

À la hauteur 2018

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

Qualité des services
de santé Ontario

Améliorons notre système de santé

 Ontario
Qualité des services
de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le responsable provincial de la qualité des soins de santé. Nous aidons le personnel infirmier, les médecins et les autres travailleurs acharnés des premières lignes à travailler plus efficacement, en leur fournissant des conseils objectifs et en les aidant, ainsi que le gouvernement, à *améliorer les soins de santé pour la population de l'Ontario.*

Pour en apprendre **Qualité des services de santé Ontario**, visitez le site Web www.hqontario.ca

ISBN 978-1-4868-2575-2 (Print)

ISSN 2292-2067 (Print)

ISBN 978-1-4868-2576-9 (PDF)

ISSN 2292-2067 (Online)

Sur la couverture : Karen, debout dans son bureau. Voir la page 8 pour son histoire. Nous remercions Karen et les autres personnes qui ont partagé avec nous leurs expériences dans le système de santé de l'Ontario. (Photo de couverture par Roger Yip)

Table des matières

Préambule	2
Résumé	4
CHAPITRE 1 INTRODUCTION	10
CHAPITRE 2 NOTRE SANTÉ	14
Espérance de vie	15, 17
Années potentielles de vie perdues	15, 17
Facteurs de risque qui ont une incidence sur la santé	16, 17
Décès liés à une intoxication aux opioïdes	18
Consultations aux services des urgences en raison d'une intoxication aux opioïdes	18
Ordonnances nouvelles d'opioïdes	18
CHAPITRE 3 TRANSITIONS EN MATIÈRE DE SOINS	22
Patients qui attendent à l'hôpital pour des soins dans un autre emplacement	23
Temps d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste	24
Fournisseur de soins primaires informé des soins spécialisés	25
Fournisseur de soins primaires au courant de l'hospitalisation	25
Résultats de tests non disponibles	25
Suivi après hospitalisation	26
CHAPITRE 4 SOINS HOSPITALIERS	28
Temps d'attente pour une intervention chirurgicale	29
Temps d'attente pour voir un chirurgien	29
Durée du séjour au service des urgences	30
Recommandation du service des urgences par les patients	31
Infections à la bactérie <i>C. difficile</i> contractées dans les hôpitaux	32
Traumatismes obstétricaux	33
CHAPITRE 5 PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCES	40
Premier contact au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance (enfants et jeunes)	41
Suivi après hospitalisation pour cause de maladie mentale ou de dépendance	42
Réadmission pour cause de maladie mentale ou de dépendance	43
Utilisation de moyens de contention sur les patients atteints d'un problème de santé mentale ou de dépendance	44
CHAPITRE 6 SOINS DE LONGUE DURÉE	46
Temps d'attente pour l'admission	47, 49
Utilisation d'antipsychotiques	48, 49, 50
Utilisation quotidienne de moyens de contention	48, 49, 50
Douleur modérée quotidienne ou toute douleur intense	48, 50
Chutes chez les pensionnaires	49, 50
Aggravation des symptômes de la dépression	49, 50
Plaies de pression nouvelles ou s'aggravant	50
CHAPITRE 7 SOINS À DOMICILE	52
Détresse des aidants naturels	53, 54
Douleur quotidienne chez les clients	54
Participation des clients au plan de soins	54
CHAPITRE 8 SOINS PRIMAIRES	56
Accès en temps opportun à un fournisseur de soins primaires	57
Continuité des soins	57
Satisfaction à l'égard du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous	58
Visites au service des urgences pour des affections qui, selon les patients, auraient pu être gérées par leur fournisseur de soins primaires	60
Accès à un fournisseur de soins primaires après les heures d'ouverture normales	60
Visites dans des cliniques sans rendez-vous	60
Dépistage du cancer du col de l'utérus	61
Dépistage du cancer colorectal	62
CHAPITRE 9 SOINS PALLIATIFS	66
Visites à domicile effectuées par un médecin	67, 68
Services de soins à domicile	67, 68
Consultations non prévues au service des urgences	68
Lieu du décès	69
CHAPITRE 10 DÉPENSES EN SANTÉ	72
Dépenses en santé par personne	73
Dépenses en santé liées aux médicaments par personne	74
Soins dentaires refusés en raison des coûts	75
Remerciements	76
Les références	78

Préambule

Karen, une médecin urgentiste qui a raconté son histoire dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, doit fréquemment s'excuser auprès de patients qui ne reçoivent pas des soins optimaux au service des urgences souvent bondé où elle travaille.

« Notre service compte 38 lits et nous admettons souvent jusqu'à 30 patients, explique-t-elle. Nous voyons un volume d'environ 170 patients par jour, ce qui signifie 170 personnes pour huit lits. Nous faisons donc beaucoup de médecine de couloir et provisoire. L'engorgement entraîne une morbidité et une mortalité réelles; le personnel en subit les conséquences néfastes et doit composer avec. »

Jeff, Craig et Farrah – des patients et des membres de la famille qui ont raconté leur histoire dans le cadre du rapport *À la hauteur* – ont eux aussi subi les conséquences de l'engorgement dans les hôpitaux et des autres difficultés auxquelles fait face le système de santé. Jeff a attendu quatre jours au service des urgences avant de faire l'objet d'une évaluation psychiatrique. Craig a eu l'impression qu'il était laissé à lui-même pour pendre soin de sa mère mourante à son domicile. Farrah a eu de la difficulté à coordonner ses soins et à payer elle-même ses frais médicaux après avoir reçu un diagnostic de lupus.

Beaucoup de données dans le rapport viennent étayer ce que nous disent les professionnels de la santé, les patients et les familles au sujet des difficultés auxquelles ils sont confrontés. Les chiffres révèlent que les temps d'attente au service des urgences se prolongent pour les patients admis. Un plus grand nombre de lits

d'hôpitaux sont occupés par des patients qui attendent de pouvoir obtenir des soins ailleurs. Les consultations de suivi avec un médecin après une hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de dépendance varient énormément dans l'ensemble de la province. Les gens attendent plus longtemps avant d'être admis dans des foyers de soins de longue durée.

Cependant, certaines données du rapport *À la hauteur* montrent les secteurs où les soins s'améliorent. Les taux d'infections à la bactérie *C. difficile* contractées dans les hôpitaux sont en baisse. La plupart des objectifs de réduction des temps d'attente sont atteints pour les interventions chirurgicales du cancer et générales. Un pourcentage croissant de personnes en fin de vie reçoivent des visites à domicile effectuées par un médecin ou des services de soins palliatifs à domicile, ce qui constitue un changement positif depuis l'expérience de Craig et de sa mère avec le système de santé.

Ces améliorations témoignent des efforts ciblés déployés par le personnel de première ligne, qui aborde de front les problèmes complexes qui nuisent à la prestation de soins optimaux aux patients. Elles montrent qu'il est possible d'offrir de meilleurs soins aux patients.

Il devient plus difficile d'assurer continuellement

des soins de qualité supérieure compte tenu de la croissance et du vieillissement de la population, des besoins de plus en plus complexes et des affections chroniques multiples des patients, des obstacles à la communication et à la coordination entre les « cloisonnements » institutionnels et professionnels traditionnels dans lesquels les soins sont offerts, et des lacunes en matière de soins pendant les transitions des patients entre les différentes parties du système de santé.

Pour s'attaquer à un problème complexe comme l'engorgement dans les hôpitaux, il faut solliciter l'ingéniosité et les efforts du personnel de première ligne, appuyé par des initiatives ciblées et soutenues à l'échelle du système, tout cela éclairé par des données significatives et utiles. À Qualité des services de santé Ontario, nous continuerons d'évoluer et d'accorder la priorité à ce que nous mesurons de façon à éclairer les priorités du système et à soutenir les professionnels de la santé de première ligne; les patients de l'Ontario dépendent de leur travail acharné et de leur dévouement.

Nous chercherons également à soutenir et à diffuser des solutions novatrices locales basées sur des données pour corriger des problèmes à l'échelle du système. Karen déclare maintenant qu'à la suite des changements mis en œuvre à

l'hôpital où elle travaille, le temps d'attente de neuf personnes sur dix au service des urgences avant leur admission a chuté de 57 à 27 heures, et les soins aux patients et le moral du personnel se sont améliorés. Tout comme les médecins, le personnel infirmier et les administrateurs de l'hôpital où travaille Karen qui ont constaté des problèmes et trouvé des moyens de les résoudre, le personnel de première ligne est souvent mieux placé pour trouver et mettre en pratique des solutions réalisables et durables.

Dr Andreas Laupacis

Président du conseil

Dr Joshua Tepper

Président et chef de la direction

Résumé

À la hauteur 2018 fournit un aperçu annuel du rendement du système de santé de l'Ontario. Il s'appuie sur les commentaires des patients, des familles, des médecins, des infirmiers et d'autres professionnels de la santé afin de comprendre ce qui fonctionne bien et ce qu'il faut améliorer.

Les Ontariens constatent, en moyenne, des améliorations générales dans de nombreux aspects de leur santé et dans les soins qu'ils reçoivent. Ils vivent plus longtemps et sont moins susceptibles de mourir avant l'âge de 75 ans. Plus de personnes subissent une intervention chirurgicale oncologique ou générale à l'intérieur des temps d'attente recommandés. Les taux d'infections à la bactérie *C. difficile* contractées dans les hôpitaux, une infection potentiellement mortelle, continuent de diminuer. Moins d'enfants et de jeunes reçoivent leurs premiers soins pour un problème de santé mentale aux services des urgences. Par ailleurs, plus de personnes reçoivent des soins palliatifs à leur domicile au cours des derniers jours de leur vie.

Ces exemples montrent que l'amélioration est possible, surtout lorsque de nombreux organismes au sein du système de santé fournissent des efforts ciblés et soutenus afin de faire des progrès à l'égard des indicateurs clés.

Cependant, bien que des résultats positifs soient vus dans l'ensemble du système de santé, une population vieillissante et un nombre croissant de personnes ayant des besoins de santé complexes signifient qu'un grand nombre de secteurs du système font face à une pression accrue. Un

grand nombre d'hôpitaux de l'Ontario fonctionnent régulièrement à plus de 100 % de leur capacité, ce qui peut compromettre la qualité des soins pour les patients et entraîner un épuisement professionnel chez les médecins, le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé.

Nos principales conclusions démontrent que l'engorgement des hôpitaux est un symptôme et une source de pression accrue dans l'ensemble du système de santé qui entraîne des temps d'attente plus longs pour obtenir des soins, un accès insuffisant à des soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, une importante variation dans la qualité des soins au sein des foyers de soins de longue durée et des niveaux accrus de détresse chez les aidants naturels non rémunérés.

Soins hospitaliers

Un pourcentage croissant de lits d'hôpitaux de l'Ontario est utilisé pour des personnes qui attendent de recevoir des soins ailleurs.

Plus de 1 jour sur 7 (14,8 %) que les patients ont passé dans les hôpitaux de l'Ontario en 2016–2017 a été passé à attendre d'obtenir des soins ailleurs, comme un foyer de soins de longue durée ou un établissement de réadaptation. Ce taux est le plus élevé des cinq dernières années et équivaut à plus

de 10 grands hôpitaux occupés tous les jours par des patients qui attendent de recevoir des soins ailleurs. La proportion de lits d'hôpitaux qui ont été occupés par des patients en attente de soins ailleurs (appelés « autre niveau de soins ») a varié dans l'ensemble des régions de l'Ontario, soit de 6,4 % à 29,8 %.

Les consultations aux services des urgences sont à la hausse, surtout chez les personnes qui présentent des affections graves.

Les services des urgences bondés des hôpitaux dans l'ensemble de l'Ontario croulent sous la pression de soigner un nombre croissant de patients. Les consultations aux services des urgences de l'Ontario ont augmenté de 11,3 % au cours des six dernières années, soit de 5,3 millions en 2011–2012 à 5,9 millions en 2017–2018. Les consultations par des patients ayant des états pathologiques de gravité élevée, c'est-à-dire ceux qui présentent des affections plus sérieuses, ont augmenté à un taux encore plus élevé de 26 %, soit de 3,3 millions à 4,1 millions.

Les services des urgences des hôpitaux doivent faire face à un nombre croissant de problèmes liés à la crise des opioïdes. Les consultations aux services des urgences en raison des opioïdes ont plus que

triplé de 2003 à 2017, passant de 15,2 à 54,6 par tranche de 100 000 personnes.

Temps d'attente pour les soins

Les patients passent plus de temps aux services des urgences avant d'être admis à l'hôpital.

En 2017–2018, les gens ont en moyenne passé près de 16 heures aux services des urgences avant d'être admis à l'hôpital, soit plus de 2 heures de plus qu'en 2015–2016. Ce temps d'attente est le plus long enregistré en six ans.

Moins de personnes consultent un spécialiste dans les 30 jours.

Chez les personnes qui ont besoin de consulter un spécialiste, moins du tiers (32,3 %) ont déclaré avoir vu un spécialiste dans les 30 jours suivant la date de l'aiguillage, soit une baisse par rapport au taux de 37,8 % en 2016. Dans l'ensemble de la province, la proportion de personnes ayant déclaré avoir vu un spécialiste en moins de 30 jours variait selon la région, allant de 25,8 % à 39,4 %.

Moins d'interventions chirurgicales pour la hanche et le genou sont effectuées dans les délais ciblés.

Le pourcentage de patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé par la province a diminué au cours des dernières années. En 2017–2018, 78 % des patients ont subi une arthroplastie de la hanche dans le délai ciblé et 74 % des patients ont subi une arthroplastie du genou dans le délai ciblé, soit une baisse par rapport aux taux de 82 % et de 80 %, respectivement, en 2014–2015. Entre les hôpitaux, on constate une variation importante avec la proportion de patients qui ont subi une arthroplastie dans le délai ciblé allant de 6 % à 100 % pour la hanche et de 7 % à 100 % pour le genou par hôpital.

Maladies mentales et dépendances

Certaines personnes ne reçoivent pas de soins appropriés en temps voulu pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance.

Les consultations aux services des urgences en raison d'un problème de santé mentale peuvent indiquer que les gens n'ont pas reçu les soins appropriés en temps voulu dans la collectivité pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance. Bien que l'on constate une

amélioration au cours des 10 dernières années, en 2016, plus de 4 enfants et de jeunes de 24 ans ou moins sur 10 (41,2 %) qui se sont rendus aux services des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance n'avaient pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin de famille, d'un pédiatre ou d'un psychiatre au cours des deux années précédentes. Ce taux variait selon la région de 37,7 % à 55,7 %.

La prestation en temps voulu de soins de suivi par un médecin pour les patients de tous âges après l'obtention du congé de l'hôpital peut faciliter la transition vers l'obtention de soins de santé mentale dans la collectivité et peut aider à prévenir un retour à l'hôpital. On constate une variation deux fois plus élevée (de 26,5 % à 46,1 %) d'une région à l'autre de la province quant au pourcentage de personnes de 16 ans et plus qui ont été vues par un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisées pour un problème de santé mentale ou de dépendance.

Soins de longue durée

Les temps d'attente pour les foyers de soins de longue durée se prolongent et varient considérablement selon la région.

En 2016–2017, les gens ont habituellement attendu à l'hôpital plus de 3 mois (92 jours) avant d'obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée, soit environ 3 semaines de plus qu'en 2015–2016. Le temps d'attente médian pour obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée pour les patients à l'hôpital variait par région de 41 à 220 jours. Le temps d'attente médian pour les personnes de la collectivité était encore plus long, soit 149 jours en 2016–2017, 2 semaines de plus qu'en 2015–2016. Le temps d'attente allait de 74,5 à 252 jours parmi les régions.

Les soins que les personnes reçoivent dans les foyers de soins de longue durée varient considérablement dans l'ensemble de la province.

Bien que certaines améliorations générales aient été apportées aux soins reçus dans les foyers de soins de longue durée en Ontario, des différences persistent dans la qualité des soins, selon l'endroit où vivent les pensionnaires des foyers de soins de longue durée. À l'échelle provinciale, le pourcentage de pensionnaires qui ont été maintenus en contention physique quotidiennement était de 5,1 % en 2016–2017, soit une baisse par rapport au taux de 16,1 % en 2010–2011. Toutefois, ce taux allait de 0 % à 57,5 % parmi les foyers de soins de longue durée. On observe un déclin constant et prometteur dans le pourcentage de résidents sans psychose documentée qui ont reçu des médicaments antipsychotiques, soit de 35,0 % en 2010–2011 à 20,4 % en 2016–2017. Toutefois, ce taux allait de 0 % à 57,8 % dans l'ensemble des foyers de soins de longue durée.

Détresse des aidants naturels

La détresse des aidants naturels continue de croître

Les sources de stress au sein du système de santé ont non seulement une incidence sur les patients, mais aussi sur les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé, ainsi que sur la famille et les amis qui prennent soin des patients. Parmi les clients qui ont reçu des soins à domicile pendant six mois ou plus, plus de 1 sur 4 (26,1 %) avait un principal aidant naturel (famille ou ami) qui éprouvait de la détresse, de la colère ou de la dépression de manière continue en lien avec son rôle d'aidant naturel au cours de la première moitié de 2017–2018. Il s'agit d'une hausse par rapport au taux de 20,8 % au cours de la première moitié de 2012–2013. L'augmentation a fait en sorte que 13 244 aidants naturels supplémentaires ont souffert de détresse, de colère ou de dépression de manière continue.

Des mesures prises aux résultats

Les principales conclusions du présent rapport mettent en évidence que l'engorgement que nous observons dans les services des urgences et dans les services hospitaliers constitue un symptôme de la difficulté d'accès en temps voulu à des soins ailleurs dans le système.

De nombreuses personnes dans des lits d'hôpitaux sont inscrites sur une longue liste d'attente de foyers de soins de longue durée ou de services de soutien en matière de santé mentale et de dépendances. Lorsque les services hospitaliers sont engorgés, les services des urgences croulent sous une pression accrue en raison du nombre croissant de consultations, particulièrement par des personnes atteintes d'affections graves, dont des

problèmes de santé mentale et de dépendances. Le problème d'engorgement dans les hôpitaux va au-delà des murs de l'hôpital.

Nous avons constaté qu'il est possible d'apporter des améliorations au système de santé, particulièrement si des efforts concertés sont réalisés dans les secteurs ciblés. Au-delà des rapports publics sur ces indicateurs, Qualité des services de santé Ontario s'engage à collaborer avec des partenaires au sein du système de santé afin de cerner des façons d'aller de l'avant et de réaliser une amélioration concrète, de réduire et d'éliminer les soins d'une faible valeur, de soutenir les travailleurs de première ligne et de les aider à élaborer et à diffuser des solutions locales efficaces et durables et, ainsi, d'améliorer les soins prodigués aux patients et les résultats.

Rendement du système de santé en Ontario – points saillants de 2018

Élément de qualité*	Résultats positifs	Améliorations possibles	Aucun changement
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> Mortalité prématurée (années potentielles de vie perdues; longévité) Ordonnances nouvelles d'opioïdes Dépistage du cancer colorectal non effectué en temps voulu 	<ul style="list-style-type: none"> Visites aux SU et décès liés aux opioïdes Dépistage du cancer du col de l'utérus 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de suivi après une hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque
Rapidité	<ul style="list-style-type: none"> Première consultation au service des urgences pour un problème de santé mentale (enfants et jeunes) Temps d'attente pour une intervention chirurgicale (cancer, chirurgie générale) 	<ul style="list-style-type: none"> Délai d'accès aux services de spécialistes Durée du séjour des patients admis aux SU Temps d'attente pour une intervention chirurgicale (hanche, genou) Temps d'attente pour l'admission dans des foyers de soins de longue durée Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires 	<ul style="list-style-type: none"> Durée du séjour des patients ayant obtenu leur congé des SU Accès après les heures d'ouverture à un fournisseur de soins primaires
Soins axés sur les patients	<ul style="list-style-type: none"> Résultats de tests disponibles au moment du rendez-vous Douleur vécue par les pensionnaires de foyers de soins de longue durée Consultations à domicile effectuées par un médecin pour des soins palliatifs; obtention de soins palliatifs à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> Détresse des aidants naturels 	<ul style="list-style-type: none"> Fournisseur au courant des soins spécialisés reçus ou de l'obtention du congé de l'hôpital Recommandation patient du service d'urgence Clients soignés à domicile qui ont l'impression de participer à la planification de leurs soins
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> Infections à <i>C. difficile</i> acquises à l'hôpital Utilisation de médicaments antipsychotiques dans les foyers de soins de longue durée Utilisation de moyens de contention physiques dans les foyers de soins de longue durée 	<ul style="list-style-type: none"> Moyens de contention en santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de traumatisme obstétrical avec instrument
Efficience	<ul style="list-style-type: none"> Continuité des soins primaires 	<ul style="list-style-type: none"> Patients qui attendent à l'hôpital pour des soins dans un autre emplacement Lieu du décès 	<ul style="list-style-type: none"> Total des dépenses en santé par personne
Équitable		<ul style="list-style-type: none"> Mortalité prématurée Tabagisme, obésité, inactivité physique, forte consommation d'alcool Réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour un problème de santé mentale ou de dépendance Suivi après l'obtention du congé pour un problème de santé mentale Utilisation de médicaments antipsychotiques et de moyens de contention; chutes et dépression chez les pensionnaires de foyers de soins de longue durée Satisfaction à l'égard du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous de soins primaires Consultations aux SU pour un problème qui aurait pu être pris en charge par un fournisseur de soins primaires Visites aux SU non prévues au cours des 30 derniers jours de vie Soins dentaires sautés en raison du coût 	

* Éléments de qualité déterminés dans le cadre de travail La qualité ça compte de Qualité des services de santé Ontario, qui a été élaboré pour orienter le système de santé en Ontario afin d'améliorer les soins aux patients, à leur famille et aux aidants naturels, et de soutenir les fournisseurs de soins de santé.

LÉGENDE

- Notre santé
- Maladies mentales et dépendances
- Soins primaires
- Transitions entre les soins
- Soins de longue durée
- Soins palliatifs
- Soins hospitaliers
- Soins à domicile
- Dépenses en santé



Être aux premières lignes

Histoire de Karen

Photo de Karen prise par Roger Yip.
Voir l'histoire de Karen à la page suivante.

Karen, une médecin urgentiste et directrice du programme médical à Kingston, parle des répercussions de l'engorgement du service des urgences sur le personnel de première ligne de l'hôpital et les patients et de la manière dont l'hôpital a apporté des améliorations. Cette histoire est composée d'extraits de l'entrevue de Karen disponible sur le blogue Faces of Health Care (<http://healthydebate.ca/faces-health-care/karen>).

L'engorgement

« Les patients ont des besoins plus complexes et vieillissent. Le plus grand changement est l'engorgement. Quand j'ai commencé à travailler, il y a 20 ans, si un ou deux patients demeuraient au service des urgences pendant plus de 24 heures, cela attirait vraiment notre attention. On se demandait alors ce qui se passait. Maintenant, ces patients sont au nombre de 30 et parfois plus. »

Les conséquences pour le personnel de première ligne

« Notre service compte 38 lits et nous admettons souvent jusqu'à 30 patients. Nous voyons un volume d'environ 170 patients par jour, ce qui signifie 170 personnes pour huit lits. Nous faisons donc beaucoup de médecine de couloir et provisoire. L'engorgement entraîne une morbidité et une mortalité réelles; le personnel en subit les conséquences néfastes et doit composer avec. »

« Je me sens coupable de faire partie d'un système qui traite les gens ainsi. Les patients sont en colère, et avec raison. Je pense à des dizaines d'entre eux à qui j'ai l'impression de m'excuser sans cesse. Pour ma part, c'en est devenu un fardeau émotionnel. J'ai renoncé à m'excuser. Je ne fais qu'abonder dans le sens des patients en affirmant que ce ne sont pas de bons soins, et je leur demande de porter plainte à d'autres personnes, car de mon côté, je n'arrive pas à me faire entendre. »

« Il y a quelques années, nous avons perdu beaucoup d'infirmiers expérimentés. C'est très difficile pour eux. Parfois, je me demande pourquoi ils restent. Une de nos infirmières est revenue après six mois. Elle a dit qu'elle s'ennuyait de l'esprit de camaraderie et du travail d'équipe. Malgré tout, nous travaillons avec de bonnes personnes et en étroite collaboration en tant qu'équipe. C'est la partie plaisante. Les gens avec qui je travaille représentent le bon côté des choses. Je les adore. Ils m'aident à passer à travers des mauvais jours. »

Une incapacité à attendre

« Un jour, j'ai vu un homme âgé atteint d'une infection grave qui s'est retrouvé aux soins intensifs. J'ai appris qu'il attendait dans la salle d'attente depuis la veille et qu'il était parti après avoir passé cinq heures sans voir un médecin. J'ai lu les notes de l'infirmier de la veille, qui indiquaient qu'il avait des symptômes d'infection des voies urinaires. Je me suis sentie si mal, car si on lui avait administré un antibiotique à ce moment, il n'aurait sans doute pas été admis aux soins intensifs. Les patients qui quittent notre salle d'attente sont parfois les personnes plus âgées qui ont besoin de voir un médecin, mais qui se sentent trop mal pour rester. »

L'absence de ressources communautaires

« L'absence de ressources communautaires est un problème réel. Les gens attendent dans notre service pendant plusieurs jours, parce que personne ne veut les admettre et parce qu'ils ne peuvent retourner chez eux sans aide. Une personne dont la fracture du bassin est stable, par exemple, pourrait probablement, avec un peu d'aide, gérer son état à domicile. Ce genre de cas se produit tous les jours. Je me sens coupable de faire partie d'un système qui traite les gens ainsi. Les patients sont en colère, et avec raison. Je pense à des dizaines d'entre eux à qui j'ai l'impression de m'excuser sans cesse. Pour ma part, c'en est devenu un fardeau émotionnel. »

Les réflexions de Karen sur les améliorations, un an plus tard

« La bonne nouvelle, c'est qu'au cours de la dernière année, notre hôpital a bénéficié d'une nouvelle équipe de haute direction qui a favorisé la mise en œuvre de nombreuses initiatives dans l'ensemble de l'hôpital visant à régler l'engorgement. Par conséquent, le temps d'attente de 9 personnes sur 10 dans notre service des urgences avant leur admission a chuté de 57 à 27 heures. Cette statistique est impressionnante, mais elle ne suffit pas pour rendre compte de l'incidence positive de la réduction du temps d'attente sur la qualité des soins offerts aux patients et sur le moral du personnel. C'est la preuve de ce qu'une bonne direction et un bon travail d'équipe peuvent accomplir à une époque où la demande en soins de santé est accrue. »

Introduction

Tenir les Ontariens informés de leurs soins de santé

À la hauteur 2018 est la 12^e édition du rapport annuel de Qualité des services de santé Ontario sur le rendement du système de santé de la province. Ce rapport donne un aperçu de la qualité des soins de santé que les personnes reçoivent en Ontario en mettant en lumière les points forts, les éléments dont on devrait s'inspirer et les points à améliorer.

Le rapport repose sur un ensemble d'indicateurs de rendement du système de santé élaborés par Qualité des services de santé Ontario en association avec des experts des soins de santé et des partenaires du système de santé, tels que des médecins, du personnel infirmier, des hôpitaux et des fournisseurs de soins à domicile, ainsi que des patients et leur famille et des aidants naturels.

Bien que la majeure partie du rapport *À la hauteur* porte sur ce que ces indicateurs de rendement du système de santé démontrent, une partie importante du rapport est consacrée aux histoires des patients et des aidants naturels. Ces histoires fournissent un contexte humain à tous ces faits et chiffres. Elles nous montrent ce que toutes ces données signifient en ce qui a trait aux expériences réelles et aux résultats de vraies personnes.

Comment les données sont présentées

Le rapport *À la hauteur* a évolué considérablement au cours des dernières années afin de mieux servir les Ontariens. Il a été épuré davantage en 2018 afin de rendre les renseignements qu'il contient plus facilement accessibles aux lecteurs de plus en plus occupés. C'est pourquoi le rapport a été simplifié afin de mettre l'accent sur les résultats clés.

Les personnes qui veulent un aperçu plus détaillé du fonctionnement du système de santé, à l'échelle de la province et dans des régions précises, peuvent consulter tous les résultats des indicateurs analysés

dans le cadre du rapport dans le tableaux de supplément technique *À la hauteur 2018* disponible sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario. Le tableau comprend des résultats pour les indicateurs et les stratifications qui ne figurent pas parmi les principales conclusions du rapport.

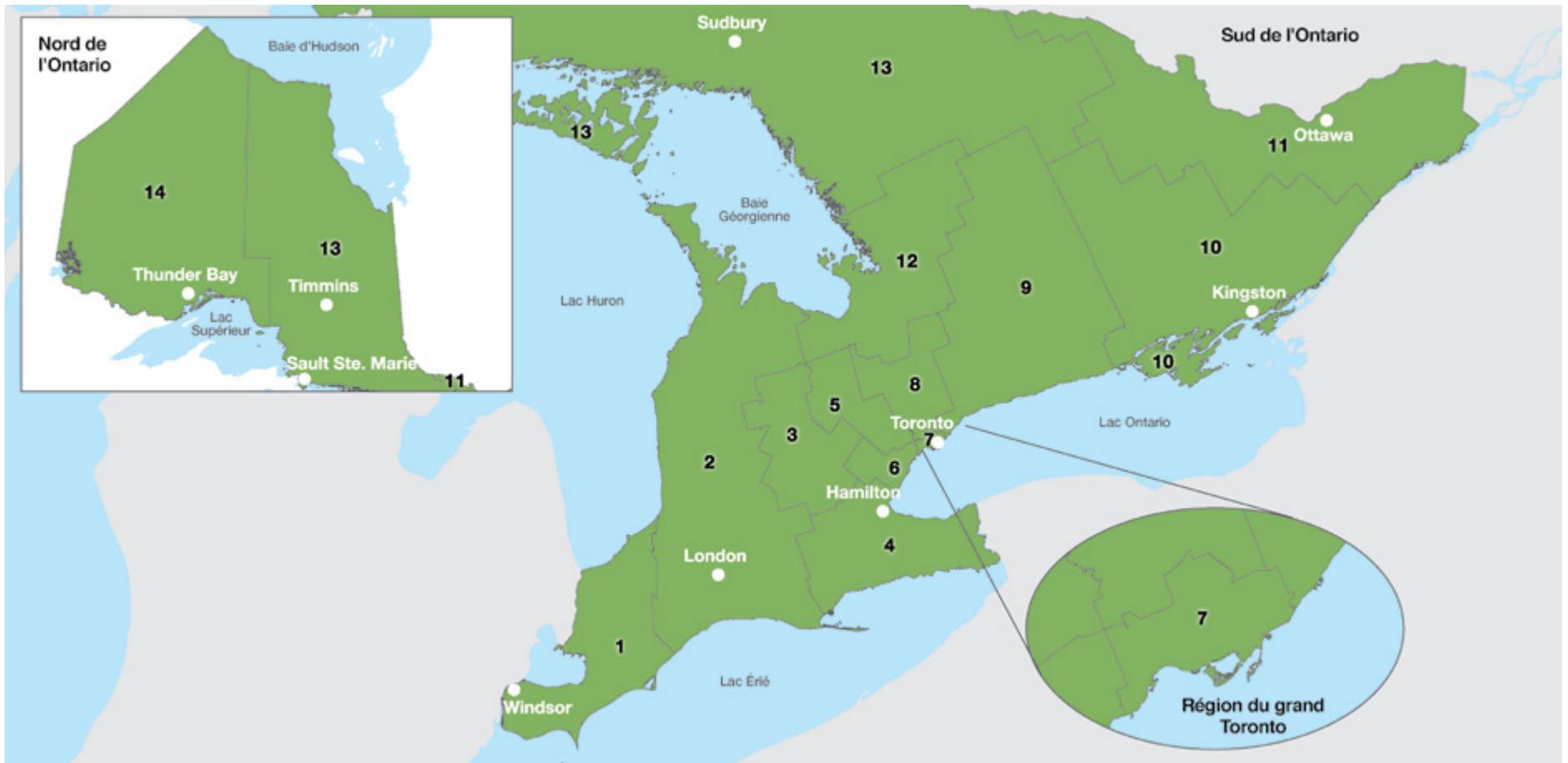
Ce site présente également une annexe technique, qui comprend des renseignements détaillés sur la méthodologie et les indicateurs utilisés. Le rapport contient les données les plus récentes disponibles. Tout au long de l'année, le site Web de Qualité des services de santé Ontario présentera des données à jour sur de nombreux indicateurs du rapport *À la hauteur*.

Le rapport comprend des comparaisons des résultats des indicateurs de rendement entre les régions de l'Ontario. Pour certains indicateurs, les résultats des collectivités locales sont également fournis. Les données des collectivités locales couvrent de plus petites régions de planification géographiques, ce qui permet d'offrir une meilleure compréhension du rendement du système de santé et des besoins des patients à l'échelle locale.

Dans certains cas, *À la hauteur* compare l'Ontario avec d'autres provinces et avec l'ensemble du Canada, ainsi qu'avec des pays socioéconomiquement semblables. Certaines des comparaisons internationales sont facilitées par la collaboration continue entre Qualité des services de santé Ontario et le Fonds du Commonwealth

qui élargit la participation de l'Ontario dans les sondages internationaux annuels sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth. Les sondages comprennent habituellement le Canada, l'Australie, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis. Le rapport utilise aussi des données sur la santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques, qui comprennent les onze mêmes pays.

FIGURE 1,1 Carte des régions de l'Ontario



Régions de l'Ontario

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



Notre santé

En 2016, environ six personnes en Ontario sur dix ont déclaré que leur santé était « excellente » ou « très bonne », tandis que près de trois personnes sur dix ont déclaré qu'elle était « bonne » [1]. Toutefois, de nombreux Ontariens sont confrontés à des enjeux considérables en matière de santé.

Les maladies chroniques, telles que la maladie cardiaque, la maladie pulmonaire, le cancer et le diabète sont les principales causes de décès et d'invalidité dans la province [2]. Environ une personne en Ontario âgée de 12 ans ou plus sur cinq présente deux problèmes de santé chroniques ou plus [3].

Les facteurs de risque pour la santé, comme le tabagisme, l'obésité, la forte consommation d'alcool et l'inactivité physique, demeurent répandus chez une proportion importante de la population ontarienne et jouent un rôle important dans le développement des maladies chroniques.

La longévité s'améliore, mais varie selon lieu de résidence

L'espérance de vie connaît une hausse en Ontario. Une personne née entre 2014 et 2016 – les dernières années pour lesquelles des données sont disponibles – a une espérance de vie de 82,5 ans, comparativement à 80,8 ans pour une personne née entre 2005 et 2007.

De plus, les gens **perdent moins d'années potentielles de vie en raison de la mortalité prématurée**, qui se définit comme étant un décès avant l'âge de 75 ans. Le taux d'années potentielles de vie perdues collectivement par tranche de 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans a diminué de façon constante en Ontario entre 2005 et 2015, passant de 4 897 années à 4 188 années par tranche de 100 000 personnes.

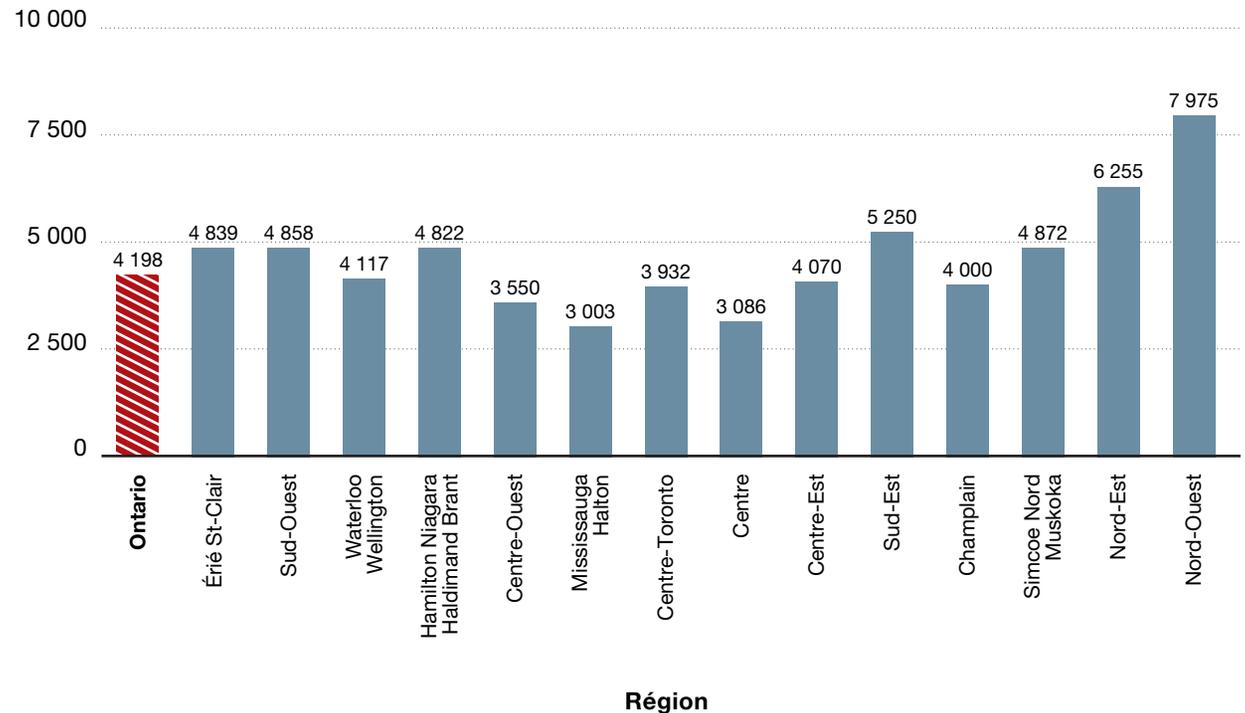
Toutefois, les taux d'années potentielles de vie perdues étaient plus de deux fois plus élevés selon les régions de l'Ontario.

Pour la période allant de 2013 à 2015, les taux se situaient entre 3 003 années potentielles de vie perdues par tranche de 100 000 personnes de moins de 75 ans dans la région de Mississauga Halton, à 7 975 années dans la région du Nord-Ouest. (Figure 2,1)

Pour mettre le taux de la région du Nord-Ouest en perspective, il convient de souligner que la dernière fois que le taux d'années potentielles de vie perdue de l'ensemble de l'Ontario était aussi élevé était en 1982.

FIGURE 2,1 Années potentielles de vie perdues en raison de décès prématurés par tranche de 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans en Ontario, par région, 2013–2015

Par tranche de 100 000 personnes



Source des données : Tableau 13-10-0743-01, Statistique Canada

Remarque : Données ajustées selon l'âge

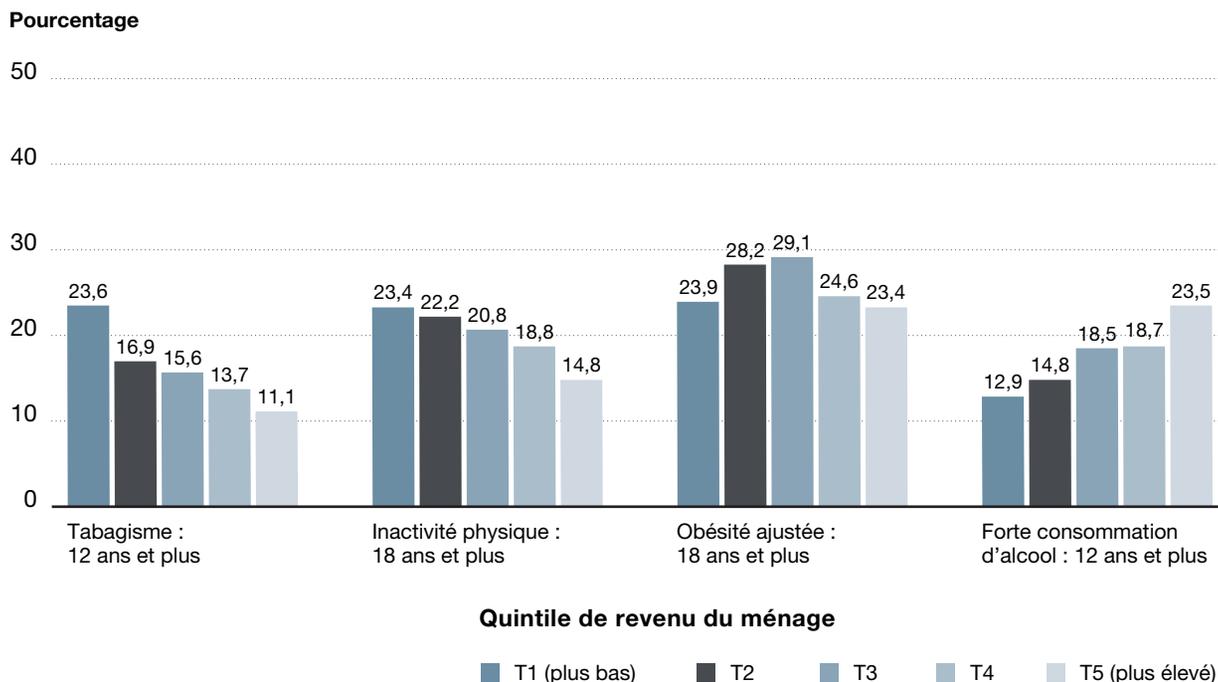
Le tabagisme, l'inactivité physique, l'obésité et la forte consommation d'alcool demeurent des risques pour la santé

En 2016, **16,0 % des Ontariens âgés de 12 ans et plus ont déclaré s'adonner** quotidiennement ou occasionnellement au tabagisme. Parmi eux, plus d'une personne sur six, **c'est-à-dire 17,6 %, consommait beaucoup d'alcool.** Les grands

buveurs ont été définis comme étant les hommes qui ont déclaré boire cinq consommations ou plus, ou les femmes qui ont déclaré boire quatre consommations ou plus en une occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

Plus **d'une personne âgée de 18 ans ou plus sur quatre était obèse** compte tenu de la taille et du poids déclarés ajustée, et environ **une personne sur cinq a déclaré être physiquement inactive.** L'inactivité physique a été définie comme étant le fait de n'avoir pratiqué aucune activité physique modérée ou soutenue d'une durée minimale de dix minutes au cours d'une semaine.

FIGURE 2,2 Pourcentage de personnes qui ont déclaré s'adonner quotidiennement ou occasionnellement au tabagisme; ont déclaré être physiquement inactives; étaient obèses compte tenu de la taille et du poids ajustés qu'elles avaient déclarés; consommaient beaucoup d'alcool, en Ontario, par quintile de revenu du ménage, 2016.



Le tabagisme, l'obésité, l'inactivité physique et la forte consommation d'alcool ont tous été liés à un risque accru de maladie cardiovasculaire, de cancer et d'autres maladies.

Les taux auxquels les personnes étaient touchées par ces facteurs de risque **variaient considérablement selon la région, le revenu du ménage, le statut d'immigration et le niveau d'éducation**, exception faite de la forte consommation d'alcool.

Les taux de tabagisme et d'inactivité physique étaient plus élevés chez les personnes à faible revenu, tandis que les taux d'obésité étaient les plus élevés parmi les groupes à revenu moyen. La forte consommation d'alcool était plus fréquente chez les personnes à revenu plus élevé. (Figure 2,2)

Les personnes ayant immigré au Canada affichaient des taux de tabagisme, d'obésité et de forte consommation d'alcool plus faibles que les non-immigrants, mais ils présentaient un taux d'inactivité physique plus élevé.

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada

Remarque : Données ajustées selon l'âge

L'Ontario s'en tire relativement bien en ce qui concerne la longévité et les facteurs de risque pour la santé

L'Ontario était l'une des provinces canadiennes affichant le meilleur rendement en ce qui concerne la plupart des mesures de longévité et certains facteurs de risque, comme l'obésité, bien que les taux de tabagisme, d'obésité, d'inactivité physique et de forte consommation d'alcool soient demeurés obstinément élevés dans toutes les provinces.

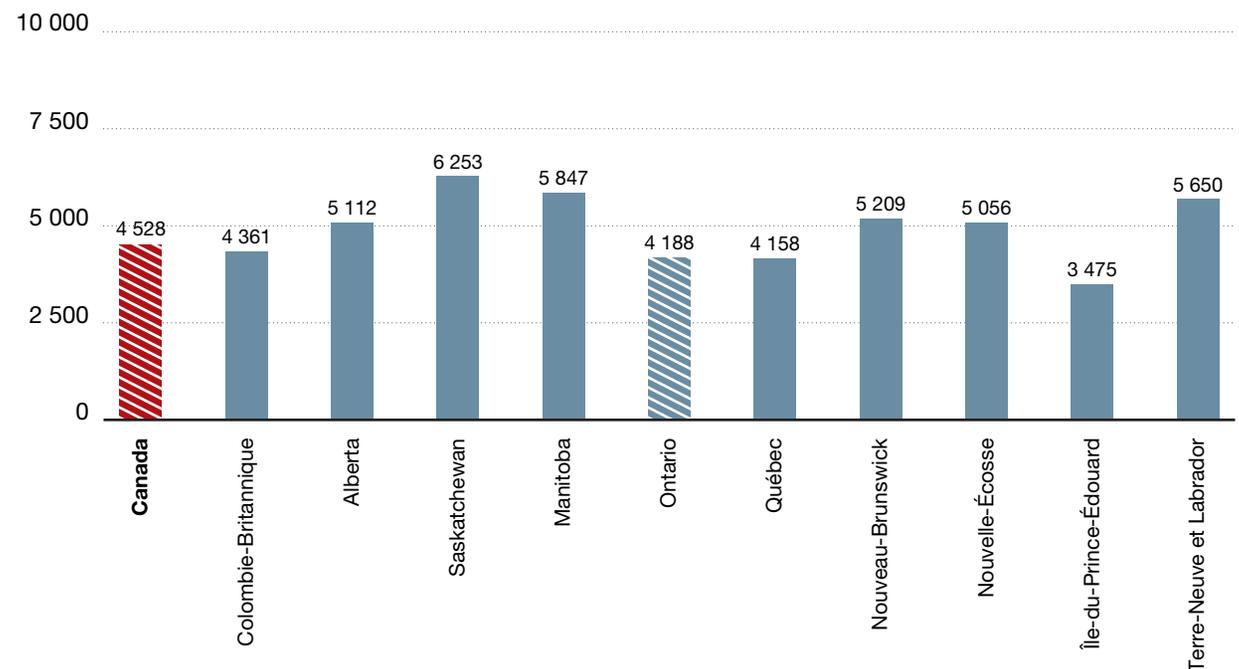
L'Ontario :

- **s'est classé ex æquo au premier rang pour son espérance de vie à la naissance** de 82,5 ans, identique à celle de la Colombie-Britannique et légèrement supérieure à celle du Québec, à savoir 82,4 ans, pour les personnes nées entre 2014 et 2016;
- **s'est classé au troisième rang pour les années potentielles de vie perdues** se chiffrant à 4 188 années par 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans, comparativement à 3 475 pour l'Île-du-Prince-Édouard et 4 158 pour le Québec, en 2015. (Figure 2,3)

En 2016, l'Ontario figurait également parmi les provinces championnes, de même que la Colombie-Britannique, pour ses faibles taux d'obésité (25,9 %) et de forte consommation d'alcool (17,6 %). Les taux de tabagisme (16,0 %) et d'inactivité physique (19,9 %) de l'Ontario étaient semblables à ceux de la plupart des autres provinces du Canada.

FIGURE 2,3 Années potentielles de vie perdues en raison de décès prématurés par tranche de 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans, par province, 2015

Par tranche de 100 000 personnes



Source des données : Tableau 13-10-0744-01, Statistique Canada
Remarque : Données ajustées selon l'âge

Les décès et les visites aux services des urgences liés aux opioïdes ont augmenté fortement

L'Ontario traverse une crise des opioïdes. Le **taux de décès attribuables à une intoxication aux opioïdes**, soit en raison d'une surdose ou de la prise d'un opioïde par erreur, **a presque triplé**, passant de 3,0 par tranche de 100 000 personnes en 2003 à 8,9 par 100 000 personnes en 2017. (Figure 2,4)

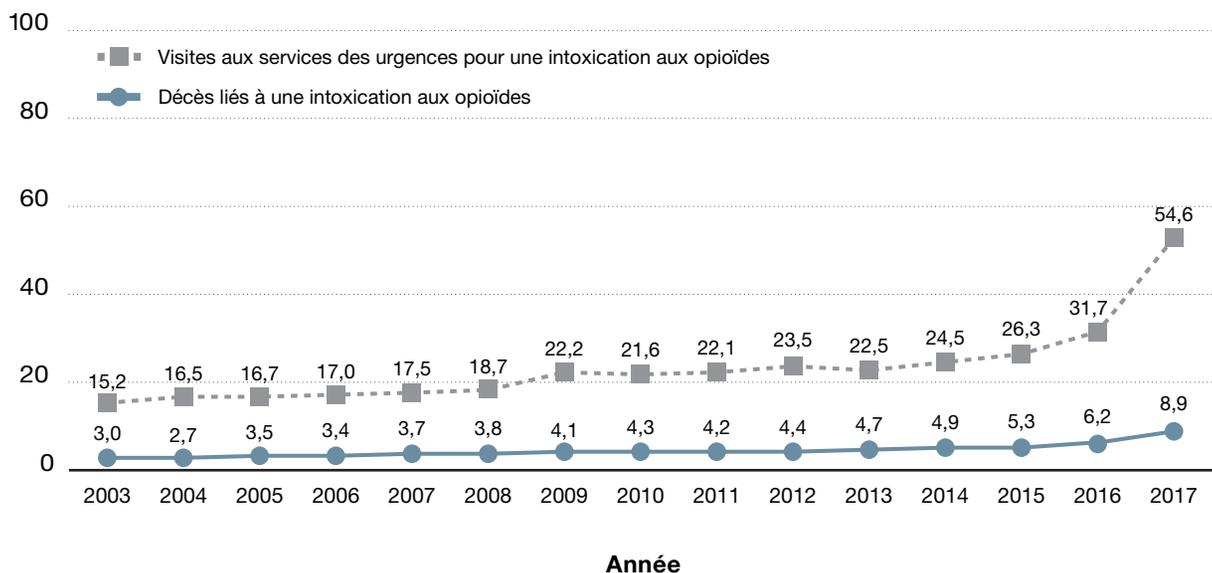
En 2017, 1 265 Ontariens sont décédés en raison d'une intoxication aux opioïdes.

Les visites aux services des urgences en raison d'une intoxication aux opioïdes ont plus que triplé de 2003 à 2017, passant de 15,2 à 54,6 par tranche de 100 000 personnes.

Les médicaments opioïdes peuvent être très utiles, mais ils présentent également des risques, notamment la dépendance, la surdose et la mort. Une stratégie pour réduire l'exposition des gens aux opioïdes est que les professionnels des soins de santé les prescrivent avec encore plus de prudence (moins souvent, doses moins élevées et périodes plus brèves).

FIGURE 2,4 Visites aux services des urgences en raison d'une intoxication aux opioïdes et décès liés à une intoxication aux opioïdes, par tranche de 100 000 personnes, en Ontario, 2003–2017

Taux par tranche de 100 000 personnes



En Ontario, le taux d'ordonnances nouvelles d'opioïdes chez les patients a diminué à 818 par 10 000 personnes en 2017, comparativement à 959 par 10 000 personnes en 2013. Les ordonnances nouvelles sont des ordonnances exécutées pour des personnes qui n'ont pas fait exécuter d'ordonnance pour des opioïdes depuis six mois.

En 2017, le **taux d'ordonnances nouvelles d'opioïdes chez les patients variait beaucoup d'une région à l'autre de la province**, allant de 672 par 10 000 habitants dans la région du Centre-Toronto à 1 070 par 10 000 habitants dans la région d'Érie St-Clair.

Les surdoses d'opioïdes, en particulier les surdoses mortelles, se produisent souvent lorsque des personnes consomment des médicaments qu'elles se sont procurés dans la rue [4]. Les professionnels de la santé peuvent contribuer à réduire le risque de surdose en identifiant les patients qui utilisent des opioïdes d'une manière qui pourrait leur nuire et en leur offrant un traitement fondé sur des données probantes.

Sources des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, base de données sur les décès liés aux opioïdes en Ontario, Bureau du coroner en chef de l'Ontario, fournies par Santé publique Ontario

Indicateurs

Espérance de vie à la naissance : Nombre d'années qu'un nouveau-né devrait vivre, selon les tendances et les données actuelles sur la mortalité.

L'espérance de vie est le reflet de la santé et du bien-être généraux d'une population.

Années potentielles de vie perdues : Années potentielles de vie perdues collectivement en raison de décès avant l'âge de 75 ans, par tranche de 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans.

Les années potentielles de vie perdues sont un indicateur utile de la santé et du bien-être généraux d'une population.

Forte consommation d'alcool : Pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré une consommation d'alcool qui les placerait dans la catégorie des grands buveurs, qui sont définis comme étant les hommes qui ont déclaré boire cinq consommations ou plus, ou les femmes qui ont déclaré boire quatre consommations ou plus en une occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

La forte consommation d'alcool est associée à la maladie hépatique et à de nombreux cancers.

Consultations aux services des urgences en raison d'une intoxication aux opioïdes : Nombre de visites aux services des urgences en raison d'une intoxication aux opioïdes, ce qui comprend la surdose et la prise ou l'obtention d'un opioïde par erreur – par tranche de 100 000 personnes.

Les visites aux services des urgences en raison d'une intoxication aux opioïdes reflètent particulièrement le danger pour la santé publique que posent les sources illicites d'opioïdes synthétiques qui sont fréquemment consommés sans ordonnance par les gens qui effectuent des consultations aux services des urgences liées aux opioïdes.

Tabagisme : Pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré s'adonner quotidiennement ou occasionnellement au tabagisme.

Le tabagisme augmente le risque de cancer du poumon, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), en plus de diminuer la santé globale.

Décès liés à une intoxication aux opioïdes : Nombre de décès attribuables à une intoxication aux opioïdes, par tranche de 100 000 personnes.

L'utilisation de médicaments opioïdes est associée à un risque important de trouble de consommation d'opioïdes, de surdose et de décès.

Obésité : Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui étaient obèses compte tenu de la taille et du poids ajustés qu'elles avaient déclarés.

L'obésité est associée à un risque accru de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type 2 et de certains cancers.

Ordonnances nouvelles d'opioïdes : Taux d'ordonnances d'opioïdes délivrées à des personnes auxquelles aucun opioïde n'a été prescrit depuis six mois, par tranche de 10 000 personnes.

Les prescripteurs et les patients pourraient envisager d'autres médicaments ou des doses différentes en raison des risques associés aux médicaments opioïdes.

Inactivité physique : Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui ont déclaré être physiquement inactives.

L'inactivité physique accroît le risque de nombreuses maladies, y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et le cancer.

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur relatif à notre santé, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca.

Histoire de Farrah :

Le quotidien avec des affections chroniques

Farrah, 31 ans, a reçu un diagnostic de dépression à 21 ans, lupus à 23 ans et endométriose à 27 ans. L'histoire qui suit est celle de ses séjours à l'hôpital, de ses visites au service des urgences, de ses consultations chez un médecin de famille et chez des spécialistes ainsi que des soins de santé mentale qu'elle a reçus.

(Suite à la page suivante.)

Farrah a dû consulter plus d'une douzaine de médecins différents avant de recevoir un diagnostic de lupus à l'âge de 23 ans. Étudiante de cycle supérieur et aujourd'hui âgée de 31 ans, elle affirme être souvent malade depuis l'âge d'environ 15 ans. À l'époque, les médecins lui disaient qu'elle n'avait qu'une grippe ou un rhume. À l'été 2010, alors qu'elle travaillait à Ottawa, Farrah s'est mise à avoir des éruptions cutanées douloureuses. Elle est allée consulter un médecin, qui a effectué un test sanguin. Le test a révélé une probabilité de lupus, une maladie chronique qui peut entraîner l'inflammation de n'importe quelle partie du corps, que ce soit la peau, les muscles, les articulations, les poumons, le cœur ou le cerveau.

D'Ottawa à Ajax à Toronto

La clinique à Ottawa lui a indiqué que le temps d'attente pour voir un rhumatologue afin de diagnostiquer son affection était de trois à six mois. Farrah ne pouvait attendre aussi longtemps, car sa douleur s'intensifiait. Elle a quitté Ottawa et est retournée vivre chez ses parents à Ajax, près de Toronto.

« J'avais besoin d'aide pour prendre soin de moi. Mon corps tout entier était atteint d'inflammation et certains organes menaçaient de défaillir », a souligné Farrah. Ses parents l'ont emmenée d'urgence au service des urgences d'un hôpital d'Ajax, où ils soupçonnaient une possible lupus, puis l'ont transférée dans un hôpital de Scarborough, puis dans une clinique du lupus dans un hôpital de Toronto, où elle a été diagnostiquée.

Après avoir vu des spécialistes à Toronto, elle a eu de la difficulté à obtenir la médication appropriée.

« Avec le lupus, on n'est jamais certain des bons médicaments à prescrire, indique Farrah. J'ai contracté l'hépatite médicamenteuse à cause des médicaments que j'ai pris. Au bout d'une semaine, je me suis à nouveau retrouvée à l'hôpital. »

En raison de son état de santé, Farrah ne peut pas conduire, ce qui a grandement complexifié ses nombreux déplacements à Toronto.

Le temps d'attente pour consulter des spécialistes

Quatre ans plus tard, soit en 2014, Farrah a reçu un diagnostic d'endométriose, une affection où les cellules qui croissent normalement à l'intérieur de l'utérus croissent plutôt à l'extérieur de l'utérus. Cela impliquait davantage de visites chez le médecin à Toronto, où elle se sentait isolée comme une personne atteinte d'endométriose dans une clinique où la plupart des patientes étaient enceintes.

Farrah a dû aussi organiser des visites chez d'autres spécialistes à Toronto, y compris un spécialiste en santé cardiaque, un spécialiste en santé pulmonaire et un psychiatre. À plusieurs reprises, elle s'est retrouvée au service des urgences d'un hôpital à Ajax et a dû attendre de cinq à six heures à endurer des douleurs intenses avant de voir un médecin.

Farrah est également atteinte d'une dépression qui, explique-t-elle, s'aggrave lorsqu'elle est à l'hôpital et aux prises avec ses problèmes de santé. Elle a consulté un médecin de famille à Ajax pour sa dépression, mais elle a dû attendre au moins un mois avant de pouvoir voir un psychiatre, c'est-à-dire une période très longue compte tenu de son

état d'esprit. « J'avais l'impression que la vie ne ferait que s'aggraver ou qu'elle ne m'apporterait que des choses négatives. Je ne voyais aucune raison valable de sortir du lit ou d'essayer de vivre normalement, affirme Farrah. Comme je n'ai jamais voulu être un poids pour mes proches, j'ai essayé d'obtenir de l'aide dès que possible, mais sans succès. Le fait d'attendre un mois n'a qu'amplifié le flot de pensées noires. »

L'endettement

Après avoir reçu un diagnostic de lupus, Farrah a dû payer des milliers de dollars de sa poche pour ses médicaments. « C'était hallucinant, indique-t-elle. Je me souviens d'avoir dit à mon médecin que je n'avais pas les moyens de les payer. J'ai fini par accumuler beaucoup de dettes... Mon médecin m'a prescrit un autre médicament, moins cher, mais qui ne fonctionnait pas aussi bien. » Elle a fini par être admissible au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, mais ce dernier ne couvrait pas les séances de 90 \$ de physiothérapie qui l'ont aidée à atténuer la douleur chronique dans sa hanche. En raison du coût, Farrah consulte un physiothérapeute beaucoup moins souvent que les visites quotidiennes recommandées par son médecin.

« Je suis reconnaissante d'être en vie dans un pays où je peux trouver un spécialiste et où je n'ai pas besoin de payer pour mes consultations chez le médecin ou pour mes séjours à l'hôpital, précise Farrah. Si je vivais aux États-Unis, je serais sans abri. L'ensemble du système de l'Ontario doit cependant être simplifié pour les personnes qui font régulièrement appel aux services de santé. »

Transitions entre les soins

Un système de santé qui gère bien les transitions fournit aux gens les soins dont ils ont besoin au bon moment et au bon endroit.

Dans un tel système, les gens qui ont besoin de consulter un spécialiste, d'être admis à l'hôpital ou d'obtenir des soins à domicile ne seront pas confrontés à des goulots d'étranglement dans le système. Ils n'auront pas à attendre trop longtemps pour obtenir des soins et ils ne recevront pas un traitement médical sur une civière dans un couloir parce qu'il n'y a aucune autre place pour eux dans un hôpital bondé.

La réalisation de transitions efficaces en matière de soins pour une population croissante présentant des besoins de santé variés et complexes est une tâche difficile. L'évolution rapide de la médecine et de la technologie entraîne des difficultés supplémentaires, bien qu'elle offre des occasions d'élaborer des solutions locales.

Plus de personnes dans l'ensemble de l'Ontario attendent à l'hôpital pour des soins dans un autre emplacement

En 2016–2017, une moyenne de 4 233 lits d'hôpitaux de l'Ontario étaient occupés par des patients qui attendaient de recevoir des soins ailleurs, par exemple un foyer de soins de longue durée ou un établissement de réadaptation. Cela correspondait à **l'équivalent d'environ dix grands hôpitaux de 400 lits et demi remplis au maximum de leur capacité chaque jour par des patients qui n'avaient pas besoin du niveau de services que les hôpitaux sont conçus pour fournir** [5].

En ce qui concerne la capacité des hôpitaux à l'échelle de la province, 14,8 % des jours-patients dans les hôpitaux de l'Ontario visaient à prodiguer des soins aux patients en attente d'un « autre niveau de soins » ailleurs. Il s'agit d'une hausse par rapport à 13,9 % en 2015–2016 et à 14,3 % en 2011–2012 [6]. Les jours-patients sont le nombre de jours où chacun des lits d'hôpital d'une région ou d'un établissement donné est occupé par un patient.

Le fait qu'une proportion importante de la disponibilité des lits d'hôpital soit utilisée pour des patients qui attendent d'obtenir des soins ailleurs est à la fois une cause et une conséquence des goulots d'étranglement du flux des patients entre les différentes parties du système de santé de l'Ontario.

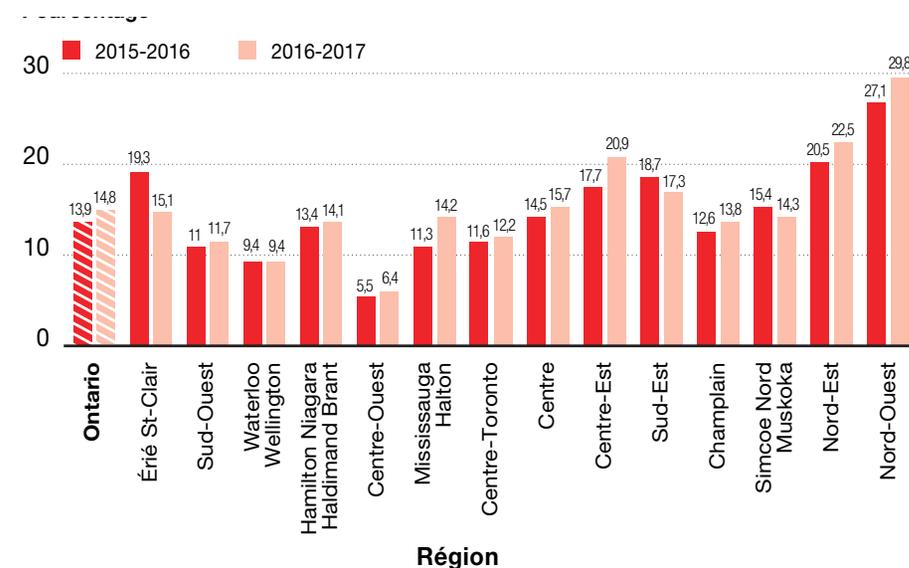
Les patients sont souvent coincés à l'hôpital parce que la transition vers les soins dont ils ont besoin ailleurs est bloquée. **En 2016–2017, dans l'ensemble de l'Ontario, environ la moitié des jours d'hospitalisation en attente d'un autre niveau de soins étaient utilisés pour des patients qui attendaient un lit dans un foyer de soins de longue durée, 11,7 % pour des patients en attente de services d'aide à la vie autonome et 11,1 % pour des patients en attente de soins à domicile** [7]. Ce blocage pourrait s'aggraver, car le temps d'attente médian pour le passage de l'hôpital à un foyer de soins de longue durée a augmenté de 31,4 % en 2016–2017. Pour obtenir plus de détails sur ce temps d'attente, veuillez consulter le chapitre sur les soins de longue durée.

Parallèlement, le fait d'avoir de nombreux patients hospitalisés qui devraient être ailleurs limite la capacité des hôpitaux d'accepter de nouveaux patients, comme ceux qui attendent dans leur service des urgences. Pour en savoir plus sur les temps d'attente pour les patients admis aux services des urgences, veuillez consulter le chapitre sur les soins hospitaliers.

En raison de ces goulots d'étranglement, il est possible que les patients qui attendent dans un lit d'hôpital, de même que ceux qui attendent aux services des urgences, reçoivent des soins qui sont loin d'être optimaux.

Les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins ont une incidence croissante, mais variable dans différentes régions de l'Ontario. **La proportion de tous les jours-patients pendant lesquels des lits d'hôpitaux étaient occupés par des patients en attente de recevoir des soins ailleurs a augmenté dans la plupart des régions en 2016–2017, allant de 6,4 % à 29,8 %.** (Figure 3,1)

FIGURE 3,1 Pourcentage de lits d'hôpitaux de jours-patients qui étaient occupés par des patients qui attendaient de recevoir des soins ailleurs, par région, en Ontario, 2015–2016 et 2016–2017



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

La proportion de patients qui ont affirmé avoir été en mesure de consulter un spécialiste moins de 30 jours après l'aiguillage a chuté à 32 %

En 2017, parmi les Ontariens âgés de 16 ans et plus ayant besoin de soins allant au-delà de ce qu'un médecin de famille ou un infirmier praticien pouvait offrir, **32,3 % ont déclaré avoir vu un spécialiste moins de 30 jours après avoir**

été aiguillé vers celui-ci. Cela constituait une **diminution par rapport à 37,8 %, en 2016.**

La proportion de personnes ayant déclaré avoir vu un spécialiste en moins de 30 jours était plus basse en 2017 que pendant n'importe quelle année

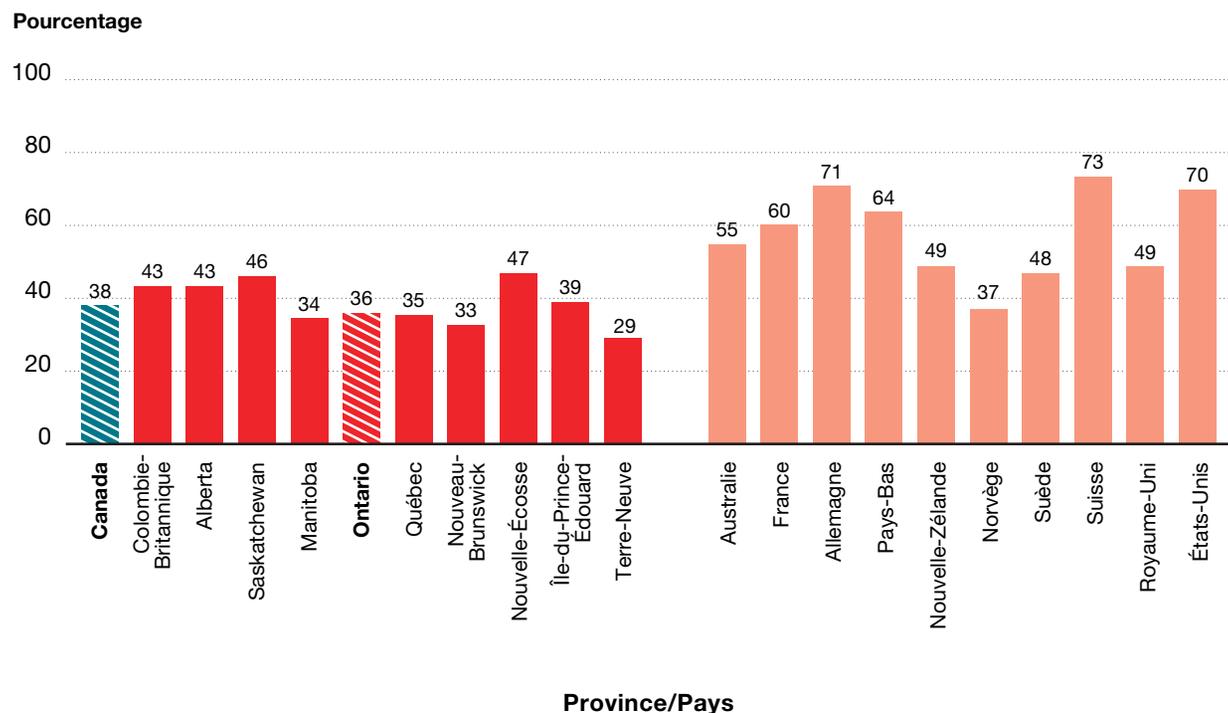
depuis 2013, alors qu'elle était de 37,6 %. De plus, en 2017, **34,2 % des personnes ont déclaré avoir attendu de 30 à 89 jours** pour consulter un spécialiste et **33,5 % ont dit qu'elles avaient attendu 90 jours ou plus.**

Dans l'ensemble de la province, la proportion de personnes ayant déclaré avoir vu un spécialiste en moins de 30 jours variait selon la région, allant de 25,8 % à 39,4 %.

Une étude internationale a démontré que le rendement de l'Ontario en matière de temps d'attente pour consulter un spécialiste **se situait dans la moyenne des provinces du Canada en 2016.** La proportion de personnes âgées de 18 ans et plus qui ont déclaré pouvoir consulter un spécialiste dans un délai de quatre semaines variait de 29 % à Terre-Neuve à 47 % en Nouvelle-Écosse, comparativement à 36 % en Ontario. (Figure 3,2)

Cependant, lorsque l'on **compare l'Ontario avec des pays semblables sur le plan socioéconomique à l'échelle internationale, on remarque que son rendement se situe parmi les plus faibles**, juste en dessous de la Norvège, à 37 %, tout en étant largement inférieur à celui de la Suisse, à 73 %. (Figure 3,2)

FIGURE 3,2 Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui ont eu besoin de consulter un spécialiste au cours des deux années précédentes et qui ont déclaré avoir vu un spécialiste dans les quatre semaines suivant l'aiguillage, au Canada et à l'étranger, 2016



Source des données : Sondage international réalisé par le Fonds du Commonwealth, 2016

Les patients affirment que les médecins ne reçoivent pas toujours des mises à jour sur leurs soins

Un sondage effectué auprès des Ontariens de 16 ans et plus en 2017 a révélé que parmi les personnes qui avaient consulté un spécialiste dans les 12 mois précédents, environ une sur cinq a

déclaré que **son médecin de famille ou son autre fournisseur de soins primaires attiré ne semblait pas informé et au courant des soins qu'elle avait reçus auprès de son spécialiste.**

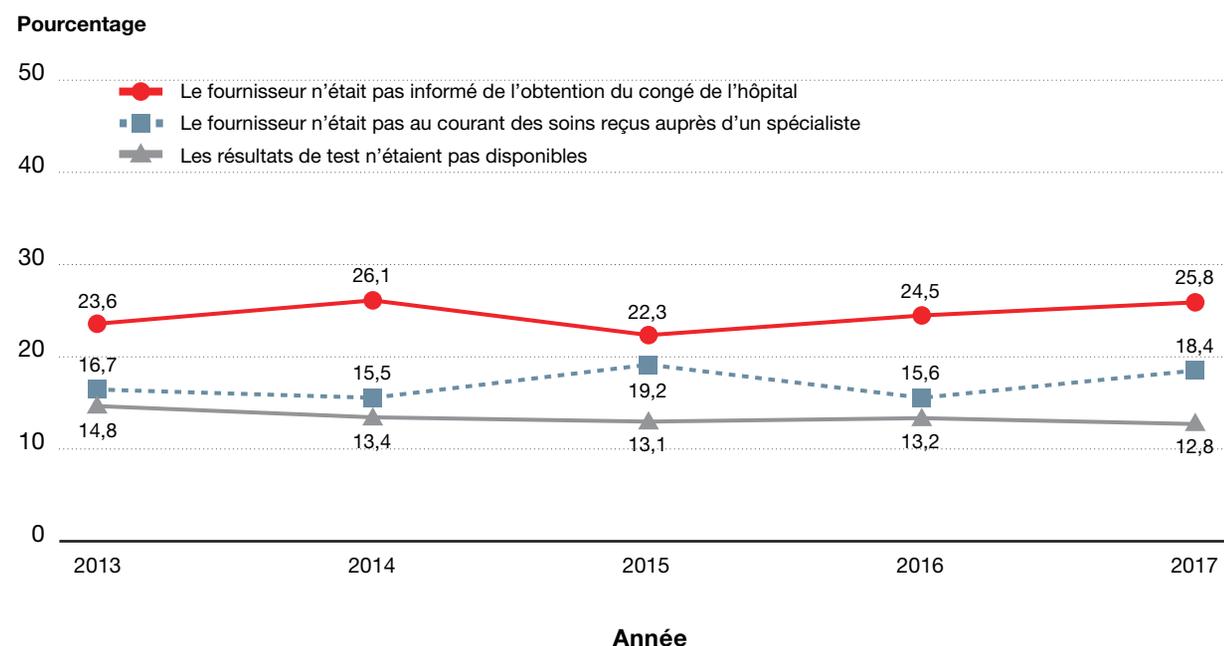
Parmi les répondants au sondage qui avaient été admis à l'hôpital au cours des 12 mois précédents, environ un sur quatre a déclaré que **son fournisseur de soins primaires attiré n'était pas au courant de son hospitalisation** après l'obtention de son congé.

Parmi tous les répondants qui avaient passé un test médical au cours des 12 mois précédents, environ un sur huit a déclaré que les **résultats du test n'étaient pas disponibles au moment du rendez-vous fixé** avec son fournisseur.

Les lacunes en matière de communication entre les hôpitaux, les spécialistes et les fournisseurs de soins primaires, ainsi que les retards d'obtention de résultats de tests, ont une incidence sur la qualité des soins que les patients reçoivent, en plus de gaspiller du temps et des ressources.

La proportion de répondants qui ont déclaré que les résultats de leur test n'étaient pas disponibles a diminué légèrement entre 2013 et 2017, passant de 14,8 % à 12,8 %. (Figure 3,3)

FIGURE 3,3 Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré que leur fournisseur ne semblait pas informé et au courant des soins qu'elles avaient reçus auprès de leur spécialiste; que les résultats d'un test qu'elles avaient subi au cours des 12 mois précédents n'étaient pas disponibles au moment du rendez-vous fixé avec leur fournisseur; ou que leur fournisseur n'était pas au courant de l'obtention de leur congé de l'hôpital, en Ontario, 2013–2017



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.

Remarque : Aucune

Moins de la moitié des personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque ou MPOC ont une consultation de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital

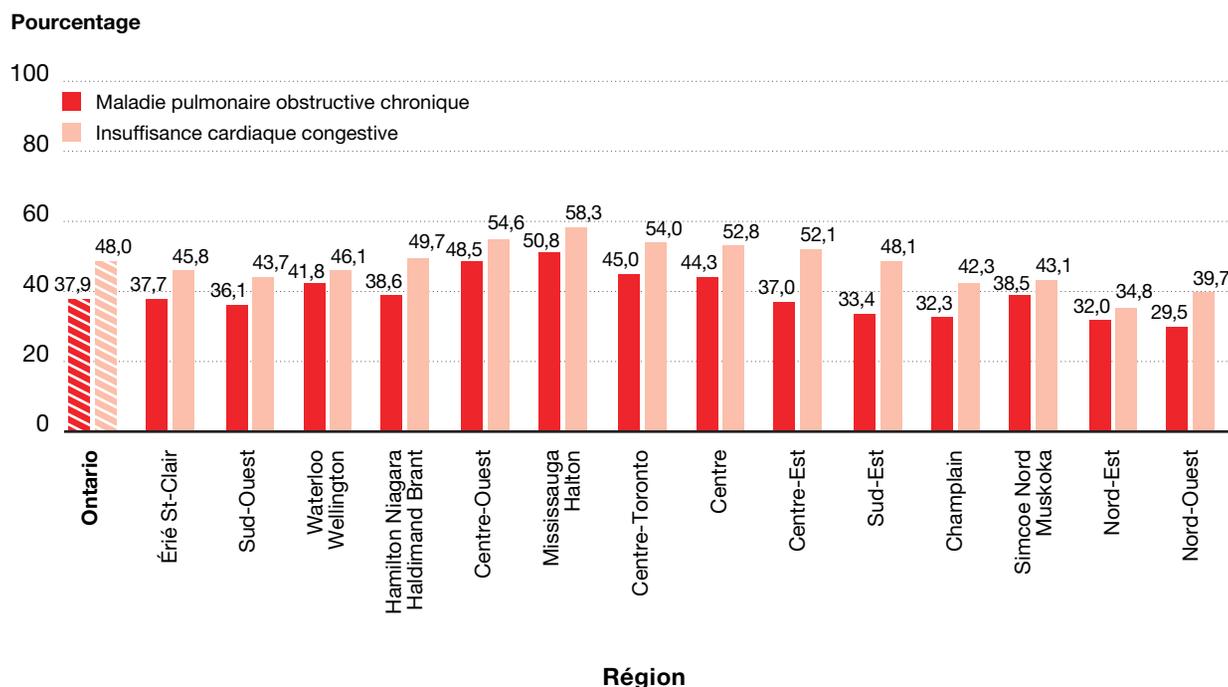
En 2016–2017, à l'échelle de l'Ontario, **48,0 % des personnes âgées de 40 ans et plus hospitalisées pour insuffisance cardiaque et 37,9 % de celles hospitalisées pour maladie**

pulmonaire obstructive chronique MPOC ont vu un médecin de soins primaires ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé.

Les taux de ces consultations de suivi effectuées par les patients atteints ces deux maladies très graves n'ont pas beaucoup changé depuis 2005–2006.

Les taux de consultations de **suivi variaient d'une région à l'autre de l'Ontario**, allant de 35 % à 58 % pour l'insuffisance cardiaque et de 29 % à 51 % concernant la maladie pulmonaire obstructive chronique. Les taux étaient généralement plus élevés dans les régions centrales de la province. (Figure 3,4)

FIGURE 3,4 Pourcentage de patients âgés de 40 ans et plus qui ont consulté un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisés pour une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou une insuffisance cardiaque, par région, en Ontario, 2016–2017



Une consultation de suivi avec un professionnel de la santé comme un médecin peu de temps après l'obtention du congé de l'hôpital peut aider un patient à mieux prendre en charge son état de santé et réduire la nécessité d'une réhospitalisation [8].

Puisque les données présentées ici comprennent uniquement les consultations de suivi avec un médecin de famille ou un spécialiste, il est possible que les patients aient consulté un autre professionnel de la santé après l'obtention du congé.

Source des données : Base de données sur les congés des patients, Base de données sur les demandes de règlement de l'Assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les médecins, Base de données sur les personnes inscrites, fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences

Remarque : Pourcentages ajustés selon l'âge et le sexe

Indicateurs

Lits d'hôpitaux occupés par des patients qui attendent de recevoir des soins ailleurs : Cet indicateur examine le nombre de « jours-patients », le total de tous les jours où chaque lit d'hôpital était occupé par un patient, afin de mesurer le pourcentage de lits d'hôpitaux de jours-patients qui étaient occupés par des patients considérés comme ayant besoin d'un autre niveau de soins, comme des soins de longue durée ou des soins à domicile.

Le fait que les lits soient occupés par des patients qui pourraient être ailleurs pourrait avoir une incidence sur la capacité des hôpitaux à fournir des services à d'autres patients nécessitant des soins hospitaliers. En outre, les patients qui attendent à l'hôpital risquent davantage d'être exposés aux infections que s'ils étaient ailleurs. Ils peuvent également perdre une certaine capacité de vaquer à leurs activités et se sentir socialement isolés.

Temps d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste :

Pourcentages de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré dans un sondage qu'elles avaient vu un spécialiste dans un délai de : moins de 30 jours, 30 à 89 jours ou 90 jours ou plus après l'aiguillage par un fournisseur de soins primaires.

La prestation en temps voulu est un aspect essentiel de l'accès aux soins et un élément important de la mesure des transitions en matière de soins.

Résultats de tests non disponibles : Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré dans un sondage que les résultats d'un test qu'elles avaient subi au cours des 12 mois précédents n'étaient pas disponibles au moment du rendez-vous fixé avec leur fournisseur de soins primaires, parmi celles qui avaient un fournisseur de soins primaires et qui avaient subi un test médical au cours des 12 mois précédents.

Le fait de ne pas obtenir ses résultats de tests en temps opportun peut avoir une incidence sur les soins que les patients reçoivent.

Fournisseur de soins primaires informé des soins spécialisés :

Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré dans un sondage que leur fournisseur de soins primaires semblait informé et au courant des soins qu'elles ont reçus auprès de leur spécialiste, parmi celles qui avaient un fournisseur de soins primaires attiré et qui avaient consulté un spécialiste dans les 12 mois précédents.

Le manque de communication entre les spécialistes et les fournisseurs de soins primaires peut avoir une incidence sur les soins que les patients reçoivent.

Fournisseur de soins primaires au courant de l'hospitalisation :

Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré dans un sondage que leur fournisseur de soins primaires semblait au courant de leur hospitalisation, parmi celles qui avaient un fournisseur de soins primaires et qui avaient été admises à l'hôpital au cours des 12 mois précédents.

Le manque de communication entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires peut avoir une incidence sur les soins que les patients reçoivent.

Suivi après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire obstructive chronique : Pourcentages de patients âgés de 40 ans et plus qui ont été vus par un médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisés pour une insuffisance cardiaque ou une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Une consultation de suivi avec un professionnel de la santé comme un médecin peu de temps après l'obtention du congé après avoir été hospitalisé pour une insuffisance cardiaque ou une maladie pulmonaire obstructive chronique peut aider le patient à mieux prendre en charge son état de santé et réduire la nécessité d'une réhospitalisation.

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur relatif aux transitions entre les soins, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca.



Soins hospitaliers

Les hôpitaux jouent un rôle essentiel dans le système de soins de santé. Les 141 associations hospitalières publiques de l'Ontario, qui regroupent environ 228 établissements hospitaliers [9], offrent un large éventail de services aux patients hospitalisés et aux patients externes d'une population croissante qui compte plus de 14 millions de personnes.

Collectivement, les hôpitaux de l'Ontario prodiguent des soins à plus d'un million de patients hospitalisés par année [10], y compris environ 350 000 personnes qui subissent une intervention chirurgicale. Ils opèrent aussi 1,2 million de patients externes [11] et offrent des soins ambulatoires et des consultations aux services des urgences à des millions d'autres patients.

Les gens attendent plus longtemps pour une arthroplastie de la hanche ou du genou

Plus de patients doivent attendre plus longtemps que le temps d'attente maximal recommandé par l'Ontario pour subir une arthroplastie de la hanche ou du genou.

Ce temps d'attente cible varie selon le niveau de priorité attribué à l'intervention chirurgicale du patient, qui est fondé sur son état. Dans l'ensemble, 90 % des interventions chirurgicales sont censées être effectuées dans le temps d'attente cible pour leur niveau de priorité.

En 2017–2018, **73,7 % des patients ont subi leur arthroplastie du genou dans le délai ciblé, tout comme 78 % des patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche.**

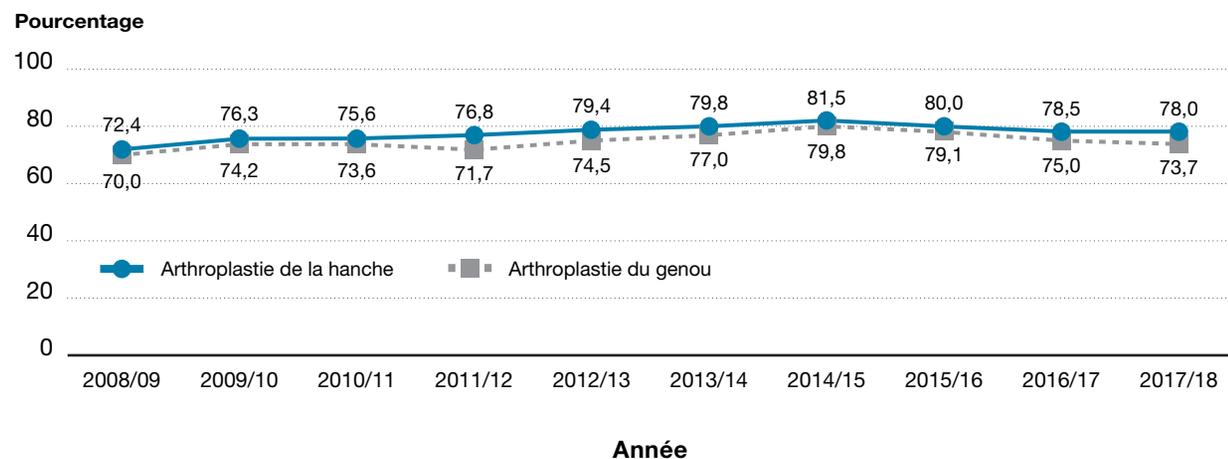
Les pourcentages de patients qui ont subi leur intervention chirurgicale dans le délai ciblé ont diminué au cours des dernières années pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Un nombre légèrement plus élevé de ces interventions chirurgicales ont été effectuées dans les délais cibles en 2017–2018 comparativement à 2008–2009. (Figure 4,1)

Les temps d'attente pour une intervention chirurgicale variaient considérablement d'un hôpital à l'autre. Par exemple, la proportion de patients qui ont subi leur chirurgie dans le délai ciblé variait de 7 % à 100 % selon les hôpitaux pour l'arthroplastie du genou et de 6 % à 100 % pour l'arthroplastie de la hanche.

Parmi les patients qui ont subi une intervention chirurgicale oncologique, 87,3 % ont été opérés à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé pour le niveau de priorité qui leur a été attribué en 2017–2018, ce qui constitue une amélioration de 70,9 % par rapport à 2008–2009. **Les temps d'attente cibles ont été respectés pour 95 % des patients qui ont subi une chirurgie générale, ce qui constitue une augmentation de 90,6 % par rapport à 2008–2009.**

L'Ontario a également établi des temps d'attente maximaux recommandés pour un premier rendez-vous avec un chirurgien, qui varient également selon le niveau de priorité. Ce temps d'attente est mesuré à partir de la date à laquelle le patient est aiguillé vers le chirurgien jusqu'à la date du rendez-vous. À l'échelle de la province en 2017–2018, **plus de 90 % des patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou une chirurgie générale ont obtenu leur premier rendez-vous avec un chirurgien dans le délai ciblé. Parmi les patients qui ont subi une intervention chirurgicale oncologique, 86,6 % ont obtenu leur premier rendez-vous dans le délai ciblé, tout comme 88,9 % des patients qui ont subi une arthroplastie du genou.**

FIGURE 4,1 Pourcentage d'arthroplasties de la hanche et du genou réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé, en Ontario, 2008–2009 à 2017–2018



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

Les temps d'attente s'allongent pour les patients admis aux services des urgences

Les consultations aux services des urgences de l'Ontario ont augmenté de 11,3 % au cours des six dernières années, soit de 5,3 millions en 2011–2012 à 5,9 millions en 2017–2018. Les consultations par des patients ayant des états pathologiques de gravité élevée, c'est-à-dire ceux qui présentent des affections plus sérieuses, ont augmenté de 26 %, soit de 3,3 millions à 4,1 millions.*[12]

Le temps d'attente moyen aux services des urgences pour les patients admis à l'hôpital à partir des urgences a grimpé à 16,0 heures en 2017–2018, ce qui constitue une hausse par

rapport à 15,3 heures l'année précédente, à 13,8 heures il y deux ans et à 14,8 heures en 2011–2012. (Figure 4,2)

Le nombre élevé de lits d'hôpitaux occupés par des patients en attente d'un « autre niveau de soins », par exemple une place dans un foyer de soins de longue durée ou une résidence offrant des services d'aide à la vie autonome, a été cité par les fournisseurs de soins et les chercheurs comme l'une des principales causes des longs temps d'attente aux services des urgences pour les personnes admises à l'hôpital [13].

Pour les patients qui n'ont pas été admis à l'hôpital, le temps passé aux services des urgences est demeuré relativement stable.

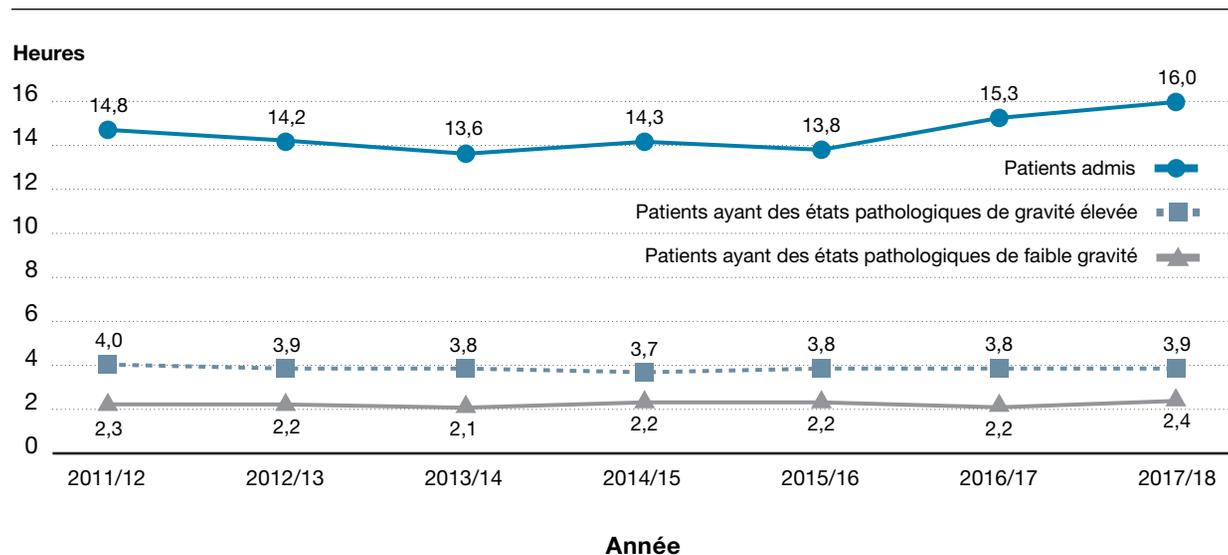
En 2017–2018, les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée qui ont obtenu leur congé ont passé en moyenne 3,9 heures aux services des urgences et les patients ayant des états pathologiques de faible gravité qui ont obtenu leur congé y ont passé en moyenne 2,4 heures.

La durée du séjour aux services des urgences maximale recommandée à l'échelle provinciale est de 8 heures pour les patients admis, de 8 heures pour les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée qui ont obtenu leur congé et de 4 heures pour les patients ayant des états pathologiques de faible gravité qui ont obtenu leur congé; cette cible doit être atteinte pour 90 % des patients. En 2017–2018, **35,5 % des patients admis, 93,4 % des patients ayant des états pathologiques de gravité élevée qui ont obtenu leur congé et 87,2 % des patients ayant des états pathologiques de faible gravité qui ont obtenu leur congé ont terminé leur visite dans le temps d'attente ciblé.**

Le temps passé aux services des urgences a varié un peu d'une région à l'autre de l'Ontario. La plus grande variation régionale concernait la durée moyenne du séjour des patients admis, qui se situait entre 10,7 heures et 21,1 heures.

*Les données sur cette page ne comprennent que les visites aux services d'urgence dans les hôpitaux qui signalent les temps d'attente d'urgence.

FIGURE 4,2 Temps moyen passé au service des urgences, par catégorie de gravité chez les patients, en Ontario, 2011–2012 à 2017–2018



Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par le Programme d'accès aux soins, Action Cancer Ontario

Six personnes sur dix évaluent positivement leur service des urgences

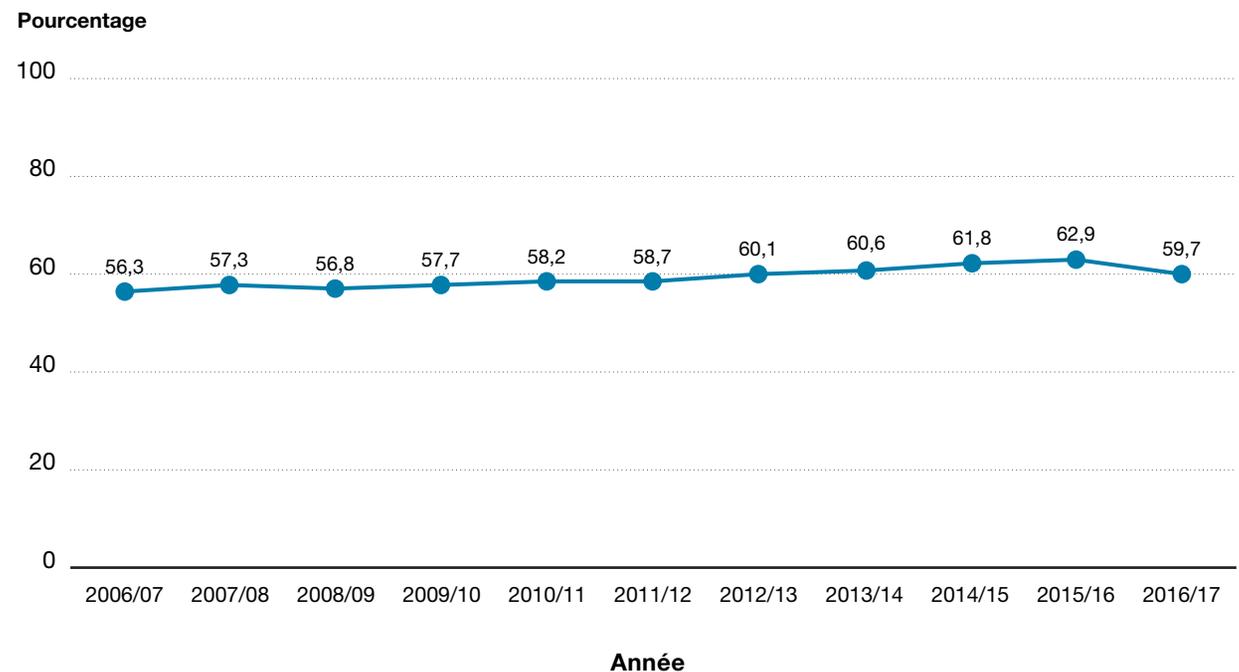
En 2016–2017, 59,7 % des patients interrogés ont déclaré qu'ils recommanderaient sans aucun doute le service des urgences qu'ils ont visité à leur famille et leurs amis.

Cela était légèrement inférieur au 62,9 % des patients qui ont déclaré avoir cette opinion en 2015–2016, mais légèrement supérieur au 56,3 % des patients qui ont déclaré la même chose en 2006–2007. (Figure 4,3)

Cet indicateur a atteint un maximum en 2015–2016, lorsque 62,9 % des répondants ont déclaré qu'ils recommanderaient sans aucun doute le service des urgences qu'ils ont visité.

Les évaluations des services des urgences par les patients variaient considérablement selon la région. Au sein des régions pour lesquelles des données étaient disponibles, la proportion de patients qui recommanderaient sans aucun doute le service des urgences qu'ils ont visité variait de 45,5 % à 71,3 %.

FIGURE 4,3 Pourcentage de répondants au sondage qui ont déclaré qu'ils recommanderaient sans aucun doute leur service des urgences à leurs amis et leur famille, en Ontario, 2006–2007 à 2016–2017



Source des données : National Research Corporation Health, données fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario

Sécurité des patients : les infections à la bactérie *C. difficile* affichent un déclin, mais le taux de traumatismes obstétricaux demeure inchangé

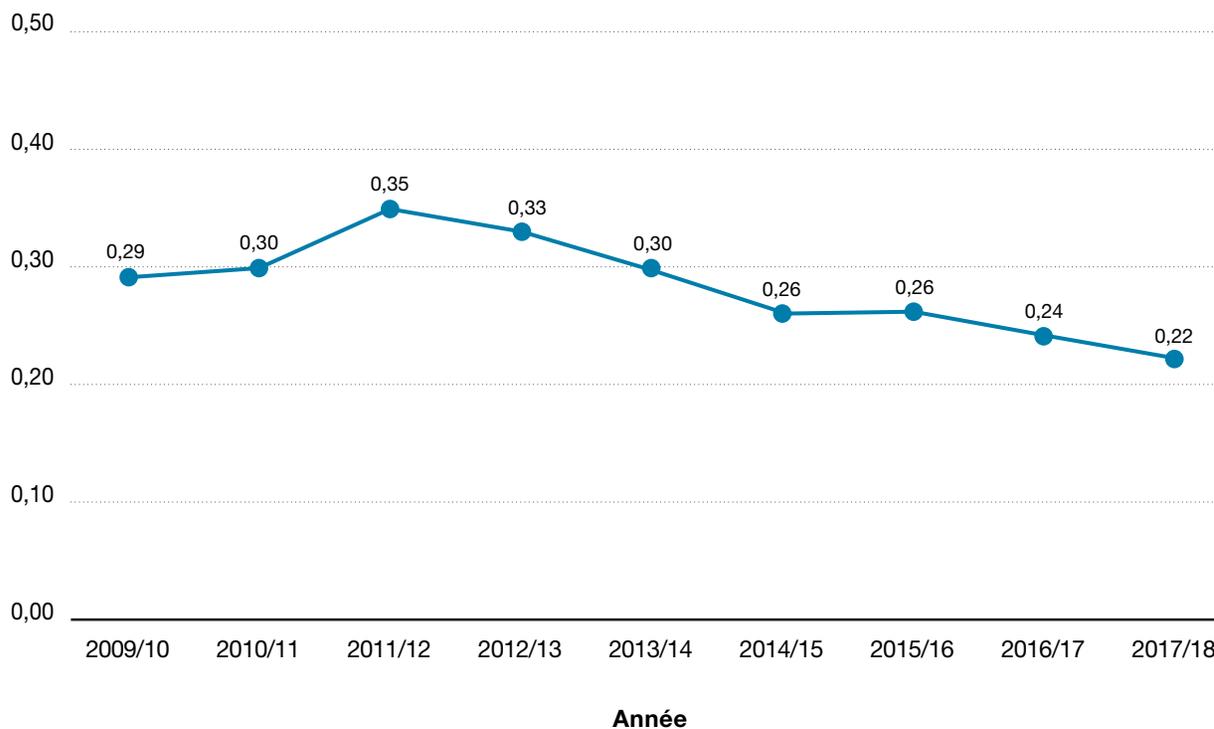
Le **taux d'infections à la bactérie *C. difficile* contractées dans les hôpitaux a diminué de façon constante en Ontario au cours des dernières années, passant de 0,35 cas par 1 000 jours-patients en 2011–2012 à 0,22 cas en 2017–2018**. Les jours-patients représentent les jours que chacun des lits de l'hôpital était occupé. (Figure 4,4)

C. difficile (*Clostridium difficile*) est une bactérie qui peut proliférer dans l'intestin. Elle peut causer de la diarrhée, de la fièvre et même la mort [14] et elle peut être transmise entre les patients de l'hôpital par le personnel ou les visiteurs. Les infections à *C. difficile* ne peuvent pas être éradiquées, mais les hôpitaux ont réduit leur propagation grâce à des programmes de prévention et de contrôle des infections.

En 2017–2018, les taux d'infection à la bactérie *C. difficile* variaient de 0,08 à 0,25 cas par 1 000 jours-patients d'une région à l'autre de l'Ontario.

FIGURE 4,4 Taux de infections à la bactérie *C. difficile* contractées dans les hôpitaux par tranche de 1 000 jours-patients, en Ontario, 2009–2010 à 2017–2018

Taux par tranche de 1 000 jours-patients hospitalisés



Source des données : Initiative de production de rapports par l'organisme, fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

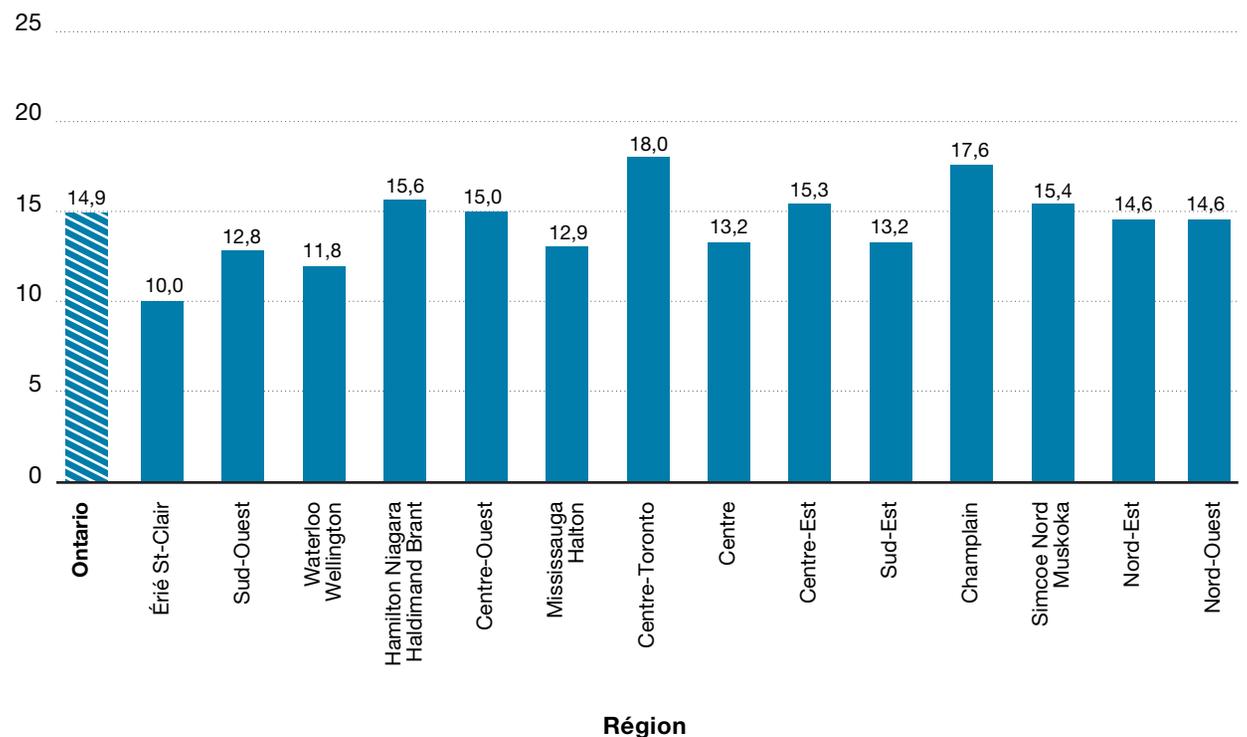
Le taux de traumatismes obstétriques pendant les accouchements par voie vaginale avec l'aide d'un instrument qui ont lieu à l'hôpital, c'est-à-dire 14,9 pour 100 de ces naissances, est demeuré essentiellement inchangé en Ontario depuis 2012–2013.

Les accouchements sont la cause la plus courante des admissions à l'hôpital en Ontario. Un instrument est utilisé au cours d'environ 12 % des accouchements par voie vaginale qui ont lieu dans les hôpitaux de la province chaque année. Les instruments visant à faciliter l'accouchement comprennent les forceps et les ventouses obstétricales. Dans le contexte de cet indicateur, les traumatismes obstétriques comprennent les lacérations au troisième degré ou plus graves, ou les autres blessures aux organes pelviens.

Le taux de traumatismes obstétriques varie de 10,0 à 18,0 pour 100 accouchements par voie vaginale avec l'aide d'un instrument d'une région à l'autre de l'Ontario. (Figure 4,5)

FIGURE 4,5 Taux de traumatismes obstétrique par tranche de 100 accouchements par voie vaginale avec l'aide d'un instrument, par région, en Ontario, 2016–2017

Taux par tranche de 100 accouchements par voie vaginale avec l'aide d'un instrument



Source des données : Base de données sur les congés des patients, fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé
 Remarque : Taux ajustés en fonction des risques

Optimiser la qualité des soins chirurgicaux

Les hôpitaux de l'Ontario s'engagent à améliorer la sécurité des patients et les soins chirurgicaux. En juin 2018, environ 77 % des interventions chirurgicales ont été effectuées dans des hôpitaux qui faisaient partie du Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario.

Les 46 établissements hospitaliers de la province qui sont membres du réseau utilisent des données chirurgicales comme fondement pour offrir de meilleurs soins avant, pendant et après la chirurgie des patients. Les établissements membres de ce réseau respectent les principes établis par un programme international d'amélioration des soins chirurgicaux des États-Unis, qui contribue à soutenir l'amélioration de deux façons. Il donne à chaque membre un aperçu de son rendement en matière de soins chirurgicaux en comparant ses résultats pour des interventions chirurgicales précises avec ceux de l'ensemble des membres. Ces comparaisons permettent de cibler les domaines dans lesquels les chirurgiens de tout établissement membre peuvent apporter des améliorations. Il offre également des pratiques exemplaires que les hôpitaux peuvent utiliser pour assurer de meilleurs résultats.

Quinze autres établissements hospitaliers se sont joints au réseau pendant la première moitié de 2018.

Hôpitaux du Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario

Sud-Ouest

Grey Bruce Health Services	Owen Sound
London Health Sciences Centre, Children's Hospital	London
London Health Sciences Centre, Hôpital universitaire	London
London Health Sciences Centre, Victoria Hospital	London

Waterloo Wellington

Hôpital Memorial de Cambridge	Cambridge
Hôpital Grand River, campus Kitchener-Waterloo	Kitchener
Hôpital général de Guelph	Guelph

Hamilton Niagara Haldimand Brant

Hamilton Health Sciences, Hôpital général de Hamilton	Hamilton
Hamilton Health Sciences, Hôpital Juravinski	Hamilton
Hôpital McMaster pour enfants	Hamilton
Système de santé de Niagara, site St. Catharines	St. Catharines
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton	Hamilton

Centre-Ouest

William Osler Health Centre, Hôpital Civic de Brampton	Brampton
William Osler Health Centre, Hôpital général d'Etobicoke	Etobicoke

Mississauga Halton

Halton Healthcare, Hôpital Trafalgar Memorial d'Oakville	Oakville
--	----------

Centre-Toronto

Hôpital Michael Garron	East York
The Hospital for Sick Children	Toronto
Système de santé Sinai, Hôpital Mount Sinai	Toronto
Centre de santé de St-Joseph, Toronto	Toronto
Hôpital St. Michael	Toronto
Centre Sunnybrook des sciences de la santé	Toronto
Réseau universitaire de santé, Hôpital Princess Margaret	Toronto
Réseau universitaire de santé, Hôpital Toronto General	Toronto
Réseau universitaire de santé, Hôpital Toronto Western	Toronto

Centre

Hôpital Humber River	Toronto
Hôpital Mackenzie Health	Richmond Hill
Hôpital de Markham-Stouffville	Markham
Hôpital général de North York	North York
Centre de santé régional Southlake	Newmarket

Centre-Est

Lakeridge Health, Oshawa Hospital	Oshawa
Centre régional de santé de Peterborough	Peterborough
Hôpital de Scarborough	Scarborough

Sud-Est

Kingston Health Sciences Centre, Hôpital général de Kingston	Kingston
Association des soins de santé de Quinte	Belleville

Champlain

L'Hôpital Montfort	Ottawa
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Ottawa
L'Hôpital d'Ottawa	Ottawa
Hôpital régional de Pembroke	Pembroke
Hôpital Queensway Carleton	Ottawa
Hôpital Victoria de Renfrew	Renfrew

Simcoe Nord Muskoka

Hôpital General and Marine de Collingwood	Collingwood
Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia	Orillia

Nord-Est

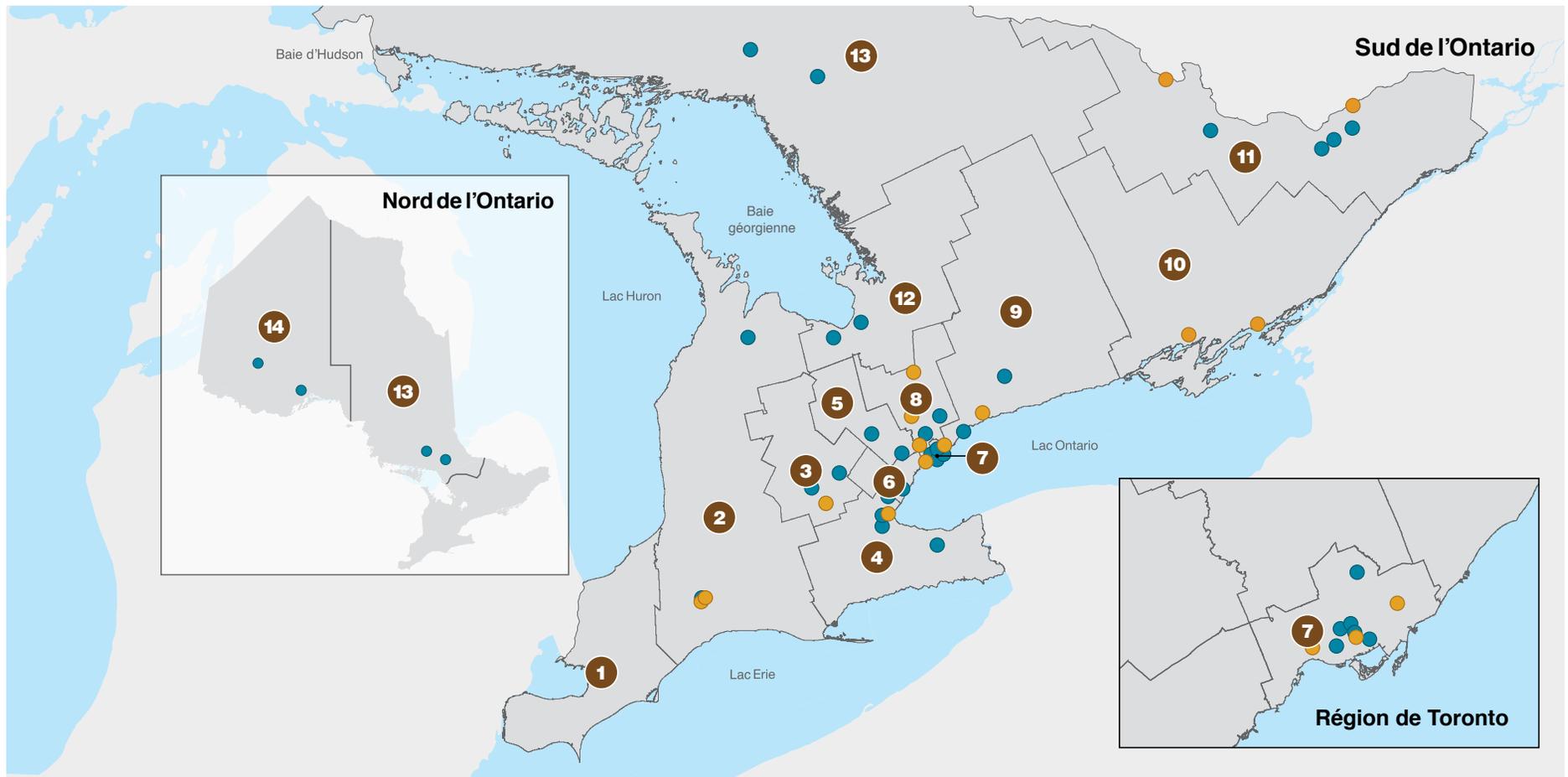
Horizon Santé-Nord, Centre de santé lac Ramsey	Sudbury
Centre régional de santé de North Bay	North Bay

Nord-Ouest

Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout	Sioux Lookout
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	Thunder Bay

Remarque : Les établissements ajoutés en 2018 sont en or.

FIGURE 4,6 Réseau des hôpitaux de l'Ontario pour l'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux par région



Régions de l'Ontario

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

Indicators

Temps d'attente pour les chirurgies (intervention chirurgicale oncologique, arthroplastie de la hanche, arthroplastie du genou ou chirurgie générale) : Pourcentage de patients dont la chirurgie a été effectuée à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé pour son niveau de priorité; le temps d'attente est mesuré à partir de la date à laquelle le patient ainsi que le chirurgien ou le spécialiste ont décidé d'aller de l'avant avec la chirurgie jusqu'à la date à laquelle la chirurgie a été effectuée.

Les patients peuvent ressentir de la douleur, de l'inconfort et une détérioration pendant qu'ils attendent une intervention chirurgicale, et les tumeurs de patients atteints d'un cancer peuvent croître ou se propager.

Temps d'attente pour voir un chirurgien (intervention chirurgicale oncologique, arthroplastie de la hanche, arthroplastie du genou ou chirurgie générale) : Pourcentage de patients dont le premier rendez-vous avec un chirurgien a eu lieu à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé pour son niveau de priorité; le temps d'attente est mesuré à partir de la date à laquelle l'aiguillage a été reçu par le cabinet du chirurgien, ou un bureau d'admission centralisé, jusqu'à la date de la première consultation du patient avec le chirurgien.

Il est important que les patients consultent rapidement un chirurgien, car ils peuvent éprouver de la détresse émotionnelle, de la douleur et de l'inconfort pendant qu'ils attendent.

Infections à la bactérie *C. difficile* contractées dans les hôpitaux :

Nombre de cas d'infections à la bactérie *C. difficile* contractées dans les hôpitaux (*Clostridium difficile*) par 1 000 jours-patients.

*L'infection à la bactérie *C. difficile* peut causer de la diarrhée grave, de la fièvre, des douleurs abdominales et même la mort [15].*

Durée du séjour aux services des urgences : Temps total que les patients passent au service des urgences, à partir du moment du triage ou de l'inscription, selon ce qui se produit en premier, jusqu'à ce qu'ils obtiennent leur congé pour retourner à la maison, ou qu'ils soient admis dans un lit d'hôpital ou transférés à un autre établissement de soins actifs.

Les longs séjours aux services des urgences peuvent retarder la prestation des soins dont les patients ont besoin, en plus d'être inconfortables.

Recommandation du service des urgences par les patients : Le pourcentage de patients interrogés qui ont déclaré qu'ils recommanderaient "définitivement" leur service d'urgence à leur famille et à leurs amis.

La satisfaction des patients est un élément clé des soins axés sur les patients.

Traumatismes obstétricaux pendant les accouchements par voie vaginale avec l'aide d'un instrument :

Nombre de cas de traumatismes obstétricaux (lacérations au troisième degré ou plus graves, ou autres blessures obstétricaux aux organes pelviens) pour 100 accouchements par voie vaginale avec l'aide d'un instrument.

Les soins obstétricaux représentent un volume élevé des séjours des patients hospitalisés.

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur relatif aux soins hospitaliers, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca.

Histoire de Jeff, Calder et Kim :

Quatre jours en urgence

Jeff* s'est rendu au service des urgences de l'hôpital rural de sa région pour demander de l'aide pendant une crise de santé mentale. Sa famille et lui étaient loin de s'imaginer qu'il attendrait là-bas pendant quatre jours.

(Suite à la page suivante.)

Par une froide et venteuse soirée de février en 2016, un vendredi, Jeff a terminé un dîner familial à la maison et a marché 15 minutes sous le verglas et la neige jusqu'au service des urgences de l'hôpital de sa ville natale d'Española, dans le Nord-Est de l'Ontario. L'homme de 18 ans éprouvait des symptômes de dépression par intermittence depuis deux ans, mais ce soir-là, il était devenu débordé et désespéré et avait atteint un point critique. Il avait besoin de parler à quelqu'un et il ne savait pas où aller.

En situation d'urgence, mais sans traitement

Le petit hôpital de la ville, situé à environ une heure de route à l'ouest de Sudbury, ne comptait aucun spécialiste en santé mentale parmi son personnel. Jeff a donc été évalué par un membre du personnel infirmier et un médecin urgentiste et il a parlé au téléphone avec un intervenant en crise de santé mentale par l'intermédiaire du Réseau Télémédecine Ontario. Le médecin urgentiste et l'intervenant du Réseau Télémédecine Ontario ont déterminé qu'il y avait lieu de recourir à la Formule 1, un document juridique délivré en vertu de la Loi sur la santé mentale, pour Jeff, ce qui signifie que les médecins estimaient qu'il présentait un danger pour lui-même ou pour autrui ou qu'il n'était pas en mesure de prendre soin de lui-même. La Formule 1 autorise l'hôpital à garder un patient en détention jusqu'à 72 heures pendant son admission dans un lit psychiatrique en particulier, jusqu'à ce qu'il fasse l'objet d'une évaluation psychiatrique.

Tout cela a été un choc pour les parents de Jeff, Calder* et Kim*, qui se sont précipités à l'hôpital dès qu'ils ont été au courant de la situation, pour trouver leur fils, seul et effrayé, dans une salle du service des urgences de l'hôpital.

« Les membres du personnel infirmier ont très bien traité notre fils, a indiqué Calder, mais ils ne sont pas formés pour s'occuper d'une personne qui vit une crise de santé mentale. Il n'a pas pu obtenir de soins de santé mentale. Nous ne savions pas quoi faire. C'était un cauchemar. »

En attente d'une évaluation psychiatrique

On a informé Calder et Kim que leur fils serait transféré dans un lit psychiatrique à Sudbury, mais qu'il n'y avait pas de lit disponible cette nuit-là, ils devraient donc attendre samedi matin à 9 heures. Mais lorsque l'hôpital a téléphoné à Sudbury le lendemain matin, il n'y avait toujours pas de lit.

« Ils ont continué d'essayer », dit Calder. « Chaque fois qu'ils nous ont dit qu'il n'y avait pas de lit, mon fils était de plus en plus vaincu. Nous étions tous. Nous venons de passer. Nous sommes venus là pour aider. Nous n'avons pas vu un médecin tout le week-end, ni même un conseiller. »

En vertu de la loi, les 72 heures prévues dans la Formule 1 ne commencent pas officiellement avant l'admission de Jeff dans le lit psychiatrique, et comme il n'y avait aucun lit disponible, il se pouvait que Jeff reste dans cet hôpital bien plus longtemps que 72 heures. Calder et Kim ont désespérément tenté de trouver un moyen de ramener leur fils à la maison avant, mais selon la Formule 1, l'hôpital aurait alors été tenu d'appeler la police pour qu'elle lui ramène Jeff compte tenu des préoccupations pour sa sécurité. Calder a appelé plusieurs organismes différents pour essayer de trouver un moyen d'obtenir de l'aide pour son fils et il a obtenu des renseignements contradictoires. Ils ont décidé d'attendre.

Transfert à l'hôpital de Sudbury

Après quatre jours au service des urgences, toujours sans avoir reçu de soins psychiatriques, Jeff a obtenu une place le mardi et a été transféré en ambulance à 11 heures et a été admis à l'hôpital de Sudbury à 12 h 30. Un psychiatre a évalué Jeff à 14 heures, et la famille était dans la voiture en direction de la maison vers 14 h 30.

« Le psychiatre avait le sourire aux lèvres », se souvient Calder, « comme si cela allait être une histoire à succès car il irait bien. Ce fut une bonne révélation pour nous. En fin de compte, cela a été vraiment bon, car cela nous a révélé beaucoup de choses pour nous en tant que parents. »

Calder et Kim ont pris des dispositions pour que Jeff reçoive des conseils pendant huit mois. Il a également consulté son médecin de famille qui lui a prescrit des médicaments. Il va maintenant beaucoup mieux, mais la famille vit encore le traumatisme causé par ces quatre jours au service des urgences. « Nous sommes tombés dans d'incroyables failles, souligne Calder. Personne qui veut de l'aide ne devrait se retrouver coincé de cette façon. Si mon fils s'était présenté au service des urgences avec une grave fracture à la jambe, il aurait vu un chirurgien orthopédique sur-le-champ. Pourquoi est-ce différent dans le cas d'une crise de santé mentale? »

L'expérience de Jeff a mené à la mise en place d'un projet de carrefour santé en milieu rural dans la région, qui permet d'assurer la présence quotidienne d'un psychiatre consultant par l'intermédiaire du Réseau Télémédecine Ontario afin d'évaluer les patients dans les hôpitaux ruraux.

*Les noms ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.



Maladies mentales et dépendances

Environ sept personnes en Ontario sur dix estiment que leur santé mentale est excellente ou très bonne et un peu plus de deux personnes sur dix estiment qu'elle est bonne [16]. Néanmoins, environ deux millions d'Ontariens consultent un médecin de famille ou un psychiatre pour un problème de santé mentale ou de dépendance chaque année [17].

Un grave problème de santé mentale ou de dépendance peut réduire l'espérance de vie d'une personne de 7 à 24 ans [18] et les problèmes de santé mentale figurent parmi les principales causes d'invalidité au Canada [19].

Les troubles de santé mentale font souvent leur apparition au cours de l'enfance ou de l'adolescence [20] et les personnes âgées de 15 à 24 ans font partie du groupe d'âge le plus susceptible d'avoir un trouble de l'humeur ou un trouble de consommation de substances [21, 22].

Réduction du nombre d'enfants et de jeunes qui reçoivent leurs premiers soins pour un problème de santé mentale au service des urgences

Parmi les enfants et les jeunes âgés d'au plus 24 ans qui se sont rendus au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance en 2016, environ **quatre sur dix n'avaient pas reçu des soins de santé mentale d'un médecin de famille, d'un pédiatre ou d'un psychiatre** au cours des

deux années précédentes. Cela constitue une amélioration comparativement à **il y a dix ans**, alors que **ce taux était d'environ cinq sur dix**. (Figure 5,1)

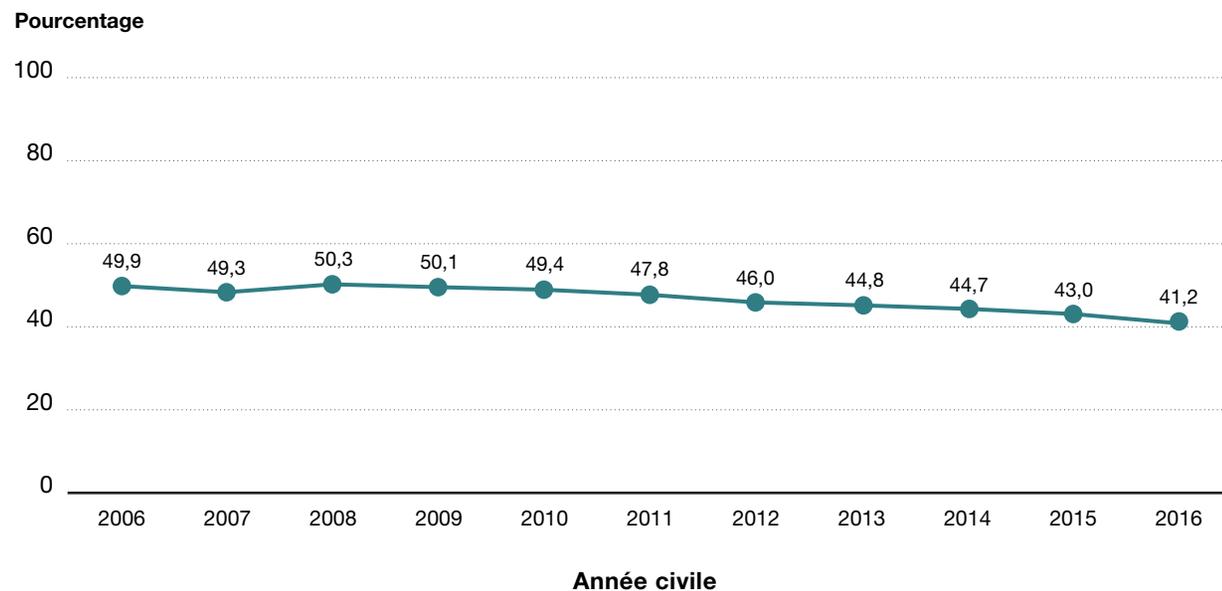
Ces premières consultations au service des urgences pour un problème de santé mentale ou

de dépendance peuvent indiquer que les gens n'ont pas obtenu dans la collectivité des soins en temps opportun qui auraient permis d'éviter de telles visites.

Certains des enfants et des jeunes qui n'ont pas consulté un médecin peuvent avoir reçu des soins de santé mentale d'un infirmier praticien, d'un psychologue ou d'un autre fournisseur de soins qui n'est pas un médecin dans la collectivité, mais des données sur ces consultations ne sont pas actuellement disponibles en Ontario.

Le taux de premières consultations au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance chez les enfants et les jeunes variait selon les régions de la province, allant de **37,7 % à 55,7 %** en 2016.

FIGURE 5,1 Pourcentage d'enfants et de jeunes âgés de 0 à 24 ans qui n'ont pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin, d'un pédiatre ou d'un psychiatre au cours des deux années précédant une consultation au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance, en Ontario, 2006–2016



Sources des données : Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario, Système d'information ontarien sur la santé mentale, Base de données sur les personnes inscrites, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les congés des patients, fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences

Remarque : Pourcentages ajustés selon l'âge et le sexe

Le taux de consultations de suivi avec un médecin après une hospitalisation varie d'une région à l'autre

On constate une variation importante d'une région à l'autre de la province quant au pourcentage de personnes qui ont été vues par un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisées pour un problème de santé mentale ou de dépendance. (Figure 5,2)

Dans la région du Nord-Ouest, environ une personne sur quatre qui a été hospitalisée pour cause de maladie mentale ou de dépendance a eu une consultation de suivi, comparativement à environ **une personne sur deux dans la région du Centre de Toronto.**

La prestation en temps voulu de soins de suivi par un médecin après l'obtention du congé de l'hôpital peut faciliter la transition vers l'obtention de soins de santé mentale dans la collectivité et peut aider à prévenir un retour à l'hôpital [23].

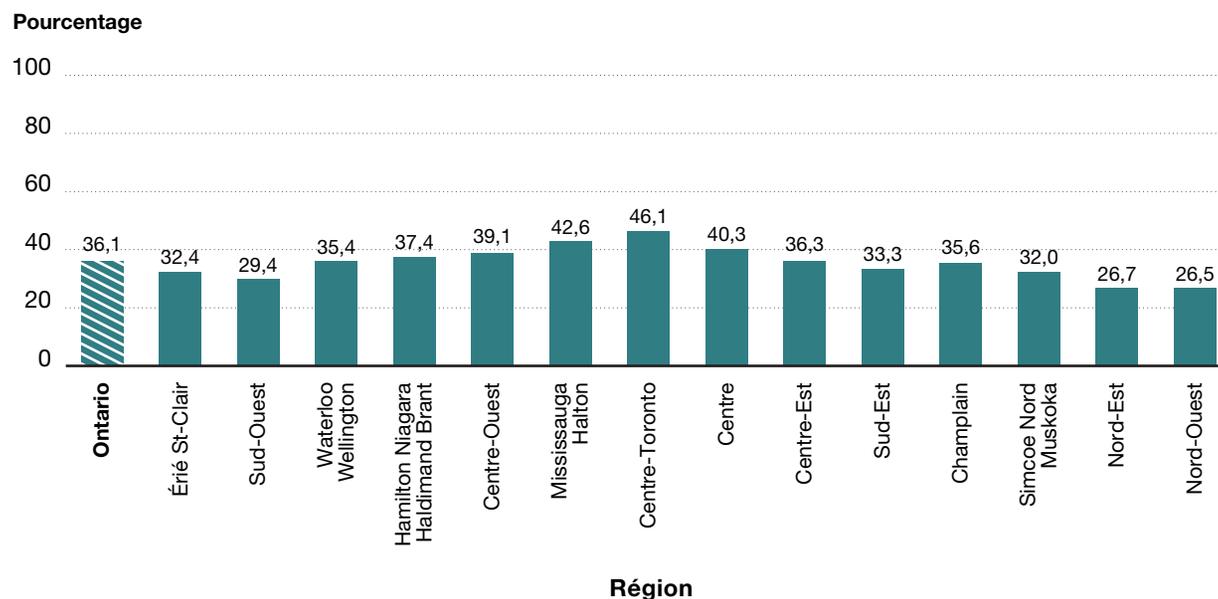
Certaines personnes qui n'ont pas eu de visite de suivi chez un médecin en ont peut-être eu une avec une infirmière praticienne, un psychologue ou un autre non-médecin de la communauté, mais les données sur ces visites ne sont pas disponibles pour l'Ontario.

De plus, les visites de suivi avec un médecin variaient considérablement selon le revenu du quartier.

Parmi les personnes qui vivaient dans les quartiers les plus riches, environ quatre sur dix ont été vues par un médecin dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après une hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de dépendance, tandis que ce taux était d'un peu plus de **trois personnes sur dix dans les quartiers les plus défavorisés.**

À l'échelle de l'Ontario, le taux de consultations de suivi avec un médecin après une hospitalisation pour cause de maladie mentale ou de dépendance était de 36,1 % en 2016, comparativement à 37,3 % en 2006.

FIGURE 5,2 Pourcentage de patients âgés de 16 ans et plus qui ont été vus par un omnipraticien/médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été hospitalisé pour un problème de santé mentale ou de dépendance, en Ontario, par région, 2016



Sources des données : Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario, Système d'information ontarien sur la santé mentale, Base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur les congés des patients, fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences

Remarque : Pourcentages ajustés selon l'âge et le sexe

Les personnes de quartiers défavorisés sont réadmissées plus souvent

Le taux de réadmission après une hospitalisation pour cause de maladie mentale ou de dépendance était légèrement plus élevé chez les personnes qui vivent dans des quartiers à faible revenu, comparativement à celles qui vivent dans des quartiers plus riches. (Figure 5,3)

Parmi les personnes hospitalisées pour cause de maladie mentale ou de dépendance en 2016, **9,3 % de celles qui vivaient dans les quartiers les plus défavorisés** ont été réadmissées, comparativement à **7,8 % dans les quartiers les plus riches.**

Les réadmissions sont parfois inévitables. Toutefois, certains patients réadmis à l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance n'ont pas nécessairement eu accès aux soins et au soutien dont ils avaient besoin dans la collectivité. Ou, leur transition vers l'obtention de soins de santé mentale à l'extérieur de l'hôpital n'a peut-être pas été gérée efficacement [24].

Les taux de réadmission variaient d'une région à l'autre de l'Ontario, allant de 7,4 % à 9,8 %.

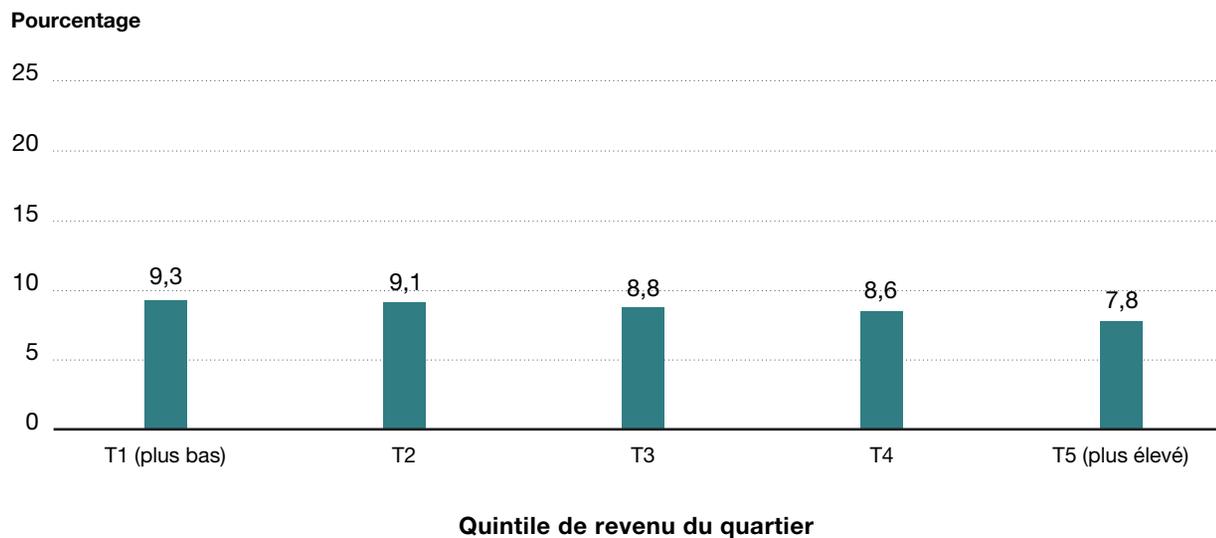
Dans l'ensemble de la province en 2016, 8,9 % des personnes hospitalisées pour cause de maladie mentale ou de dépendance ont été réadmissées à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé. En Ontario, le taux de réadmissions dans les 30 jours n'a pas changé considérablement depuis 2006, alors que 8,6 % des patients retournaient à l'hôpital.

Saviez-vous?

La maladie mentale et la pauvreté vont souvent de pair. Les maladies mentales graves peuvent nuire à l'éducation ou au travail, limitant ainsi les possibilités d'obtenir un emploi et de gagner un revenu. Parallèlement, la pauvreté est un facteur de risque connu pour les problèmes de santé mentale [25].

En Ontario, les personnes qui gagnent les revenus les plus faibles sont trois fois plus susceptibles d'estimer que leur santé mentale est mauvaise ou passable que les personnes les plus riches [26].

FIGURE 5,3 Pourcentage de patients âgés de 16 ans et plus hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance qui ont été réadmis à l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé, en Ontario, selon le revenu, 2016



Sources des données : Système d'information ontarien sur la santé mentale, Base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur les congés des patients, fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences

Remarque : Pourcentages ajustés selon l'âge et le sexe

L'utilisation de moyens de contention connaît une hausse après une baisse de sept ans

En 2016, les moyens de contention étaient utilisés pendant **5,8 % des hospitalisations de patients âgés de 16 ans ou plus** admis à un lit en santé mentale dans n'importe quel hôpital. Cela constituait une diminution par rapport à 7,6 %, en 2006, mais une augmentation comparativement à 4,5 %, en 2013. (Figure 5,4)

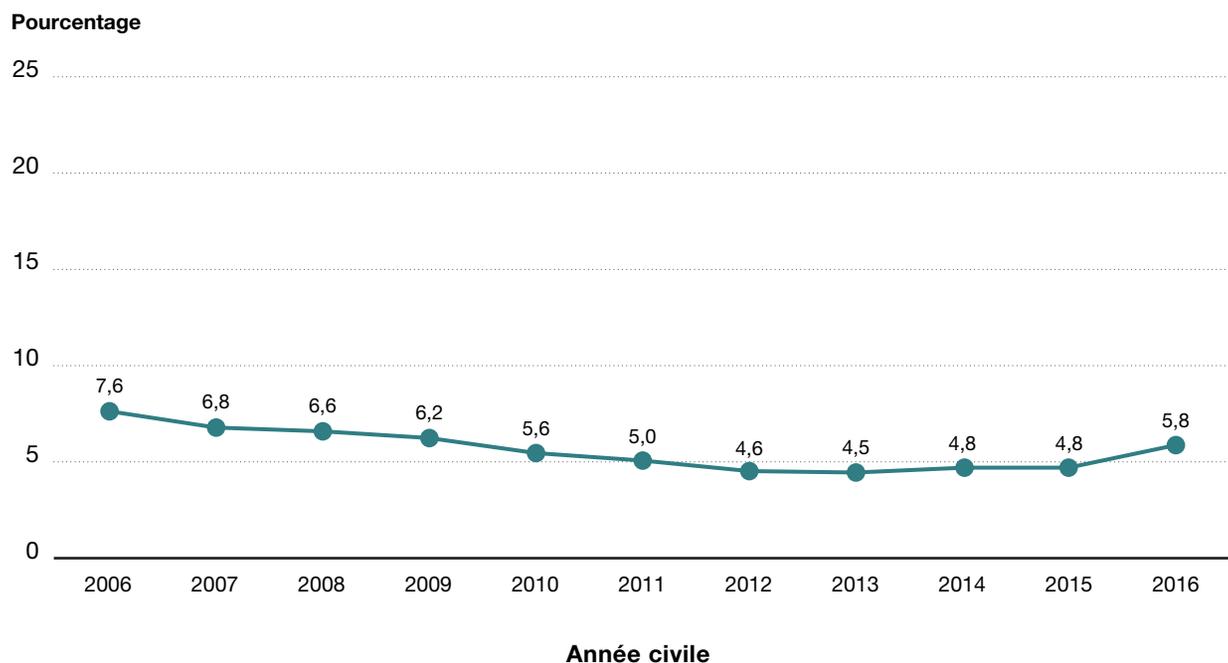
Les moyens de contention permettent de limiter les mouvements des patients en les restreignant physiquement à l'aide d'appareils, tels que des ceintures de contention, afin de les empêcher de se faire du mal ou d'en faire à autrui.

Une part du changement des taux d'utilisation de moyens de contention au fil du temps pourrait être liée à l'amélioration de la collecte de données.

Les moyens de contention étaient utilisés plus souvent pour les hommes (dans 7,1 % des hospitalisations) que pour les femmes (dans 4,7 % des hospitalisations). L'utilisation était aussi plus élevée pour les patients âgés de 16 à 24 ans, de même que pour ceux âgés de 65 ans ou plus, que pour ceux âgés de 25 à 64 ans.

L'utilisation de moyens de contention, bien qu'elle soit parfois inévitable, peut causer de l'agressivité, de l'agitation et des blessures chez les patients, et peut nuire aux relations thérapeutiques entre les patients et les membres du personnel [27, 28].

FIGURE 5,4 Pourcentage d'hospitalisations pour un problème de santé mentale au cours desquelles des moyens de contention ont été utilisés, en Ontario, 2006 à 2016



Sources des données : Système d'information ontarien sur la santé mentale, Base de données sur les personnes inscrites, fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences

Remarque : Pourcentages ajustés selon l'âge et le sexe

Indicateurs

Premier contact au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance (enfants et jeunes) : Pourcentage de personnes, parmi celles âgées de 24 ans et moins qui se sont rendues au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance, qui n'ont pas reçu de soins de santé mentale d'un médecin de famille, un pédiatre ou un psychiatre au cours des deux années précédentes.

Il est possible que les enfants et les jeunes qui ont effectué une consultation au service des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance n'aient pas eu accès aux soins de santé mentale qui auraient pu éviter la nécessité d'une telle visite dans la collectivité.

Réadmission pour cause de maladie mentale ou de dépendance :

Pourcentage de patients, parmi ceux âgés de 16 ans et plus hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance, qui ont été réadmis à l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé.

Il est possible que les patients réadmis à l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance n'aient pas reçu les soins de santé mentale et le soutien dont elles avaient besoin dans la collectivité après l'obtention de leur congé.

Suivi dans les sept jours suivant l'hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de dépendance : Pourcentage de patients, parmi ceux âgés de 16 ans et plus hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance, qui ont été vus par un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital.

Un suivi en temps opportun avec un professionnel de la santé mentale après l'obtention du congé peut faciliter la transition des patients entre l'hôpital et leur domicile, en plus de veiller à ce qu'ils reçoivent le traitement et le soutien dont ils ont besoin dans la collectivité.

Utilisation de moyens de contention sur les patients atteints d'un problème de santé mentale ou de dépendance :

Pourcentage de patients de lits réservés aux soins psychiatriques âgés de 16 ans et plus qui ont été soumis à des moyens de contention physique dans les trois jours précédant leur plus récente évaluation.

L'utilisation de moyens de contention sur les patients atteints d'un problème de santé mentale ou de dépendance peut causer de l'agressivité, de l'agitation ou des blessures, et peut nuire aux relations thérapeutiques entre les patients et le personnel [29, 30].

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur relatif aux problèmes de santé mentale et aux dépendances, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca.

Saviez-vous?

Un Canadien sur trois répond aux critères d'au moins une maladie mentale ou un trouble de consommation de substances à un moment ou un autre de sa vie [31].

Cependant, la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale et aux dépendances persiste. Dans un sondage réalisé auprès des travailleurs de l'Ontario, 39 % des répondants ont déclaré qu'ils n'aviseraient pas leurs gestionnaires s'ils éprouvaient un problème de santé mentale, et 64 % ont indiqué qu'ils s'inquiéteraient de l'incidence d'un problème de santé mentale d'un collègue sur leur travail [32].



Soins de longue durée

Les quelque 630 foyers de soins de longue durée de l'Ontario fournissent des soins ininterrompus et de la supervision à environ 115 000 pensionnaires au cours d'une année[33].

Ces pensionnaires sont en train de changer. Des proportions croissantes de ces pensionnaires présentent des affections chroniques, des limites physiques et des déficiences cognitives qui font en sorte qu'il est plus complexe de leur fournir des soins.

Les temps d'attente pour une place en soins de longue durée sont à la hausse

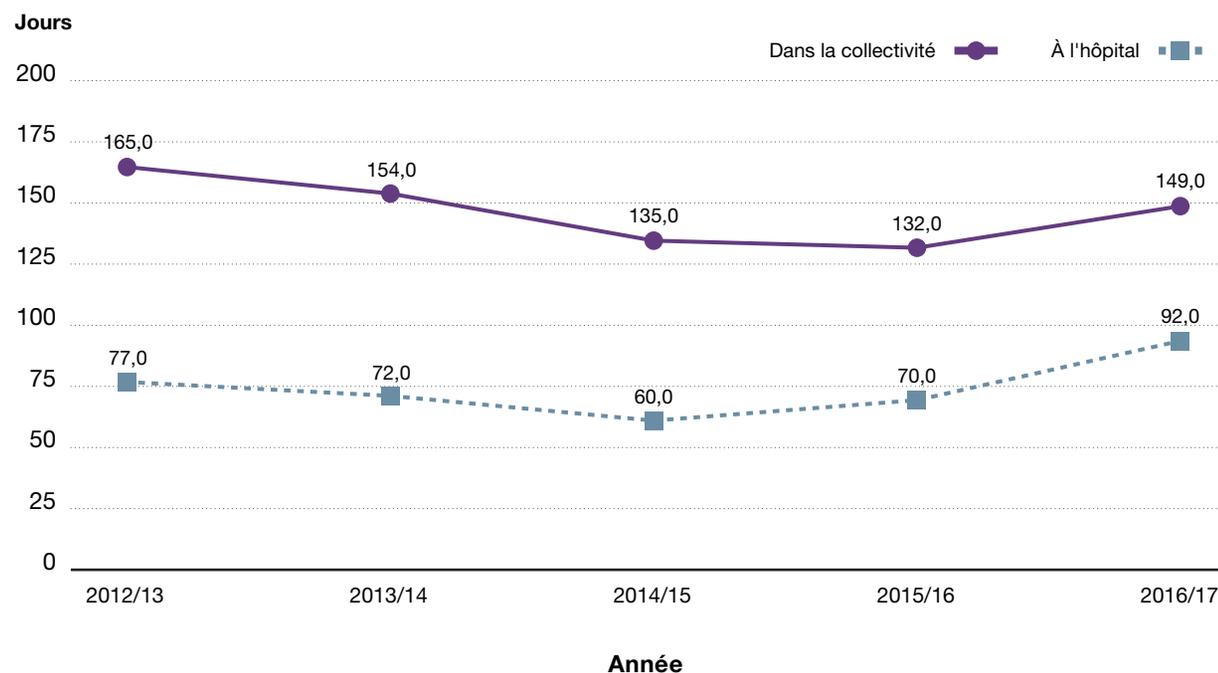
Le **temps médian que les gens ont attendu à l'hôpital avant de déménager dans un foyer de soins de longue durée** était 31,4 % plus long en 2016–2017 qu'en 2015–2016 et le **temps d'attente médian de la collectivité s'est allongé de 12,9 %**. (Figure 6,1) La médiane est le point par

rapport auquel la moitié des gens ont attendu plus longtemps, et l'autre moitié moins longtemps.

Cependant, comparativement à 2012–2013, le temps d'attente dans la collectivité était 9,7 % plus court en 2016–2017, tandis que le temps d'attente à l'hôpital était 19,5 % plus long.

La santé des gens peut se détériorer pendant les longues attentes pour l'admission et le fait d'attendre peut être stressant pour les patients, de même que pour les membres de leur famille ou leurs amis qui sont leurs aidants naturels. De plus, le fait que des gens attendent à l'hôpital pourrait altérer la capacité de l'hôpital à fournir des services à d'autres patients nécessitant des soins hospitaliers.

FIGURE 6,1 Nombre médian de jours que les personnes ont attendu dans la collectivité* ou à l'hôpital avant de déménager dans un foyer de soins de longue durée, en Ontario, 2012–2013 à 2016–2017



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

* Dans ce contexte, le terme collectivité englobe tous les lieux de résidence dans la collectivité, comme le domicile du demandeur, une maison de retraite ou un logement avec services de soutien, pour les demandeurs qui n'attendaient pas à l'hôpital.

Le rendement s'améliore dans certaines régions

On a observé des diminutions à l'échelle de l'Ontario en ce qui concerne les proportions de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui :

- ont **reçu des médicaments antipsychotiques** malgré l'absence d'une psychose documentée – de 22,9 % en 2015–2016 à 20,4 % en 2016–2017;
- ont **souffert de douleur modérée quotidienne ou de toute douleur intense** – de 6,1 % en 2015–2016 à 5,6 % en 2016–2017;
- ont été **soumis à des moyens de contention physique** quotidiennement – de 6,0 % en 2015–2016 à 5,1 % en 2016–2017.



Pour les pensionnaires, la prise de médicaments antipsychotiques peut entraîner des effets indésirables, comme la confusion et la somnolence; la douleur peut avoir une incidence sur la santé globale et la qualité de vie; et le maintien en contention peut causer de l'agitation, une perte de dignité, une diminution de l'activité et un risque accru de blessures.

Les résultats de ces trois indicateurs de qualité ont continué de s'améliorer au cours des six dernières années.

Pourcentage de pensionnaires

	2010/11	2016/17
Utilisation d'antipsychotiques	35,0 %	20,4 %
Douleur modérée quotidienne ou toute douleur intense	11,9 %	5,6 %
Moyens de contention	16,1 %	5,1 %

Source des données : Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : Ajusté selon le risque

Le lieu de résidence des personnes a une incidence sur les soins de longue durée auxquels elles ont accès

Il existait des **différences importantes entre les régions de l'Ontario** quant au temps d'attente pour être admis dans un foyer de soins de longue durée et aux soins reçus par les pensionnaires [34].

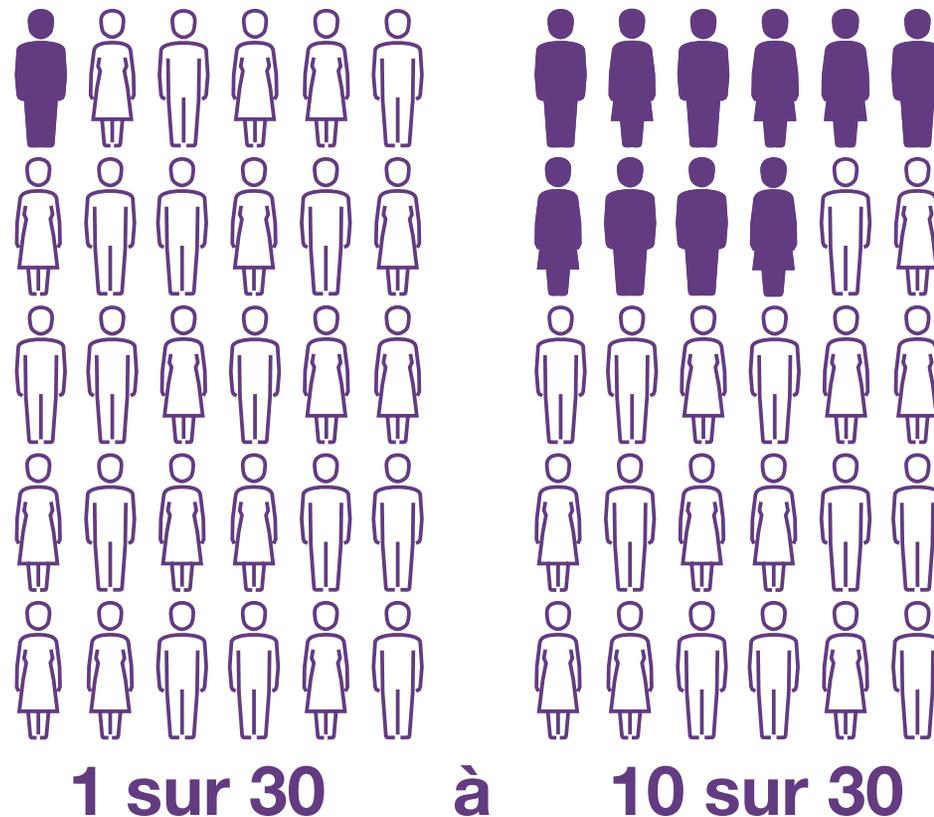
En 2016–2017 :

- le temps d'attente médian pour l'admission à partir de la collectivité variait de 74,5 jours dans la région d'Érie St-Clair à 252 jours dans la région du Centre-Est [35];
- le temps d'attente médian pour l'admission à partir de l'hôpital variait de 41 jours dans la région du Sud-Ouest à 220 jours dans la région de Simcoe Nord Muskoka [36];
- le pourcentage de pensionnaires soumis à des moyens de contention physique quotidiennement variait de 1,7 % dans la région du Centre-Toronto à 15,1 % dans la région du Nord-Ouest [37];
- le pourcentage de pensionnaires chez qui les symptômes de dépression se sont aggravés variait de 15,5 % dans la région de Mississauga Halton à 30,6 % dans la région du Sud-Est [38].

Les résultats des indicateurs de la qualité des foyers de soins de longue durée variaient [39, 40]:

- de 0 % à 57,5 % pour les pensionnaires maintenus en contention quotidiennement;
- de 0 % à 57,8 % pour les pensionnaires non atteints de psychose qui ont reçu des antipsychotiques;
- de 3,4 % à 35,9 % pour les pensionnaires qui ont fait des chutes (*voir illustration*).

Le taux de chute chez les résidents variait selon les foyers:



Source des données : Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : Ajusté selon le risque

L'Ontario arrive à la fois en tête et en queue comparativement aux autres provinces

En 2016–2017, l'Ontario affichait la plus petite proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée souffrant de douleur modérée quotidienne ou de toute douleur intense, ou ayant été maintenus en contention, parmi toutes les provinces où des données comparables étaient disponibles.

Seule l'Alberta affichait une plus petite proportion de pensionnaires qui ne sont pas atteints de psychose et qui reçoivent des antipsychotiques que l'Ontario.

L'Ontario se situait près de la moyenne canadienne pour les chutes et les plaies de pression.

Cependant, l'Ontario affichait le deuxième pourcentage le plus élevé de pensionnaires dont les symptômes de dépression se sont aggravés, après l'Alberta, même si l'Ontario comptait le pourcentage le plus élevé de pensionnaires prenant des antidépresseurs [41].

2016–17	Médicaments antipsychotiques sans psychose	Utilisation quotidienne de moyens de contention	Douleur modérée quotidienne ou toute douleur intense	Chutes	Plaies de pression nouvelles ou s'aggravant	Aggravation des symptômes de la dépression
Colombie-Britannique	25,9 %	8,3 %	12,8 %	15,9 %	3,2%	17,7%
Alberta	17,4 %	6,5 %	6,9 %	15,8 %	3,1%	27,1%
Saskatchewan	27,0 %	10,1 %	11,5 %	12,9 %	2,3%	20,0%
Ontario	20,4 %	5,1 %	5,6 %	15,8 %	2,7%	23,5%
Terre-Neuve et Labrador	38,3 %	14,2 %	16,0 %	11,2 %	1,7%	15,3%
Canada*	21,9 %	6,5 %	7,9 %	15,9 %	2,8%	21,7%

Un nombre inférieur est mieux. Les meilleurs résultats sont mis en évidence en vert.

Source des données : Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : Ajusté selon le risque

* Comprend seulement les régions du Canada pour lesquelles des données étaient disponibles

Saviez-vous?

Les pensionnaires des foyers de soins de longue durée de l'Ontario ont changé au cours des dernières années, de sorte qu'il est plus complexe de prendre soin d'eux.

Un plus grand nombre d'entre eux sont âgés de 85 ans ou plus, présentent des affections chroniques et ont besoin d'aide en ce qui a trait aux soins personnels et aux activités quotidiennes, comme le démontre le tableau ci-dessous.

Population de pensionnaires	2010/11	2016/17
85 ans ou plus	51,3 %	54,6 %
Atteints d'une maladie neurologique	76,4 %	80,1 %
Atteints d'insuffisance cardiaque ou de maladie du système circulatoire	72,3 %	76,3 %
Atteints d'une forme de démence, comme la maladie d'Alzheimer	58,0 %	63,6 %
Atteints du diabète	25,9 %	27,7 %
Ont besoin d'une aide complète ou sont entièrement dépendants pour certaines activités comme prendre une douche ou manger	76,3 %	84,7 %
Preennent des médicaments antidépresseurs	51,1 %	55,3 %
À l'hôpital avant l'admission	41,9 %	35,4 %
À leur domicile avant l'admission	36,2 %	42,0 %

Source des données : Statistiques éclair du SISLD, Profil des résidents d'établissements de soins de longue durée en 2010–2011 et en 2016–2017, fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Indicateurs

Temps d'attente pour l'admission : Nombre médian de jours que les personnes ont attendu, à l'hôpital et dans la collectivité, avant de déménager dans un foyer de soins de longue durée.

Les longues attentes pour l'admission peuvent être une source de stress pour les patients et leur famille.

Médicaments antipsychotiques sans psychose : Pourcentage de pensionnaires sans psychose documentée qui ont reçu des médicaments antipsychotiques au cours des sept jours précédant leur plus récente évaluation.

Les médicaments antipsychotiques sont parfois utilisés pour réduire l'agitation ou l'agression, mais ils peuvent causer des effets indésirables, comme la confusion et un risque accru de chutes.

Utilisation quotidienne de moyens de contention : Pourcentage de pensionnaires qui ont été maintenus en contention quotidiennement pendant les sept jours précédant leur plus récente évaluation.

Les moyens de contention peuvent empêcher les pensionnaires de se faire du mal ou d'en faire à autrui, mais ils peuvent causer de l'agitation et un risque accru de plaies de pression.

Douleur modérée quotidienne ou toute douleur intense : Pourcentage de pensionnaires ayant souffert de douleur modérée quotidiennement, ou de toute douleur intense, dans les sept jours précédant leur plus récente évaluation.

La douleur chronique ou intense peut avoir une incidence sur la santé globale et la qualité de vie.

Chutes chez les pensionnaires : Pourcentage de pensionnaires qui ont fait une chute au cours des 30 jours précédant leur plus récente évaluation.

Une chute peut causer une blessure grave, comme une fracture de la hanche, et peut entraîner une consultation aux urgences ou une admission à l'hôpital.

Aggravation des symptômes de la dépression : Pourcentage de pensionnaires chez qui les symptômes de dépression se sont aggravés depuis leur dernière évaluation.

La dépression influe sur la qualité de vie et peut avoir une incidence sur la santé globale et le fonctionnement.

Plaies de pression nouvelles ou s'aggravant : Pourcentage de pensionnaires qui ont développé une nouvelle plaie de pression ou qui ont une plaie qui s'est aggravée depuis leur dernière évaluation.

Une plaie de pression peut causer de la douleur, réduire la mobilité et mener à des infections.

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur relatif aux soins de longue durée, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca.



Soins à domicile

L'Ontario offre des soins à domicile financés par les fonds publics à environ 667 000 personnes par année.

Collectivement, les clients soignés à domicile de la province reçoivent 7,3 millions de visites de services infirmiers par année et 29,8 millions d'heures de services de soutien à la personne, comme l'aide aux soins personnels et à l'administration domestique[42].

Des pourcentages croissants de clients sont atteints d'une ou de plusieurs déficiences cognitives ou physiques, ou de maladies graves qui exigent un niveau élevé de soins.

La détresse des aidants naturels continue de croître et varie selon l'endroit où les clients vivent

Dans la première moitié de 2017–2018, parmi les clients recevant des soins de longue durée à domicile avec au moins un membre de la famille ou un ami leur fournissant des soins sans rémunération, **26,1 % avaient un aidant naturel principal (famille ou ami) qui a éprouvé de la**

détresse, de la colère ou de la dépression de façon continue en lien avec son rôle de prestataire de soins. Cela constitue une hausse par rapport à 23,6 % un an plus tôt et à 20,8 % au cours de la première moitié de 2012–2013.

Les clients de longue durée - environ 4 clients sur 10 - sont ceux qui reçoivent des soins pendant plus de deux mois. La détresse continue est la détresse signalée dans au moins deux évaluations de clients sur une période d'au moins six mois.

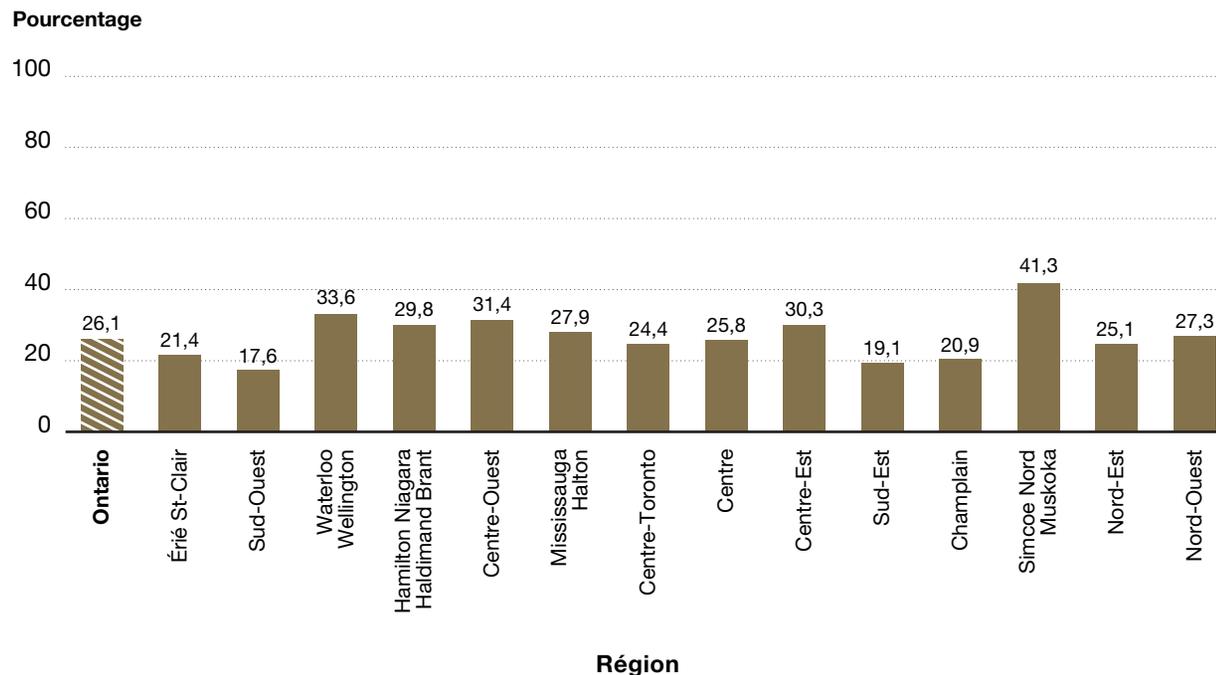
L'augmentation entre 2012–2013 et 2017–2018 a fait en sorte que 13 244 aidants naturels supplémentaires ont souffert de détresse, de colère ou de dépression de manière continue.

Les membres de la famille et les amis qui fournissent des soins peuvent éprouver les symptômes du stress non seulement parce que l'un de leurs proches est malade, mais aussi en raison des efforts et du temps consacré à la prestation de soins, alors que ces aidants naturels ont d'autres responsabilités professionnelles et familiales. Les effets négatifs du stress sur la santé des aidants naturels peuvent aller de l'anxiété, la dépression et les migraines à la mort précoce [43, 44, 45, 46], et peuvent également influencer sur leur capacité à continuer de fournir des soins.

Pendant la première moitié de 2018, la proportion de clients en soins de longue durée qui avaient **des aidants naturels qui éprouvaient de la détresse continue variait d'une région à l'autre de l'Ontario**, allant de 17,6 % dans la région du Sud-Ouest à 41,3 % dans la région de Simcoe Nord Muskoka. (Figure 7,1)

Cet indicateur de détresse des aidants naturels diffère d'un autre indicateur qui mesure les épisodes de détresse chez les aidants signalés dans une seule évaluation.

FIGURE 7,1 Pourcentage de clients recevant des SLD à domicile dont le principal aidant naturel (famille ou ami) éprouvait de la détresse, de la colère ou de la dépression de manière continue en lien avec son rôle de prestataire de soins, par région, en Ontario, T1 et T2 de 2017–2018



Source des données : Système d'information sur les services à domicile, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé
Remarque : Cet indicateur est ajusté en fonction des risques et mesuré à des intervalles d'une demi-année.

L'Ontario obtient des résultats médiocres dans certains domaines des soins à domicile

Au cours de la première moitié de 2017–2018, l'Ontario affichait le **pourcentage le plus élevé de clients soignés à domicile ayant des aidants naturels qui éprouvaient de la détresse**, de la colère ou de la dépression de manière continue en lien avec leur rôle de prestataire de soins, parmi toutes les provinces où des données comparables étaient disponibles.

L'Ontario affichait également le **pourcentage le plus élevé de clients soignés à domicile qui ont déclaré ou démontré qu'ils souffraient de douleurs quotidiennes**, parmi les provinces comportant des données comparables.

	Colombie-Britannique	Alberta	Ontario	Terre-Neuve et Labrador	Canada*
Détresse des aidants naturels	20,4	13,0	26,1	15,4	25,4
Douleur quotidienne	11,5	12,8	20,8	18,0	19,8

Lower est préférable – les meilleurs résultats sont surlignés en bleu.

*Comprend seulement les régions du Canada pour lesquelles des données étaient disponibles

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

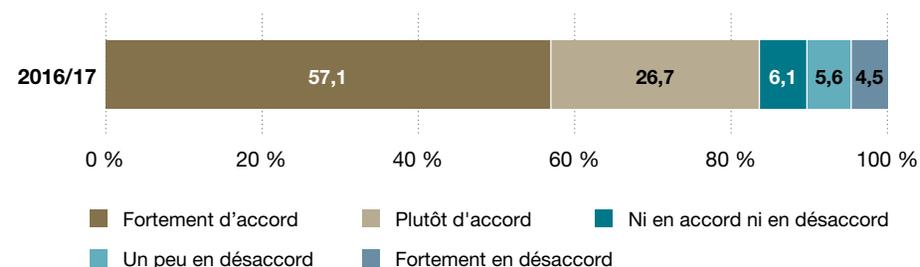
Remarque : Cet indicateur est ajusté en fonction des risques et mesuré à des intervalles d'une demi-année.

Parmi les clients soignés à domicile, 57,1 %s sont « fortement d'accord » qu'ils ont eu l'impression de participer à la planification de leurs propres soins

En 2016–2017, un peu moins de six clients soignés à domicile sur dix ont déclaré dans un sondage qu'ils sont « fortement d'accord » qu'ils ont eu l'impression de participer à l'élaboration du plan des soins qu'ils ont reçus à domicile. (Figure 7,2) Les résultats pour cet indicateur n'ont pas beaucoup changé depuis 2013–2014.

Le fait de faire participer les clients et leurs aidants naturels à la prise de décisions au sujet de leurs soins est un élément fondamental des soins axés sur les patients. Cela peut également motiver les clients à mieux respecter leur plan de soins, améliorer l'autoprise en charge des affections médicales par les clients et accroître leur satisfaction à l'égard des services qu'ils reçoivent [47].

FIGURE 7,2 Pourcentage de clients recevant des soins à domicile qui choisissent « fortement d'accord », « plutôt d'accord », « ni en accord ni en désaccord », « un peu en désaccord » ou « fortement en désaccord » quand on leur demande s'ils ont eu l'impression de participer à l'élaboration de leur plan de soins, en Ontario, 2016–2017



Source des données : Données du Client and Caregiver Experience Evaluation Survey, fournies par Services communs pour la santé Ontario

Remarque : Aucune

Saviez-vous?

Le nombre de personnes qui reçoivent des soins à domicile en Ontario augmente plus rapidement que la population et collectivement, les clients qui reçoivent des soins à domicile changent d'une manière qui fait en sorte qu'il est plus complexe de prendre soin d'eux.

Tous les clients de soins à domicile	2011/12	2016/17
Nombre de clients	570 893	666 782
Visites infirmières fournies	6,0 millions	7,3 millions
Heures de soutien personnel fournies	23,1 millions	29,8 millions
Proportion de toutes les visites effectuées chez les clients âgés de 75 ans et plus	38,9 %	40,1 %

Clientèle de longue durée à domicile *	2011/12	2016/17
Ont des besoins élevés ou très élevés en matière de soin [48]	36,6 %	47,7 %
Ont besoin d'aide avec des activités comme prendre un bain et manger [49]	17,1 %	24,4 %
Ont une déficience cognitive [50]	39,4 %	57,3 %
Présentent des symptômes indiquant un trouble dépressif [51]	16,1 %	23,2 %
Présentent une instabilité élevée ou très élevée à l'égard de leur état de santé [52]	13,3 %	23,0 %

*Clients ayant reçu des soins à domicile pendant plus de deux mois – soit environ 40% de tous les clients

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

Indicateurs

Maintien de la détresse des aidants naturels : Pourcentage de clients recevant des SLD à domicile dont le principal aidant naturel (famille ou ami) éprouvait de la détresse, de la colère ou de la dépression

de manière continue en lien avec son rôle de prestataire de soins, comme l'indiquent au moins deux évaluations consécutives des clients.

La détresse peut avoir des effets négatifs sur la santé des aidants naturels, ainsi que sur leur capacité à continuer de fournir des soins.

Douleur quotidienne chez les clients : Pourcentage de clients recevant des soins de longue durée à domicile qui ont déclaré ou démontré qu'ils souffraient de douleurs quotidiennes, parmi les clients ayant reçu des soins à domicile pendant plus de 60 jours.

La douleur, qui peut habituellement être prise en charge grâce aux soins appropriés, peut avoir une incidence sur la qualité de vie et réduire le niveau d'activité, ce qui peut accroître la détérioration de la santé.

Participation des clients au plan de soins : Pourcentages de clients qui ont répondu « fortement d'accord », « plutôt d'accord », « ni en accord ni en désaccord », « un peu en désaccord » ou « fortement en désaccord » quand on leur demande dans quelle mesure ils sont en accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant sur leur plan de soins : « J'ai eu l'impression de participer à l'élaboration de mon plan ».

Le fait de faire participer les clients et les aidants naturels à la prise de décisions au sujet des soins appuie les soins axés sur les patients et peut encourager le respect du plan de soins, améliorer la prise en charge de l'affection par le client et accroître la satisfaction du client.

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur relatif aux soins à domicile, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca.



Soins primaires

Les médecins de famille, les omnipraticiens et les infirmiers praticiens prennent soin des gens à chaque stade de leur vie. Ils représentent également un point d'accès important aux soins : en plus de fournir des soins directs de première ligne, ils permettent de veiller à ce que les patients reçoivent les soins spécialisés et le soutien communautaire dont ils ont besoin au sein de l'ensemble du système de santé.

Plus de 90 % des personnes qui vivent dans la province disent qu'elles ont un médecin de famille, un omnipraticien ou un infirmier praticien attitré[53].

Les gens peuvent consulter leur médecin ou infirmier praticien dans différents milieux, tels que les réseaux de santé familiale ou les centres de santé communautaire. Bien que la plupart des gens disent pouvoir obtenir des soins lorsqu'ils sont malades, certains sont encore confrontés à des difficultés, notamment ceux qui se fient aux cliniques sans rendez-vous ou aux services des urgences pour obtenir des traitements après les heures ouvrables ou pendant la fin de semaine.

Lorsque les Ontariens sont malades, le temps qu'ils attendent pour voir un médecin varie

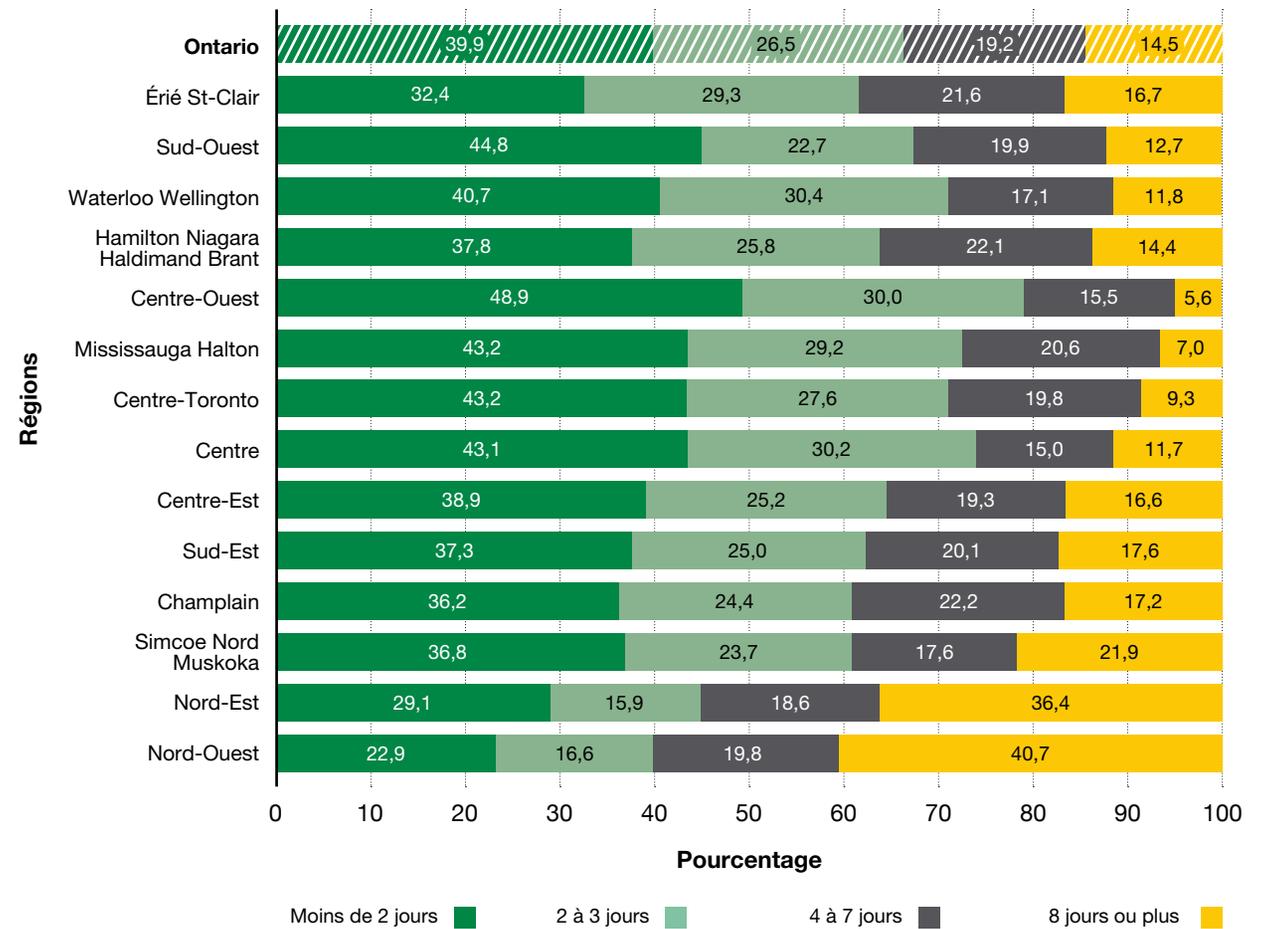
Lorsque les gens étaient malades, le temps d'attente pour consulter leur médecin de famille ou infirmier praticien, ou un autre praticien des soins primaires à son cabinet, variait en 2017, selon le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé.

Près de quatre personnes sur dix ont déclaré avoir vu leur fournisseur de soins primaires ou quelqu'un d'autre à son cabinet en moins de deux jours, **bien que ce pourcentage soit passé de 45,3 % en 2013 à 39,9 % en 2017**. Un peu plus du quart (26,5 %) des personnes ont déclaré avoir vu leur fournisseur ou un autre membre du cabinet dans un délai de deux ou trois jours.

Toutefois, le temps d'attente était plus long pour certains : le pourcentage de personnes ayant déclaré qu'elles ont attendu huit jours ou plus pour consulter leur médecin ou un autre fournisseur de son cabinet en raison d'une maladie ou d'un problème de santé est passé de 11,0 % en 2013 à 14,5 % en 2017.

La proportion de personnes ayant déclaré qu'elles ont attendu huit jours ou plus variait de 5,6 % dans la région centrale de la province à 40,7 % dans la région du nord. (Figure 8,1)

FIGURE 8,1 Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré qu'elles ont pu consulter leur fournisseur de soins primaires, ou un autre fournisseur de son cabinet, dans un délai de moins de 2 jours, de 2 à 3 jours, de 4 à 7 jours ou de 8 jours ou plus, lorsqu'elles ont été malades ou ont eu un problème de santé, par région, en Ontario, 2017



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

Deux personnes sur trois disent que le temps d'attente pour obtenir des soins primaires est acceptable

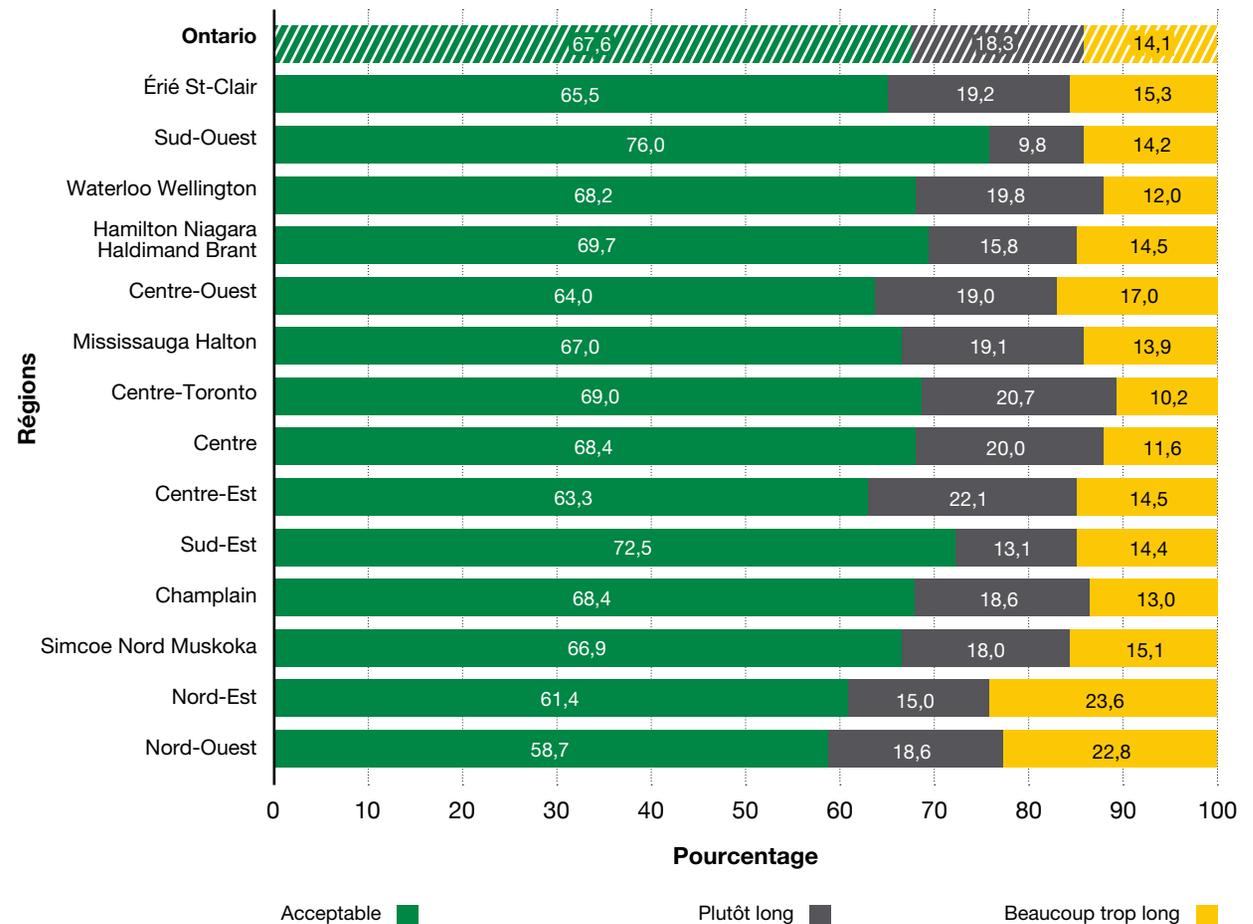
Bien que le temps d'attente pour obtenir des soins constitue un défi pour certains, la majorité des personnes interrogées en Ontario (67,6 %) ont déclaré que le temps d'attente pour voir un fournisseur de soins primaires lorsqu'elles étaient malades était « acceptable » en 2017.

Dans l'ensemble, 18,3 % des personnes ont déclaré que le temps d'attente était « **plutôt long** » et 14,1 % des personnes ont déclaré qu'il était « beaucoup trop long ».

Dans les régions où plus de personnes ont déclaré que le temps d'attente était trop long, une plus grande proportion de personnes ont déclaré avoir attendu huit jours ou plus pour consulter un médecin ou un autre fournisseur de soins primaires lorsqu'elles étaient malades.

La proportion des personnes qui ont déclaré qu'elles ont attendu « beaucoup trop longtemps » variait de 10,2 % à 23,6 % d'une région à l'autre de l'Ontario. (Figure 8,2)

FIGURE 8,2 Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré que leur consultation au service des urgences concernait une affection qui aurait pu être prise en charge par leur fournisseur de soins primaires, si ce fournisseur de soins avait été disponible, par région, en Ontario, 2017.



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

La plupart des patients consultent le même médecin lorsqu'ils en ont besoin

Le fait de voir le même médecin de famille ou le même infirmier praticien à chaque visite instaure de bonnes relations entre les patients et leurs fournisseurs de soins primaires. Cela crée également ce que l'on appelle une continuité des soins, c'est-à-dire que les médecins et les autres fournisseurs sont tenus à jour en ce qui a trait aux besoins des patients et que les lacunes en matière de traitement sont évitées.

Les études laissent entendre que les personnes qui obtiennent des soins uniformes auprès du même fournisseur reçoivent de meilleurs soins préventifs, sont plus susceptibles de se conformer aux traitements recommandés et obtiennent de meilleurs résultats[54, 55].

En 2016–2017, parmi les personnes qui ont effectué plus de trois consultations chez un médecin de soins primaires au cours des deux dernières années :

- la majorité, **soit 56,8 %**, a bénéficié d'une continuité des soins élevée (plus de 75 % des consultations avec le même médecin);
- **27,7 %** ont signalé une continuité des soins moyenne (de 50 à 75 % des consultations avec le même médecin);
- **15,5 %** ont signalé une faible continuité des soins (moins de 50 % des consultations avec le même médecin).

Les personnes plus jeunes, c'est-à-dire âgées de 19 à 44 ans, étaient plus susceptibles de signaler une faible continuité des soins que les personnes âgées de plus de 65 ans. En outre, les personnes vivant dans de grandes régions urbaines étaient plus susceptibles de signaler une faible continuité des soins que celles qui vivaient dans des régions rurales.

Bon nombre de personnes ont consulté le service des urgences plutôt que leur médecin attitré

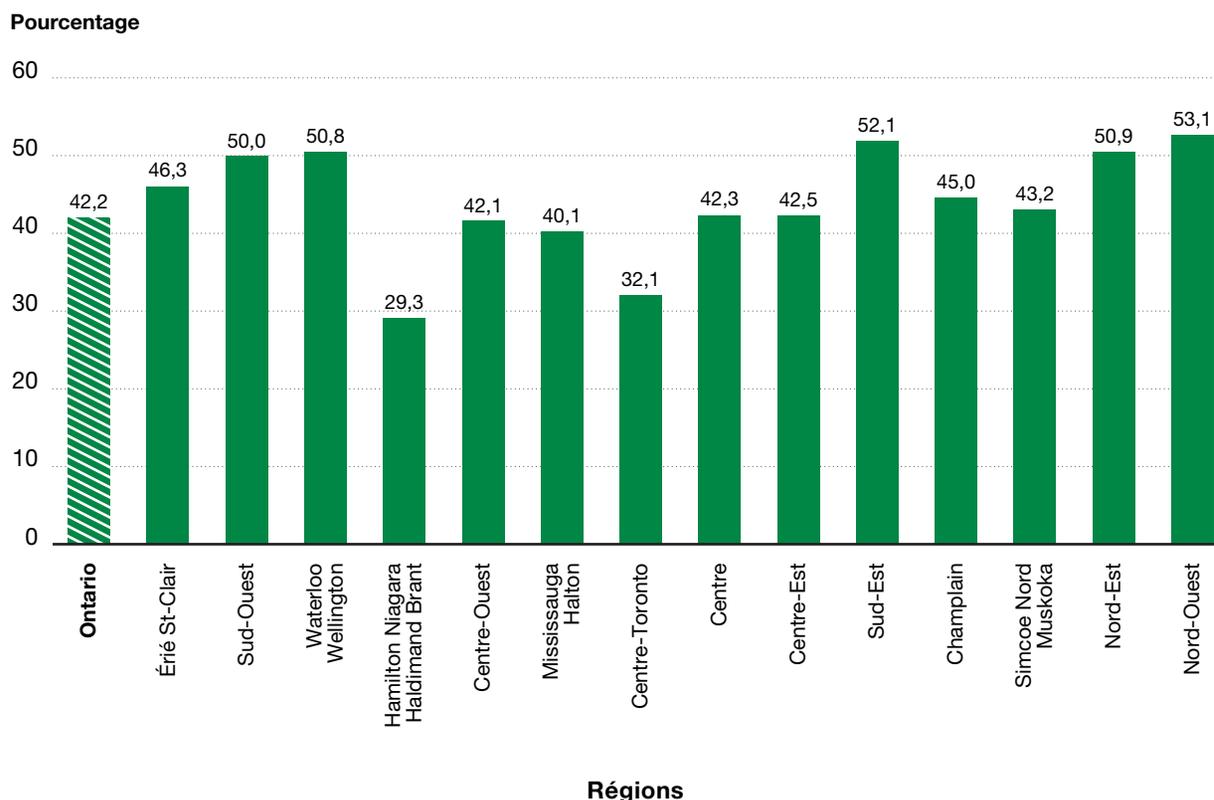
Dans certains cas, les gens se rendent aux services des urgences en raison d'une affection qu'ils croient que leur fournisseur de soins primaires aurait pu prendre en charge. En 2017, deux personnes qui se sont présentées au service des urgences sur cinq ont déclaré que leur visite concernait un problème que leur fournisseur habituel aurait pu prendre en charge, s'il avait été disponible.

Le taux de ces consultations variait dans l'ensemble de la province, car de 29,3 % à 53,1 % des personnes de différentes régions ont déclaré que leur fournisseur de soins primaires aurait pu prendre en charge l'affection pour laquelle elles ont consulté le service des urgences, si ce fournisseur avait été disponible. (Figure 8,3)

Davantage de résidents des régions rurales, soit 57,3 %, ont déclaré qu'ils ont utilisé les services des urgences pour des affections que leur fournisseur de soins primaires aurait pu prendre en charge, comparativement à 39,7 % des résidents urbains.

Cependant, les médecins de famille des régions rurales exercent souvent dans différents milieux, y compris des services des urgences. Dans l'ensemble, les personnes qui ont signalé de telles consultations n'ont pas précisé si elles les avaient effectuées après les heures d'ouverture normales ou pendant la fin de semaine.

FIGURE 8,3 Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré que leur consultation au service des urgences concernait une affection qui aurait pu être prise en charge par leur fournisseur de soins primaires, si ce fournisseur de soins avait été disponible, par région, en Ontario, 2017.



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

Les consultations aux services des urgences concernant des affections que le fournisseur de soins primaires aurait pu prendre en charge, selon les gens, variaient également selon l'âge : 49,8 % des personnes âgées de 16 à 44 ans ont dit que cela décrivait leur consultation, comparativement à 38,8 % des personnes âgées de 45 à 64 ans et à 29,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus.

L'emplacement était un facteur influant sur la recherche de soins après les heures d'ouverture normales. Dans différentes régions, entre 45,7 % et 71,9 % des personnes qui avaient un médecin de soins primaires et qui avaient besoin de soins ont déclaré qu'il était difficile d'accéder à des soins le soir, la fin de semaine ou pendant les jours fériés sans se rendre au service des urgences.

Environ une personne sur trois a déclaré qu'elle **s'est rendue dans une clinique sans rendez-vous** lorsqu'elle était malade au cours des 12 mois précédents. Environ la moitié de ces personnes, soit 49,4 %, ont déclaré qu'elles se sont rendues dans une telle clinique parce que leur fournisseur de soins primaires n'était pas disponible ou qu'elles ne pouvaient pas obtenir un rendez-vous.

Il est parfois nécessaire de solliciter des soins ailleurs, même si cela peut avoir une incidence sur les soins. Par exemple, les médecins des services des urgences n'ont pas tous les renseignements sur les patients dont ils pourraient avoir besoin, comme les antécédents de traitement. Ces visites peuvent également causer un dédoublement des tests et des procédures diagnostiques et exercer une pression sur les ressources des services des urgences. Elles peuvent également faire en sorte qu'il est plus difficile d'assurer un suivi adéquat et qu'il est plus probable que quelque chose passe à travers les mailles du filet.

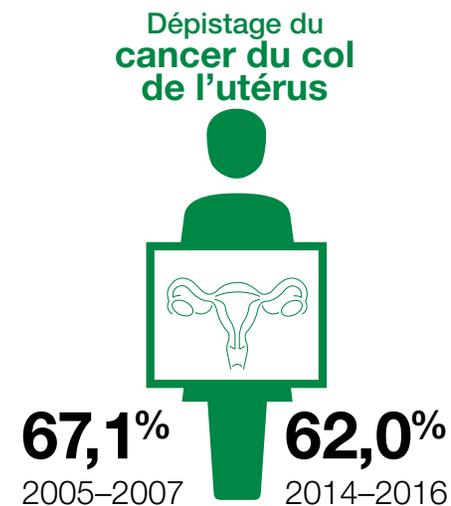
Résultats mitigés à l'égard du dépistage pour certains cancers

La détection précoce peut être un facteur crucial du traitement de maladies comme le cancer.

Le test Pap est un outil de dépistage important des signes du cancer du col de l'utérus et 62,0 % des Ontariennes qui y sont admissibles ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois en 2014-2016, ce qui se situe en dessous de la cible provinciale de 85 %.[56]

Il importe de noter que les lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus ont changé en 2012, de sorte qu'elles recommandent un dépistage tous les trois ans. Cela pourrait avoir contribué à la réduction de la participation au dépistage.[57]

FIGURE 8,4 Pourcentage d'Ontariennes admissibles au dépistage, âgées de 21 à 69 ans, qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois, 2005–2007 et 2014–2016



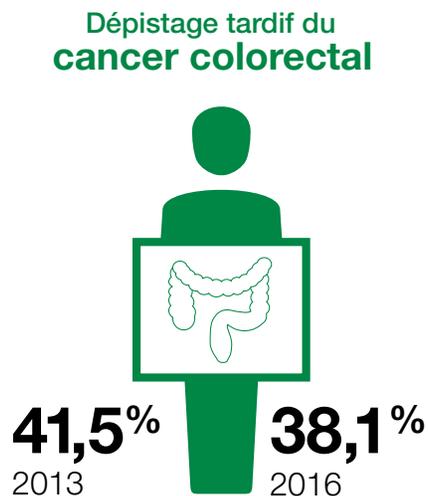
Sources des données : Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Registre du cancer de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites, CytoBase, fournies par Action Cancer Ontario
Remarque : Données ajustées selon l'âge

Les personnes vivant dans des quartiers urbains où le revenu est plus faible étaient moins susceptibles de subir un dépistage pendant la période 42 mois. De plus, celles qui vivent dans des quartiers ayant un pourcentage plus élevé d'immigrants étaient moins susceptibles de subir un dépistage pendant cette période.

Par contre, le dépistage en temps opportun du cancer colorectal s'est amélioré : le nombre de personnes admissibles âgées de 50 à 74 ans qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage du cancer colorectal en temps voulu a diminué en Ontario, passant de 41,5 % en 2013 à 38,1 % en 2016.

Les personnes âgées de 50 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas faire de test de dépistage du cancer colorectal en temps voulu. De plus, les hommes étaient plus susceptibles d'être en retard pour subir ce test que les femmes.

FIGURE 8,5 Pourcentage d'Ontariens admissibles à un dépistage, âgés de 50 à 74 ans, qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage du cancer colorectal en temps voulu, 2013 et 2016



Sources des données : Données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, du Laboratory Reporting Tool, du Registre du cancer de l'Ontario, de la Base de données sur les personnes inscrites, de l'Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies, fournies par Action Cancer Ontario
Remarque : Données ajustées selon l'âge

Indicateurs

Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires :

Pourcentages de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré que lorsqu'elles étaient malades ou avaient un problème de santé, elles ont vu leur médecin de famille ou infirmier praticien, ou un autre fournisseur de soins primaires à son cabinet, dans un délai de moins de deux jours, de deux à trois jours, de quatre à sept jours ou de huit jours ou plus.

La prestation en temps voulu est un élément clé de l'accès aux soins.

Continuité des soins : Pourcentages de personnes qui ont effectué moins de 50 %, de 50 % à 74 % ou 75 % ou plus de leurs consultations en soins primaires chez le même médecin de soins primaires, parmi celles qui ont consulté un médecin de soins primaires au moins trois fois au cours des deux dernières années.

La continuité des soins assure la cohérence des soins et de bonnes relations entre les patients et les médecins.

Satisfaction à l'égard du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous :

Pourcentages de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont déclaré que le temps qu'elles ont attendu pour un rendez-vous avec leur fournisseur de soins de santé lorsqu'elles étaient malades était « acceptable » « plutôt long » ou « beaucoup trop long ».

La prestation de soins en temps opportun et la satisfaction sont des aspects importants de l'accès aux soins et de l'expérience des patients qui peuvent avoir une incidence sur les résultats des patients.

Consultations au service des urgences pour des affections qui, selon les personnes, auraient pu être prises en charge par leur fournisseur de soins primaires :

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

L'accès aux fournisseurs de soins primaires et la disponibilité sont des enjeux essentiels de l'accès aux soins.

Indicateurs

Accès à un fournisseur de soins primaires après les heures

d'ouverture normales : Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus ayant déclaré que l'accès à des soins le soir, la fin de semaine ou un jour férié, à l'extérieur du service des urgences, était très difficile ou assez difficile.

La disponibilité des soins après les heures d'ouverture normales est un élément clé de l'accès aux soins.

Visites dans des cliniques sans rendez-vous : Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont dit qu'elles se sont rendues dans une clinique sans rendez-vous lorsqu'elles étaient malades ou avaient un problème de santé au cours des douze mois précédents.

Une visite dans une clinique sans rendez-vous pourrait indiquer un manque d'accès à un fournisseur de soins primaires.

Dépistage du cancer du col de l'utérus : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage, âgées de 21 à 69 ans, qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois.

La détection rapide du cancer du col de l'utérus peut avoir une incidence sur le traitement et améliorer les taux de rétablissement.

Dépistage du cancer colorectal : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage, âgées de 50 à 74 ans, qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage du cancer colorectal en temps voulu.

La détection rapide du cancer colorectal peut avoir une incidence sur le traitement et améliorer les taux de rétablissement.

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur relatif aux soins primaires, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca.

Histoire de Craig et de Lois : Leçons retenues

Lorsque sa mère Lois a quitté l'hôpital avec un diagnostic de cancer du poumon en phase terminale, Craig s'est empressé de prendre soin d'elle à son domicile, à Scarborough, durant les dernières semaines de sa vie, alors même qu'il luttait contre ses propres problèmes de santé et malgré sa vie familiale occupée.

Lois souhaitait mourir chez elle. Après avoir vu son mari mourir à l'hôpital, elle ne voulait pas vivre la même expérience. Après avoir quitté l'hôpital avec un diagnostic de cancer du poumon en phase terminale à l'âge de 73 ans, Lois est retournée chez elle et son fils Craig est devenu son principal aidant naturel.

Aidant naturel en détresse

Craig, un ancien ambulancier paramédical aérien, avait pris sa retraite deux ans auparavant, après que son diabète et sa dépression mal contrôlés aient provoqué une insuffisance rénale nécessitant une dialyse à l'hôpital trois fois par semaine. Il dormait chez sa mère à Scarborough, et il se levait deux ou trois fois par nuit au son de la cloche que Lois faisait tinter pour indiquer qu'elle devait aller aux toilettes. Craig se levait pour aider sa mère, la rassurer, veiller à ce qu'elle ait pris tous ses médicaments et vérifier si elle avait besoin de se soulager de sa douleur ou s'il fallait remplacer la bonbonne d'oxygène à côté du lit.

Parce qu'il se levait épuisé le matin, Craig avait fait appel à des soins infirmiers privés le jour, ce qui lui



Photo de Craig prise par Roger Yip.
Continuez à lire de Craig et de Lois à la page suivante.

donnait le temps de retourner chez lui pour s'occuper de certaines choses et de se rendre à sa dialyse en après-midi. Il devait ensuite retourner chez sa mère pour recommencer le processus.

« Je me sentais surchargé, explique Craig. Avec le recul, je me rends compte que j'ignorais comment demander de l'aide ou à qui en demander. J'avais tout simplement l'impression de ne pas parvenir à bien gérer toutes ces demandes qui arrivaient en même temps. »

Un soir, Lois a chuté dans la salle de bain; Craig n'a pas été capable de la relever. Il a composé le 911 à contrecœur. « En tant qu'enfant, vous avez l'impression de ne pas être à la hauteur, de ne pas soutenir votre parent de façon convenable à un moment où il est vulnérable », explique Craig. Il craignait également de négliger son épouse et son fils de 10 ans. « Je voulais vraiment soutenir ma mère, mais j'ignorais comment ou je n'ai pas pensé à demander de l'aide pour moi-même. »

Lacunes en matière de soins palliatifs

Craig affirme que, lorsque Lois a quitté l'hôpital, il s'attendait à ce que le système de santé lui assigne automatiquement une équipe de soutien pour les soins palliatifs à domicile, notamment en matière de soins infirmiers, de soutien psychologique et de visites à domicile par un spécialiste des soins palliatifs. Au contraire, Craig n'a obtenu aucun renseignement sur la façon de veiller au confort de sa mère à domicile, les laissant ainsi seuls à eux-mêmes.

« Il devrait y avoir un processus en place informant les professionnels en mesure de faire quelque chose, les gens qui ont des compétences et des connaissances en la matière, peu importe à qui vous le demandez, indique Craig. J'ai l'impression qu'au moment où ma mère est décédée, ce genre de

processus d'information des professionnels en soins palliatifs n'existait tout simplement pas. »

Craig explique que Lois, au cours des dernières semaines de sa vie, était très fatiguée et dormait beaucoup, mais qu'elle restait suffisamment éveillée pour tenir des conversations. « Je ne crois pas qu'elle comprenait vraiment ce qu'il se passait, indique Craig. Elle n'arrêtait pas de dire : “ Je ne veux pas mourir. Je ne suis pas prête. Je pense qu'on doit essayer un autre traitement pour mon cancer. ” C'était très frustrant. Selon moi, elle comprenait qu'elle était très malade, mais je ne me souviens pas que quelqu'un lui ait dit qu'elle ne guérirait pas. » Craig souligne avoir constaté un manque de soutien psychologique et social, lesquels devraient faire partie d'un système de soins palliatifs de grande qualité.

Évitement du service des urgences

Les médecins ont demandé à quelques reprises que Lois passe des tests à l'hôpital. Cependant, compte tenu des quelques semaines qu'il lui restait à vivre, Craig savait qu'ils étaient inutiles et a annulé ses rendez-vous afin de garder Lois loin de l'hôpital. « Mon père est aussi mort d'un cancer, mais il est décédé à l'hôpital. Je pense que c'est pour cette raison que ma mère souhaitait tant retourner à la maison, explique Craig. Le personnel hospitalier ne rend pas l'expérience des patients désagréable intentionnellement. C'est la nature des hôpitaux. Voilà tout. L'environnement y est animé, bruyant, gênant et perturbant. »

Vers la fin, Craig se sentait complètement dépassé en tant qu'aidant naturel. Il a alors pensé à emmener sa mère au service des urgences, amer et en colère que le système n'offre pas de ressources afin que Lois

puisse mourir dans le confort de son domicile. Il s'est finalement parlé à lui-même afin de traverser cette épreuve. Quelques jours plus tard, Craig a appelé l'infirmier à la clinique de cancérologie pour planifier un déplacement dans une maison de soins palliatifs, où il affirme que Lois a reçu d'excellents soins jusqu'à son décès trois jours plus tard.

Communication

Selon Craig, le système de santé s'est probablement amélioré depuis la mort de sa mère, il y a six ans, mais il pense que le système de soins palliatifs devrait améliorer la communication pour informer les patients et les familles du soutien auquel ils ont accès. Après la mort de sa mère, Craig a entendu d'autres personnes, provenant de différentes régions de la province, dire qu'un préposé aux services de soutien à la personne prenait soin de leurs proches huit heures par jour, en plus de bénéficier des soins infirmiers et des visites à domicile d'un médecin « Je me souviens avoir souhaité que ma mère vive dans une de ces régions. »

Leçons

Lois enseignait dans une école publique à des enfants qui avaient de la difficulté à lire. « Elle disait toujours : “Quelle leçon peut-on en tirer?” », se souvient Craig. Elle voulait montrer que la vie est un processus d'apprentissage. » En partageant son histoire, Craig espère que d'autres personnes en tireront des leçons et trouveront des moyens d'améliorer le système pour les personnes qui veulent recevoir des soins palliatifs à domicile, et les personnes qui s'occupent de ces dernières.



Soins palliatifs

Parmi les quelque 100 000 personnes qui sont mortes en Ontario en 2016–2017, environ six sur dix avaient un dossier indiquant qu’elles avaient reçu des services de soins palliatifs au cours de leur dernière année de vie. [58]

Les soins palliatifs visent à soulager la douleur et les souffrances et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d’une maladie évolutive limitant l’espérance de vie en répondant aux difficultés physiques, psychologiques et pratiques auxquelles font face ces personnes et leur famille. [59]

Les services de soins palliatifs peuvent être fournis par un ou plusieurs types de fournisseurs de soins, notamment des médecins, des infirmiers, des fournisseurs de soins à domicile, des hôpitaux, des maisons de soins palliatifs et des foyers de soins de longue durée.

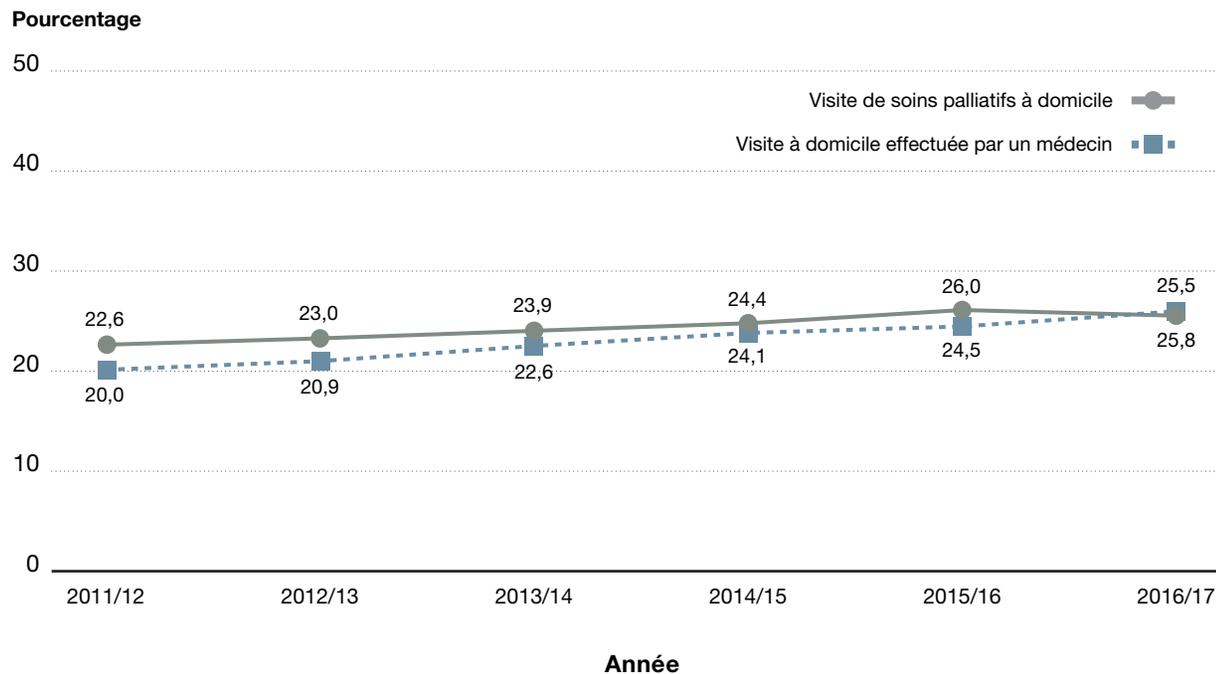
Il y a eu une certaine amélioration en matière de soins palliatifs à domicile

Parmi les personnes qui vivaient dans la collectivité au cours des 30 derniers jours de leur vie, **25,8 % ont reçu une visite à domicile effectuée par un médecin en 2016-2017, comparativement à 20,0 % en 2011-2012.** (Figure 9,1) Pour cet indicateur, les personnes dans la collectivité

comprenaient celles qui vivaient dans leur propre domicile, une maison de soins palliatifs ou une résidence offrant des services d'aide à la vie autonome, et excluaient celles qui se trouvaient à l'hôpital, dans un foyer de soins de longue durée ou dans un établissement de soins continus complexes.

De plus, en **2016-2017, 25,5 % des personnes ont reçu un service* de soins palliatifs à domicile au cours de leur dernier mois de vie, comparativement à 22,6 % en 2011-2012.** (Figure 9,1) La proportion de personnes ayant reçu tout type de visite de soins à domicile, y compris une visite de soins palliatifs est passée de 47,1 % à 51,2 %.

FIGURE 9,1 Pourcentage de personnes qui ont reçu au moins une service à domicile effectuée par un médecin et pourcentage de personnes qui ont reçu au moins une visite de soins palliatifs à domicile, au cours des 30 derniers jours de leur vie, parmi les personnes qui vivaient dans la collectivité pendant cette période, en Ontario, 2011-2012 à 2016-2017



Data sources: National Rehabilitation Reporting System, Home Care Database, Ontario Health Insurance Plan Claims History Database, Registered Persons Database, Continuing Care Reporting System, Discharge Abstract Database, Ontario Mental Health Reporting System, provided by Cancer Care Ontario

Malgré ces améliorations, environ trois personnes qui vivaient dans la collectivité au cours des 30 derniers jours de leur vie sur quatre n'ont pas reçu de visite à domicile effectuée par un médecin, trois sur quatre n'ont pas reçu de visite de soins palliatifs à domicile et environ la moitié n'ont reçu aucun soin à domicile.

Les visites à domicile d'un médecin peuvent contribuer à prévenir les consultations non prévues au service des urgences pour les patients en fin de vie pour lesquels ces déplacements peuvent être une source de détresse et de perturbation.[60]

Les services de soins palliatifs à domicile sont conçus pour soulager la douleur et les souffrances et améliorer la qualité de vie en répondant aux besoins spécialisés des patients atteints d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie.

La plupart des gens préféreraient mourir à domicile [61, 62]. Les visites à domicile effectuées par un médecin ou les services de soins palliatifs à domicile diminuent la probabilité de mourir à l'hôpital d'environ 50 % [63].

*On considère que les personnes ont reçu des soins palliatifs à domicile si elles ont reçu des soins reconnus comme étant des soins palliatifs dans leurs dossiers médicaux, ou si leurs dossiers médicaux indiquent qu'elles étaient en fin de vie.

Les soins palliatifs que les gens reçoivent peuvent dépendre de l'endroit où ils vivent

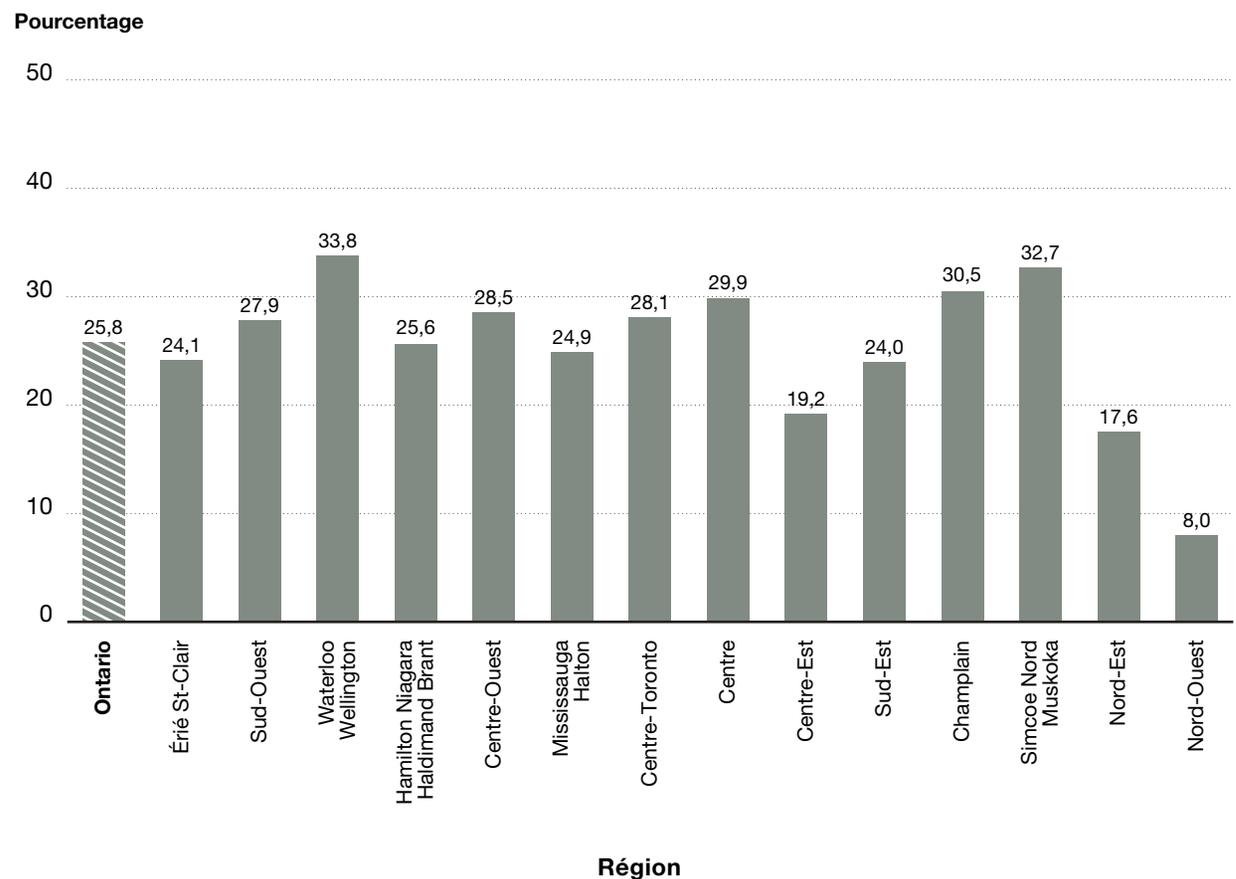
On constate une variation importante entre les différentes régions de l'Ontario quant aux résultats des indicateurs de rendement liés aux soins palliatifs.

Au cours des 30 derniers jours de leur vie, parmi les personnes qui vivaient dans la collectivité en 2016–2017 :

- la proportion de personnes ayant reçu une **visite à domicile effectuée par un médecin** variait jusqu'à quatre fois d'une région à l'autre, passant de 8,0 % dans la région du Nord-Ouest à 33,8 % dans la région de Waterloo Wellington; certaines personnes pourraient avoir reçu la visite d'un infirmier praticien au cours des 30 derniers jours de leur vie, mais des données relatives à ces visites ne sont pas actuellement incluses dans les données du RASO utilisées pour cet indicateur. (Figure 9,2)
- la proportion de personnes ayant reçu une **visite de soins palliatifs à domicile** variait de près de trois fois d'une région à l'autre, passant de 11,7 % dans la région du Nord-Ouest à 33,7 % dans la région de Waterloo Wellington;
- la proportion de personnes ayant **reçu des soins à domicile de tout type**, notamment des soins palliatifs à domicile, variait de 32,6 % dans la région du Nord-Ouest à 56,3 % dans la région du Sud-Est;

La proportion de personnes **ayant effectué une visite imprévue aux services des urgences** dans les 30 derniers jours de la vie variait de 47,0 % dans la région du Nord-Ouest à 58,0 % dans la région du Nord-Est.

FIGURE 9,2 Pourcentage de personnes qui ont reçu au moins une visite à domicile effectuée par un médecin au cours des 30 derniers jours de leur vie, parmi les personnes qui vivaient dans la collectivité pendant cette période, en Ontario, par région, 2016–2017



Source des données : Système national d'information sur la réadaptation, Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites, Système d'information sur les soins de longue durée, Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, fournies par Action Cancer Ontario

La plupart des gens en Ontario meurent encore dans un hôpital

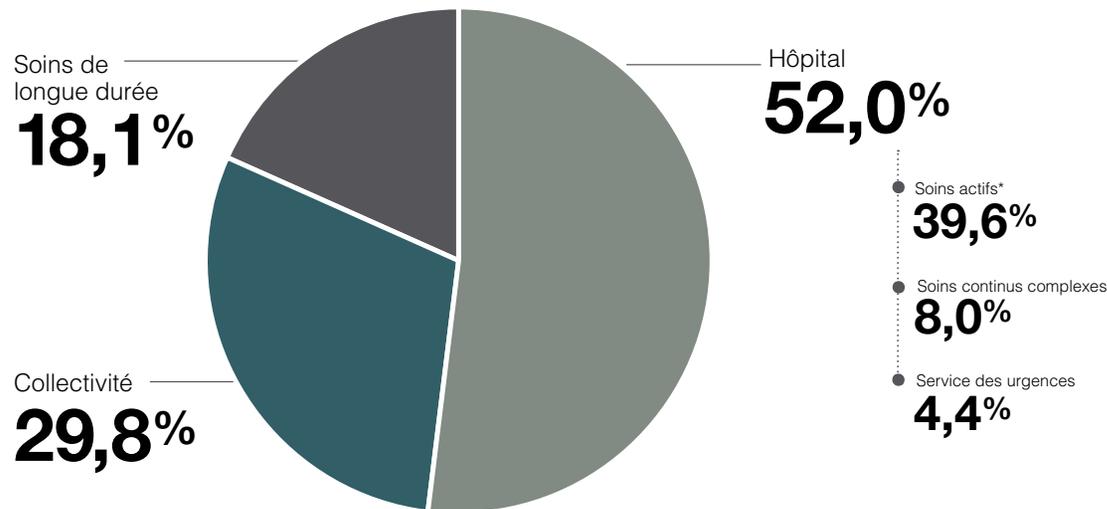
La plupart des gens affirment qu'ils préféreraient mourir chez eux [64, 65]. Cependant, **plus de la moitié des décès en Ontario ont lieu à l'hôpital.** (Figure 9,3)

La proportion de décès qui sont survenus à l'hôpital a affiché **une diminution au cours des dernières années**, passant de 56,9 % en 2010–2011 à 52,0 % en 2016–2017.

Parmi les décès qui ont eu lieu à l'hôpital en 2016–2017 : (Figure 9,3)

- environ les **trois quarts ont eu lieu dans des lits d'hôpitaux réservés aux soins actifs**, qui sont destinés au traitement de maladies ou d'épisodes graves de maladies;
- environ un sur sept a eu lieu dans **un lit d'hôpital destiné aux soins continus complexes**, qui visent à fournir des services continus, spécialisés et complexes sur le plan médical aux personnes atteintes d'une maladie ou d'une invalidité de longue durée nécessitant des soins fondés sur les compétences ou sur la technologie qui ne sont pas disponibles dans un foyer ou un établissement de soins de longue durée;
- environ **un sur douze a eu lieu dans un service des urgences.**

FIGURE 9,3 Lieux de décès en Ontario, en pourcentage de tous les décès dans la province, 2016–2017



Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, Système national d'information sur la réadaptation, Base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, Système d'information sur les soins de longue durée, fournies par Action Cancer Ontario

* Comprend les décès dans les hôpitaux de soins actifs, les lits pour soins de santé mentale et la réadaptation pour patients hospitalisés.

Saviez-vous?

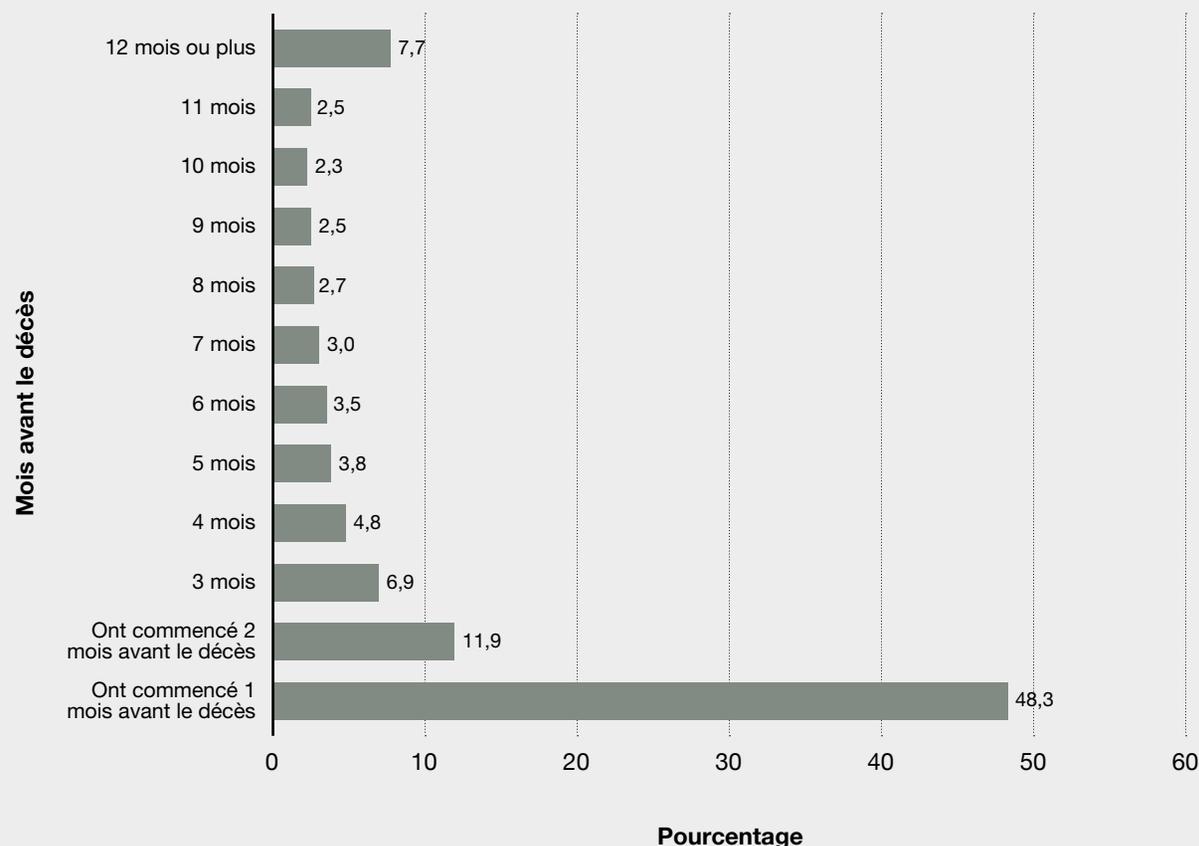
De nombreuses personnes ne reçoivent pas des soins palliatifs assez tôt.

Parmi les personnes qui sont mortes en Ontario en 2016–2017 et qui ont reçu des services de soins palliatifs au cours de leur dernière année de vie, près de la **moitié a seulement commencé à les recevoir au cours de ses 30 derniers jours de vie** (Figure 9,4), même si le fait de recevoir des soins palliatifs plus tôt peut mener à une meilleure qualité de vie tout au long de l'évolution d'une maladie limitant l'espérance de vie[66].

Le rendement de cet indicateur à l'échelle de la province ne s'est pas changé depuis cinq ans.

La proportion de personnes qui ont seulement commencé à recevoir des services de soins palliatifs au cours de leurs 30 derniers jours de vie variait selon la région, allant de 53,7 % dans la région d'Érié St-Clair à 42,8 % dans la région du Centre Ouest.

FIGURE 9,4 Pourcentage de personnes qui ont commencé à recevoir des soins palliatifs pendant chacun des 12 mois précédant leur décès, parmi celles qui sont mortes en Ontario en 2016–2017 et qui recevaient des soins palliatifs au cours de leur dernière année de vie



Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les personnes inscrites, Base de données des demandes de règlement de Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients, Base de données sur les soins à domicile, Système d'information ontarien sur la santé mentale, Système d'information sur les soins de longue durée, fournies par Action Cancer Ontario

Indicateurs

Visites à domicile effectuées par un médecin : Pourcentage de personnes qui ont reçu au moins une visite à domicile effectuée par un médecin au cours des 30 derniers jours de leur vie, parmi toutes celles qui sont décédées. Cela exclut les personnes qui ont passé les 30 derniers jours de leur vie à l'hôpital, dans un foyer de soins de longue durée ou dans un établissement de soins continus complexes, de santé mentale ou de réadaptation.

Les visites à domicile effectuées par un médecin peuvent aider à prévenir les consultations imprévues aux urgences et réduire la probabilité que les gens meurent à l'hôpital [67].

Services de soins à domicile : Pourcentage de personnes qui ont reçu des services de soins à domicile, y compris des soins palliatifs ou tout type de soins à domicile, au cours des 30 derniers jours de leur vie, parmi toutes celles qui sont décédées. Cela exclut les personnes qui ont passé les 30 derniers jours de leur vie à l'hôpital, dans un foyer de soins de longue durée ou dans un établissement de soins continus complexes, de santé mentale ou de réadaptation.

Les soins à domicile peuvent améliorer la qualité de vie des personnes qui approchent de la fin de leur vie. Les études laissent entendre que le fait de recevoir des services de soins à domicile qui sont spécifiquement des soins palliatifs réduit la probabilité de mourir à l'hôpital [68].

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

Une visite imprévue au service des urgences pourrait indiquer que les soins requis qui auraient permis d'éviter une telle visite n'ont pas été reçus dans la collectivité [69].

Lieu du décès : Pourcentages de personnes, parmi toutes celles qui sont décédées, qui sont mortes dans la collectivité (ce qui comprend les résidences privées, les maisons de soins palliatifs ou les résidences offrant des services d'aide à la vie autonome), à l'hôpital ou dans un foyer de soins de longue durée.

Les recherches montrent que la plupart des gens préféreraient mourir à domicile [70, 71].

Ces indicateurs relatifs aux soins palliatifs, ainsi que d'autres indicateurs figurant dans le tableau technique supplémentaire, s'harmonisent avec les indicateurs choisis par le Réseau ontarien des soins palliatifs pour schématiser les progrès réalisés à l'égard de son plan d'action visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité de services de soins palliatifs équitables, de qualité supérieure et durables pour tous les Ontariens.

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur relatif aux soins palliatifs, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca

Dépenses en santé

Le financement par les fonds publics couvre un éventail de coûts des soins de santé en Ontario, y compris les soins d'urgence, les consultations chez un médecin, les séjours à l'hôpital et les chirurgies. Il offre également des soins à domicile et communautaires, une couverture des médicaments et des soins pour la vue à certains groupes, comme les personnes âgées de plus de 65 ans ou celles qui sont atteintes d'affections catastrophiques.

Bien que les fonds privés couvrent d'autres dépenses liées à la santé grâce à l'assurance maladie privée ou aux paiements effectués par les particuliers, le coût des soins (médicaments, soins dentaires ou autres services de soins de santé) constitue encore un obstacle pour certaines personnes dans la province.

Les dépenses en santé par personne se classent au milieu parmi les pairs de l'OCDE

En 2015, le total des dépenses en santé par personne s'élevait à 6 110 dollars canadiens courants en Ontario. Le financement public et privé (qui comprend les dépenses personnelles des particuliers) contribue au total des dépenses de santé dans la province. Ces dépenses couvrent les services médicaux, l'administration, les programmes de prévention et l'investissement dans de nouveaux bâtiments hospitaliers, la formation et d'autres infrastructures.

Les dépenses sont demeurées stables entre 2011 et 2014 et elles ont augmenté légèrement entre 2014 et 2015. Bien que le total des dépenses en santé par personne ait augmenté de 10,3 % depuis 2005

en Ontario, il était inférieur à celui de la plupart des provinces en 2015. La province a également obtenu un classement moyen quant à son niveau de dépenses comparativement à dix pays semblables de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), soit ceux qui ont des économies bien développées et des investissements similaires dans les soins de santé. (Figure 10,1)

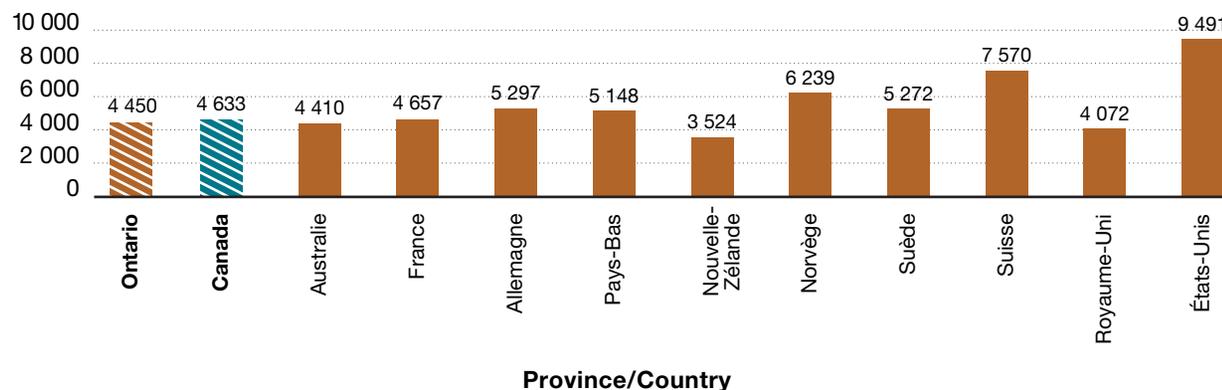
Les différences relatives aux politiques, aux priorités et aux besoins généraux en matière de santé ont une incidence sur les dépenses de chaque pays, mais un niveau de dépenses n'est pas nécessairement supérieur à un autre. Par exemple, des niveaux de dépenses inférieurs pourraient

refléter une utilisation plus efficace du budget de soins de santé.

En Ontario, 66,9 % (4 087 dollars canadiens courants) du total des dépenses en santé proviennent de sources publiques et 33,1 % (2 022 dollars canadiens courants) proviennent de sources privées. (Figure 10,2) La part du coût total de la province financé par les fonds publics a affiché une légère baisse de 2,7 % entre 2011 et 2015. Par contre, les dépenses privées en santé, comme les médicaments d'ordonnance et d'autres services médicaux, augmentent de façon constante dans la province : le total annuel des dépenses en santé privées par personne a augmenté de 6,7 % au cours de la même période.

FIGURE 10,1 Total des dépenses en santé par personne en Ontario, au Canada et à l'étranger, en parité des pouvoirs d'achat par rapport au dollar américain*, 2015

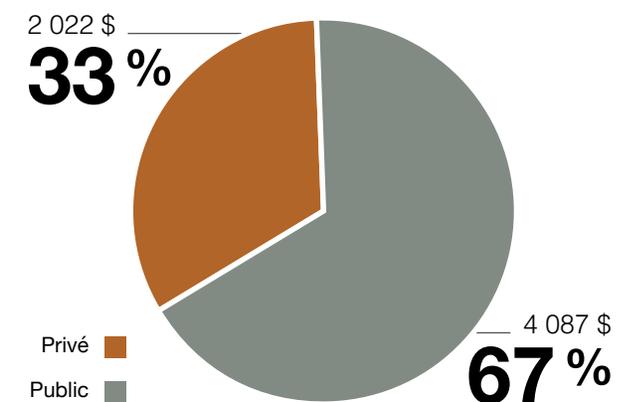
Parité des pouvoirs d'achat par rapport au dollar américain



Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé; Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018, fournies par l'Organisation de coopération et de développement économiques

* Les dépenses de chaque pays sont fournies en dollars américains et ajustées au moyen d'une méthode appelée parité des pouvoirs d'achat pour convertir les différentes devises. Ces données excluent les dépenses en immobilisations sur l'infrastructure de santé

FIGURE 10,2 Dépenses en santé par personne, par secteur, en Ontario, 2015



Source des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé

Les dépenses publiques liées aux médicaments par personne sont inférieures par rapport aux pays comparables

Les médicaments constituent un élément important du total des dépenses en santé [72]. En 2015, un total de 993 \$ provenant de sources publiques et privées a été consacré aux médicaments par personne en Ontario, en dollars canadiens courants. Dans une comparaison avec neuf pays semblables de l'Organisation de coopération et de développement économiques, soit ceux qui ont des économies bien développées et des investissements similaires dans les soins de santé, seuls la Suisse et les États-Unis dépensaient davantage. (Figure 10,3)

Les fonds publics couvraient 38,4 % (381 \$ par personne en dollars canadiens courants ou 306 \$ en parité des pouvoirs d'achat par rapport au dollar américain[±]) du total des dépenses liées aux médicaments par personne dans la province en 2015. Cette proportion des dépenses en médicaments d'ordonnance et en vente libre était égale à la moyenne canadienne, mais elle correspondait au niveau inférieur des dépenses publiques parmi les pays comparables de l'OCDE. Cependant, les différentes politiques et les différents niveaux de couverture publique, ainsi que les prix des médicaments qui varient d'un endroit à l'autre, font en sorte qu'il est difficile de faire des comparaisons précises entre les pays.

Le financement privé, qu'il provienne des régimes d'assurance maladie privé ou des contributions effectuées par les particuliers, couvrait 61,6 % du total des dépenses liées aux médicaments par personne.

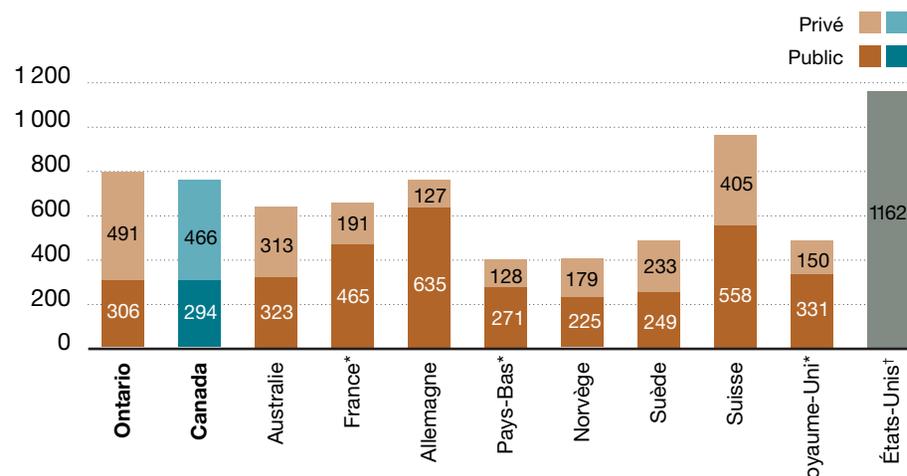
Le coût des médicaments a augmenté au Canada, de même que l'utilisation de la médecine hautement spécialisée coûteuse, comme les produits biologiques, ce qui a haussé les coûts [73].

Saviez-vous?

Au Canada, les dépenses en médicaments ont dépassé 36 milliards de dollars en 2015, de sorte que les médicaments sont la deuxième plus grande dépense en soins de santé. En moyenne, les produits pharmaceutiques sont la troisième plus grande catégorie de dépenses en santé (après les soins aux patients hospitalisés et aux patients externes) parmi les pays de l'OCDE, ce qui correspond à 16 % des dépenses en santé [74].

FIGURE 10,3 Dépenses en santé liées aux médicaments par personne en Ontario, au Canada et à l'étranger, par secteur (privé et public), en parité des pouvoirs d'achat par rapport au dollar américain[±], 2015

Parité des pouvoirs d'achat par rapport au dollar américain



[±] Les dépenses de chaque pays sont fournies en dollars américains et ajustées au moyen d'une méthode appelée parité des pouvoirs d'achat pour convertir les différentes devises

Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé; Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018, fournies par l'Organisation de coopération et de développement économiques

* En plus des médicaments d'ordonnance et en vente libre, les données comprennent également d'autres produits médicaux non durables pour les pays indiqués, ce qui fait qu'ils est plus difficile de comparer ces pays aux autres

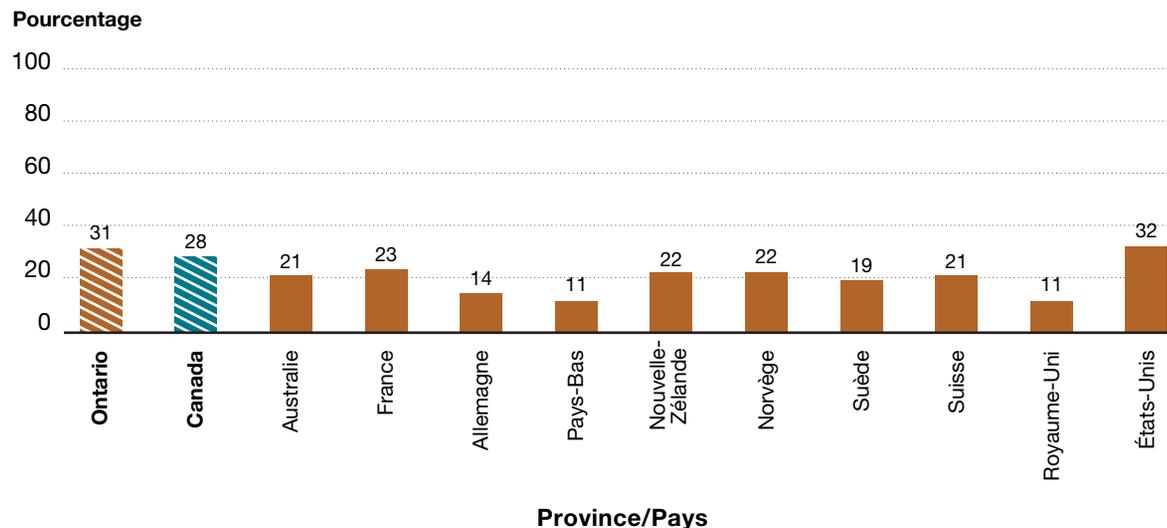
† Pour les États-Unis, les dépenses proviennent de tous les secteurs.

Un tiers des Ontariens ont sauté des visites chez le dentiste en raison des coûts

Outre les médicaments d'ordonnance, d'autres dépenses en soins de santé peuvent créer des obstacles aux soins. Dans un sondage réalisé en 2016, 31 % des répondants en Ontario ont déclaré avoir refusé des soins dentaires ou sauté des examens dentaires au cours des 12 mois précédents en raison du coût. Des études ont démontré que les personnes qui sont confrontées à des obstacles aux soins dentaires déclarent aussi de moins bons résultats en matière de santé orale [75, 76].

Le pourcentage d'Ontariens qui ont refusé des soins dentaires en raison de préoccupations relatives aux coûts était plus élevé que la moyenne canadienne de 28 %. Il était également plus élevé que celui de la plupart des pays comparables de l'OCDE, soit ceux qui ont des économies développées similaires et des investissements semblables dans les soins de santé, dont les pourcentages allaient de 11 % au Royaume-Uni et aux Pays-Bas à 32 % aux États-Unis. (Figure 10,4)

FIGURE 10,4 Pourcentage de répondants au sondage, âgés de 18 ans et plus, qui ont déclaré avoir refusé des soins dentaires ou sauté des examens dentaires en raison des coûts, en Ontario, au Canada et à l'étranger, 2016



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

Indicateurs

Dépenses en santé par personne : Dépenses publiques, dépenses privées et dépenses publiques et privées combinées en soins de santé, par membre de la population, y compris les dépenses en services et produits médicaux, en programmes de santé publique et de prévention, et en administration.

Un système de soins de santé a besoin de ressources suffisantes pour bien fonctionner.

Dépenses en santé liées aux médicaments par personne :

Dépenses en médicaments d'ordonnance et en vente libre achetés en pharmacie et dans d'autres commerces de détail, par membre de la population. Les médicaments utilisés dans les hôpitaux et dans d'autres milieux de soins de santé dans le cadre d'une hospitalisation ou d'un traitement de moins d'une journée sont exclus.

Les dépenses liées aux médicaments représentent un élément important des dépenses en santé globales.

Soins dentaires refusés en raison des coûts :

Pourcentage de répondants âgés de 18 ans ou plus qui ont déclaré avoir sauté des visites chez le dentiste ou refusé des soins dentaires en raison des coûts.

L'abordabilité des soins dentaires est un enjeu important des politiques de soins de santé. Les personnes qui signalent des obstacles à l'obtention de soins dentaires liés aux coûts déclarent également de pires résultats en matière de santé orale [77, 78].

Pour voir d'autres résultats de l'indicateur lié aux dépenses en santé, ainsi que les résultats de tous les indicateurs analysés dans le cadre du rapport *À la hauteur 2018*, veuillez consulter le tableau technique supplémentaire à l'adresse www.hqontario.ca.

Remerciements

Conseil d'administration

Andreas Laupacis

Président

Shelly Jamieson

Vice-présidente

Simon Brascoupé

Stewart Kennedy

Bernard Leduc

Julie Maciura

Angela Morin

James Morrisey

Camille Orridge

Dorothy Pringle

Rick Vanderlee

Les biographies sont publiées à l'adresse
[http://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/
Notre-mandat-et-notre-personnel/
Conseil-dadministration-et-des-comités](http://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/Notre-mandat-et-notre-personnel/Conseil-dadministration-et-des-comités)

Qualité des services de santé Ontario reconnaît et remercie les nombreuses personnes dévouées qui ont contribué au présent

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

Carole Ann Alloway, Debbie Bang, Katherine Berg, Jennifer Berger, Dan Buchanan, Andean Bunko, Pat Campbell, Lucas Chartier, Tanya Christidis, Imtiaz Daniel, Claire de Oliveira, Shelley Deeks, Michael Dunn, Gilles Fortin, Kaiyan Fu, Jian Gao, Julia Gao, Angelika Gollnow, Norma Hall, Daniel Harrington, Caroline Heick, Jeremy Herring, Bill Hogg, Jeremiah Hurley, Brian Hutchison, Tracy Johnson, David Kaplan, Jaime Killingbeck, Tara Kiran, Kerry Kuluski, Pamela Leece, Lisa Levin, Barbara Liu, Susan Locke, Cathy Lumsden, Shilpi Majumder, Julian Martalog, Danielle Martin, Kavita Mehta, Andrea Moser, Chris Mulford, Vivian Ng, Kathryn Pilkington, Jeff Poss, Lou Reidel, Nathalie Robertson, Laura Rosella, Jane Simms, Rachel Solomon, Michael Spinks, Thérèse Stukel, Penny Sutcliffe, Candace Tam, Justin Thielman, Trevor van Ingen, Sue VanderBent, Simone Vigod, Sarah Wilson, Ryan Wood, et Claudia Zanchetta.

Les organismes suivants ont fourni des données destinées au rapport :

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

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

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

Des parties de ce matériel sont basées sur des données et des informations compilées et fournies par le MSSLD. Cependant, les analyses,

les conclusions, les opinions et les déclarations exprimées dans ce document sont celles de l'auteur, et pas nécessairement celles du MSSLD.

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

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

et au bien-être du Québec et Qualité des services de santé Ontario.

Le personnel d'un grand nombre de divisions et de directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a fourni des données, des informations de base et des faits vérifiés contenus dans le rapport.

Les références

- 1 Canadian Community Health Survey 2016, provided by Statistics Canada
- 2 Public Health Ontario, Chronic Diseases and Injuries. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/en/BrowseByTopic/ChronicDiseasesAndInjuries/Pages/Chronic-Diseases-and-Injuries.aspx>
- 3 Canadian Community Health Survey 2016, provided by the Institute for Clinical Evaluative Sciences. Results are adjusted for age and sex. Chronic conditions include anxiety, arthritis, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, heart disease, hypertension and depression.
- 4 Government of Canada, Government of Canada Actions on Opioids: 2016 and 2017. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/actions-opioids-2016-2017.html>
- 5 Indicator Library: Peer Group Methodology, Canadian Institute for Health Information. Available from: http://indicatorlibrary.cihi.ca/download/attachments/1114124/Peer-Group-Methodology_EN.pdf
- 6 Fiscal year data are incomplete for 2011/12, and included only Q2-Q4
- 7 Bed Census Summary, Wait Time Information System, provided by Cancer Care Ontario
- 8 Health Quality Ontario, Effect of Early Follow-Up After Hospital Discharge on Outcomes in Patients With Heart Failure or Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review, Ontario Health Technology Assessment Series; Vol. 17: No. 8, pp. 1–37, May 2017, Queen’s Printer for Ontario, 2017. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/recommendation-follow-up-discharge-copd-en-1705.pdf>
- 9 As of April 1, 2018. Provided by the Ministry of Health and Long-Term Care.
- 10 Canadian Institute for Health Information. Inpatient hospitalizations: Volumes, Lengths of Stay, and Standardized Rates, QuickStats
- 11 Ontario Hospital Association, QuickFacts 2018: Ontario’s Public Hospitals. Available from: <https://www.oha.com/your-hospitals>
- 12 National Ambulatory Care Reporting System, Access to Care, provided by Cancer Care Ontario
- 13 Canadian Institute for Health Information, Understanding Emergency Department Wait Times: Access to Inpatient Beds and Patient Flow (Ottawa: CIHI, 2007)
- 14 Canadian Institute for Health Information. Inpatient hospitalizations: Volumes, Lengths of Stay, and Standardized Rates, QuickStats,
- 15 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>
- 16 Canadian Community Health Survey 2016, provided by Statistics Canada. Note: Age-standardized rates
- 17 Brien S, Grenier L, Kapral M.E., Kurdyak P, Vigod S. Taking Stock: A Report on the Quality of Mental Health and Addictions Services in Ontario. An HQO/ICES Report. Toronto, Health Quality Ontario and Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
- 18 Chesney E, Goodwin GM and Fazel S (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014. 13: 153-60.
- 19 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
- 20 Government of Canada (2006). The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2006. Available at http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf
- 21 Pearson C, Janz T, and Ali, J. (2013). Health at a Glance: Mental and substance use disorders in Canada. Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm>
- 22 Compared to age groups 25-44, 45-64, and 65 and over.
- 23 Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(3):187-194.

- 24 Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(3):187-194.
- 25 Canadian Mental Health Association, Poverty and Mental Illness. Available from: <https://ontario.cmha.ca/documents/poverty-and-mental-illness>
- 26 Canadian Community Health Survey, provided by Statistics Canada. Note: Age-standardized rates
- 27 Fereidooni Moghadam M, Fallahi Khoshknab M, Pazargadi M. Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2014;2(1):20-30.
- 28 Fisher WA. Restraint and Seclusion: A Review of the Literature., *American Journal of Psychiatry*. 1994. 151(11) (1994): pp. 1584–1591.
- 29 Fereidooni Moghadam M, Fallahi Khoshknab M, Pazargadi M. Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2014;2(1):20-30.
- 30 Fisher WA. Restraint and Seclusion: A Review of the Literature., *American Journal of Psychiatry*. 1994. 151(11) (1994): pp. 1584–1591.
- 31 Pearson C, Janz T, and Ali, J. (2013). Health at a Glance: Mental and substance use disorders in Canada. Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm>
- 32 Dewa CS, Worker attitudes towards mental health problems and disclosure. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 5: 175-86, 2014. Available from: <http://www.theijoem.com/ijoem/index.php/ijoem/article/view/463>
- 33 Continuing Care Reporting System Quick Stats 2016/17, provided by the Canadian Institute for Health Information
- 34 Data on waits for admission stratified by region are based on the locations of the long-term care homes applied to, not on the locations of the applicants
- 35 Modernized Client Profile Database, provided by the Ministry of Health and Long-Term Care
- 36 Modernized Client Profile Database, provided by the Ministry of Health and Long-Term Care
- 37 Continuing Care Reporting System, provided by the Canadian Institute for health Information
- 38 Continuing Care Reporting System, provided by the Canadian Institute for health Information
- 39 All indicator results except wait times were risk-adjusted to account for differences in the populations of individual homes
- 40 Individual home results are available at the Health Quality Ontario website at www.hqontario.ca/System-Performance/Long-Term-Care-Home-Performance
- 41 Continuing Care Reporting System Quick Stats 2016/17, provided by the Canadian Institute for Health Information
- 42 Home Care Database, Ontario Ministry of Health and Long-Term care
- 43 Pinquart M, Sörensen S. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2007; 62B, (2):P126–P137.
- 44 Williams AP, Peckham A, Kuluski K, Lum J, Warrick N, Spalding K, Tam T, Bruce-Barrett C, Grasic M, Im J, Caring for Caregivers: Challenging the Assumptions. *Healthcare Papers*. 2015;15 (1): 8-21, 2015;15 (1).
- 45 Schulz R, Beach SR. Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999; 282 (23).
- 46 Schulz R, Sherwood PR. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving, *American Journal of Nursing* September 2009 108(9) (Supplement):23–27.
- 47 Coulter, A, Ellins, J, Patient-focused interventions: A review of the evidence, The Health Foundation and Picker Institute Europe, 2006 London, England. Available from: http://www.health.org.uk/sites/health/files/PatientFocusedInterventions_ReviewOfTheEvidence.pdf
- 48 Based on a Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) Scale score of 4 or 5
- 49 Based on an Activities of Daily Living (ADL) Self-Performance Hierarchy Scale score of 3 or more
- 50 Based on a Cognitive Performance Scale score of 1 or more

Remerciements

- 51 Based on a Depression Rating Scale score of 3 or more
- 52 Based on a Changes in Health, End-Stage Disease and Signs and Symptoms (CHESS) Scale score of 3 or more
- 53 Ministry of Health and Long Term Care. Health Care Experience Survey 2013-2017. Available at: <https://www.ontario.ca/data/health-care-experience-survey-hces>
- 54 Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJH, Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study, *British Journal of General Practice* 2016; 66 (649): e531-e539.
- 55 Toward Optimized Practice, Evidence Summary: The Benefits of Continuity in Primary Care, 2017. Available from: <http://www.topalbertadoctors.org/file/top--evidence-summary--value-of-continuity.pdf>
- 56 Cancer Quality Council of Ontario. Colorectal Cancer Screening Participation. Available at: http://www.csqi.on.ca/by_patient_journey/screening/colorectal_screening_participation/
- 57 Cancer Quality Council of Ontario. Colorectal Cancer Screening Participation. Available at: http://www.csqi.on.ca/by_patient_journey/screening/colorectal_screening_participation/
- 58 National Ambulatory Care Reporting System, Registered Persons Database, Ontario Health Insurance Plan Claims Database, Discharge Abstract Database, Home Care Database, Ontario Mental Health Reporting System, National Rehabilitation Reporting System and Continuing Care Reporting System provided by CCO
- 59 Ontario Palliative Care Network
<https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca>
- 60 Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, Wodchis WP, Hsu AT, Seow H, Manuel DG, Associations between physician home visits for the dying and place of death: A population-based retrospective cohort study, cohort study. *PLoS ONE* 13(2) e0191322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191322>
- 61 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):492-9.
- 62 Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S and Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013; 12(7)
- 63 Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, Wodchis WP, Hsu AT, Seow H, Manuel DG, Associations between physician home visits for the dying and place of death: A population-based retrospective cohort study. *PLoS ONE* 13(2): e0191322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191322>
- 64 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):492-9.
- 65 Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S and Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013; 12.
- 66 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;383:1721-30.
- 67 Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, Wodchis WP, Hsu AT, Seow H, Manuel DG, Associations between physician home visits for the dying and place of death: A population-based retrospective cohort study, *PLOS*, Published: February 15, 2018. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191322>
- 68 Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S and Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013; 12.
- 69 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):80-8
- 70 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):492-9.
- 71 Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S and Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013; 12.

- 72 National Health Expenditure Trends, 1975 to 2017. Ottawa, ON. CIHI. 2017. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex2017-trends-report-en.pdf>
- 73 National Health Expenditure Trends, 1975 to 2017. Ottawa, ON. CIHI. 2017. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex2017-trends-report-en.pdf>
- 74 OECD. Health at a Glance, 2017. OECD Indicators. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- 75 Locker, J. Maggirias, J. & Quinonez, C. Income, dental insurance coverage and financial barriers to dental care among Canadian adults Journal of Public Health Dentistry. 2011. 71(4): 327-334.
- 76 Thompson, B. Cooney, P. Lawrence, H. Ravaghi, V. Quinonez, C. Cost as a barrier to accessing dental care: Findings from a Canadian population-based study. Journal of Public Health Dentistry. 2014. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jphd.12048>
- 77 Locker, J. Maggirias, J. & Quinonez, C. Income, dental insurance coverage and financial barriers to dental care among Canadian adults Journal of Public Health Dentistry. 2011. 71(4): 327-334.
- 78 Thompson, B. Cooney, P. Lawrence, H. Ravaghi, V. Quinonez, C. Cost as a barrier to accessing dental care: Findings from a Canadian population-based study. Journal of Public Health Dentistry. 2014. 74(3): 210-218.

Qualité des services de santé Ontario est le responsable provincial de la qualité des soins de santé. Nous aidons le personnel infirmier, les médecins et les autres travailleurs acharnés des premières lignes à travailler plus efficacement, en leur fournissant des conseils objectifs et en les aidant, ainsi que le gouvernement, à améliorer les soins de santé pour la population de l'Ontario.

Notre objectif est de rendre les soins de santé plus efficace, efficaces et abordables, ce que nous faisons dans le cadre du mandat qui nous est conféré par la loi :

- rendre compte au public, aux organismes et aux fournisseurs de soins de santé du rendement du système de santé,
- trouver les meilleures données probantes sur ce qui fonctionne,
- traduire ces données en normes, en recommandations et en outils concrets que les fournisseurs de soins de santé peuvent facilement mettre en pratique pour apporter des améliorations.

Qualité des services de santé Ontario est régi par un conseil d'administration composé de 12 membres, nommés par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, qui représentent les professions médicales, les professions infirmières, les patients et d'autres groupes de soins de santé.

Qualité des services de santé Ontario s'efforce toujours de rassembler les personnes qui possèdent une expérience directe, soit les médecins, le personnel infirmier, les autres fournisseurs de soins de santé, les patients et leurs familles, pour connaître leurs expériences et trouver des moyens de les améliorer. Qualité des services de santé Ontario travaille également en collaboration avec des organismes de partout dans la province afin de favoriser la diffusion de programmes novateurs et éprouvés dans le but de soutenir une grande qualité tout en réalisant des économies et en éliminant le chevauchement. De plus, nous collaborons avec les patients pour qu'ils participent pleinement à la conception de nos programmes, un autre volet de notre travail que nous prenons très au sérieux.

Par exemple, nous offrons aux cliniciens des façons de mettre à profit leur sagesse et leur expérience collectives pour susciter un changement positif. L'an dernier, 29 hôpitaux de l'Ontario ont participé à un programme pilote qui a permis de réduire de 18 % les infections causées par une intervention chirurgicale. Grâce à ce programme, les chirurgiens ont pu consulter leurs données chirurgicales et comparer leur rendement à celui des autres chirurgiens et de 700 autres hôpitaux partout dans le monde. Nous les avons ensuite aidés à cerner les pratiques d'amélioration et les mesures à prendre. Quarante-six hôpitaux de l'Ontario font maintenant partie de ce programme.

Nous avons également élaboré des normes de qualité, fondées sur les meilleures données probantes, dans le but d'orienter la prise en charge des problèmes de santé là où il existe des lacunes en matière de soins. Chaque norme de qualité fournit des recommandations au gouvernement, aux organismes et aux cliniciens et est accompagnée d'un guide pour aider les patients à poser des questions éclairées au sujet de leurs soins.

En outre, dans le cadre de ses évaluations des technologies de la santé, Qualité des services de santé Ontario utilise des données probantes pour évaluer le rapport qualité-prix et la sécurité des nouvelles technologies et procédures et formule des recommandations au gouvernement quant à leur financement.

De plus, nous aidons chaque année les organismes du système à élaborer des plans d'amélioration de la qualité des soins de santé.

Qualité des services de santé Ontario s'engage à soutenir la création d'un système de soins de santé de qualité qui repose sur six dimensions fondamentales : l'efficacité, la prestation en temps voulu, la sécurité, l'efficacité, l'approche axée sur le patient et l'équité.

Notre objectif est de remettre en question le statu quo et de mettre l'accent sur des solutions pragmatiques de longue durée qui améliorent la santé de la population ontarienne, qui rehaussent son expérience en matière de soins, qui réduisent les coûts des soins de santé et qui favorisent le bien-être des fournisseurs de soins de santé. Nous croyons qu'un système de santé de qualité permet aux Ontariens et aux Ontariennes de vivre plus en santé et de façon plus productive, au sein d'une société dynamique qui procure des avantages à tous et à chacun.

Qualité des services de santé Ontario

Améliorons notre système de santé

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, 2018