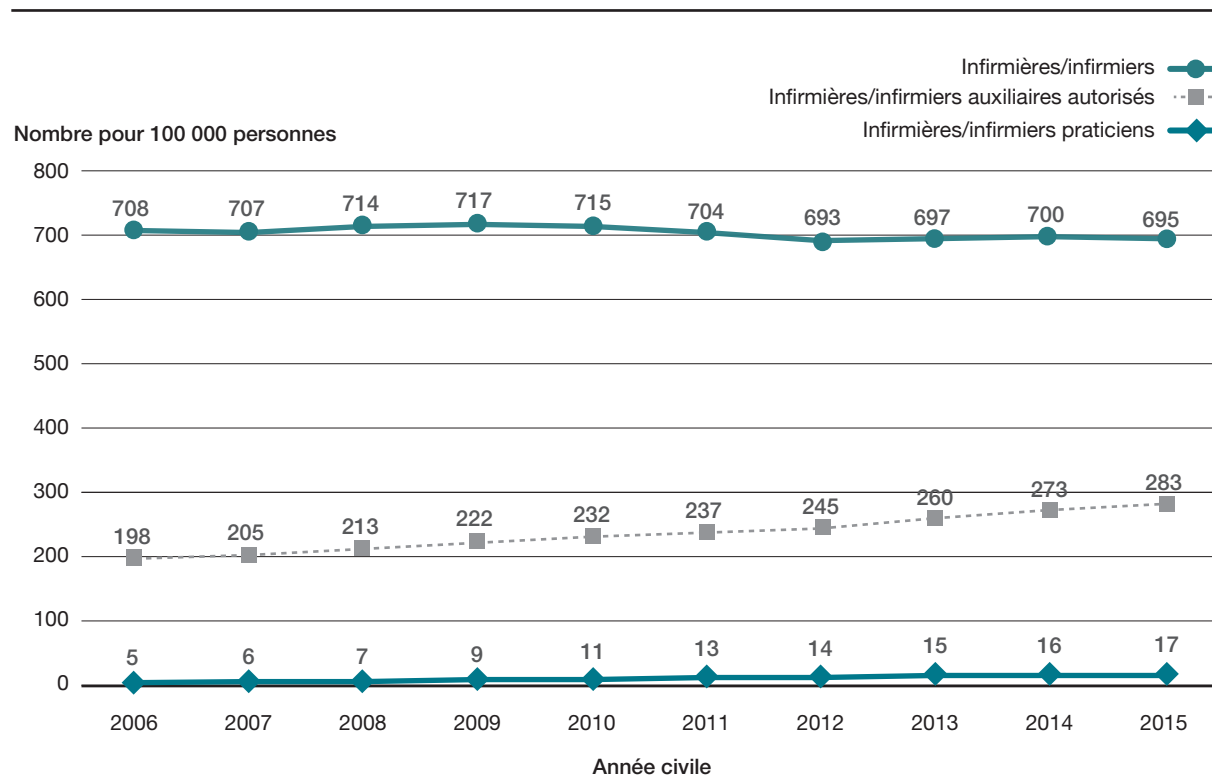
Cet indicateur mesure le nombre d'infirmières et infirmiers exerçant en Ontario pour 100 000 personnes. Il comprend les heures à temps plein, à temps partiel et occasionnelles pour :

- le personnel infirmier autorisé
- le personnel infirmier praticien
- le personnel infirmier auxiliaire

Remarque : Temps plein - 30 heures ou plus par semaine; temps partiel - moins de 30 heures par semaine; occasionnel - en fonction des besoins

FIGURE 10.1

Nombre d'infirmières et infirmiers en Ontario pour 100 000 personnes, par catégorie de soins infirmiers, 2006 à 2015



Sources de données: Ordre des infirmières et infirmiers du rapport statistique de membres de l'Ontario 2015; 2006-2014 estimations démographiques fournies par Statistique Canada; 2015 projection de la population, fournies par le ministère des Finances de l'Ontario

Conclusions et variations

Le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés exerçant en Ontario pour 100 000 personnes a baissé entre 2009 et 2012, passant de 717 à 693, mais reste stable depuis quelques années (Figure 10.1). En 2015, il y avait au total 96 007 infirmières et infirmiers

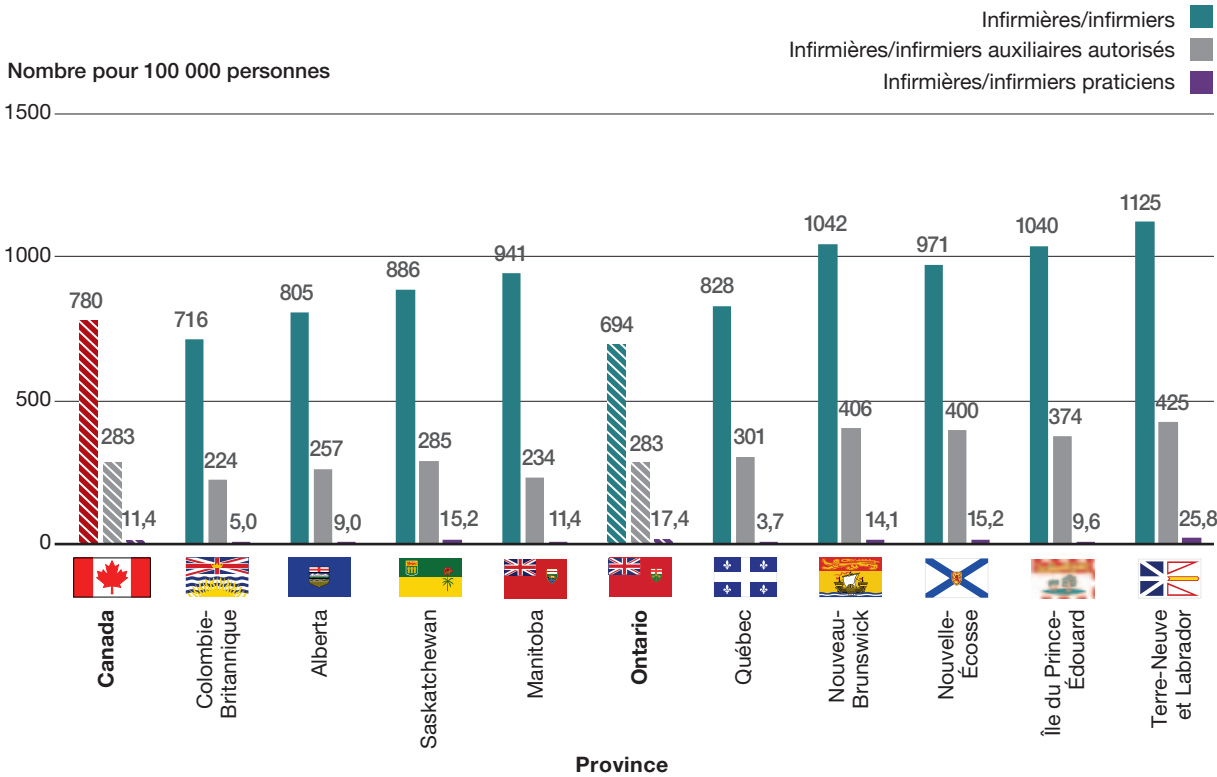
autorisés[112], 39 111 infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés[112] et 2 407 infirmières et infirmiers praticiens[112]. Le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens et d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés pour 100 000 personnes a continué d'augmenter.

Comparaisons entre les effectifs infirmiers au Canada

Chaque province a ses propres lois et règlements régissant l'exercice de la profession infirmière, et son propre organisme chargé de réglementer et d'octroyer le permis ou l'agrément aux membres du personnel infirmier. Le tableau suivant compare la moyenne provinciale à la moyenne nationale pour chaque catégorie de personnel infirmier réglementé (Figure 10.2). Les données sont fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Bien que l'Institut emploie des méthodes de calcul différentes de celles utilisées par Qualité des services de santé Ontario, ses données servent ici à comparer l'Ontario à d'autres provinces, sachant que le nombre d'infirmières et infirmiers qui exercent dans une localité ne correspond pas nécessairement à ce dont une autre a besoin, compte tenu de certains facteurs, comme la manière dont le système de santé est organisé et les besoins locaux.

Catégorie	Comparaison (moyenne provinciale et nationale, 2015)
Personnel infirmier autorisé	Le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés pour 100 000 personnes en Ontario est inférieur à la moyenne nationale (Figure 10.2).
Personnel infirmier praticien	Le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens pour 100 000 personnes en Ontario est supérieur à la moyenne nationale (Figure 10.2).
Personnel infirmier auxiliaire	Le nombre d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés pour 100 000 personnes en Ontario est égal à la moyenne nationale (Figure 10.2).

FIGURE 10.2
Nombre d'infirmières et infirmiers exerçant au Canada pour 100 000 personnes, par catégorie de soins infirmiers et par province, 2015



Sources de données: Base de données de la main-d'œuvre de la santé, fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé; 2015 estimations démographiques fournies par Statistique Canada

Effectifs en médecine en Ontario

Les médecins exécutent de nombreuses fonctions importantes, comme étudier les symptômes, faire des diagnostics et prescrire les examens et les traitements appropriés.

Dans ce chapitre, nous examinons deux groupes de médecins : les médecins de famille et les spécialistes. Le médecin de famille est généralement le premier point de contact avec le système de santé, quel que soit le problème de santé. La médecine familiale est fondée sur des liens durables entre le médecin et la patiente ou le patient et ses proches. Le spécialiste se concentre sur un domaine de soins particuliers, par exemple, la cardiologie, spécialité médicale qui prend en charge les maladies du cœur, ou l'ophtalmologie, spécialité qui traite des troubles médicaux de l'œil.

Conclusions et variations

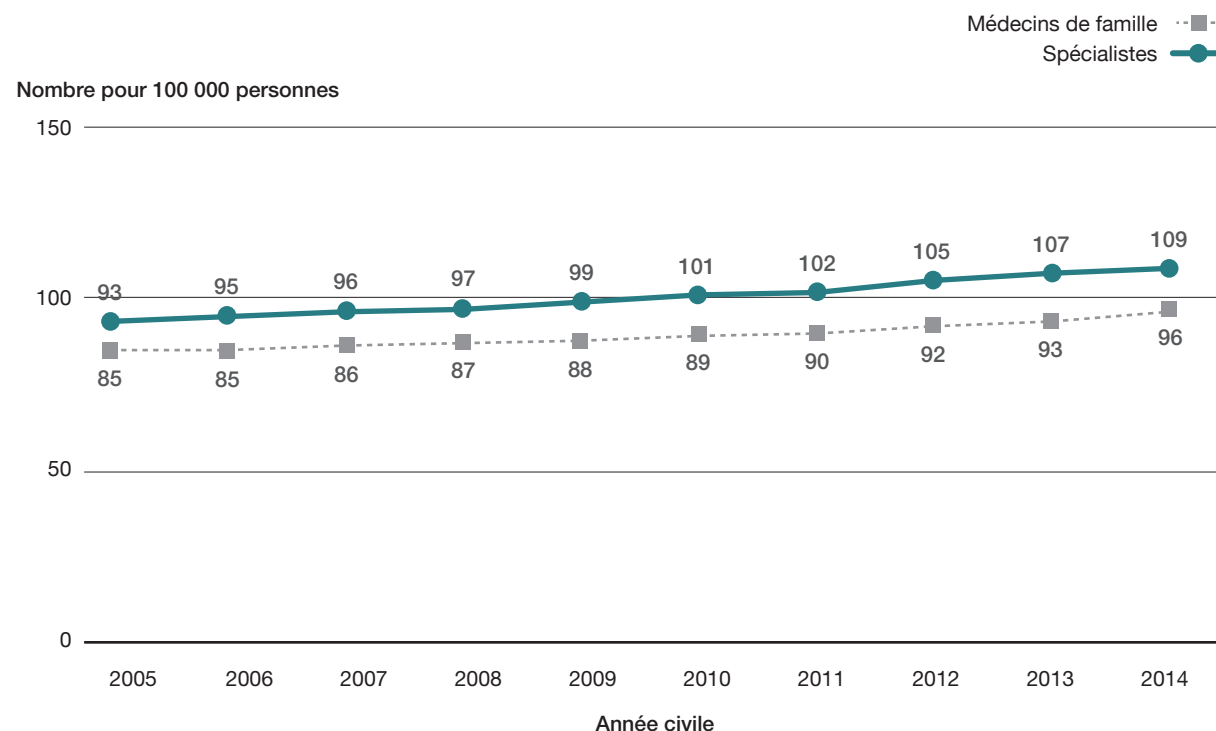
En Ontario, la proportion de médecins de famille et de spécialistes par rapport à la population continue d'augmenter, s'établissant en 2014 à 96 pour 100 000 personnes pour les médecins de famille et à 109 pour 100 000 personnes pour les spécialistes, contre 85 et 93 respectivement en 2005 (Figure 10.3).

i Indicateur : Effectifs en médecine

Cet indicateur mesure le nombre de médecins et de spécialistes autorisés qui exercent en Ontario, pour 100 000 personnes. Sont inclus les médecins de famille et les spécialistes qui exercent à temps plein, à temps partiel et occasionnellement.

FIGURE 10.3

Nombre de médecins de famille et de spécialistes pour 100 000 personnes, en Ontario, 2005 à 2014



Sources de données: médecin ontarienne des ressources des centres de données médecins en Ontario rapport 2014; 2005--2014 estimations démographiques fournies par Statistique Canada

Nous avons constaté de grandes variations régionales dans la proportion de médecins de famille par rapport à la population en 2014, le taux le plus bas étant de 70 pour 100 000 personnes dans le RLISS du Centre-Ouest et le taux le plus élevé, de 138 pour 100 000 personnes dans le RLISS du Centre-Toronto (Figure 10,4).

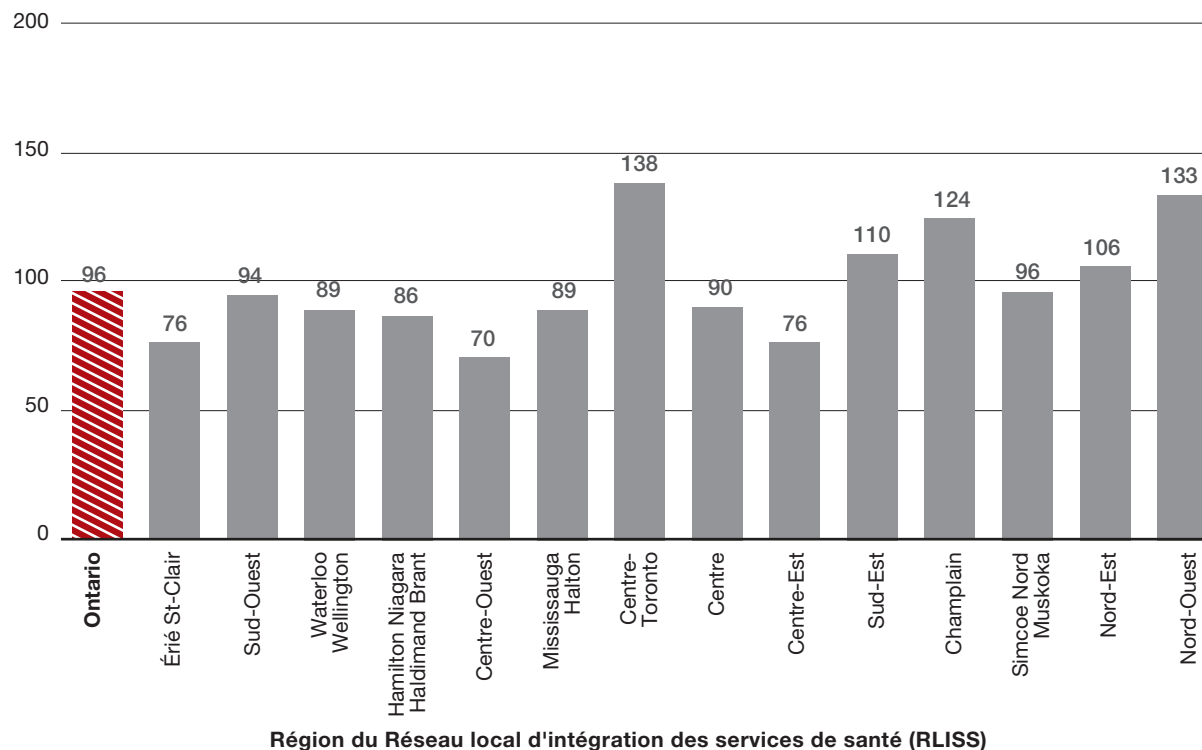
Le saviez-vous?

Un peu plus d'un quart des médecins de l'Ontario ont reçu leur diplôme de médecine à l'extérieur du Canada.[114]

FIGURE 10.4

Nombre de médecins de famille pour 100 000 personnes, en Ontario, par région du RLISS, 2014

Nombre pour 100 000 personnes



Sources de données: médecin ontarienne des ressources des centres de données médecins en Ontario rapport 2014; 2005-2014 estimations démographiques fournies par Statistique Canada

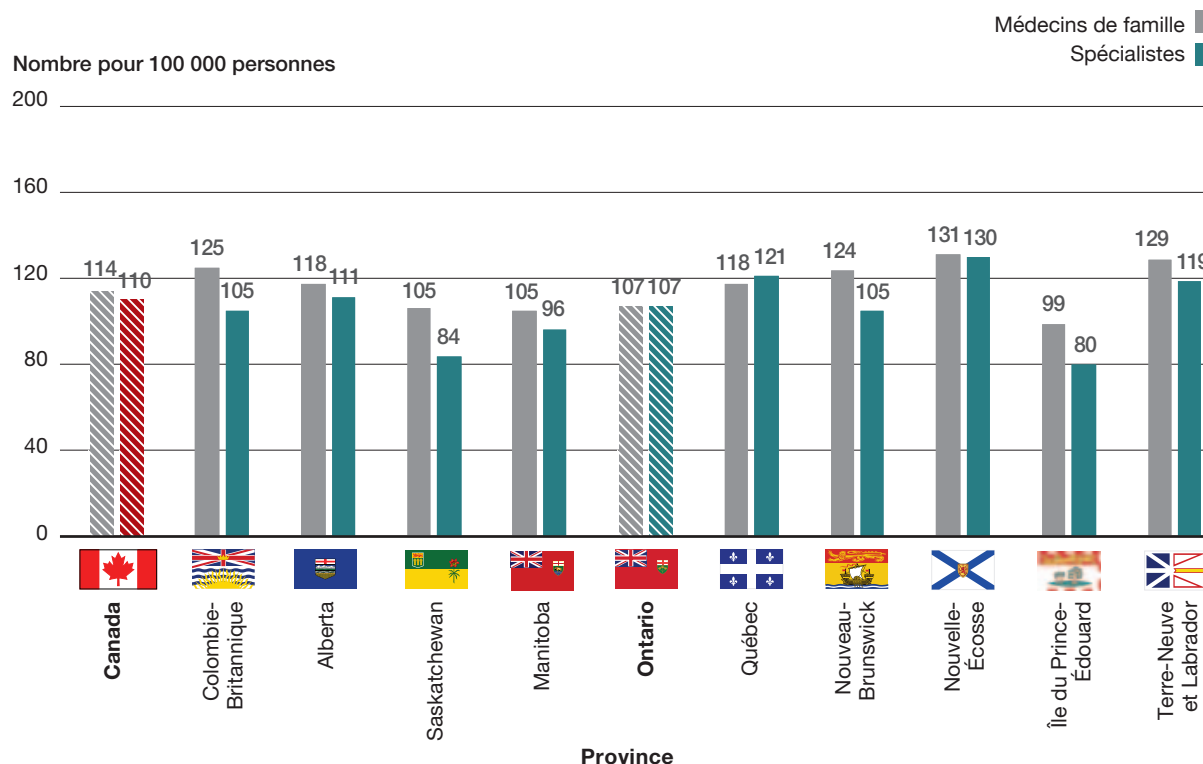
Comparaisons entre les effectifs en médecine au Canada

Chaque province a ses propres lois régissant l'exercice de la profession médicale, et son propre organisme chargé de réglementer et d'octroyer le permis d'exercer aux médecins. Le tableau suivant compare le nombre moyen de médecins de famille et de spécialistes en Ontario avec ceux d'autres provinces (Figure 10.5). Les données sont fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Bien que l'Institut emploie des méthodes de calcul différentes de celles utilisées par le médecin de l'Ontario Centre de données des ressources humaines, ses données servent ici à comparer l'Ontario avec d'autres provinces, sachant que le nombre de médecins et de spécialistes exerçant dans une localité ne correspond pas nécessairement à ce dont une autre a besoin, compte tenu de certains facteurs, comme la façon dont le système de santé est organisé et les besoins locaux.

Catégorie	Comparaison (moyenne provinciale et nationale)
Médecins de famille	L'Ontario se situe au milieu comparativement au reste du Canada en ce qui concerne le nombre de médecins de famille pour 100 000 personnes, la province comptant plus de médecins que trois autres provinces (Figure 10.5).
Spécialistes	Le nombre de spécialistes en Ontario pour 100 000 personnes correspond à la moyenne nationale, la province comptant plus de spécialistes que cinq autres provinces (Figure 10.5).

FIGURE 10.5

Nombre de médecins de famille et de spécialistes pour 100 000 personnes, au Canada, par province, 2014



Sources de données: Base de données médicales Scott, fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé; 2014 Estimations de la population, fournies par Statistique Canada

Taux de blessures avec interruption de travail

Qu'ils travaillent dans un hôpital, un cabinet de médecine familiale ou un foyer de soins de longue durée, les travailleurs de la santé doivent pouvoir exercer dans un milieu de travail sûr. Lorsqu'une travailleuse ou un travailleur de la santé est victime d'une blessure donnant lieu à une interruption de travail, une perte de salaire ou une invalidité permanente, l'employeur doit soumettre une demande d'indemnisation à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

Conclusions et variations

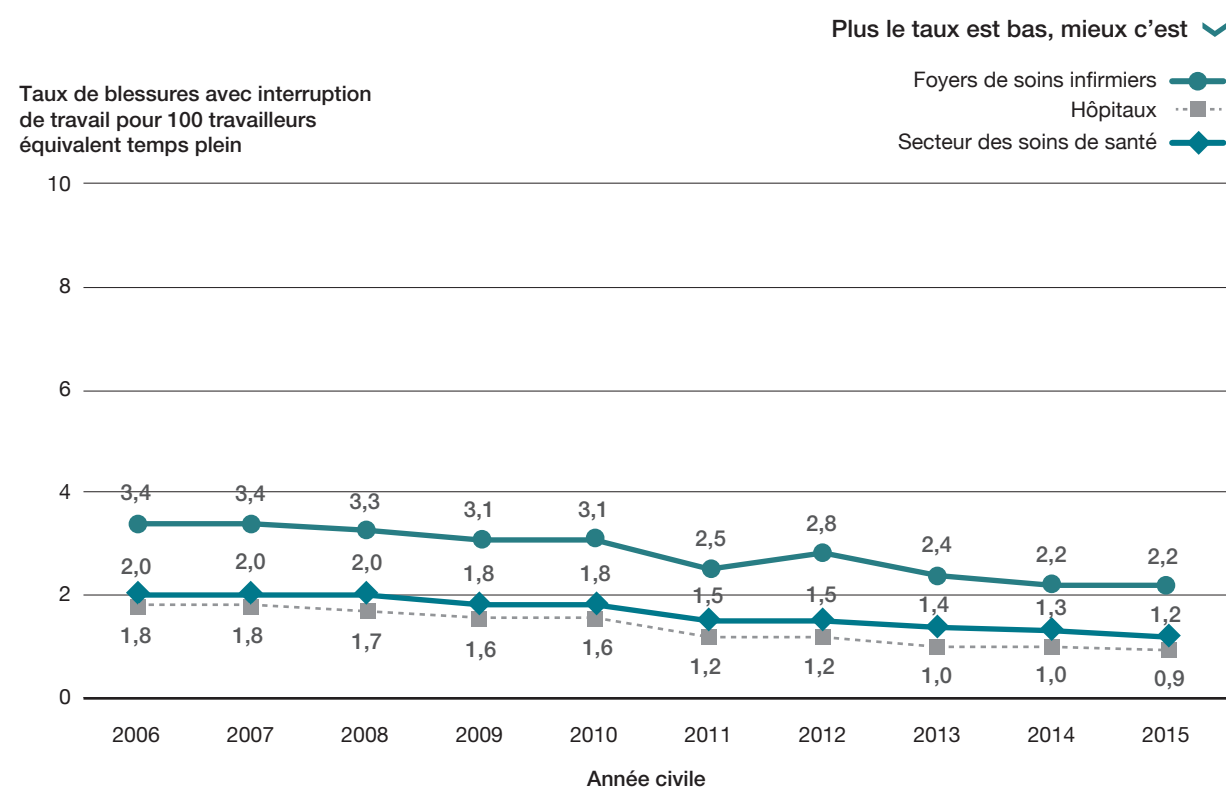
Globalement, en Ontario, le taux de blessures donnant lieu à une interruption de travail pour 100 travailleurs de la santé équivalents temps plein (ETP) a diminué, passant de 2,0 pour 100 en 2006 à 1,2 pour en 2015 (Figure 10.6).

Dans le secteur hospitalier, le taux de blessures donnant lieu à une interruption de travail pour 100 ETP est passé de 1,8 pour 100 à 0,9 pour 100 au cours de la même période (Figure 10.6).

Dans le secteur des soins infirmiers (foyers de soins de longue durée), le taux de blessures donnant lieu à une interruption de travail pour 100 ETP est passé de 3,4 pour 100 à 2,2 pour 100 au cours de la même période (Figure 10.6).

FIGURE 10.6

Taux de blessures donnant lieu à une interruption de travail pour l'ensemble du secteur de la santé, maisons de soins infirmiers et hôpitaux, en Ontario, 2005 à 2015



Source des données : Les chiffres : Rapport statistique 2014 de la CSPAT (Annexe 1), fourni par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

i Indicateur : Taux de blessures donnant lieu à une interruption de travail

Cet indicateur mesure le nombre annuel de demandes d'indemnisation pour blessure et maladie acceptées pour 100 travailleurs de la santé équivalents temps plein (ETP).

Le saviez-vous?

En Ontario, les blessures professionnelles qui surviennent le plus souvent dans le secteur de la santé sont les foulures et les entorses^[115].

En résumé

La population de la province s'accroît chaque année et les planificateurs du secteur de la santé s'appliquent à établir la composition de médecins et d'infirmières et infirmiers nécessaire pour répondre aux besoins de la population et des collectivités.

Les données montrent qu'au cours de la dernière décennie en Ontario, le nombre d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés pour 100 000 personnes s'est accru de 43 % et le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens pour 100 000 personnes a augmenté de 250 %. Au cours des dix dernières années, le nombre de médecins de famille et le nombre de spécialistes pour 100 000 personnes ont augmenté de 13 % et de 17 % respectivement.

Globalement, le taux de blessures donnant lieu à une interruption de travail chez les professionnels de la santé a diminué en Ontario, passant de 1,2 blessure pour 100 travailleurs équivalents à temps plein en 2015 à 2,0 blessures pour 100 en 2006.

L'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta comptaient le nombre le plus faible d'infirmières et infirmiers autorisés pour 100 000 personnes parmi les provinces canadiennes en 2015. Toutefois, l'Ontario se targue d'avoir l'un des ratios d'infirmières et infirmiers praticiens par habitant les plus élevés au pays.

L'Ontario se situe au milieu comparativement au reste du Canada en ce qui a trait à la proportion de médecins de famille par rapport à la population. L'Ontario compte plus de médecins de famille pour 100 000 habitants que trois autres provinces et plus de spécialistes pour 100 000 personnes que cinq autres provinces en 2014.

Dépenses de santé

Ce chapitre traite des indicateurs suivants du programme commun d'amélioration de la qualité associés aux dépenses de santé en Ontario :

- Total des dépenses de santé par habitant
- Dépenses de santé consacrées aux médicaments par habitant
- Assurance médicaments sur ordonnance

Photo de Brian et Mary prise par Roger Yip, voir son histoire sur la page suivante.

Expériences concrètes

Pas de baguette magique : L'histoire de Brian et Mary

Brian doit prendre 12 médicaments d'ordonnance trois fois par jour pour être en bonne santé. Il lui est difficile de s'en souvenir tous. « Il arrive souvent que je voie un lot que j'ai oublié dans la boîte de pilules », dit Brian, qui a perdu un tiers de son cerveau gauche à la suite d'un accident vasculaire cérébral il y a dix ans, qui affecte encore ses fonctions cognitives. De plus, garder les pilules dans l'organisme est difficile, car il ne mange pas beaucoup. Brian, 62 ans, n'a pas de dents, n'a pas les moyens de se procurer des prothèses dentaires et, la plupart du temps, n'a pas d'argent pour l'épicerie. Si Brian arrive à obtenir tous ces médicaments d'ordonnance (qui coûtent environ 900 \$ par mois), c'est parce qu'il est inscrit au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Les médicaments de Brian n'ont pas toujours été couverts par le Programme. Au début, la dose quotidienne maximale d'un anticonvulsivant qui lui était prescrit n'était pas couverte, et Brian ne pouvait pas le payer de sa poche. « Notre pharmacien est incroyable : il s'est débrouillé pour nous obtenir des échantillons gratuits pendant des mois », dit Mary, conjointe de fait de Brian.

Peu après son accident vasculaire cérébral, Brian a souffert chez lui d'une crise épileptique de grand mal qui l'a laissé inconscient. C'est là le début des crises quotidiennes qui continuent jusqu'à ce jour. Après trois ans d'ajustement de sa médication, les médecins ont réussi à contrôler les crises pour lui permettre de marcher en toute sécurité. « J'aurais dû mourir au moins six fois environ », dit Brian, en les comptant sur ses doigts, y compris les épisodes avec deux types de cancer, depuis son adolescence, et ses deux méningites.

Les bras et les jambes filiformes de Brian tremblent, même quand il est au repos. Ses joues barbues tremblent avant ses crises quotidiennes, et sa tête branle parfois si violemment qu'il dit que les gens le dévisagent. Lorsque Brian, qui mesure 6 pieds 1 pouce et pèse 140 livres, est debout, son corps vacille dangereusement. « J'ai peur de l'escalier qui mène à notre chambre », mentionne-t-il à propos de l'appartement loué au centre-ville de Hamilton qu'il partage avec Mary. Chaque fois qu'il veut aller plus loin que la prochaine rue, Brian doit être appuyé par quelqu'un ou utiliser son scooter motorisé.

« J'avais l'habitude d'être si robuste », déplore Brian en essayant, en vain, de retenir ses larmes dans ses grands yeux bruns. « Lorsque j'ai rencontré Mary, je lui ai dit : “Je vais prendre soin de toi”. »

Mary, 53 ans, et Brian sont ensemble depuis 2001. Ils se fréquentaient depuis quelques mois alors que Brian était en bonne santé et travaillait à temps plein comme soudeur à un emploi qu'il aimait depuis des années. Il a soudainement commencé à agir étrangement, symptômes d'une hépatite C alors non diagnostiquée, qui lui aurait coûté l'emploi de ses rêves – le meilleur qu'il ait eu depuis l'abandon de la 11^e année scolaire – et a abandonné le marché du travail pour de bon. Il avait alors 48 ans. Quatre ans plus tard, Brian a subi un accident vasculaire cérébral. Il a dû réapprendre à marcher avant de pouvoir rentrer chez lui et a passé un an à réapprendre à parler et à avaler correctement.

Mary, qui souffre aussi d'une insuffisance pondérale sévère, est atteinte de fibromyalgie, de dépression et de problèmes avec ses articulations, et doit donc prendre trois médicaments sur ordonnance pour ces troubles de santé. Comme elle est considérée à la charge de Brian, ses médicaments sont couverts. Depuis l'abandon de la 9^e année scolaire, Mary a travaillé pendant des décennies à temps plein à des emplois peu rémunérés de commerce au détail et de centres d'appels (sa

meilleure année, elle a gagné 20 000 \$), tout en prenant soin de sa mère âgée qui a vécu avec eux pendant des années. Mary a cessé de travailler à la fin de 2015, en raison de douleurs musculaires et de fatigue due à la fibromyalgie.

« Nous ne pouvons pas continuer comme cela. » Ils n'ont pas assez d'argent pour payer les services publics ou acheter suffisamment de produits d'épicerie. Le couple avait l'habitude de profiter régulièrement du secteur riverain de Hamilton à quelques pâtés de maisons – lui sur son scooter, elle à vélo – mais la douleur et la dépression les empêchent d'en profiter souvent ces jours-ci. « Nous avions l'habitude d'être très sociables », se souvient Mary. « Après le travail, nous allions voir nos amis au pub du coin – voyez-vous, des vies occupées, des vies plaisantes. »

Mary et Brian disent tous les deux que la partie la plus difficile de leur vie diminuée est de faire face aux idées préconçues des gens à leur sujet. « Ils voient Brian, avec ses tremblements et ses balancements, comme un alcoolique ou un toxicomane », dit Mary. « On m'a déjà traitée d'anorexique. Une fois, j'ai répliqué : “Non, j'ai simplement faim” ». »

Brian admet que, la plupart du temps, il est en colère et déprimé. « Je déteste cela, je déteste tellement cela », dit-il.

Mary prend la main de Brian et la tient en silence pendant un moment. « Je sais que nous avons de la chance à bien des égards et que nous recevons une grande partie de ce dont nous avons besoin », déclare-t-elle. « Mais nous avons faim et avons peur de nous faire couper l'électricité, et nous sommes épuisés par tous les problèmes de santé dont nous souffrons depuis toutes ces années. Je ne sais pas combien de fois j'ai souhaité avoir une baguette magique et hop! – tout va mieux. »

Où vont les dépenses de santé en Ontario?

Les dépenses consacrées à la santé des Ontariennes et Ontariens et la façon dont elles sont réparties entre les services de santé sont des éléments importants du rendement du système de santé. Les décisions en matière de dépenses reposent sur de nombreux facteurs, dont l'état de santé de la population, la structure et la gestion des soins de santé, et les autres dépenses sociales qui absorbent les dollars qui pourraient servir à la santé.

Mais les dépenses ne présentent pas à elles seules une image complète du rendement du système de santé. On ne peut pas les étudier séparément, il faut aussi tenir compte des services fournis, de la qualité des soins, des résultats et des expériences vécues par les patientes et patients.

D'éventuels obstacles financiers à l'obtention des soins, par exemple, un revenu modeste et l'absence d'assurance médicaments sur ordonnance, sont aussi un aspect important des dépenses de santé et du rendement du système de santé.

Ce chapitre examine les sommes consacrées aux dépenses de santé en Ontario, comment elles sont dépensées par rapport à d'autres provinces et des pays comparables, et les groupes de personnes de la province qui n'ont parfois pas les moyens de subvenir à leurs besoins en matière de santé.

Le saviez-vous?

La santé représente la plus grande part des dépenses publiques en Ontario, soit près de 40 % de l'ensemble du budget[116].

Total des dépenses de santé par habitant

Préserver et améliorer la santé de la population coûte cher; de fait, la santé se taille la part du lion du budget provincial, soit près de 40 %[116]. Le moyen le plus courant de mesurer les dépenses de santé est à surveiller le montant moyen dépensé par personne au cours d'une année.

Conclusions et variations

Ces dernières années, les dépenses de santé ont augmenté lentement et régulièrement en Ontario, pour s'établir à 4 089 \$ par habitant en 2010 contre 3 624 \$ en 2004, en dollars canadiens constants de 1997 (Figure 11.1).

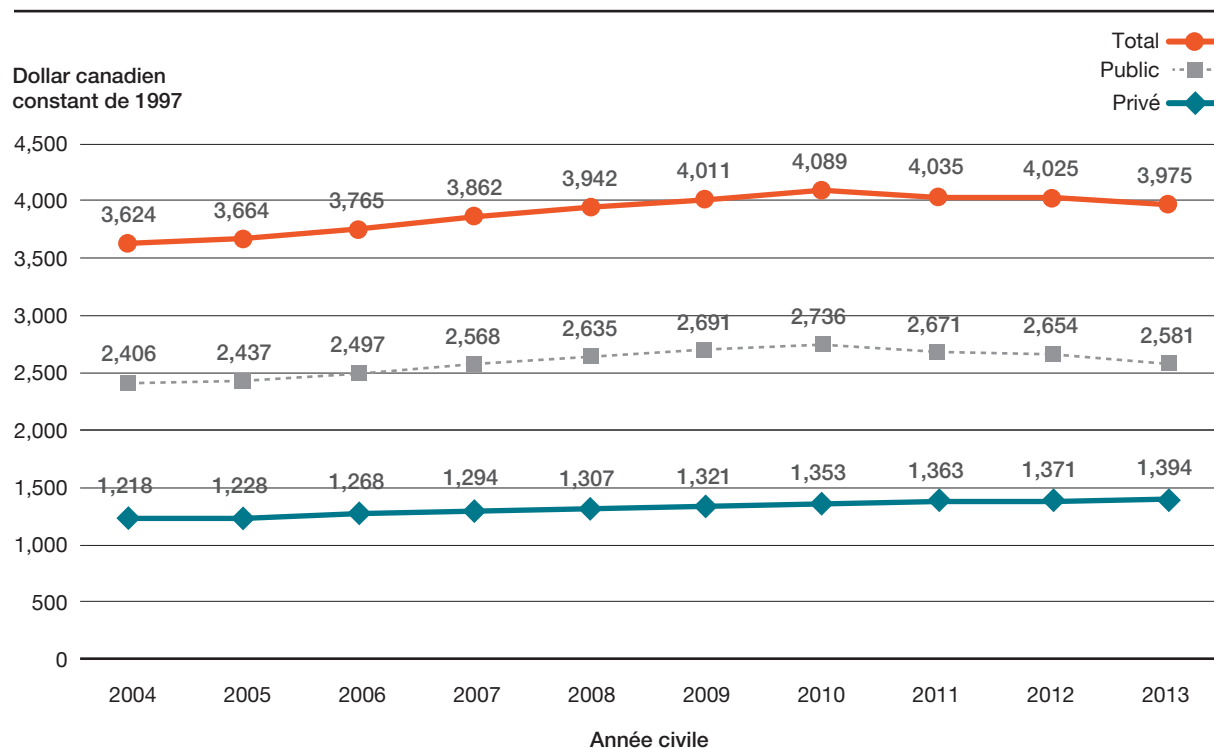
En 2013, les dépenses avaient diminué légèrement pour s'élever à 3 975 \$ par habitant, en dollars canadiens constants de 1997, tendance qu'on observe dans de nombreux pays appartenant à l'Organisation de coopération et de développement économiques[117].

Dépenses du secteur public et du secteur en Ontario

En Ontario, les dépenses publiques se maintiennent à environ 65 % du total des dépenses de santé par habitant[118]. Les dépenses publiques comprennent les dépenses du gouvernement provincial, du gouvernement fédéral et des administrations municipales, et d'organismes comme la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario.

FIGURE 11.1

Total des dépenses de santé par habitant, par secteur (public ou privé), en Ontario, au fil du temps, 2004-2013



Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé. Remarque : Indices de population et des prix, Statistique Canada. Remarque : Au fil du temps, le total des dépenses de santé par habitant en Ontario est présenté en dollars constants canadiens de 1997 pour être normalisé en fonction de l'inflation et de la croissance démographique, qui ont fluctué au cours de la dernière décennie.

i Indicateur : Total des dépenses de santé par habitant

Cet indicateur mesure le montant dépensé, en moyenne, pour les soins de santé de chaque personne vivant en Ontario. Il examine les dépenses de santé dans le secteur public et dans le secteur privé.

Les dépenses du secteur privé, qui représentent 35 % du total des dépenses de santé par habitant, comprennent les dépenses consacrées aux médicaments, dispositifs et services qui sont à la charge des gens ou sont couvertes par des compagnies d'assurance privées. Depuis 2004, les dépenses de santé du secteur privé sont relativement stables (Figure 11.1).

À quoi servent les dépenses de santé

Plus d'un quart, soit 28 %, de l'ensemble des dépenses de santé (publiques et privées) en Ontario, est absorbé par les services hospitaliers, 16,6 % des dépenses couvrent les médicaments (en vente libre et sur ordonnance dans les pharmacies ou d'autres magasins de détail) et 16,2 % couvrent les services de médecin. Ensemble, ces trois grandes catégories de dépenses constituent plus de 60 % de l'ensemble des dépenses de santé de la province.[118]

Comment l'Ontario se compare au reste du Canada

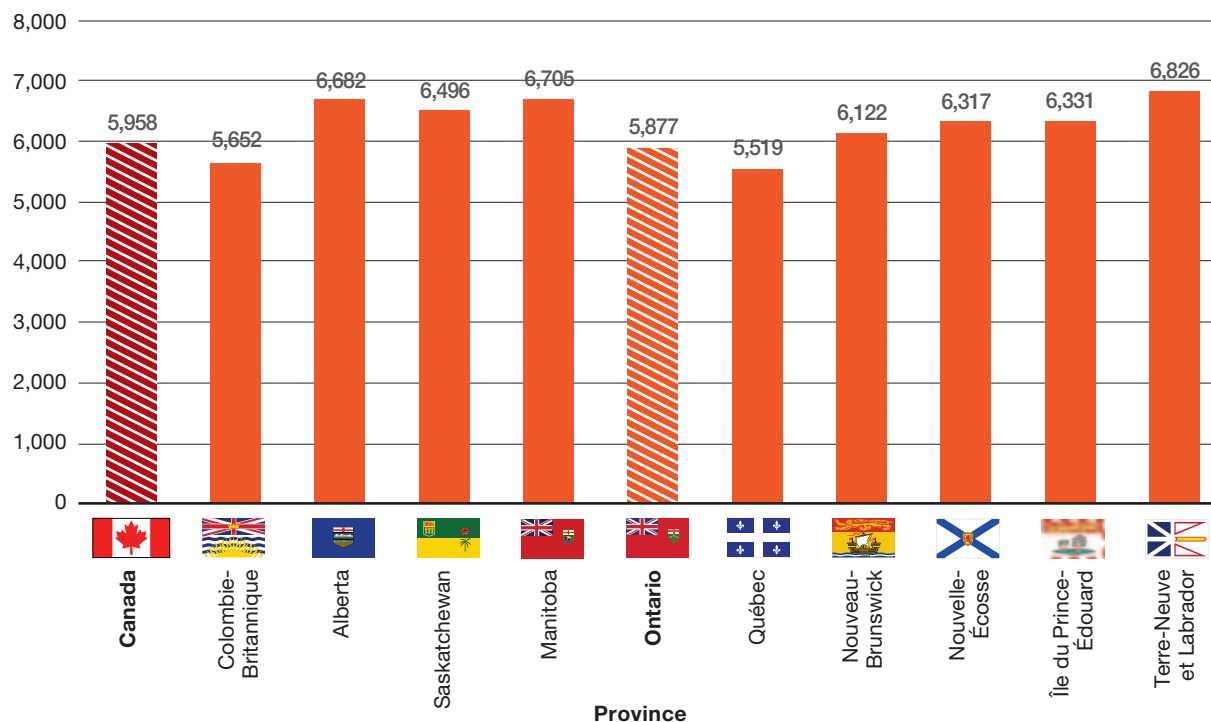
Si la figure 11.1 présente le total des dépenses de santé par habitant en Ontario, en dollars canadiens constants de 1997, afin de permettre une comparaison valable au fil du temps, la figure 11.2 le présente en dollars canadiens courants afin d'exprimer la valeur en dollars « d'aujourd'hui » pour l'année visée. En 2013, le total des dépenses de santé par habitant en Ontario était de 5 877 \$, presque autant que la moyenne canadienne de 5 958 \$ (Figure 11.2).

Ailleurs au Canada, en 2013, les dépenses de santé par habitant étaient les plus élevées à Terre-Neuve-et-Labrador, où elles se sont établies à 6 826 \$, au Manitoba, 6 705 \$, et en Alberta, 6 682 \$. L'Ontario,

FIGURE 11.2

Total des dépenses de santé par habitant, en dollars courants, au Canada, 2013

Dollar canadien actuel



Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé

Remarque : Indices de population et des prix, Statistique Canada. Remarque : Les dépenses de santé par habitant au Canada montrées ici sont la somme des dépenses provinciales/territoriales divisée par la somme des habitants des provinces/territoires, fondée sur les estimations démographiques révisées les plus récentes.

qui affiche des dépenses de santé de 5 877 \$ par habitant, se situe dans le groupe du milieu. La Colombie-Britannique et le Québec affichent les dépenses les plus faibles, soit 5 652 \$ et 5 519 \$ par habitant, respectivement.

Comment l'Ontario se compare aux autres pays

Pour que la comparaison avec d'autres pays soit viable, les dépenses de chaque pays sont présentées en dollars US et ajustées à l'aide d'une méthode appelée parité du pouvoir d'achat qui cherche à éliminer les différences dans les niveaux de prix entre pays. Les dépenses de santé par habitant, qui se sont établies à 4 542 \$US par habitant en Ontario, se situent dans la moyenne des dépenses de 11 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, Canada compris.

Les États-Unis sont de loin le pays où les dépenses sont les plus élevées, soit 8 617 \$US par habitant. Ils sont suivis par la Suisse où les dépenses s'établissent à 6 635 \$US par habitant (Figure 11.3). Toutefois, le montant dépensé ne reflète pas nécessairement le rendement global du système de santé. D'autres pays où les dépenses sont moins élevées ont un système de santé plus performant. À titre d'exemple, dans un sondage centré sur les soins primaires dans 11 pays, le Royaume-Uni s'est placé en première position au chapitre du rendement du système de santé, alors qu'il s'est situé à la dixième place en ce qui a trait aux dépenses de santé par habitant[119].

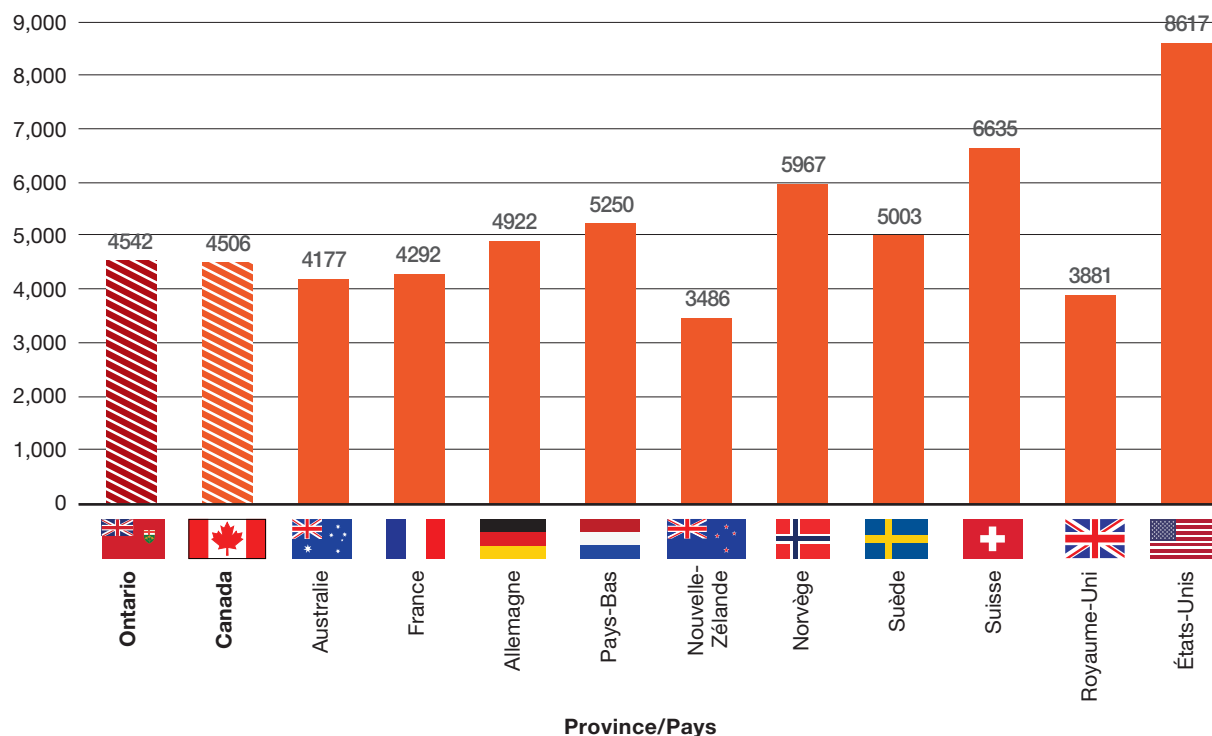
Le saviez-vous?

En 2013, plus d'un tiers (34 %) des adultes vivant en Ontario ont indiqué prendre régulièrement ou continuellement deux médicaments sur ordonnance ou plus[124].

FIGURE 11.3

Dépenses de santé par habitant en Ontario, au Canada, et à l'étranger, 2013

Parité du pouvoir d'achat en dollar US



Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé; statistiques de l'OCDE sur la santé, 2016 Organisation de coopération et de développement économiques.

Remarque : Les dépenses de chaque pays sont présentées en dollars US et ajustées à l'aide d'une méthode appelée « parité du pouvoir d'achat » pour convertir les différentes devises.

Dépenses de santé consacrées aux médicaments par habitant

Les médicaments sur ordonnance sont un élément important des soins de santé pour beaucoup de personnes qui vivent en Ontario[120,121]. Entre 2001 et 2013, les médicaments faisaient partie de la catégorie des dépenses de santé qui augmentaient le plus rapidement[122], et se situaient parmi les trois principales catégories de dépenses de santé. Le coût des médicaments (en vente libre et sur ordonnance achetés en pharmacie ou dans d'autres magasins) représentent 16,6 % du total des dépenses de santé dans la province[118].

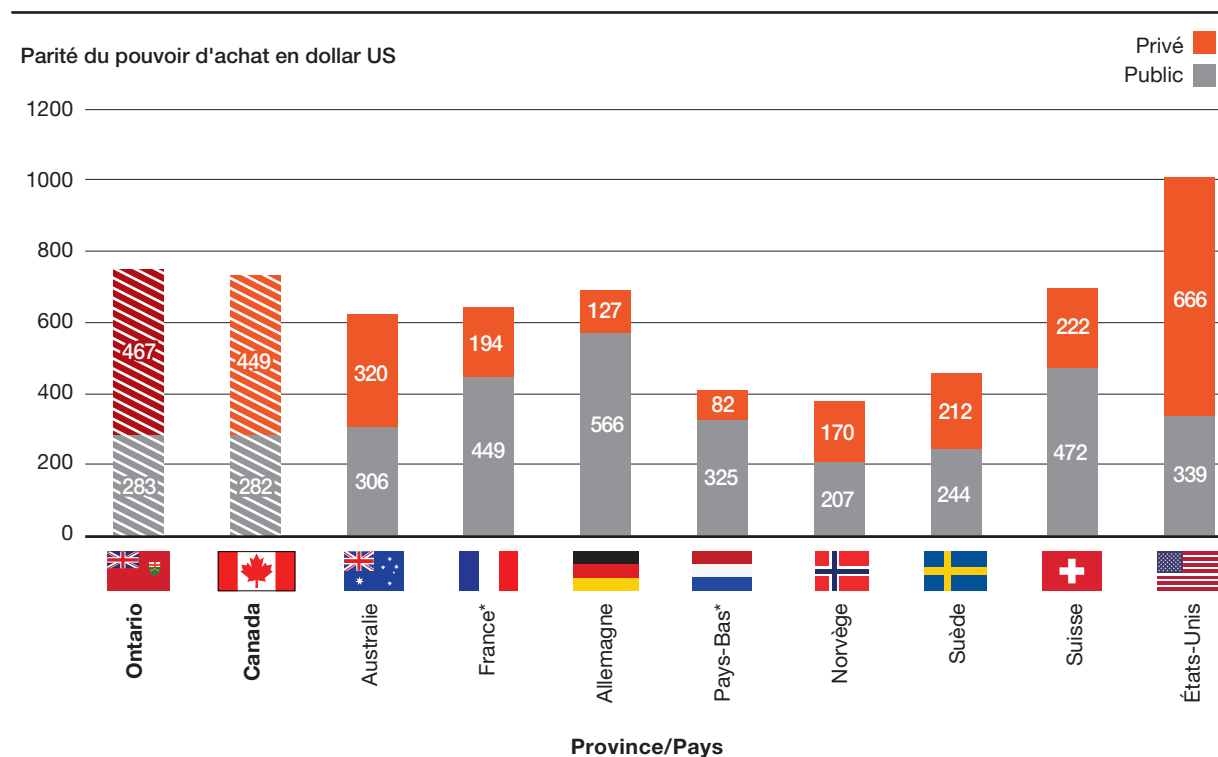
Conclusions et variations

En 2013, l'Ontario se situait en deuxième position parmi des pays comparables au chapitre des dépenses consacrées aux médicaments, soit 750 \$US par habitant, après les États-Unis, dont les dépenses s'élèvent à un peu plus de 1 000 \$US par habitant (Figure 11.4).

En Ontario, environ 62 % des dépenses consacrées aux médicaments relèvent du secteur privé et comprennent les débours à la charge des patientes et des compagnies d'assurance privées. Le secteur privé a consacré 467 \$US par habitant aux médicaments contre 283 \$US pour le secteur public (Figure 11.4). En Ontario, comme pour l'ensemble du Canada, les régimes publics d'assurance médicaments ne couvrent environ 30% de la population[123]. Ce qui soulève la question de l'accès équitable aux médicaments sur ordonnance.

FIGURE 11.4

Dépenses de santé consacrées aux médicaments par habitant en Ontario, au Canada et ailleurs, 2013



Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé; statistiques de l'OCDE sur la santé 2016, Organisation de coopération et de développement économiques.

Remarque : Les dépenses de chaque pays sont présentées en dollars US et ajustées à l'aide d'une méthode appelée « parité du pouvoir d'achat » pour faire la conversion dans des devises différentes.

* Les données, outre les dépenses pharmaceutiques, comprennent aussi d'autres biens médicaux non durables. ** Sera mis à jour après l'actualisation des données sur le site Web de l'OCDE.

i Indicateur : Dépenses de santé consacrées aux médicaments par habitant

Cet indicateur mesure le montant dépensé par habitant en Ontario pour les médicaments sur ordonnance et en vente libre achetés en pharmacie ou dans d'autres magasins.

Assurance médicaments sur ordonnance

La capacité d'acheter des médicaments est un aspect important des soins, surtout chez les personnes qui ont de multiples maladies chroniques[125]. Pour celles qui ne bénéficient pas d'une assurance médicaments, les médicaments sur ordonnance peuvent représenter une dépense personnelle considérable.

Les immigrants récents et les personnes qui vivent dans des quartiers où les revenus sont modérés ont rarement une assurance médicaments sur ordonnance. Cela signifie qu'ils n'ont parfois pas les moyens d'acheter les médicaments dont ils ont besoin pour se soigner. Ne pas prendre un médicament peut avoir de graves conséquences, par exemple, nécessiter plus de soins d'un médecin de famille ou d'un spécialiste, voire une hospitalisation[126].

Conclusions et variations

En 2014, les trois quarts des personnes âgées de 12 à 64 ans vivant en Ontario (74.7 %) ont indiqué avoir une assurance médicaments sur ordonnance. Ce taux reste stable depuis 2008[127].

Le quart des personnes sans assurance médicaments sur ordonnance se répartit essentiellement en plusieurs groupes : jeunes adultes de 18 à 29 ans, personnes dont le niveau d'éducation est très bas, immigrants récents et personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés.

Indicateur : Assurance médicaments sur ordonnance

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes vivant en Ontario, âgées de 12 à 64 ans, qui ont déclaré bénéficier d'une assurance médicaments sur ordonnance.

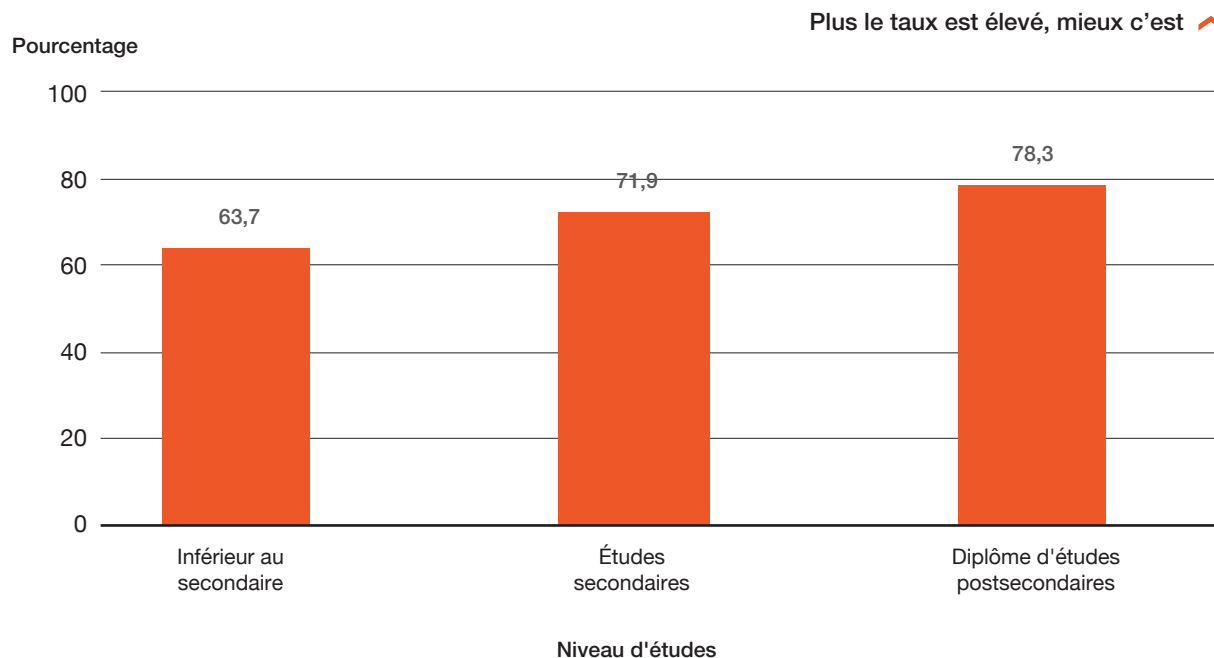
Personnes dont le niveau d'éducation est faible

Les personnes dont le niveau d'éducation est faible sont moins nombreuses à bénéficier d'une assurance médicaments sur ordonnance.

Les plus grandes écarts en 2014 sont constatées entre les personnes qui n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires et celles qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires. Pour les personnes âgées de 25 à 64 ans, le pourcentage de personnes bénéficiant d'une assurance médicaments sur ordonnance était de 23 % supérieur chez les diplômés de niveau postsecondaire (78,3 %) que chez les personnes sans diplôme d'études secondaires (63,7 %) (Figure 11.5).

FIGURE 11.5

Pourcentage de participantes et participants au sondage, âgés de 12 à 64 ans, qui indiquent avoir une assurance médicaments sur ordonnance, en Ontario, par niveau d'éducation, 2014



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

Personnes à revenu modeste

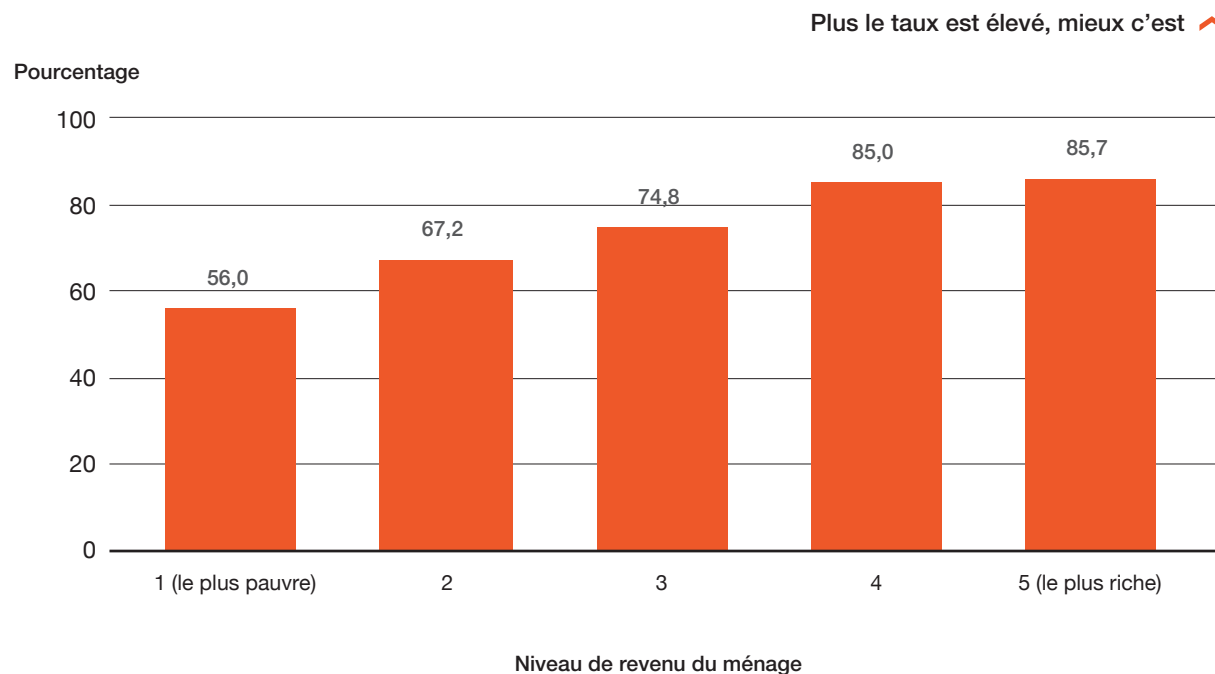
Il y avait un écart considérable entre les personnes bénéficiant d'une assurance médicaments sur ordonnance dont le revenu est très modeste et celles dont le revenu est très élevé.

En Ontario, parmi les 12 à 64 ans, 53 % de personne en plus vivant dans les quartiers les plus riches avaient une assurance médicaments sur ordonnance, soit 85,7 %, par rapport aux personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés, dont 56 % avaient une telle assurance (Figure 11.6).

Les données utilisées pour ces calculs tiennent compte des personnes de moins de 65 ans qui bénéficient du Programme de médicaments Trillium. Malgré ce programme, qui aide les gens dont les frais de médicaments sont élevés par rapport au revenu, la couverture est toujours bien moins importante chez les personnes dont le revenu est très modeste.

FIGURE 11.6

Pourcentage de participantes et participants au sondage, âgés de 12 à 64 ans, qui indiquent avoir une assurance médicaments sur ordonnance, en Ontario, selon le revenu des quartiers, 2014



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

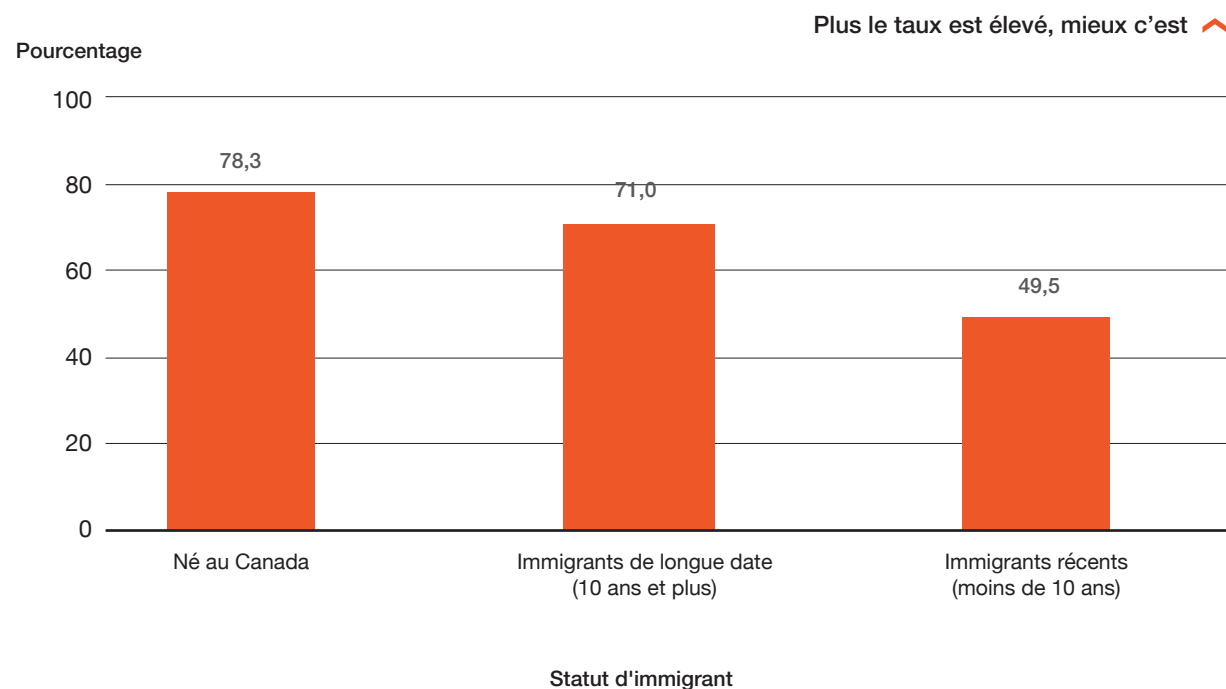
Immigrants récents

En 2014, en Ontario, les immigrants récents, définis comme des personnes vivant au Canada depuis moins de dix ans, étaient moins susceptibles d'avoir une assurance médicaments sur ordonnance que les immigrants établis au pays depuis dix ans ou plus et les personnes nées au Canada.

En Ontario, parmi les 12 à 64 ans, 58,2 % de personnes en plus nées au Canada avaient une assurance médicaments sur ordonnance, soit 78,3 %, par rapport aux immigrants récents, dont 49,5 % avaient une telle assurance (Figure 11.7).

FIGURE 11.7

Pourcentage de participantes et participants au sondage, âgés de 12 à 64 ans, qui indiquent avoir une assurance médicaments sur ordonnance, en Ontario, selon le statut d'immigrant, 2014



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014, fourni par l'Institut de recherche en services de santé

En résumé

Les efforts déployés pour maîtriser les dépenses de santé se sont traduits par une légère diminution du total des dépenses de santé par habitant en Ontario depuis 2010, tendance qui est observée dans de nombreux pays comparables[117]. Pourtant, les dépenses de santé par habitant en Ontario se situent au milieu comparativement à d'autres provinces canadiennes et d'autres pays comparables. Toutefois, l'Ontario se situe en deuxième position après les États-Unis au chapitre des dépenses consacrées aux médicaments par habitant.

Les personnes vivant en Ontario sont moins susceptibles d'avoir une assurance médicaments sur ordonnance si leur revenu est modeste, si leur niveau d'éducation est faible, ou si elles ont immigré récemment. Ces écarts dans le niveau d'assurance indiquent que l'Ontario n'offre pas à tous des chances égales de rester en bonne santé.

Prochaines étapes

Photo de Bill prise par Roger Yip,
voir son histoire sur la page 28.

À la hauteur 2016 montre comment certaines personnes en Ontario ont de la difficulté à s'orienter dans le système, à accéder aux soins dont elles ont besoin à l'endroit et au moment où elles en ont besoin, et décrit les inégalités qui existent dans des groupes particuliers de personnes selon leur lieu de résidence dans la province. Toutefois, nous constatons d'importantes améliorations dans des domaines où des efforts concertés ont été déployés. Nous pouvons apprendre de ces réussites et le moment est venu d'agir en ciblant les améliorations requises.

Le temps du changement

Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé qui a été publié par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2015 présentait quatre objectifs clés qui vont dans le sens des principales conclusions de ce rapport : faciliter l'accès aux bons soins; offrir des soins mieux coordonnés et intégrés en milieu communautaire et plus près du domicile; fournir aux gens et aux patients l'information dont ils ont besoin pour prendre de meilleures décisions; et prendre des décisions fondées sur des données probantes pour assurer la viabilité du système de santé. De plus, en 2015, le ministère a publié un rapport intitulé *Favoriser les soins à domicile*, qui comprenait des recommandations visant à améliorer les soins à domicile axés sur la patiente ou le patient et la famille.

Pendant que nous poursuivons nos efforts pour transformer le système de santé, nous pouvons apprendre en revenant sur les politiques, lois, améliorations de la qualité et rapports qui portaient sur les domaines nécessitant des améliorations. Cela comprend des interventions en santé publique pour réduire le taux de tabagisme, la Stratégie de réduction des temps d'attente visant à accélérer l'accès aux principaux services de santé, et la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* qui a pour but d'améliorer la qualité de la vie des résidentes et résidents. Ces exemples montrent que lorsqu'on applique une approche ciblée, des améliorations se produisent.

Une plus grande responsabilité et un leadership clinique renforcé à l'échelon local pourraient servir à améliorer les transitions pour les patientes et patients, y compris les soins médicaux de suivi après une hospitalisation pour des problèmes de maladie mentale ou de dépendance. En utilisant les ressources dans des domaines comme les soins palliatifs (où les visites à domicile d'un médecin pourraient éliminer les consultations inopinées aux urgences) et les soins de fin de vie à domicile, on pourrait faire en sorte que les gens puissent mourir où ils le souhaitent. Ainsi, ces mesures iraient dans le sens des souhaits des patientes et patients, mais nombre de ces améliorations pourraient aussi se traduire par des économies et aider le système à plus long terme.

Pour faire des améliorations, il faut des efforts concertés à l'échelle du système de santé. Les plans d'amélioration de la qualité élaborés par les organismes des soins actifs, des soins à domicile, des soins de longue durée et une partie du secteur des soins primaires comprennent non seulement des améliorations concernant l'organisme lui-même, mais expliquent aussi comment ils collaboreront pour améliorer les soins pendant les transitions. Cela nous donne l'espoir qu'en continuant de cibler nos efforts, nous pourrions obtenir des résultats à l'avenir.

Engagement de Qualité des services de santé Ontario envers la qualité

Qualité des services de santé Ontario appuie les efforts déployés à l'échelle du système en collaborant chaque jour avec les parties prenantes, les patientes et patients, les familles et les membres du public pour améliorer la qualité des soins dans la province. Voici quelques-unes des nombreuses initiatives entreprises avec nos partenaires :

Nous avons récemment annoncé trois nouveaux domaines prioritaires pour notre organisme dans notre plan stratégique triennal : santé mentale et dépendances, soins palliatifs et soins en fin de vie, et soins primaires. Chacun de ces domaines va dans le sens des principales conclusions du rapport *À la hauteur*, du travail du ministère et de ce qui se fait

ailleurs dans la province. De plus, pour réduire les inégalités, nous avons collaboré avec nos partenaires de la province à l'établissement d'une feuille de route pour améliorer l'équité en matière de santé.

Pour formuler des décisions fondées sur des données probantes dans le domaine de la qualité des soins, nous collaborons avec des patients et patientes, aidantes et aidants et cliniciennes et cliniciens à une nouvelle initiative appelée Normes d'amélioration de la qualité, énoncés faciles à comprendre qui décrivent les soins auxquels les patientes et patients atteints de certaines affections peuvent s'attendre, et fondés sur des données probantes exemplaires. Ces énoncés établissent les bases d'initiatives d'amélioration de la qualité fondées sur des données probantes et appuient la prestation de soins équitables en Ontario. Grâce au comité consultatif sur les technologies de la santé de l'Ontario, nous faisons également des recommandations quant à savoir si les technologies de la santé devraient être financés ou non publiquement.

Qualité des services de santé Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et les équipes des maillons santé s'allient pour rehausser la qualité dans toute la province et proposer une méthode axée sur la population afin d'améliorer la coordination des soins, notamment ceux destinés aux personnes qui ont des besoins complexes et vivent des situations difficiles.

Afin de faciliter l'adoption de pratiques exemplaires, nous appuyons l'établissement de plans

d'amélioration de la qualité par les organismes de soins de la province afin de les aider à atteindre leurs objectifs. Nos spécialistes en amélioration de la qualité collaborent avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour transformer les innovations en méthodes qui peuvent être appliquées à plus grande échelle.

D'autre part, Qualité des services de santé Ontario et les réseaux locaux d'intégration des services de santé reconnaissent la nécessité de relier les efforts déployés au niveau local et dans la province en désignant un leader clinique pour les initiatives d'amélioration de la qualité et les tables de qualité régionales. Ces groupes intersectoriels de dirigeantes et dirigeants du système de santé interviennent dans l'établissement d'un plan régional d'amélioration de la qualité en utilisant les données présentées dans ce rapport, en trouvant des solutions aux problèmes locaux de qualité et en participant à la réalisation des objectifs provinciaux plus généraux.

Si *À la hauteur 2016* présente un aperçu du rendement de l'ensemble du système de santé, nous voulons aussi nous assurer que les fournisseurs de soins et les organismes disposent des données dont ils ont besoin pour opérer les améliorations requises à l'échelon local. Cela consiste notamment à élargir la portée et la quantité de l'information disponible au niveau des cabinets de médecine, de l'organisme, et intra régional et régional. Nous étudions aussi de nouveaux moyens de personnaliser nos rapports en fonction des auditoires.

Comme le souligne Qualité des services de santé Ontario dans *La qualité ça compte*, pour améliorer

les résultats et les expériences des patientes et patients de façon durable, tout le monde doit participer, en commençant par les patients, les familles et la population. C'est pourquoi nous les invitons à nous guider dans toutes nos initiatives concernant leurs besoins et expériences, tout en continuant de travailler main dans la main avec nos partenaires à l'échelle du système.

Le rapport *À la hauteur 2016* montre qu'il est possible d'améliorer considérablement les choses avec de la volonté. Le système veut s'améliorer et le changement est en cours. Les données présentées dans ce rapport sont conçues pour étayer les efforts nécessaires à l'amélioration des soins et de la santé partout dans la province.

Améliorer la santé partout dans la province

Pendant que nous continuerons de collaborer avec nos partenaires l'an prochain, Qualité des services de santé Ontario tracera de nouvelles voies vers son objectif d'améliorer la santé partout en Ontario. Nous examinerons les mesures au chapitre des soins à domicile et de la sécurité des patientes et patients, et examinerons de plus près les variations régionales (nous nous concentrerons en particulier sur le Nord et les rapports intra régionaux). En outre, nous progresserons en étudiant de nouveaux moyens interactifs et opportuns d'informer la population au sujet du rendement du système de santé, tout en accroissant la participation des patientes et patients aux rapports et aux mesures.

Bibliographie

1. Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario's Strategy for Alzheimer Disease and Related Dementias Toronto: Queen's Printer for Ontario; c2009-2010 [updated 2015 Jan 13; cited 2016 Jul 16]. Available from: <http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/alz/summary.aspx>.
2. 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.
3. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary Care and Public Emergency Department Overcrowding. *American Journal of Public Health* 1993;83(3):372-378.
4. Statistics Canada. Healthy people, healthy places 82-229-X (Health behaviours) Statistics Canada; 2010 [cited 2016 Jul 16]. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/deter/int3-eng.htm>.
5. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Series: Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet*. 2011;378:838-847.
6. Statistics Canada. Health Reports: Physically active Canadians 82-003-XWE Vol. 18 No. 3. 2007.
7. Manuel DG, Perez R, Bennett C, Rosella L, Taljaard M, Roberts M, et al. Seven more years: the impact of smoking, alcohol, diet, physical activity and stress on health and life expectancy in Ontario. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences and Public Health Ontario, 2012.
8. Manuel DG, Perez R, Bennett C, Laporte A, Wilton AS, Gandhi S, et al. The Ten-Year Impact of Changing Smoking, Alcohol, Diet and Physical Activity on Health Care Use in Ontario. Toronto (ON); 2016.
9. DeSalvo KB, Blose N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21 (3):267-275.
10. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 1995;50B(6):S344-353.
11. Canadian Community Health Survey. 2007 to 2014, provided by the Institute for Clinical Evaluative Sciences.
12. Canadian Institute for Health Information. Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging. 2011. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/HCI_C_2011_seniors_report_en.pdf.
13. Statistics Canada. Health indicators - Online catalogue 82-221-X (1.4 Deaths - Infant Mortality) [updated 2016 May 24]. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2013001/def/def1-eng.htm#de1mx>.
14. Statistics Canada. Table 102-0508 - Perinatal mortality (number and rates) and components, Canada, provinces and territories. 2013.
15. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Data: Health status. OECD Health Statistics (database).
16. Canadian Mortality Database, sourced from Public Health Agency of Canada Health Inequalities Data Cube.
17. Statistics Canada. Table 102-0512 - Life expectancy, at birth and at age 65, by sex, Canada, provinces and territories, annual (years), CANSIM (database).

18. Kopelman P. Health risks associated with overweight and obesity. *Obesity Reviews*. 2007;8 Suppl(1):13-17.
19. Statistics Canada. Table 102-4312 - Premature and potentially avoidable mortality, Canada, provinces and territories, annual, CANSIM (database).
20. Statistics Canada. Table 105-0503 - Health indicator profile, age-standardized rate, annual estimates, by sex, Canada, provinces and territories, occasional, CANSIM (database).
21. Statistics Canada. Table 102-0504 - Deaths and mortality rates, by age group and sex, Canada, provinces and territories, annual.
22. Statistics Canada. Table 102-4311 - Premature and potentially avoidable mortality, three-year average, Canada, provinces, territories, health regions and peer groups, occasional. CANSIM (database).
23. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Millbank Quarterly*. 2005;83(3):457-502.
24. Health Care Experience Survey 2014 and 2015, provided by the Ministry of Health and Long-Term Care.
25. Hay C, Pacey M, Bains N, Ardal S. Understanding the unattached population in Ontario: evidence from the Primary Care Access Survey (PCAS). *Healthcare Policy*. 2010;6(2):33-47.
26. van Uden CJT, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emergency Medicine Journal: EMJ*. 2004;21(6):722-723.
27. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research. *Social Science & Medicine*. 2013;96:147-153.
28. Statistics Canada. Table 102-0501 - Deaths, by place of residence and place of occurrence, Canada, provinces, territories and outside Canada, annual (number). CANSIM (database)
29. Cancer Care Ontario. Prevention & Care. Screening. Colorectal Cancer Screening [updated 2016 May 16; cited Jul 17 2016]. Available from: https://www.cancercare.on.ca/pcs/screening/coloscreening/?WT.mc_id=colorectalscreening.
30. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *American Journal of Gastroenterology*. 2008;103(6):1541-1549.
31. Booth GL, Polsky JY, Gozdyra G, Cauch-Dudek K, Kiran T, Shah BR, et al. Regional measures of diabetes burden in Ontario. Toronto (ON): Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2012.
32. Kiran T, Kopp A, Moineddin R, Victor JC, Campbell RJ, Shah BR, et al. Unintended consequences of delisting routine eye exams on retinopathy screening for people with diabetes in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2013;185(3):E167-E173.
33. Public Health Agency of Canada. Diabetes in Canada: Facts and figures from a public health perspective. Ottawa (ON): Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2011.
34. Ontario Health Insurance Plan Claims History Database, provided by the Ministry of Health and Long-Term Care.
35. Smetanin P, Stiff D, Briante C, Adair CE, Ahmad S, Khan M. The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada, 2011.
36. Agency for Healthcare Research and Quality. National Quality Measures Clearinghouse: Follow-up after hospitalization for mental illness: percentage of discharges for patients 6 years of age and older who were hospitalized for treatment of selected mental health disorders and who had an outpatient visit, an intensive outpatient service, or partial hospitalization with a mental health provider within 7 days of discharge Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services; [updated 2014 Nov]. Available from: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/48842?#>.
37. Discharge Abstract Database, Ontario Mental Health Reporting System and Ontario Hospital Insurance Plan, provided by the Institute for Clinical Evaluative Science.
38. Vigod S, Taylor V, Fung K, Kurdyak P. Within-hospital readmission: An indicator of readmission after discharge from psychiatric hospitalization. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2013;58(8):476-481.
39. Statistics Canada. Canadian Vital Statistics, Birth and Death Databases, Cansim Table 102-0552.
40. Cutcliffe JR. Mental health nursing. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing*. 2003;12(2):92-99 98p.

41. Navaneelan T. Suicide rates: An overview. Health at Glance. Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X: Statistics Canada; 2015. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-eng.htm>.
42. Canadian Mental Health Association Toronto. The Relationship between Suicide and Mental Illness. Available from: http://toronto.cmha.ca/mental_health/the-relationship-between-suicide-and-mental-illness/#.VxZCnXErKow.
43. Patient Restraints Minimization Act, 2001, S.O. 2001, c. 16 (Consolidation Period: From June 29, 2001).
44. Mental Health Act, R.S.O. 1990, c. M.7 (Consolidation Period: From December 21, 2015).
45. Health Care Consent Act, 1996, S.O. 1996, c. 2, Sched. A (Consolidation Period: From December 21, 2015).
46. Canadian Institute for Health Information. Depression Among Seniors in Residential Care: Highlights of Study Findings: Canadian Institute for Health Information; 2010 [cited 2016 Jul 17]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/ccrs_depression_among_seniors_e.pdf.
47. Zahradnik N. Minding Our Elders: Mental Health in Long-Term Care. Network, [Internet]. Winter 2007 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://ontario.cmha.ca/network/minding-our-elders-mental-health-in-long-term-care/>.
48. Home Care Reporting System, Canadian Institute for Health Information, 2011/12 – 2014/15.
49. Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario investing an additional \$100 million this year in home and community care. News release. July 19, 2016. Available at <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2016/07/ontario-investing-an-additional-100-million-this-year-in-home-and-community-care.html>.
50. Central Community Care Access Centre. Central Community Care Access Centre Strategic Plan (2014-2017) 2014 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://healthcareathome.ca/central/en/who/Documents/Strategic%20Plan%202014%202017%20EN.pdf>.
51. Ontario Association of Community Care Access Centres. How CCACs Care: An Update on Quality Improvement for Patients November 2015 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://oaccac.com/Quality/Documents1/Quality-Update-November-2015.pdf>.
52. Tipper B, The Change Foundation. Survey Review: A scan of existing and planned surveys of patient/client or caregiver experiences in transitions across care providers in Ontario The Change Foundation, 2010.
53. Home Care Ontario. Facts & Figures - Publicly Funded Home Care 2014. Available from: <http://www.homecareontario.ca/home-care-services/facts-figures/publiclyfundedhomecare>.
54. Canadian Institute for Health Information. Health system performance analysis in brief: Supporting Informal caregivers - The heart of home care. Toronto: CIHI, August 2010.
55. Home Care Reporting System, provided by the Canadian Institute for Health Information.
56. Health Quality Ontario. The Reality of Caring: Distress among the caregivers of home care patients Toronto (ON): 2016.
57. Statistics Canada. Portrait of Caregivers, 2012. Catalogue 89-652-X. . September 2013.
58. Pedlar D, Walker J. Brief Report: The Overseas Service Veteran At Home Pilot: How Choice of Care May Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement. 2004(4):367.
59. Ontario Hospital Association. Leading Practices in Emergency Department Patient Experience 2010/11 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <https://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/Documents/Leading%20Practices%20in%20Emergency%20Department%20Patient%20Experience.pdf>.
60. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). CTAS implementation guidelines 2016. Available from: <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines>. Canadian Institute for Health Information. Emergency Department Trends, 2012–2013 2013 [cited 2016 Jul 17]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/NACRS-Infosheet_EDT_EN-web.pdf.
61. Canadian Institute for Health Information. Emergency Department Trends, 2012–2013 [cited 2016 Jul 17]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/NACRS-Infosheet_EDT_EN-web.pdf.
62. Ontario Ministry of Health and Long Term Care. Ontario Wait Times: Provincial Summary 2010 [updated April 20, 2010]. Available from: <http://www.ontariowaittimes.com/en/ProvincialSummary.aspx?view=0>.
63. Ontario Ministry of Health and Long Term Care. Ontario Wait Times: Wait Time Targets 2014. Available from: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/waittimes/surgery/target.aspx>.
64. Wait Times Information System, provided by Cancer Care Ontario.
65. Heart and Stroke Foundation. Angiography Last reviewed 2012 [updated September 2006]. Available from: http://www.heartandstroke.com/site/c.iKlQLcMWJtE/b.3484085/k.6FB8/Heart_disease__Angiography.htm.

66. Heart and Stroke Foundation. Percutaneous coronary intervention Last reviewed June 2012 [updated March 2007]. Available from: http://www.heartandstroke.com/site/c.iklQLcMWJtE/b.3831925/k.4F32/Heart_disease__Percutaneous_coronary_intervention_PCI_or_angioplasty_with_stent.htm.
67. Heart and Stroke Foundation. Coronary artery bypass surgery Last reviewed July 2012 [updated July 2012]. Available from: http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvl3leNWJwE/b.4010277/k.3D0B/Heart_Disease__Coronary_artery_bypass_surgery.htm.
68. Heart and Stroke Foundation. Statistics [cited Jul 17 2016]. Available from: <http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvl3leNWJwE/b.3581729/k.359A/Statistics.htm>.
69. Cardiac Care Network of Ontario Cardiac Registry.
70. CancerCareOntario. Incidence & Mortality in Ontario [updated 2016 Feb 23]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=121950&contextId=1377>.
71. Health Quality Ontario. (2016). Health topic: Read about patient safety in Ontario hospitals Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Modals/pr/patient-safety/provincial/index-en.html>.
72. Ontario Agency for Health Protection and Promotion Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Annex C - Testing, Surveillance and Management of *Clostridium difficile*. Annexed to: Routine Practices and Additional Precautions in All Health Care Settings. Toronto Ontario: Queen's Printer for Ontario: Public Health Ontario, 2013.
73. Public Health Agency of Canada. *Clostridium Difficile* Infection: Infection Prevention and Control Guidance for Management in Long-term Care Facilities 2013. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/guide/c-dif-ltc-sld/index-eng.php>.
74. Canadian Institute for Health Information. Inpatient Hospitalizations, Surgeries and Childbirth Indicators in 2012–2013. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/CAD_Hospitalization_Childbirth_Infosheet_ENweb.pdf.
75. Degani N, Sikich N, Health Quality Ontario. Caesarean Delivery Rate Review: An Evidence-Based Analysis. Toronto: Health Quality Ontario, 2015.
76. Born K., Konkin J, Tepper J, Okun N. Pulling back the curtain on Canada's rising C-section rate. *Healthy Debate* [Internet]. 29 May 2014. Available from: <http://healthydebate.ca/2014/05/topic/quality/c-section-variation>.
77. Canadian Institute for Health Information. Health Indicators Interactive Tool 2015.
78. Ontario's Better Outcomes Registry & Network (BORN) Information System.
79. Continuing Care Reporting System eReports, provided by Canadian Institute for Health Information.
80. Meiland FJM, Danse JAC, Wendte JF, Klazinga NS, Gunning-Schepers LJ. Caring for relatives with dementia -- caregiver experiences of relatives of patients on the waiting list for admission to a psychogeriatric nursing home in The Netherlands. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2001;29(2):113-121.
81. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*. 1993;118(3):219-223.
82. Choosing Wisely Canada. Patient Materials - Treating disruptive behaviour in people with dementia: Antipsychotic drugs are usually not the best choice 2014 [cited 2016 Jul 18]. Available from: <http://www.choosingwiselycanada.org/materials/treating-disruptive-behaviour-in-people-with-dementia-antipsychotic-drugs-are-usually-not-the-best-choice/>.
83. Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. *Military Medicine*. 2016;181(5):397-399.
84. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age And Ageing*. 2013;42 Suppl 1:i1-i57.
85. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(8):1331-1346 1316p.
86. College of Nurses of Ontario. Practice standard: restraints. Toronto: College of Nurses of Ontario, 2009.
87. Castle NG, Mor V. Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the Nursing Home Reform. *Medical Care Research & Review*. 1998;55(2):139.
88. Castle NG. Mental Health Outcomes and Physical Restraint Use in Nursing Homes {Private}. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2006(6).
89. Guttman R, Altman RD, Karlan MS. Report of the Council on Scientific Affairs: Use of Restraints for Patients in Nursing Homes. *Archives of Family Medicine*. 1999;8(2):101.

90. Resident Assessment Instrument (RAI) MDS 2.0 © User's manual, Canadian version Canadian Institute for Health Information, February 2012.
91. SMARTRISK. The economic burden of injury in Canada. Toronto: SMARTRISK, 2009.
92. Centers for Disease Control and Prevention. Falls in nursing homes. [updated 2015]. Available from: <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/nursing.html>.
93. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2014;383:1721-1730.
94. Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, Wodchis W, Hsu A, Seow H, et al. Effect of physician home visits for the dying on place of death. Under publication 2016.
95. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(7):993-1000 1008p.
96. Health Quality Ontario. Palliative Care at the End of Life. Toronto (ON): 2016.
97. Bainbridge D, Hsien S, Sussman J, Pond G. Factors associated with acute care use among nursing home residents dying of cancer: a population-based study. *International Journal of Palliative Nursing*. 2015;21(7):349-356 348p.
98. Lawrenson R, Waetford J, Gibbons V, Kirk P, Haggart S, Reddy R. Palliative care patients' use of emergency departments. *The New Zealand Medical Journal*. 2013;126(1372):80-88.
99. Brazil K, Howell D, Bedard M, Krueger P, Heidebrecht C. Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliative Medicine*. 2005;19(6):492-499.
100. Canadian Hospice Palliative Care Association. What Canadians say: The way forward survey report 2013. Available from: <http://www.hpcintegration.ca/media/51032/The%20Way%20Forward%20-%20What%20Canadians%20Say%20-%20Survey%20Report%20Final%20Dec%202013.pdf>.
101. Parliamentary Assistant John Fraser to the Minister of Health and Long-Term Care. Palliative and end-of-life care provincial roundtable report. Toronto (ON): Ministry of Health and Long-Term Care; 2016 [cited 2016 Jun 6]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/palliative/pdf/palliative_report.pdf.
102. Ministry of Health and Long-Term Care. Office of the Auditor General of Ontario. 2014 Annual Report. Chapter 3.08 Palliative Care 2014. Available from: <http://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en14/308en14.pdf>.
103. Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA*. 2010;303(17):1716-1722.
104. Canadian Institute for Health Information. All-causes readmission to acute care and return to the emergency department. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2012.
105. Discharge Abstract Database, Ontario Health Insurance Plan Database, Institute for Clinical Evaluative Sciences Physician Database provided by the Institute for Clinical Evaluative Sciences.
106. The Commonwealth Fund International Health Survey of Primary Care Doctors. 2015.
107. Canadian Institute for Health Information. All-causes readmission to acute care and return to the emergency department.
108. Discharge Abstract Database and National Ambulatory Care Reporting System, provided by the Canadian Institute for Health Information.
109. Sanmartin C, Khan S, LHAD research team. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The factors that matter. Health Research Working Paper Series Catalogue no 82-622-X — No 007. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2011.
110. Canadian Institute for Health Information. Discharge Abstract Database.
111. Canadian Institute for Health Information. Regulated Nurses 2014. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information; 2015. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNurses2014_Report_EN.pdf.
112. College of Nurses of Ontario Membership Statistics Report 2015; 2006-2014 population estimates, provided by Statistics Canada; 2015 population projection, provided by the Ontario Ministry of Finance.
113. Ontario Physician Human Resource Data Centre Physicians in Ontario 2014 report; 2005-2014 population estimates, provided by Statistics Canada.
114. Scott's Medical Database, provided by the Canadian Institute for Health Information; 2014 population estimates, provided by Statistics Canada.

115. By the Numbers: 2014 WSIB Statistical Report (Schedule 1), provided by the Workplace Safety and Insurance Board.
116. National Post Staff and The Canadian Press. Ontario budget 2016: Everything you need to know in graphics. National Post [newspaper on the Internet] [Internet]. 2016 Feb 26 [cited 2016 Mar 23]. Available from: <http://news.nationalpost.com/news/canada/canadian-politics/ontario-budget-2016-everything-you-need-to-know-in-graphics>.
117. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Expenditure 2016. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>.
118. National Health Expenditure Database, provided by Canadian Institute for Health Information
119. The Commonwealth Fund. Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally 2015. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>.
120. Morgan S, Kennedy J, . Issues in international health policy: prescription drug accessibility and affordability in the United States and abroad: The Commonwealth Fund; 2010. Available from: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Jun/1408_Morgan_Prescription_drug_accessibility_US_intl_ib.pdf.
121. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs. Hyattsville (MD): 2014.
122. Canadian Institute for Health Information. National health expenditure trends, 1975 to 2014. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2014.
123. Ministry of Health and Long-Term Care. 013`14 Report Card for the Ontario Drug Benefit Program. Available at http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/drugs/publications/opdp/docs/odb_report_14.pdf
124. Commonwealth Fund 2013 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.
125. Law MR, Cheng L, Dhalla IA, Heard D, Morgan SG. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne. 2012;184(3):297-302.
126. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: who cares? Mayo Clinic Proceedings. 2011(4):304.
127. Canadian Community Health Survey, 2014, provided by the Institute for Clinical Evaluative Sciences

Remerciements

Conseil d'administration

Andreas Laupacis
Président

Marie E. Fortier
Vice-présidente

Richard Alvarez

Tom Closson

Jeremy Grimshaw

Shelly Jamieson

Stewart Kennedy

Julie Maciura

Angela Morin

James Morrissey

Rick Vanderlee

Tazim Virani

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

Direction

Dr Joshua Tepper
Président et Chef de la direction

Anna Greenberg
Vice-président, Performance du système de santé

Dr Irfan Dhalla
Vice-président, Élaboration des preuves, normes et financement

Lee Fairclough
Vice-présidente, Amélioration de la Qualité

Mark Fam
Vice-président, Affaires Générales

Jennie Pickard
Directrice, Partenariats stratégiques

Michelle Rossi
Directrice, Politiques et stratégie

Jennifer Schipper
Chef, Communications et participation des patients

Dr Jeffrey Turnbull
Chef, Qualité Clinique

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

Élaboration du rapport

L'élaboration du présent rapport a été dirigée par une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé Ontario composée notamment de Sneha Abraham, Heather Angus-Lee, Michael Beckett, Corey Bernard, Susan Brien, Kristan Chamberlain, Shirley Chen, Maaïke de Vries, Naushaba Degani, Gail Dobell, Ryan Alexander Emond, Louise Grenier, Hui Jia, Michal Kapral, Sandra Kerr, Isra Khalil, Reena Kudhail, Eseeri Mabira, Glen McCammon, Mark McPherson, Ryan Monte, Adam Segal, Anita Singh, Angus Steele, Binil Tahlán, Marianne Takacs, Tommy Tam, et Naira Yeritsyan.

QSSO reconnaît et remercie les nombreuses personnes dévouées qui ont contribué à ce rapport , y compris:

Examen du groupe d'experts de QSSO, un groupe de recherche et des experts de mesure du monde province qui a fourni des conseils sur tous quantitative recherche et d'analyse:

Imajean Bajnok, Megan Bamford, Katherine Berg, Richard Birtwhistle, Gillian Bromfield, Deanna Bryant, Barbara Bunker, Pat Campbell, Lucas Chartier, Candace Chartier, Nancy Cooper, Nancy Cupido, Julie Darnay, Behnoosh Dasht, Stacey Daub, Martin Davidek, Claire de Oliveira, Andrea Doxey, Doris Grinspun, Cathy Hecimovich, Angie Heydon, Sarah Hicks, Jessica Hill, Brian Ho, Carol Holmes, Jeremiah Hurley, Brian Hutchison, Kim Jarvi, Tracy Jones, Deanna Langer, Chris Lau, Tim Lenartowych, Lisa Little, Barbara Liu, Cathy Lumsden, Karim Mamdani, Heather Manson, Julian Martalog, Heather McConnell, Bronwen McCurdy, Susan McNeill, Leigh McKnight, Elaine Meertens, Reeza Menalo, Diane Mendes, Grace Miao, Barbara Mildon, Andrea Moser, Carol Mulder, Jonathan Norton, Garth Oakes, Yaw Owusu, Kristen Parise, Kathryn Pilkington, Jeff Poss, Paula Rochon, Claudia Sanmartin, Jane Simms, Deborah Simon, Roz Smith, Rachel Solomon, Lori Spadorcia, Adrienne Spafford, Michael Spinks, Ann Sprague, Jennifer Stiff, Therese Stukel, Candice Tam, Peter Tanuseputro, Justin Thielman, Linda Tracey, Jack Tu, Trevor van Igen, Diana Vasiliu, Simone Vigod, Tara Walton, Eugene Wen, Amanda Westwood-Smith, Georgina White, Walter Wodchis, Ryan Wood, Catherine Zahn, Claudia Zanchetta, Victoria Zwicker, et Lesley Moody.

Les organisations suivantes , qui ont fourni critiques ou des données pour le rapport:

BORN Ontario, Cardiac Care Network of Ontario, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Canadian Institute for Health Information, Cancer Care Ontario,

College of Nurses of Ontario, Commonwealth Fund, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario Association of Community Care Access Centres, Ontario Hospital Association, Ontario Medical Association, Ontario Physician Human Resources Data Centre, Organisation for Economic Co-operation and Development, Registered Nurses' Association of Ontario, Statistics Canada, Workplace Safety and Insurance Board.

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

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

Le financement de base pour 2013 du Fonds du Commonwealth Enquête sur les politiques de santé internationale des soins primaires Médecins a été fourni par le Fonds du Commonwealth avec un cofinancement des organisations suivantes 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 (Allemagne); le fédéral allemand Ministère de la Santé; le ministère néerlandais de la Santé, Bien-être et du sport; l'Institut scientifique pour la qualité des soins de santé, l'Université Radboud de Nimègue (Pays-Bas); le Centre norvégien de connaissances pour les services de santé; le ministère suédois de la Santé et des affaires sociales; l'Office fédéral de la fonction

publique Santé; Bureau NSW des informations sur la santé (Australie); et de nombreux autres pays partenaires. Dans Canada, le financement d'un échantillon canadien élargi a été fourni par l'Institut canadien de la santé Information (ICIS), les Instituts de Santé Canada Recherche (IRSC), le Conseil de la qualité de la santé Alberta, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec et de la qualité de la santé de l'Ontario.

Le personnel de plusieurs divisions et branches de la inistère de la santé et de longue durée pour fournissant des données et des informations de fond et vrifier les faits:

Bureau du sous-ministre adjoint, Programmes de médicaments Direction des politiques et stratégie, Analytics santé Direction générale, Direction générale de la mise en œuvre Promotion de la santé, Liason de QSSO, Direction générale, Direction générale des modèles du secteur de la santé, de la santé Direction générale des services, la santé des relations de travail du système et Politique réglementaire, Direction de la politique de la main-d'œuvre de la santé, Accueil et des soins communautaires, les hôpitaux Direction, Licences et Direction de la politique, de santé local Direction de la liaison Réseau d'intégration, à long terme Entretien Inspections Direction, MSSLD Services juridiques Division, politique des soins infirmiers et de l'innovation, Direction générale des soins de santé primaires, les programmes provinciaux Direction générale, la politique de santé publique et de la Direction générale des programmes, Normes de santé publique, la pratique et la responsabilisation Direction générale, Direction des initiatives stratégiques, stratégie Planification et marketing intégré, et Direction de la politique stratégique.

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

Qui sommes-nous?

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

Que faisons-nous?

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

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

Pourquoi cela importe-t-il?

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

Rapports sur la performance du système

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

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

Programme commun d'amélioration de la qualité

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

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

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

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016