

Vers un programme commun
d'amélioration de la qualité de 2014

À la hauteur

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

À propos de nous

Qualité des services de santé Ontario est le porte-parole provincial en matière de qualité du système de santé ontarien. Nous jouons un rôle unique en faisant rapport sur le rendement du système de santé, en partageant les meilleures preuves scientifiques possible pour guider le changement, et en supportant l'amélioration de la qualité. Qualité des services de santé Ontario est le nom opérationnel du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme qui relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Sur la page couverture : Ilona, 70 ans, se prépare à faire une randonnée à vélo, peu après sa deuxième arthroplastie de la hanche. Voir la page 56 pour son histoire. Nous remercions Ilona ainsi que les autres personnes qui ont partagé avec nous leurs expériences du système de santé. (Photo en page couverture : Joel Esposito)

ISBN 978-1-4606-4681-6 (Imprimé)

ISSN 2292-2083 (Imprimé)

ISBN 978-1-4606-4682-3 (PDF)

ISSN 2292-2091 (En ligne)

Table des matières

Préambule	2	Examens de la vue pour les personnes atteintes de diabète	45	Utilisation quotidienne de moyens de contention dans les foyers de soins de longue durée	75
Résumé	3	En résumé	47	Chutes dans les foyers de soins de longue durée	77
1. Introduction	5	5. Soins hospitaliers	48	Plaies de pression nouvelles ou s'aggravant	78
2. État de santé	8	Satisfaction des patients	50	En résumé	79
Espérance de vie à la naissance	10	Durée du séjour aux services des urgences	51	8. Intégration du système	80
Mortalité infantile	11	Arthroplasties de la hanche ou du genou réalisées à l'intérieur du temps d'attente ciblé	55	Hospitalisations liées à des affectations propices aux soins ambulatoires	82
État de santé autodéclaré	12	Interventions cardiaques réalisées à l'intérieur du temps ciblé	57	Consultation médicale dans les sept jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital	85
Décès potentiellement évitables	14	Temps d'attente pour une chirurgie du cancer	58	Taux de réadmission pour problèmes de santé mentale	86
En résumé	16	Infections à la bactérie <i>Clostridium difficile</i> contractées à l'hôpital	59	Taux de réadmission après 30 jours pour les patients ayant subi des interventions médicales et chirurgicales	87
3. Santé publique	18	Chutes parmi les patients en soins continus complexes	60	Autre niveau de soins	90
Usage du tabac	20	Plaies de pression chez les patients en soins continus complexes	61	En résumé	93
Inactivité physique	22	Recours à des moyens de contention dans le cadre de soins actifs en santé mentale	62	9. Effectifs en santé	94
Obésité	25	En résumé	63	Infirmières et infirmiers	96
Vaccination contre la rougeole	27	6. Soins à domicile	64	Médecins de famille et spécialistes	98
Vaccination contre le méningocoque	28	Satisfaction des patients	66	Taux de blessures avec interruption de travail	100
Vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus	29	Temps d'attente	68	En résumé	101
En résumé	31	En résumé	69	10. Prochaines étapes	102
4. Soins primaires	32	7. Soins de longue durée	70	Bibliographie	105
Avoir un fournisseur de soins primaires	34	Temps d'attente pour un lit dans un foyer de soins de longue durée	72	Remerciements	109
Accès rapide aux soins primaires	35				
Accès aux soins primaires après les heures ouvrables	38				
Expérience des patients en matière de soins primaires	40				
Dépistage du cancer colorectal	44				

Préambule

Au nom de Qualité des services de santé Ontario, nous avons le plaisir de vous communiquer *À la hauteur*, notre rapport annuel sur la santé des Ontariennes et des Ontariens et le rendement de notre système de santé.

Ce rapport est le premier qui repose sur le programme commun d'amélioration de la qualité. Créé en partenariat avec de nombreux intervenants du système de santé, le programme commun d'amélioration de la qualité comprend actuellement 40 indicateurs.

Chaque fois que cela s'avérait possible dans le rapport, nous avons comparé l'Ontario avec le reste du Canada et d'autres pays. Nous avons également comparé les différentes régions de l'Ontario entre elles.

Le rapport présente un message partagé. Dans l'ensemble, nous n'avons jamais été en aussi bonne santé et notre système de soins de santé s'améliore continuellement dans certains domaines. Le rendement de l'Ontario équivaut, voire meilleur que celui de la moyenne canadienne en ce qui a trait à tous les indicateurs comparables. Cependant, nos résultats pour certains indicateurs sont relativement médiocres si nous les comparons à ceux de nombreux autres pays.

Les Ontariens et les Ontariennes attendent trop longtemps pour consulter leur médecin de famille, pour avoir accès à certains services hospitaliers et pour être placés dans un foyer de soins de longue durée. Notre système de santé n'est pas intégré, ce qui entraîne des complications inutiles pour bon nombre de personnes. L'état de santé des Ontariennes et des Ontariens, ainsi que le rendement de leur système de soins de santé dépendent de l'endroit où ils habitent. Fait encore plus frappant, la santé des personnes qui vivent dans le Nord est de loin moins bonne que celle des personnes qui vivent dans d'autres régions de l'Ontario.

En fin de compte, ce sont les gens qui sont au cœur du présent rapport. Nous sommes reconnaissants que plusieurs patients ont bien voulu nous faire part de leurs expériences personnelles au sein du système. Ce sont de véritables histoires. Certains éléments de ces histoires suscitent la fierté, alors que d'autres soulèvent des préoccupations importantes.

Nous présentons ces histoires parce que nous devons réfléchir à propos des expériences des Ontariennes et des Ontariens dans le système de santé en utilisant la parole et non pas seulement le langage des chiffres. Le programme commun d'amélioration de la qualité est toujours en évolution et il existe d'importantes lacunes. Grâce au travail que nous menons en collaboration



Dr Joshua Tepper



Dr Andreas Laupacis

avec nos partenaires, nous améliorerons constamment le programme commun d'amélioration de la qualité et notre rapport annuel.

Le présent rapport fait partie intégrante de la responsabilité de Qualité des services de santé Ontario de surveiller le rendement du système. Nos autres fonctions comprennent l'examen des données probantes, l'établissement de normes visant à améliorer la pratique et les soins, ainsi que le soutien des professionnels des soins de santé et des systèmes de santé en apportant des changements visant à améliorer la qualité des soins. Pour obtenir de plus amples renseignements sur notre travail dans ces domaines, veuillez consulter les sections www.hqontario.ca du site Web.

Nous sommes impatients d'utiliser les résultats de *À la hauteur* pour nous guider et guider nos partenaires dans l'amélioration des soins prodigués à la population de l'Ontario.

Dr Joshua Tepper
Président et
Chef de la direction

Dr Andreas Laupacis
Président du Conseil

Résumé

Quotidiennement, en Ontario, des millions d'entre nous sont confrontés à une forme ou une autre de problème de santé, du plus anodin au plus grave.

Une femme de Sarnia écrase ce qu'elle espère être sa dernière cigarette, un père de Toronto commence à utiliser son vélo pour aller au travail dans un effort pour se mettre en forme et des écoliers de Chatham retroussent leurs manches pour se faire vacciner. À Thunder Bay, une nouvelle maman pleure de joie après avoir donné naissance à sa fille qui, elle l'espère, vivra longtemps et en santé; un grand-père de Timmins s'assoit dans une salle d'attente, redoutant la colonoscopie qu'il est sur le point de passer et une arrière-grand-mère de Midland souffrant d'une maladie cardiaque rit de plaisir en célébrant son 90^e anniversaire chez elle, avec sa famille, après avoir obtenu son congé de l'hôpital.

La santé joue un rôle central dans notre vie. Quand un infirmier vérifie nos signes vitaux après une intervention chirurgicale, quand un médecin nous prescrit un médicament qui soulage nos symptômes et quand un physiothérapeute nous aide à nous remettre sur pied après une arthroplastie de la hanche, nous ressentons

de la gratitude à l'égard du solide système de santé dont nous jouissons en Ontario. Par contre, lorsque nous attendons des semaines pour obtenir un rendez-vous avec notre médecin de famille, des mois pour consulter un spécialiste et des années pour aller vivre dans le foyer de soins de longue durée que nous privilégions, nous savons qu'il y a place à l'amélioration. Dans le présent rapport, notre objectif est de souligner les secteurs du système de santé qui affichent un bon rendement, ainsi que ceux qui pourraient s'améliorer.

L'histoire du rendement de notre système de santé commence par notre santé. Comment allons-nous? Somme toute, très bien. Nous sommes en meilleure santé que nous ne l'avons jamais été, en meilleure santé que les résidents de la plupart des autres provinces et des autres pays. À 81,5 ans, l'espérance de vie en Ontario est plus longue qu'elle ne l'a jamais été; plus longue de 20 ans qu'il y a un siècle. Nous avons le deuxième meilleur taux de mortalité évitable des provinces et notre taux de mortalité infantile continue de s'améliorer. Bien que près d'un d'entre nous sur cinq continue de fumer et que près de la moitié d'entre nous déclarent être physiquement inactifs, nous sommes moins à fumer ou à être inactifs comparativement aux années antérieures, et nous

Notre système de santé affiche un meilleur rendement aujourd'hui qu'il y a cinq et dix ans à l'égard d'un grand nombre des indicateurs qui font l'objet du présent rapport. Cependant, l'accès aux soins reste un problème dans de nombreux secteurs de notre système de santé.

Derrière chaque statistique présentée dans le présent rapport il y a **des patients, des familles, des personnes soignantes et des fournisseurs.**

occupons le deuxième rang parmi les provinces pour les deux indicateurs.

Notre système de santé affiche un meilleur rendement aujourd'hui qu'il y a cinq et dix ans à l'égard d'un grand nombre des indicateurs qui font l'objet du présent rapport. Par exemple, la proportion de chirurgies cardiaques et de chirurgies du cancer effectuées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé s'est améliorée. Dans les foyers de soins de longue durée, le recours aux moyens de contention a diminué sans que le nombre de chutes n'augmente chez les pensionnaires. Le nombre d'admissions dans les hôpitaux pour des états pathologiques qui peuvent être efficacement évités ou traités à l'extérieur de l'hôpital a également diminué.

Cependant, l'accès aux soins continue de représenter un problème dans de nombreux secteurs de notre système de santé. Même si neuf Ontariens sur dix consultent un médecin de famille ou une infirmière ou un infirmier praticien, plus de la moitié d'entre nous ne peut consulter notre fournisseur de soins primaires le jour même où nous tombons malades, voire le lendemain. Il s'agit du pire rendement des onze pays faisant partie d'une étude internationale sur l'accès aux soins primaires. Nous éprouvons également de la

difficulté à consulter nos fournisseurs de soins primaires à l'extérieur des heures de travail habituelles. Plus de la moitié d'entre nous déclarent ne pas pouvoir consulter notre fournisseur de soins primaires en soirée ou la fin de semaine. Il s'agit du deuxième pire rendement parmi les onze pays ayant fait l'objet de l'étude.

Si un membre de notre famille a besoin d'une place dans un foyer de soins de longue durée, nous devons nous attendre à patienter. Même si les temps d'attente pour obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée se sont améliorés au cours des quatre dernières années, la plupart des gens attendent encore plusieurs mois.

Pour plusieurs des indicateurs évoqués dans le rapport – notamment les décès potentiellement évitables, l'obésité, l'usage du tabac, l'accès aux soins et les réadmissions à l'hôpital – le rendement est nettement pire dans certaines parties de l'Ontario comparativement à d'autres. Dans certaines régions, les taux de décès potentiellement évitables, d'usage du tabac et de réadmissions pour des états pathologiques propices aux soins ambulatoires correspondent presque au double de ceux d'autres régions. Il en est de même pour les temps d'attente pour obtenir des soins de longue durée.

Malgré les temps d'attente et les difficultés associées à l'accès, les sondages sur la satisfaction des patients indiquent que nous sommes généralement satisfaits des soins que nous recevons. Ces sondages indiquent que plus de neuf patients sur dix qui reçoivent des soins à domicile et qui ont répondu au sondage sont satisfaits de leurs soins, qu'environ les trois quarts des patients des hôpitaux interrogés recommanderaient sans aucun doute à leurs amis et aux membres de leur famille l'hôpital où ils ont reçu des soins, et que plus de huit patients sur dix ayant répondu au sondage après

avoir consulté leur médecin de famille ou leur infirmière ou infirmier praticien ont déclaré que leur fournisseur de soins primaires leur consacrait suffisamment de temps.

Ces sondages sur la satisfaction des patients nous indiquent également à quel point nous nous préoccupons de notre système de santé lorsque nous en avons besoin et à quel point nous apprécions les soins de qualité élevée. Maintenant, pour la première fois, Qualité des services de santé Ontario a recours à un petit ensemble d'indicateurs, connu sous le nom de programme commun d'amélioration de la qualité, pour examiner le rendement des divers aspects de notre système de santé. Il existe tellement d'indicateurs pour surveiller le rendement des systèmes de santé que nous pouvons être submergés d'information et éprouver de la difficulté à donner un sens à l'ensemble des données. En ayant recours à un ensemble ciblé pour produire régulièrement un rapport de rendement, nous espérons alléger une partie du fardeau de ce soi-disant « chaos d'indicateurs ». En consultant ses partenaires et les dirigeants du système, Qualité des services de santé Ontario a défini cet ensemble d'indicateurs de programme commun d'amélioration de la qualité qui continuera d'évoluer au cours des prochaines années.

Les chiffres ne nous disent pas tout. Derrière chaque statistique présentée dans le présent rapport il y a des patients, des familles, des personnes soignantes et des fournisseurs, dont certains nous ont livré leurs expériences au sein du système de santé de l'Ontario dans des témoignages présentés un peu partout dans le rapport. Qualité des services de santé Ontario a l'intention de faire participer la population ontarienne à son cheminement. Le présent rapport témoigne de nouveaux progrès vers l'amélioration continue de notre système de santé et vers l'obtention d'une province en meilleure santé.

Introduction

Pourquoi les rapports sur le rendement du système de santé importent-ils aux Ontariennes et aux Ontariens?

Quel est l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens? Est-ce que notre système de santé s'améliore? Comment notre système de santé se compare-t-il à celui des autres provinces et des pays? Le présent rapport vise à répondre à ces questions.

Qualité des services de santé Ontario et notre rôle

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est un organisme gouvernemental indépendant dont le mandat est défini dans la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous.[1] À titre de conseiller de la province en matière de qualité du système de santé, QSSO doit surveiller l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens et le rendement du système de santé, puis en faire rapport à la population de l'Ontario, soutenir l'amélioration continue de la qualité et promouvoir des soins de santé reposant sur les meilleures données scientifiques disponibles. L'une de nos responsabilités consiste à présenter annuellement un rapport au public sur le rendement du système de santé et l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens.

Le chemin qui nous a conduits au programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité sert d'assise au rapport *À la hauteur*. Il s'agit d'un ensemble d'indicateurs de rendement clés choisis en collaboration avec les partenaires du système de santé. QSSO est à la tête de la création de cet ensemble d'indicateurs qui tient compte des grandes priorités des patients et des fournisseurs de soins de santé. L'ensemble d'indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité en évolution vise à concentrer les efforts et à mobiliser les dirigeants du système pour offrir aux Ontariennes et aux Ontariens la meilleure qualité de soins qui soit.[2]

Les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité seront utilisés pour faire le suivi des progrès à long terme réalisés vers l'atteinte des objectifs de santé de l'Ontario et contribueront à rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs seront également utilisés pour promouvoir un système intégré axé sur les patients.

Chaque chapitre du rapport *À la hauteur* représente un secteur du système de santé qui correspond à l'un des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité : état de santé, santé publique, soins primaires, soins hospitaliers, soins à domicile, soins de longue durée, intégration du système et ressources humaines dans le domaine de la santé (figure 1.1).

Une annexe technique comprenant une méthodologie détaillée et des renseignements sur les indicateurs est disponible sur le site Web de QSSO.

Rendement en Ontario

En plus d'examiner les variations du rendement de la province dans son ensemble, nous avons également comparé les données régionales de certains indicateurs. Il y a 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario, organisés par région géographique (figure 1.2). Chaque RLISS est responsable de la planification, de l'intégration et du financement des services de soins de santé dans sa région, grâce au financement octroyé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.[3] Aux fins de comparaisons régionales en Ontario, nous publions les données pour chacun des territoires des RLISS avec les données de l'Ontario pour donner une idée du contexte.

FIGURE 1.1

Programme commun d'amélioration de la qualité de 2014

État de santé

État de santé autodéclaré

Espérance de vie à la naissance

Mortalité infantile

Décès potentiellement évitables

Santé publique

Usage du tabac

Inactivité physique

Obésité

Vaccination contre la rougeole

Vaccination contre le méningocoque

Vaccination contre la grippe chez les adultes plus âgés

Soins primaires

Avoir un fournisseur de soins primaires

Accès à un fournisseur de soins primaires le jour même lorsqu'on est malade ou le lendemain

Accès à des soins médicaux primaires le soir, la fin de semaine ou un jour férié

Expérience des patients

Dépistage du cancer colorectal

Examens de la vue pour les personnes atteintes de diabète

Soins hospitaliers

Satisfaction des patients

Durée du séjour aux services des urgences

Temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ou du genou

Temps d'attente pour une intervention cardiaque

Temps d'attente pour une chirurgie du cancer

Infections à *Clostridium difficile* contractées à l'hôpital

Chutes chez les patients des SCC

Plaies de pression chez les patients des SCC

Recours à des moyens de contention dans le cadre de soins actifs en santé mentale

Soins à domicile

Satisfaction des patients

Temps d'attente pour obtenir des soins infirmiers

Temps d'attente pour obtenir des services de soutien de la personne

Soins de longue durée

Temps d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée

Recours à des moyens de contention chez les pensionnaires des foyers de soins de longue durée

Chutes chez les pensionnaires des foyers de soins de longue durée

Plaies de pression chez les pensionnaires des foyers de soins de longue durée

Intégration du système

Hospitalisations liées aux états pathologiques propices aux soins ambulatoires

Consultation d'un médecin dans les sept jours suivant l'obtention d'un congé de l'hôpital

Réadmissions pour maladies mentales

Réadmissions pour patients ayant obtenu des soins médicaux ou chirurgicaux

Journées d'attente d'autres niveaux de soins

Effectifs en santé

Nombre d'infirmières ou d'infirmiers autorisés, d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires autorisés ou d'infirmières ou d'infirmiers praticiens

Nombre de médecins de famille ou de spécialistes

Blessures avec interruption de travail chez les travailleurs de la santé

Rendement de l'Ontario par rapport à d'autres territoires de compétence

Pour offrir un contexte sur le rendement du système de santé de l'Ontario, nous fournissons également des comparaisons avec d'autres provinces du Canada, ainsi que d'autres pays. Nous publions les données sur les autres provinces afin d'effectuer des comparaisons à travers le Canada. Nous n'avons pas inclus les données pour les territoires parce que leur superficie et la taille de leur population sont très différentes de ceux de l'Ontario et que ces données pourraient ne pas représenter des comparateurs appropriés.

Aux fins de comparaisons internationales, nous comparons habituellement le rendement de l'Ontario à celui de 10 autres pays qui participent au sondage du Fonds du Commonwealth abondamment cité à l'échelle internationale. Outre le Canada, les pays retenus dans l'enquête sont les suivants : l'Australie, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, la Suisse et les États-Unis. Ces pays présentent de nombreuses similitudes économiques et démographiques avec le Canada et sont donc généralement considérés comme étant des comparateurs appropriés. QSSO fait équipe avec le Fonds du Commonwealth pour appuyer l'enquête.

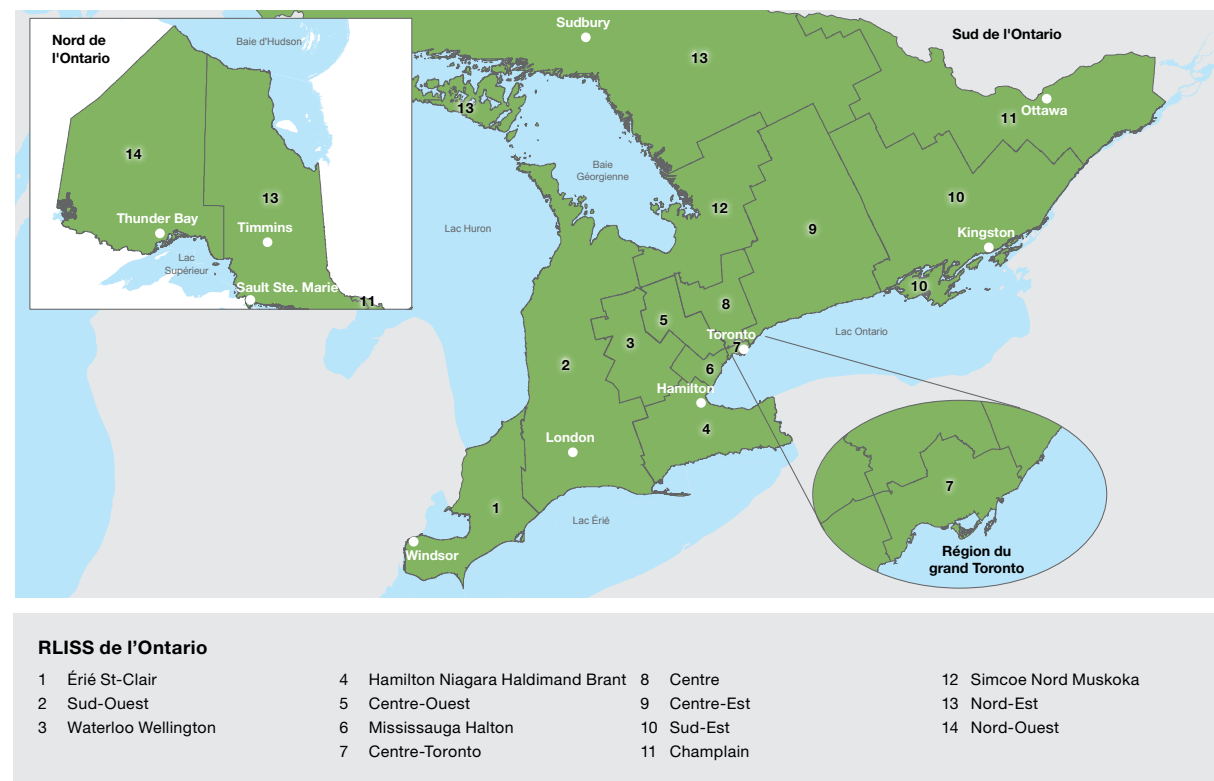
Les histoires au cœur des statistiques

À la hauteur présente une série de vignettes reposant sur les entretiens que nous avons menés avec des patients et des personnes soignantes qui nous ont raconté leurs histoires sur la santé et les soins de santé en Ontario. Nous avons également intégré la perspective d'une infirmière praticienne pour montrer le point de vue du fournisseur. Ces histoires présentent des points de vue personnels et ne représentent pas nécessairement l'expérience de tous. Les histoires donnent un aperçu de comment certains individus vivent leur expérience du

FIGURE 1.2

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

Dans ce rapport, nous présentons des données au niveau régional selon les zones géographiques définies par les 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé de la province, tel qu'illustré ci-dessous.



système de santé à un moment donné. Elles illustrent certaines des réussites, mais également les enjeux et les complexités que doit surmonter notre système de santé pour fournir d'excellents soins à toute la population ontarienne. Les histoires nous disent ce que les tableaux et les figures présentés dans ce rapport ne peuvent pas nous révéler : que ressent-on lorsqu'on attend avant de pouvoir obtenir une arthroplastie de la

hanche, lorsqu'on est la personne soignante d'un mari atteint du cancer du cerveau ou lorsqu'on est infirmière praticienne? Nous tenons à remercier les patients, les personnes soignantes et les professionnels de la santé qui ont accepté de partager des détails personnels de leur vie pour que nous puissions obtenir un portrait plus fidèle de la façon dont les indicateurs présentés dans ce rapport touchent les Ontariennes et les Ontariens.

État de santé

A photograph of a family walking through a grassy field under a clear blue sky. A man in a light blue button-down shirt and green pants carries a young child on his shoulders. The child is wearing a blue sleeveless shirt and green shorts. A woman with blonde hair, wearing a white tank top and blue jeans, walks alongside them, holding the man's hand. They are all smiling and looking towards the right. The background shows a line of trees and rolling hills.

Dans ce chapitre, nous présentons les indicateurs du Programme commun d'amélioration de la qualité reliés à l'espérance de vie, la mortalité infantile, l'état de santé autodéclaré et la mortalité potentiellement évitable.

Tableau d'ensemble

Le principal objectif de tout système de santé est de maintenir et de rétablir la santé. Même s'il faut plus qu'un bon système de santé pour que la population soit en bonne santé, les rapports sur les indicateurs de l'état de santé peuvent aider à faire la lumière sur le rendement de notre système de santé. Nous pouvons également utiliser ces indicateurs pour établir des comparaisons dans le temps et avec d'autres provinces et pays.

Principales observations

L'espérance de vie en Ontario a augmenté d'une année au cours des sept dernières années

Près de 63 % des Ontariennes et des Ontariens ont déclaré que leur santé globale était excellente ou très bonne

L'Ontario affiche le deuxième meilleur taux de mortalité potentiellement évitable de toutes les provinces

Les rapports sur les indicateurs de l'état de santé peuvent contribuer **à faire la lumière sur le rendement de notre système de santé.**

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie en Ontario a augmenté d'une année entre 2003-2005 et 2007-2009 pour passer à 81,5 années

Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie moyenne des Canadiennes et des Canadiens a augmenté de 20 ans, passant de 60 ans au début des années 1920 à plus de 80 ans de nos jours.[4] En 2010, le Canada s'est classé au 10^e rang sur les 34 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques quant à l'espérance de vie.[5]

L'espérance de vie de la population ontarienne continue d'augmenter. Entre 2003-2005 et 2007-2009, elle a augmenté d'une année pour passer à 81,5 ans.[4]

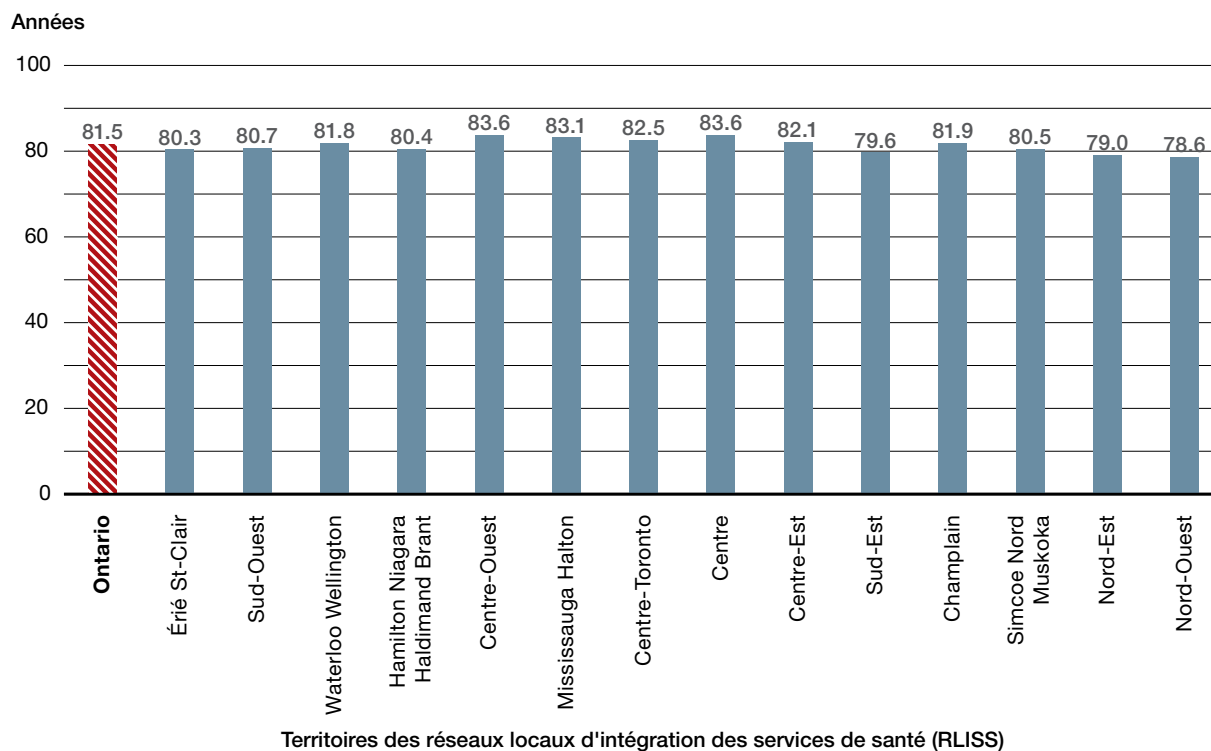
Dans certaines régions de l'Ontario, les gens vivent en moyenne plus longtemps que dans d'autres régions. La population desservie par territoire de Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest affiche l'espérance de vie la plus faible (78,6 ans). En revanche, les populations desservies par les territoires des RLISS du Centre et du Centre-Ouest ont une espérance de vie de 83,6 années (figure 2.1).

20 années

Amélioration de
l'espérance de vie au
Canada depuis 1920

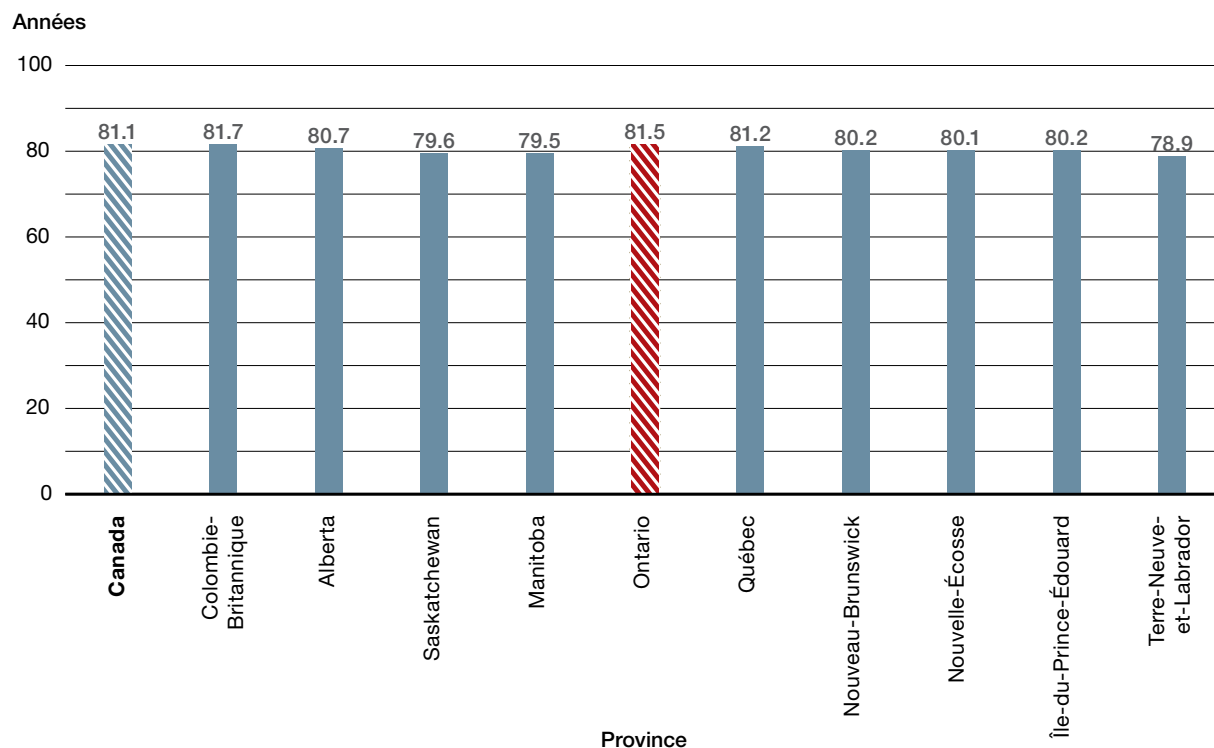
FIGURE 2.1

Espérance de vie à la naissance, en Ontario et par territoires des RLISS, 2007-2009



Source des données : Statistique Canada.[6]

FIGURE 2.2
Espérance de vie à la naissance, au Canada et par province, 2007-2009



Source des données : Statistique Canada.[6]

Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

À 81,5 ans, l'espérance de vie à la naissance en Ontario pour la période 2007-2009 est semblable à celle de la moyenne canadienne de 81,1 ans. La Colombie-Britannique affiche l'espérance de vie la plus élevée (81,7 ans) (figure 2.2).

Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile en Ontario a baissé entre 2007 et 2011

La mortalité infantile témoigne de la façon dont les mères et les bébés s'en tirent dans leurs familles, leurs collectivités et le système de santé.[7] Au cours de la dernière décennie, le taux de mortalité infantile a baissé considérablement dans presque tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques en raison de l'amélioration de l'hygiène, de la nutrition, de l'alimentation des nourrissons et des soins de santé maternels et infantiles.[8]

Entre 2007 et 2011, le taux de mortalité infantile en Ontario a chuté, passant de 5,2 à 4,6 décès pour 1 000 naissances vivantes.[9]

État de santé autodéclaré

Près des deux tiers des Ontariennes et des Ontariens s'estiment en excellente ou en très bonne santé

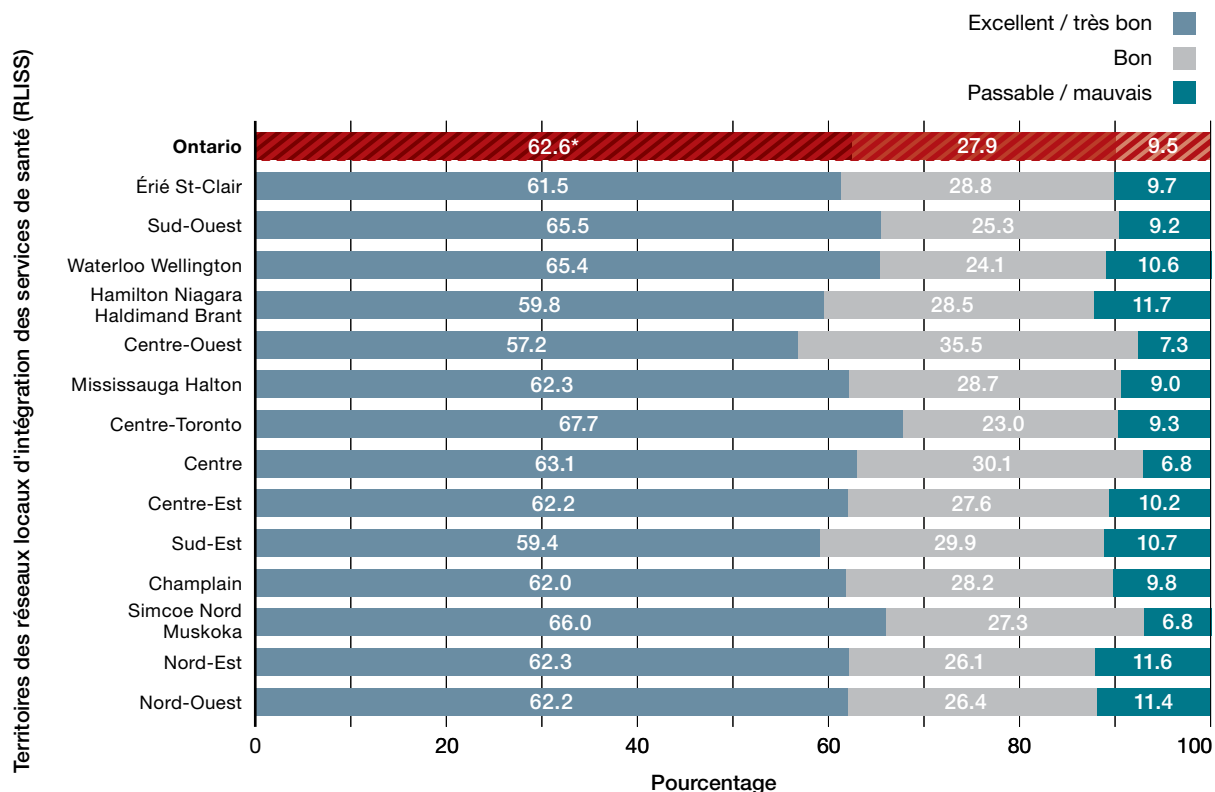
Demander aux gens ce qu'ils pensent de leur propre état de santé est un bon moyen de surveiller l'état de santé, notamment parce que l'état de santé autodéclaré est un bon indicateur des décès prématurés et des incapacités futures.[10,11]

En 2012, 62,6 % des Ontariennes et des Ontariens âgés de 12 ans et plus ont décrit l'état général de leur santé comme étant excellent ou très bon, comparativement à 60,7 % en 2008. Seulement 9,5 % des répondants ont estimé que leur état de santé était passable ou mauvais, soit un pourcentage semblable à 11,2 % en 2008.[12]

L'état de santé autodéclaré diffère quelque peu selon la région de l'Ontario. Les personnes dans le RLISS du Centre-Toronto affichent le meilleur état de santé, avec 67,7 % des répondants estimant que leur état de santé général était excellent ou très bon. Les habitants du territoire du RLISS du Centre-Ouest présentent le pire état de santé autodéclaré, avec 57,2 % des répondants estimant que leur état de santé était excellent ou très bon (figure 2.3).

FIGURE 2.3

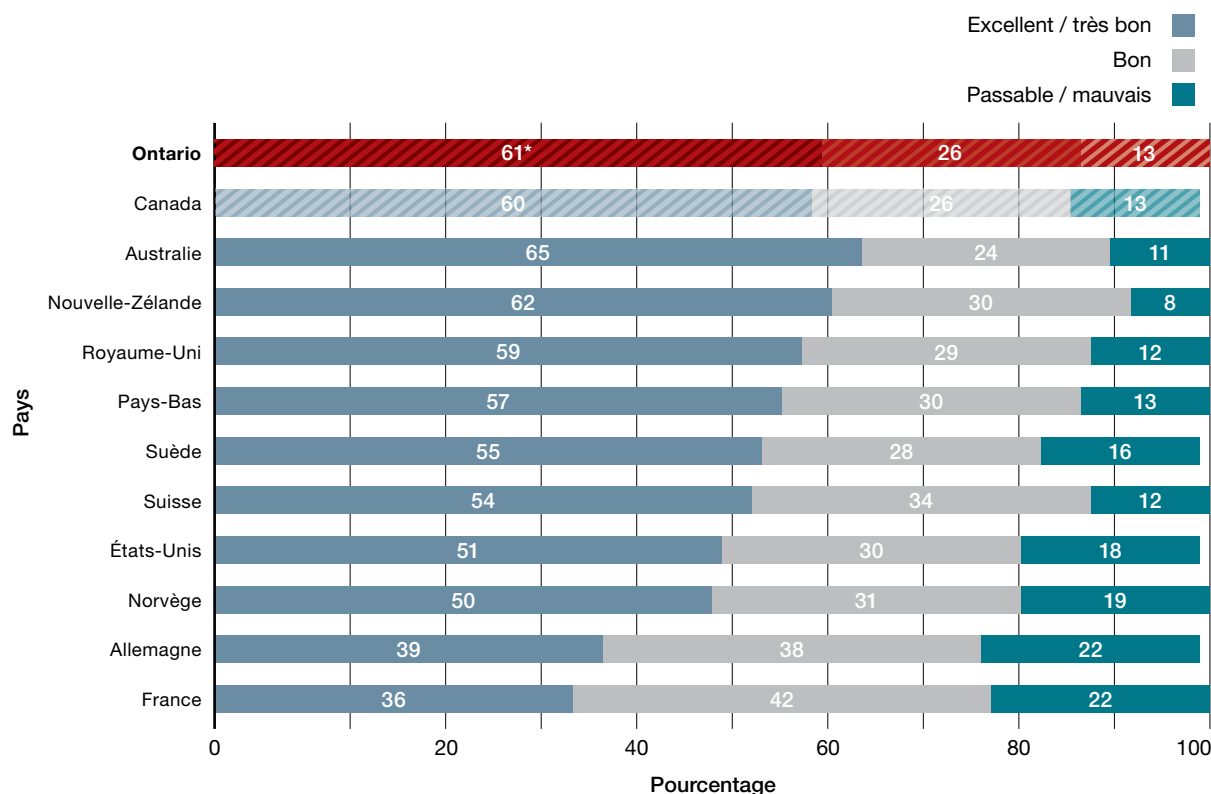
État de santé autodéclaré en Ontario et par territoires des RLISS, 2012



Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé. *Les taux légèrement différents déclarés pour l'Ontario dans les comparaisons provinciales et internationales peuvent être attribuables aux différents échantillons d'enquête utilisés dans les différentes sources de données.

FIGURE 2.4

État de santé autodéclaré par pays, 2013



Source des données : Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. *Les taux légèrement différents déclarés pour l'Ontario dans les comparaisons provinciales et internationales peuvent être attribuables aux différents échantillons de sondage utilisés dans les différentes sources de données. Les pourcentages des catégories individuelles ne donnent pas toujours un total de 100 % en raison des arrondissements et d'autres questions techniques.

Comparaison de l'Ontario avec le reste du monde

Si l'on se fonde sur les données issues du sondage de 2013 du Fonds du Commonwealth, la population ontarienne et la population canadienne se sont bien classées parmi les 11 autres pays étudiés en ce qui a trait à l'estimation de l'état de santé comme étant excellent ou très bon. Quelque 61 % des Ontariennes et des Ontariens se sont jugés en excellente ou en très bonne santé, juste au-dessus de la moyenne canadienne de 60 %. Ces pourcentages sont semblables à ceux de la Nouvelle-Zélande (62 % de la population a qualifié son état de santé comme étant excellent ou très bon) et du Royaume-Uni (59 %), mais nettement plus élevés que celui de la France (36 %) ou de l'Allemagne (39 %) (figure 2.4). L'Australie a présenté le taux le plus élevé d'état de santé autodéclaré excellent ou très bon parmi les pays étudiés (65 %).

Décès potentiellement évitables

Les décès potentiellement évitables sont passés d'un taux de 175 pour 100 000 personnes en 2006-2008 à un taux de 163 pour 100 000 personnes en 2009-2011

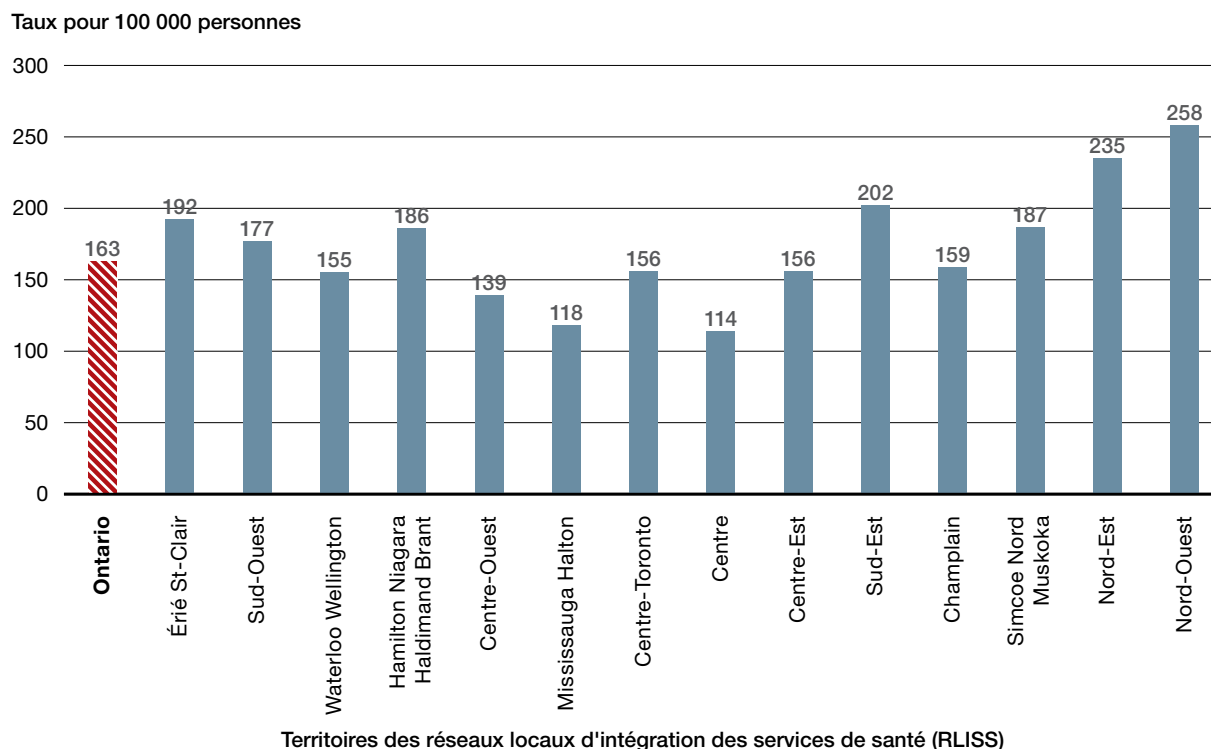
Cet indicateur met l'accent sur les décès survenus avant l'âge de 75 ans qui étaient potentiellement évitables. La mesure comprend les décès causés par des maladies qui peuvent souvent être prévenues (p. ex., en adoptant des comportements plus sains ou grâce aux vaccinations) ainsi que les décès qui étaient potentiellement évitables au moyen de traitements efficaces. Par exemple, un décès causé par une crise cardiaque serait comptabilisé comme étant un décès potentiellement évitable, alors qu'un décès causé par le cancer du pancréas ne le serait pas.

Le taux de mortalité potentiellement évitable en Ontario a chuté pour passer de 175 pour 100 000 personnes en 2006-2008 à 163 pour 100 000 personnes en 2009-2011, reflétant les améliorations de la moyenne nationale, qui est passée d'un taux de 185 décès potentiellement évitables pour 100 000 personnes à un taux de 171 pour 100 000 personnes au cours de la même période.[13]

On constate une variation régionale considérable dans le taux de mortalité potentiellement évitable en Ontario, avec le territoire du RLISS du Centre affichant le taux le plus bas soit 114 décès pour 100 000 personnes en 2009-2011 et le territoire du RLISS du Nord-Ouest présentant le taux le plus élevé, soit 258 décès pour 100 000 personnes (figure 2.5).

FIGURE 2.5

Taux ajusté selon l'âge de mortalité potentiellement évitable, en Ontario et par territoires des RLISS, 2009-2011

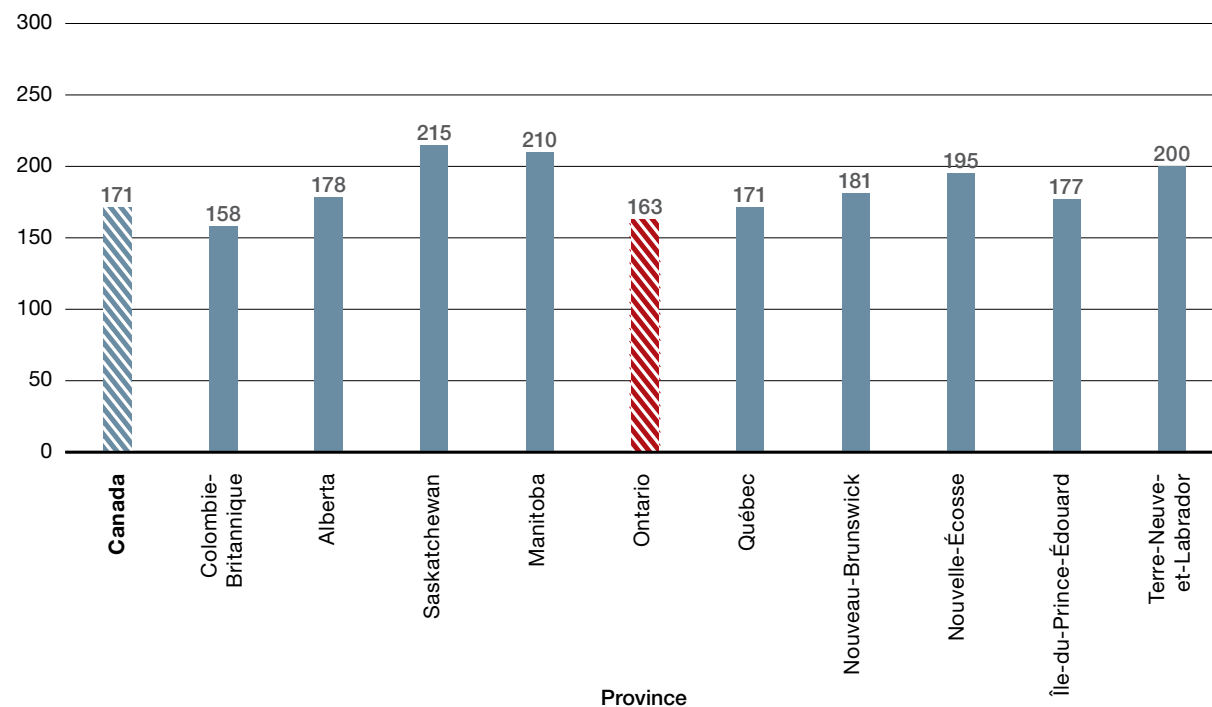


Source des données : Statistique Canada.[13]

FIGURE 2.6

Taux ajusté selon l'âge de mortalité potentiellement évitable au Canada et par province, 2009-2011

Taux pour 100 000 personnes



Source des données : Statistique Canada.[13]

Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Le taux de mortalité potentiellement évitable de l'Ontario de 163 décès pour 100 000 personnes au cours de la période 2009-2011 est inférieur au taux canadien de 171 décès pour 100 000 personnes et est le deuxième plus bas au Canada, juste après le taux de la Colombie-Britannique de 158 décès pour 100 000 personnes (figure 2.6).

En résumé

Les indicateurs présentés dans ce chapitre dévoilent un tableau d'ensemble de la santé de la population ontarienne. Sous bien des aspects, nous n'avons jamais été en aussi bonne santé, et les données les plus récentes laissent à penser que les taux d'espérance de vie continuent d'augmenter. Malgré quelques écarts d'une région à l'autre de la province, la majorité des Ontariennes et des Ontariens estiment que leur santé est excellente ou très bonne. Cette auto-évaluation de la santé est analogue au taux global au Canada, quoiqu'elle est plus élevée que le taux de la plupart des pays étudiés. Les taux de mortalité potentiellement évitable ont diminué, et l'Ontario affiche l'un des taux les plus bas au pays pour cet indicateur. On constate toutefois des variations régionales pour les taux de mortalité potentiellement évitable dans la province, certaines régions présentant un taux plus de deux fois supérieur à celui d'autres régions.

Nous n'avons jamais été aussi en santé.

On constate toutefois des variations régionales pour les taux de mortalité potentiellement évitable dans la province, certaines régions présentant un taux plus de deux fois supérieur à celui d'autres régions.

Rencontre avec Moe

Âge : 92 ans, Ottawa

Moe ne pensait pas beaucoup à la retraite lorsqu'il était jeune. « Jusqu'à l'âge de 14 ans, je jouais pour l'équipe de baseball de ma ville. J'espérais jouer un jour pour les Tigers de Detroit et être considéré comme le meilleur joueur à ma retraite. Ce fut ma seule réflexion sur la retraite à cette époque. » Moe, qui vit à Ottawa, a travaillé dans une grande société minière et a pris sa retraite en 1983, à l'âge de 61 ans. Il est maintenant âgé de 92 ans et est à retraite depuis presque aussi longtemps qu'il a travaillé.

À l'époque où il travaillait, Moe se faisait un devoir de prendre du temps pour pratiquer des sports, comme le golf, le curling et le ski alpin. Une fois à la retraite, Moe a continué à jouer au curling et au golf, et a également commencé à pratiquer le ski de fond avec sa femme. Il se tient maintenant en forme en marchant, en faisant de l'exercice sur un tapis roulant et en faisant du vélo. Il a cessé de jouer au tennis il y a quelques années.

Pour rester en bonne santé, Moe suit le conseil de sa femme. « Elle était plus intelligente que moi, savait toujours quels aliments étaient bons pour la santé et savait aussi qu'il ne fallait pas être idiot », a-t-il dit en parlant de sa femme, qui est décédée plus tôt cette année à l'âge de 93 ans. « J'ai eu un mariage heureux qui a duré 65 ans. »

À l'âge de 92 ans, Moe est à la retraite depuis presque aussi longtemps qu'il a été sur le marché du travail.

Il se tient maintenant en forme en marchant, en faisant de l'exercice sur un tapis roulant et en faisant du vélo.

Santé publique



Dans le présent chapitre, nous présentons les données sur les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité portant sur les taux d'usage du tabac, d'inactivité physique, d'obésité et de vaccination contre la rougeole, le méningocoque et la grippe.

Promotion d'une meilleure santé

La promotion de la santé peut empêcher les gens de tomber malades et d'avoir besoin de soins de santé. L'usage du tabac, l'inactivité physique, la consommation d'alcool, le stress et l'alimentation influent grandement sur l'état de santé général. Si toutes les personnes qui habitent en Ontario étaient non-fumeuses, physiquement actives, consommaient de l'alcool avec modération ou pas du tout, vivaient un stress peu élevé et avaient une saine alimentation, nous pourrions nous attendre à vivre, en moyenne, 7,5 ans de plus.[15]

Principales observations

L'Ontario affiche le deuxième taux d'usage du tabac le plus faible parmi les provinces

Les Ontariennes et Ontariens sont physiquement plus actifs qu'il y a cinq ans

Le taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans et plus en Ontario a chuté à 70,7 % en 2012 par rapport à 75,2 % cinq ans auparavant

L'usage du tabac est la principale cause de maladies évitables et de décès prématurés en Ontario et est responsable d'environ 13 000 décès dans la province chaque année.[14]

Usage du tabac

Le taux d'usage du tabac en Ontario est descendu à 18,8 % comparativement à 21,2 % il y a cinq ans

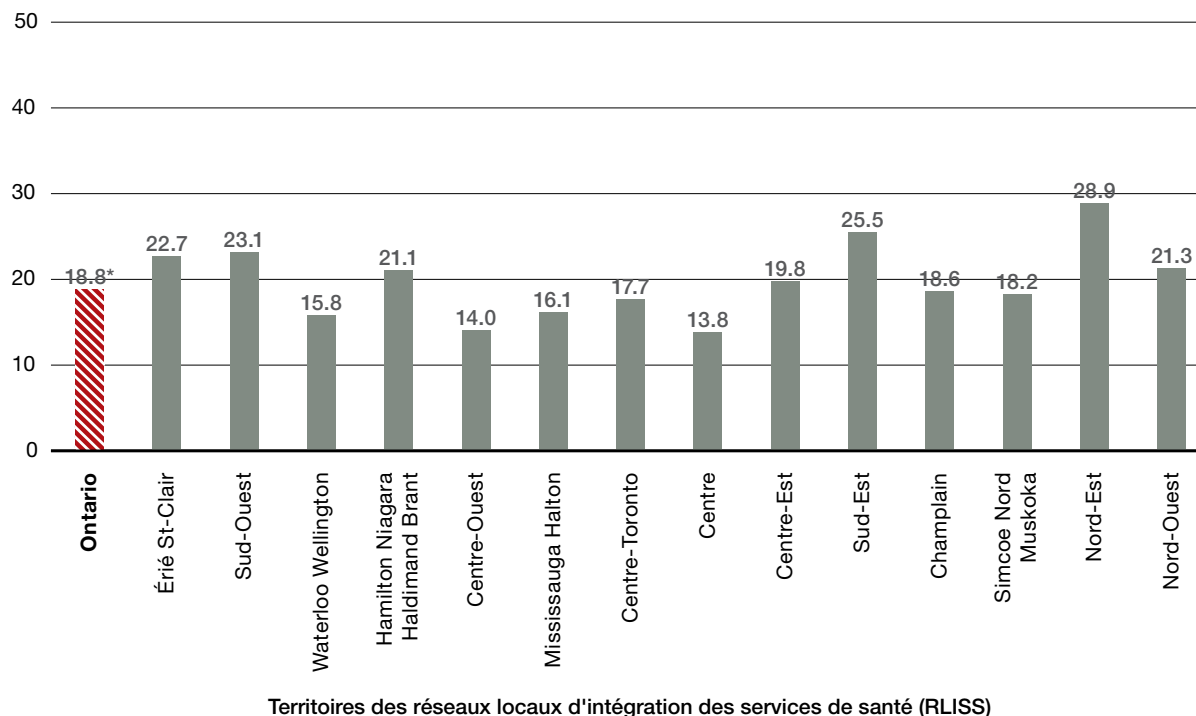
L'usage du tabac est la principale cause de maladies évitables et de décès prématurés en Ontario et est responsable d'environ 13 000 décès dans la province chaque année.[14]

Entre 2007 et 2012, le taux d'usage du tabac en Ontario s'est légèrement amélioré, passant de 21,2 % à 18,8 %.[16] Les taux d'usage du tabac varient sensiblement d'une région à l'autre de la province, avec un taux de 13,8 % pour le territoire du RLISS du Centre correspondant à moins de la moitié de celui pour le territoire du RLISS du Nord-Est (28,9 %) (figure 3.1).

FIGURE 3.1

Taux d'usage du tabac, ajustés selon l'âge et le sexe, en Ontario et par territoires des RLISS, 2012

Pourcentage

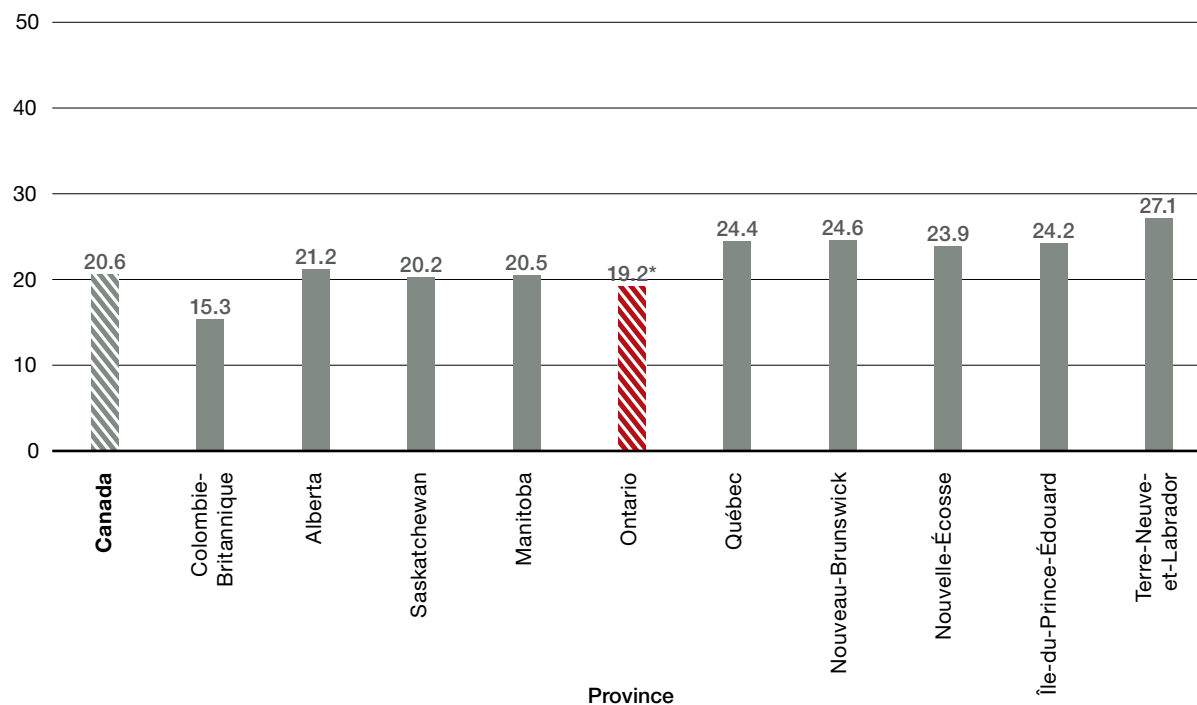


Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé. *Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes méthodes d'obtention de données.

FIGURE 3.2

Taux d'usage du tabac, ajustés selon l'âge, au Canada et par province, 2012

Pourcentage



Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Selon les données d'un sondage de Statistique Canada mené en 2012, le taux d'usage du tabac en Ontario de 19,2 % est inférieur à la moyenne canadienne de 20,6 % et se classe au deuxième rang des taux les plus bas au Canada, devancé seulement par celui de la Colombie-Britannique (15,3 %) (figure 3.2).

Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé, Statistique Canada.
 [17] *Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes méthodes d'obtention des données.

Inactivité physique

Les Ontariennes et les Ontariens sont beaucoup plus actifs maintenant qu'ils ne l'étaient il y a cinq ans

L'inactivité physique est associée à un risque accru de maladies chroniques graves, dont les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, le diabète et l'ostéoporose.[18] Certains chercheurs estiment que le fardeau de l'inactivité physique pour la santé de la population est à peu près équivalent à celui dû à l'usage du tabac.[15] Les niveaux d'inactivité sont estimés en examinant les réponses des participants au sondage aux questions portant sur l'activité physique quotidienne durant les loisirs. Ceux qui sont classés comme étant actifs ont déclaré un niveau d'activité physique équivalant à une heure de marche ou à 20 minutes de jogging par jour, alors que ceux qui sont classés comme étant inactifs ont déclaré un niveau d'activité équivalant à moins de 30 minutes de marche par jour. Ceux qui se situent entre les deux sont classés comme étant modérément actifs.[19]

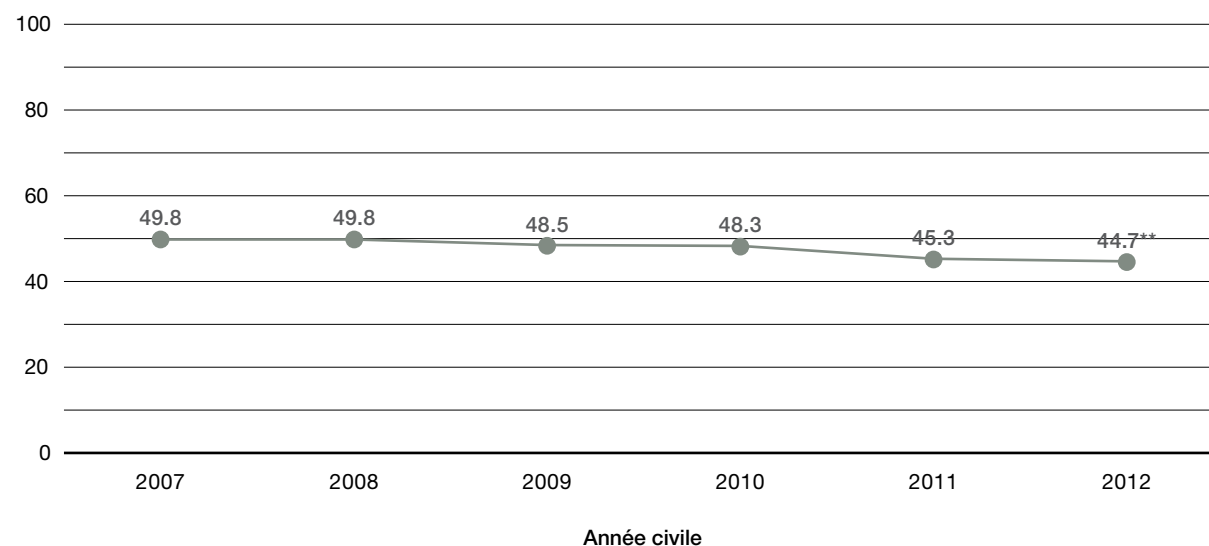
En 2012, 44,7 % des Ontariennes et des Ontariens âgés de 12 ans et plus ont déclaré être physiquement inactifs, une légère amélioration par rapport à 49,8 % en 2007 (figure 3.3).

On note des écarts importants dans les taux d'inactivité physique partout en Ontario. C'est le territoire du RLISS de Simcoe Nord Muskoka qui affichait le taux le plus favorable d'inactivité (31,6 %) en 2012, alors que la population pour le territoire du RLISS du Centre-Ouest était la moins active, avec un taux d'inactivité de 55,7 % (figure 3.4).

FIGURE 3.3

Taux d'inactivité physique, ajustés selon l'âge et le sexe, en Ontario, 2007 à 2012

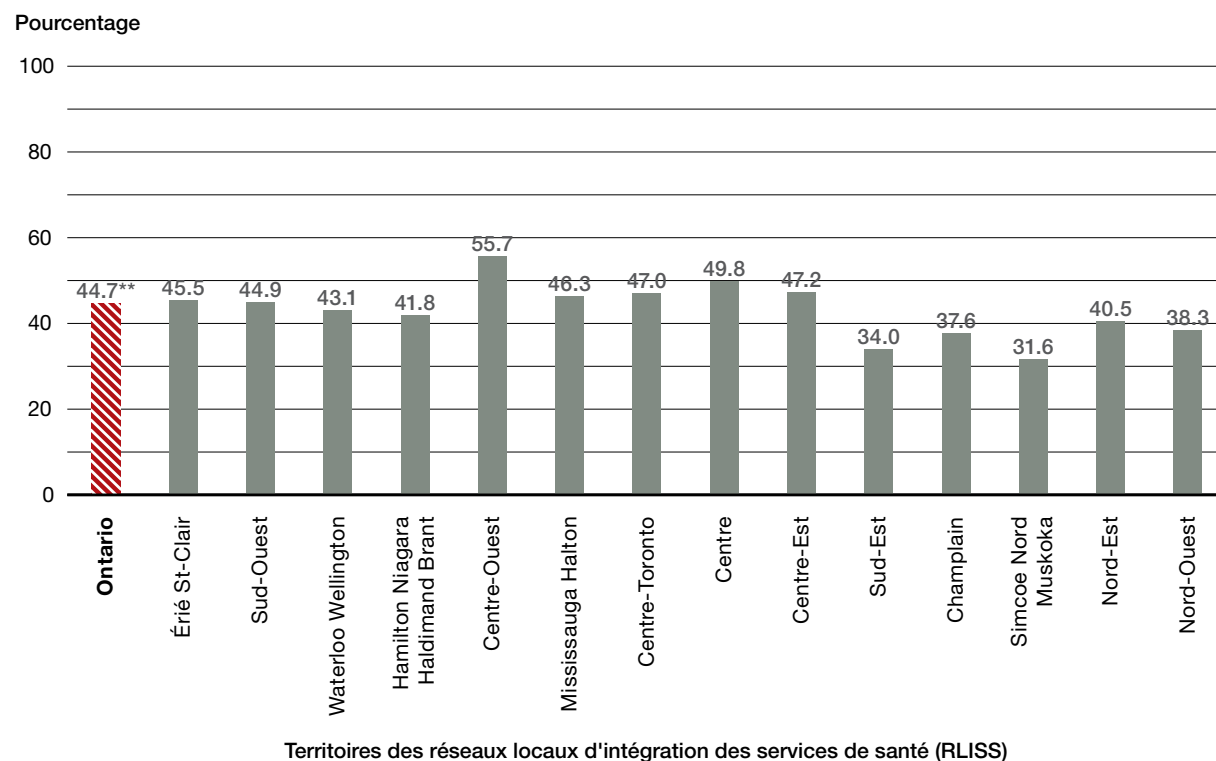
Pourcentage



Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé. **Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes méthodes d'obtention de données.

FIGURE 3.4

Taux d'inactivité physique, ajustés selon l'âge et le sexe, en Ontario et par territoires des RLISS, 2012



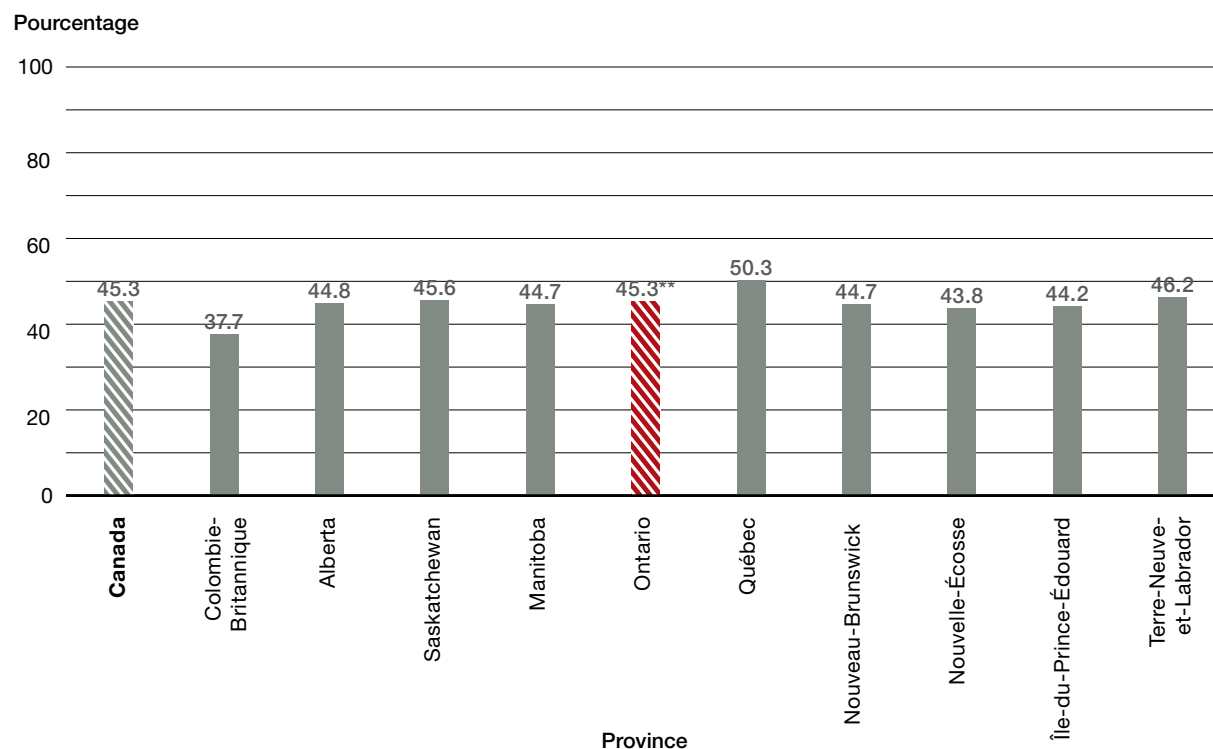
Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé. **Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes méthodes d'obtention de données.

Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Selon les données de Statistique Canada, le taux d'inactivité en Ontario est plus ou moins identique à la moyenne canadienne (45,3 % des répondantes et des répondants ont déclaré être inactifs) en 2012. La Colombie-Britannique affichait le taux d'activité le plus bas (le plus favorable) en 2012 (37,7 %) (figure 3.5).

FIGURE 3.5

Taux d'inactivité physique, ajustés selon l'âge, au Canada et par province, 2012

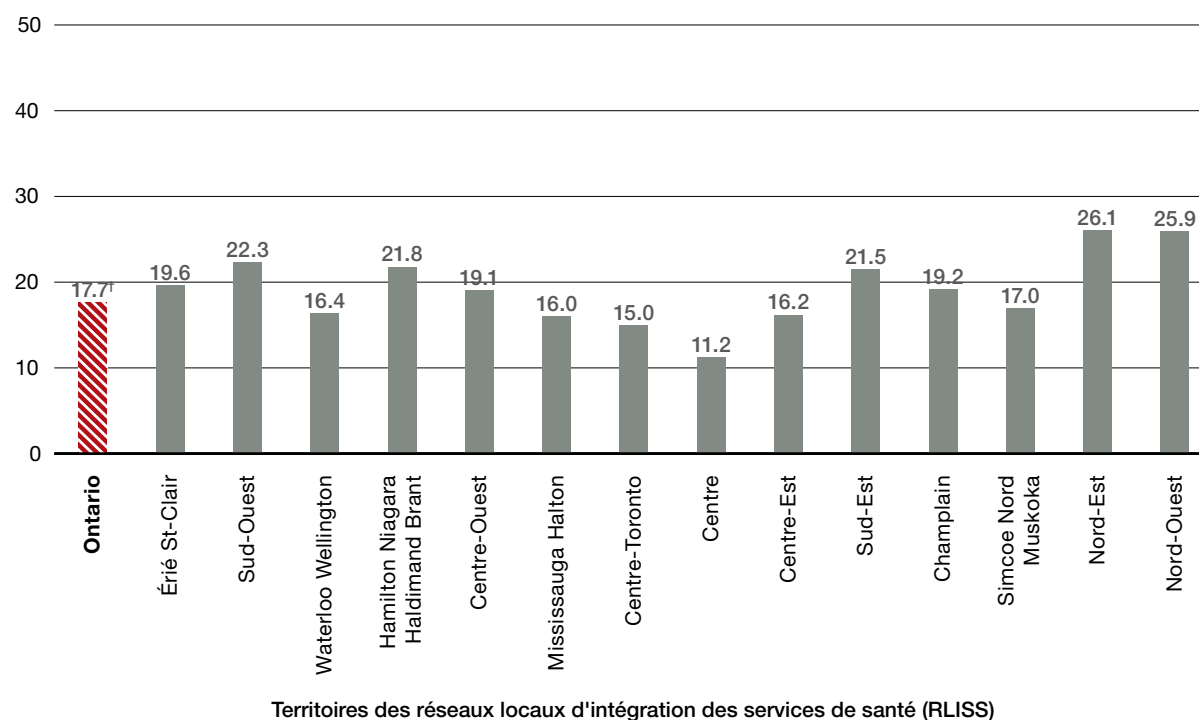


Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé, Statistique Canada.
[17] **Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes méthodes d'obtention de données.

FIGURE 3.6

Taux d'obésité, ajustés selon l'âge et le sexe, en Ontario et par territoires des RLISS, 2012

Pourcentage



Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé. ¹Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes méthodes d'obtention de données.

Obésité

Le taux de prévalence de l'obésité est resté stable sur cinq ans

Les personnes qui sont obèses sont plus susceptibles de présenter diverses maladies chroniques, y compris les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension, le diabète et l'arthrite.[20]

Le taux de prévalence de l'obésité chez les adultes âgés de 18 ans et plus en Ontario est passé de 16,5 % en 2007 à 17,7 % en 2012.[21]

Ce taux est plus élevé dans le territoire du RLISS du Nord-Est (26,1 %) et dans le territoire du RLISS du Nord-Ouest (25,9 %) que dans l'ensemble de la province (17,7 %) et est plus faible dans le territoire du RLISS du Centre (11,2 %) (figure 3.6).

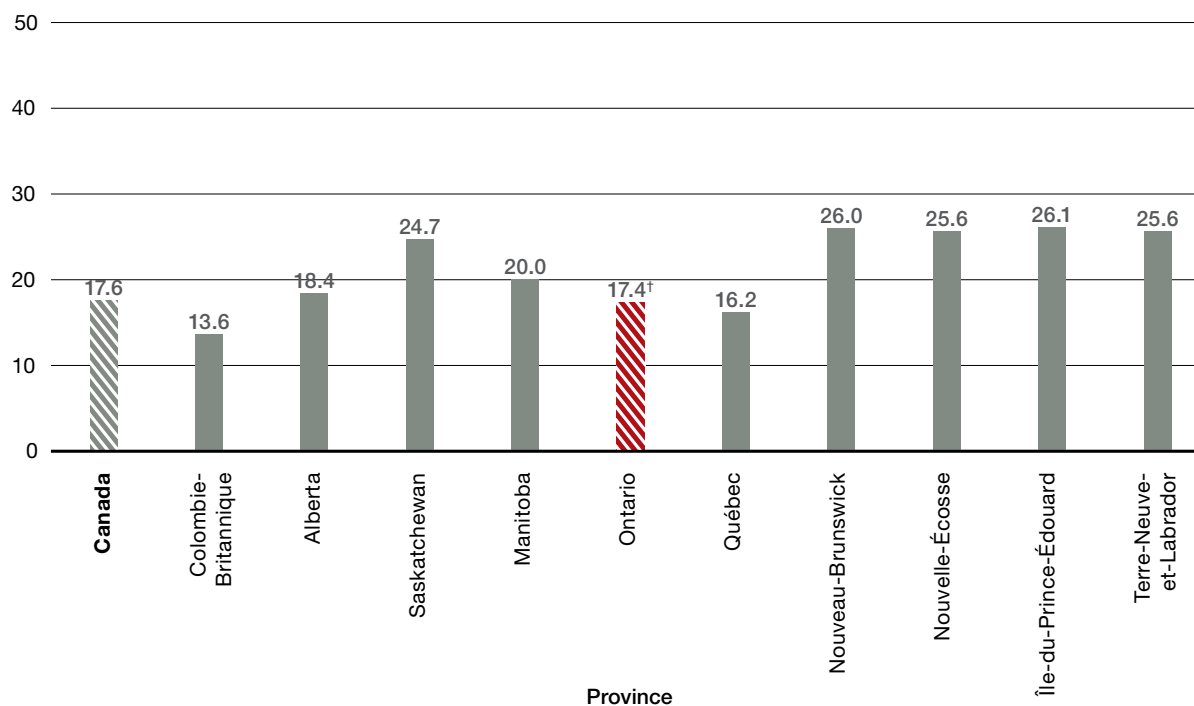
Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Les données de Statistique Canada portent à croire que le taux de prévalence de l'obésité en Ontario (17,4 %) était analogue à celui du Canada (17,6 %) en 2012. Le taux de prévalence de l'obésité le plus faible en 2012 était en Colombie-Britannique (13,6 %) (figure 3.7).

FIGURE 3.7

Taux d'obésité, ajustés selon l'âge, au Canada et par province, 2012

Pourcentage



Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé, Statistique Canada.[17] [†]Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes méthodes d'obtention de données.

Vaccination contre la rougeole

Près de 90 % des enfants d'âge scolaire de l'Ontario avaient reçu un vaccin de rappel contre la rougeole au cours de l'année scolaire 2012-2013

La rougeole est une maladie contagieuse qui peut entraîner des invalidités et mettre la vie en danger. Heureusement, elle peut être prévenue grâce à la vaccination.

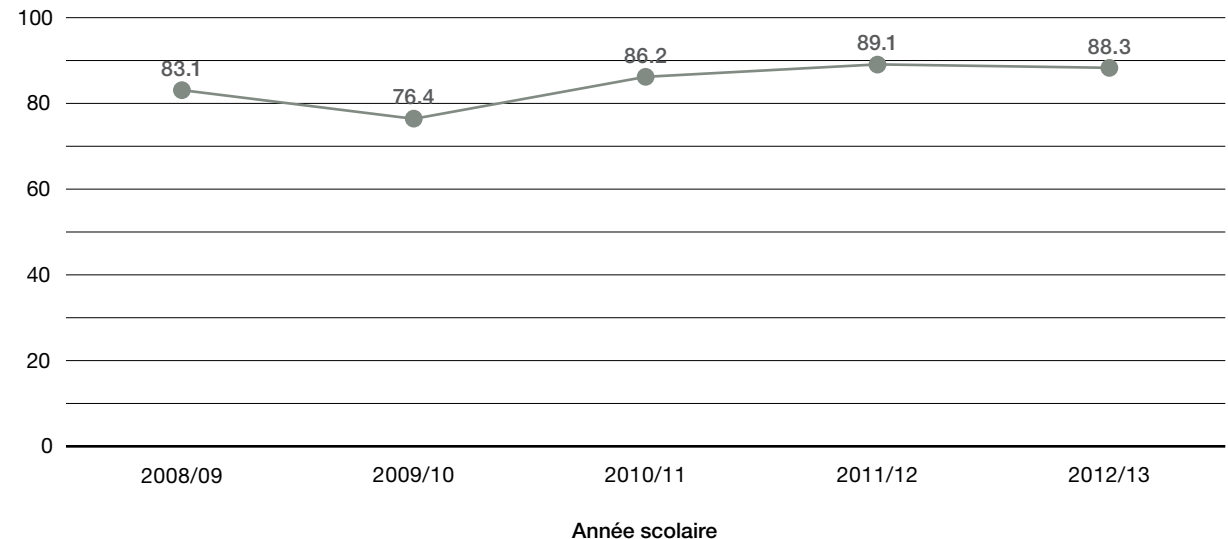
Au cours des quatre dernières années pour lesquelles nous disposons de données, la couverture du programme d'immunisation à deux doses contre la rougeole pour les enfants de 7 ans a grimpé à 88,3 % au cours de l'année scolaire 2012-2013. Il s'agit d'une légère amélioration par rapport à 83,1 % en 2008-2009 (figure 3.8).

L'Ontario est divisé en sept Régions de santé publique. Au cours de l'année scolaire 2012-2013, les régions ont déclaré des résultats très différents concernant la vaccination contre la rougeole, allant de 80,4 % dans la Région de Toronto à 97,1 % dans la Région du Nord-Ouest (figure 3.9).

FIGURE 3.8

Couverture du programme d'immunisation à deux doses contre la rougeole pour les enfants de 7 ans, années scolaires 2008-2009 à 2012-2013

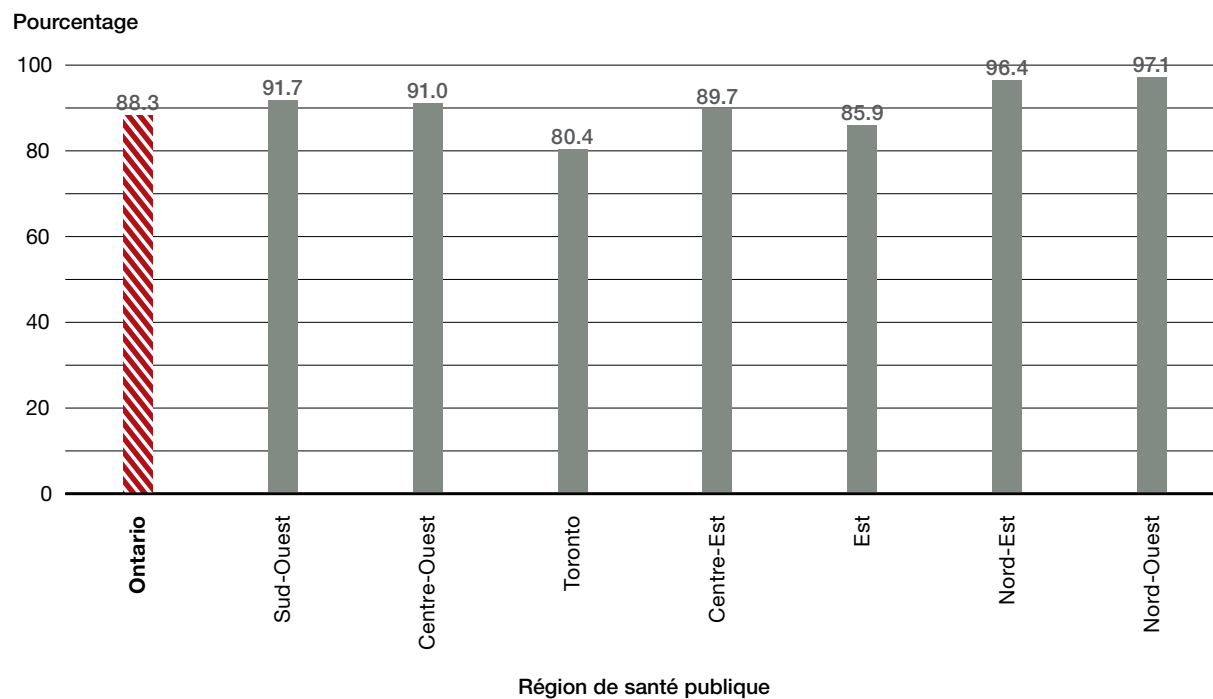
Pourcentage



Source des données : Données du Système d'archivage des dossiers d'immunisation fournies par Santé publique Ontario.

FIGURE 3.9

Couverture du programme d'immunisation à deux doses contre la rougeole pour les enfants de 7 ans, par Région de santé publique, année scolaire 2012-2013



Source des données : Données du Système d'archivage des dossiers d'immunisation fournies par Santé publique Ontario.

Vaccination contre le méningocoque

Neuf enfants d'âge scolaire de l'Ontario sur dix avaient reçu leur vaccin contre le méningocoque au cours de l'année scolaire 2012-2013

La méningite à méningocoques est contagieuse and peut entraîner l'invalidité ou la mort.[22] L'Ontario dispose de deux programmes de vaccination systématique contre le méningocoque : un programme pour les nourrissons et un programme pour les enfants d'âge scolaire. Dans le présent rapport, nous déclarons les données relatives au programme de vaccination pour les enfants d'âge scolaire.

Le taux de vaccination contre le méningocoque chez les enfants âgés de 12 ans en Ontario s'est légèrement amélioré, passant de 84,4 % au cours de l'année scolaire 2011-2012 à 89,4 % au cours de l'année scolaire 2012-2013.[23]

Les taux de vaccination en Ontario vont de 86,8 % dans la Région de santé publique de Toronto à 92,0 % dans la Région de santé publique du Nord-Ouest.[23]

Vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Le taux de vaccination contre la grippe chez la population ontarienne âgée de 65 ans et plus a diminué à 70,7 % en 2012 comparativement à 75,2 % en 2007

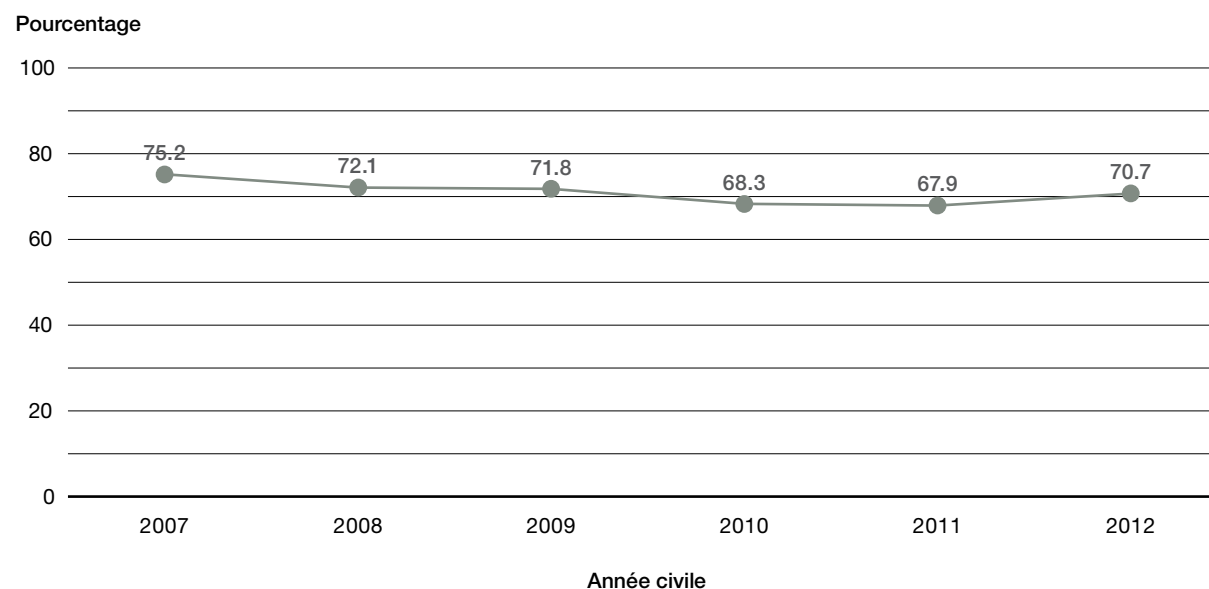
La grippe est une maladie contagieuse qui cause une maladie importante[24], l'absentéisme au travail[25], des hospitalisations[26,27] et des décès.[28] Les personnes âgées de plus de 65 ans comptent parmi celles qui courent les plus grands risques de mourir de la grippe. [29] Les recherches montrent que les Ontariennes et les Ontariens de ce groupe d'âge qui ont été vaccinés contre la grippe ont un taux de mortalité plus faible[30], raison pour laquelle nous surveillons les taux de vaccination dans ce groupe d'âge.

Le taux provincial de vaccination contre la grippe autodéclarée chez les personnes âgées de 65 ans et plus était de 70,7 % en 2012. Ce taux est légèrement inférieur au taux de 75,2 % de 2007, mais supérieur au taux de 68,3 % de 2010 (figure 3.10).

Dans l'ensemble de l'Ontario, le territoire du RLISS du Centre-Ouest affiche le pourcentage le plus faible de vaccination autodéclarée (57,8 %), alors que le territoire du RLISS du Sud-Est présente le pourcentage le plus élevé (77,2 %) (figure 3.11).

FIGURE 3.10

Pourcentage des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe, en Ontario, 2007 à 2012

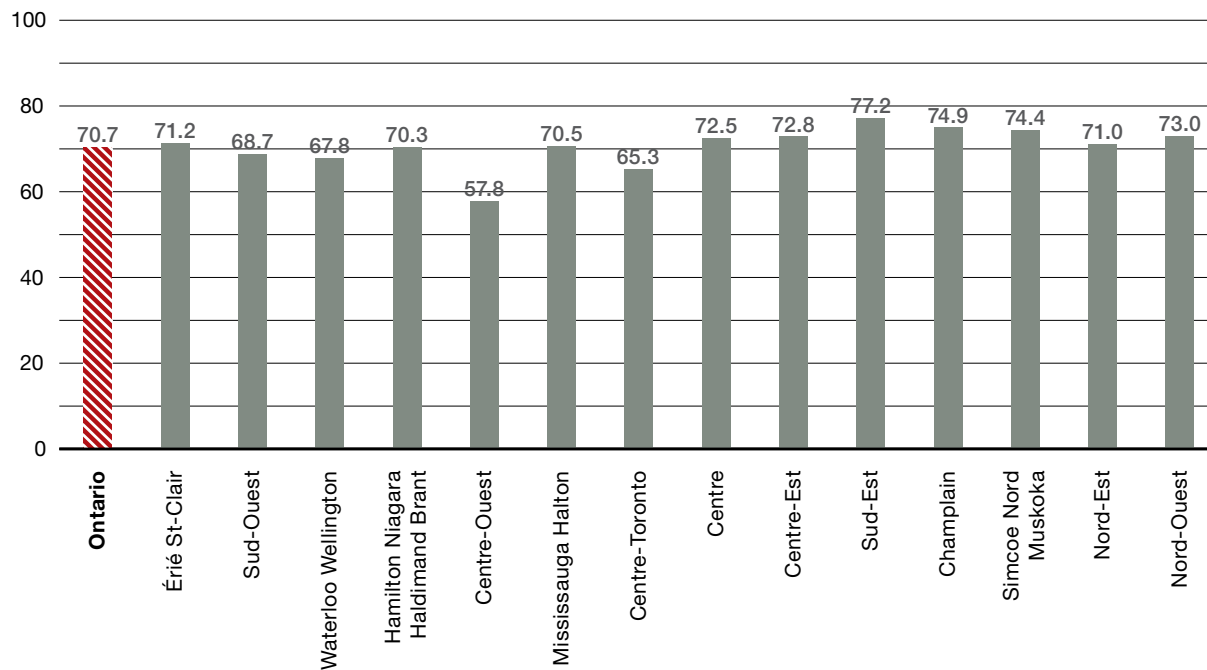


Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé.

FIGURE 3.11

Pourcentage des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe, en Ontario et par territoires des RLISS, 2012

Pourcentage



Territoires des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

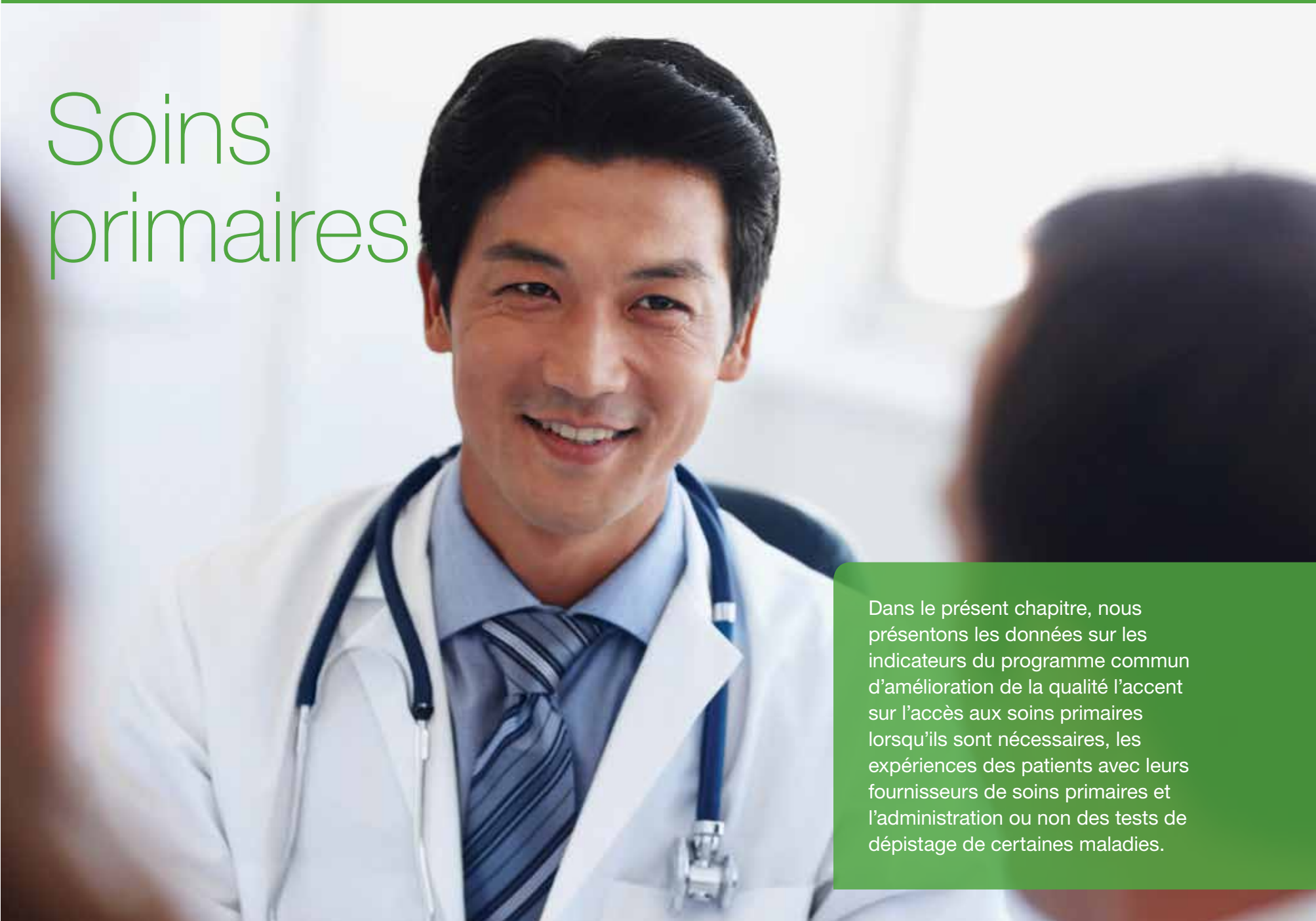
Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé.

En résumé

En ce qui a trait aux comportements associés au style de vie qui touchent la santé des Ontariens et des Ontariennes, les résultats sont partagés. La proportion de la population ontarienne qui fume a diminué et, par rapport aux autres provinces, le taux d'usage du tabac en Ontario est l'un des plus faibles au pays (le tabagisme demeure quand même la cause de 13 000 décès évitables par année).[14] Il y a aujourd'hui moins d'Ontariennes et d'Ontariens qui s'estiment inactifs comparativement à il y a cinq ans, ce qui représente néanmoins près de la moitié d'entre nous. Le taux d'obésité en Ontario est demeuré stable dans le temps, mais l'Ontario affiche néanmoins l'un des taux d'obésité les plus faibles au Canada. Dans l'ensemble, ces comportements varient énormément d'une région à l'autre de l'Ontario. En ce qui concerne la prévention des maladies contagieuses, les taux de vaccination des enfants contre la rougeole et contre le méningocoque se sont améliorés au cours des cinq dernières années mais les taux de vaccination contre la grippe chez les adultes plus âgés ont diminué.

En ce qui a trait aux indicateurs associés au style de vie qui touchent la santé des Ontariens et des Ontariennes, **les variations sont grandes d'une région à l'autre de la province.**

Soins primaires



Dans le présent chapitre, nous présentons les données sur les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité l'accent sur l'accès aux soins primaires lorsqu'ils sont nécessaires, les expériences des patients avec leurs fournisseurs de soins primaires et l'administration ou non des tests de dépistage de certaines maladies.

Soins primaires en Ontario

Beaucoup considèrent que c'est sur les fournisseurs de soins primaires, y compris les médecins de famille, les omnipraticiens et les infirmières et infirmiers praticiens, que repose le système de santé. Ils évaluent les patients et posent des diagnostics, prodiguent des conseils, administrent des vaccins, pratiquent des interventions mineures, et servent de point d'entrée à l'accès à des spécialistes et assurent une continuité des soins.[32,33]

Principales observations

Plus de 90 % des Ontariennes et des Ontariens ont un fournisseur de soins primaires qu'ils peuvent consulter régulièrement

Ontariennes et des Ontariens (54,7 %) ont déclaré ne pas pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils sont malades

Plus de 40 % des Ontariennes et des Ontariens admissibles ne subissent pas de test de dépistage du cancer colorectal

Les patients qui ont accès à des soins **primaires continus, complets et coordonnés** jouissent généralement d'une meilleure santé que ceux qui n'y ont pas accès.[31]

Avoir un fournisseur de soins primaires

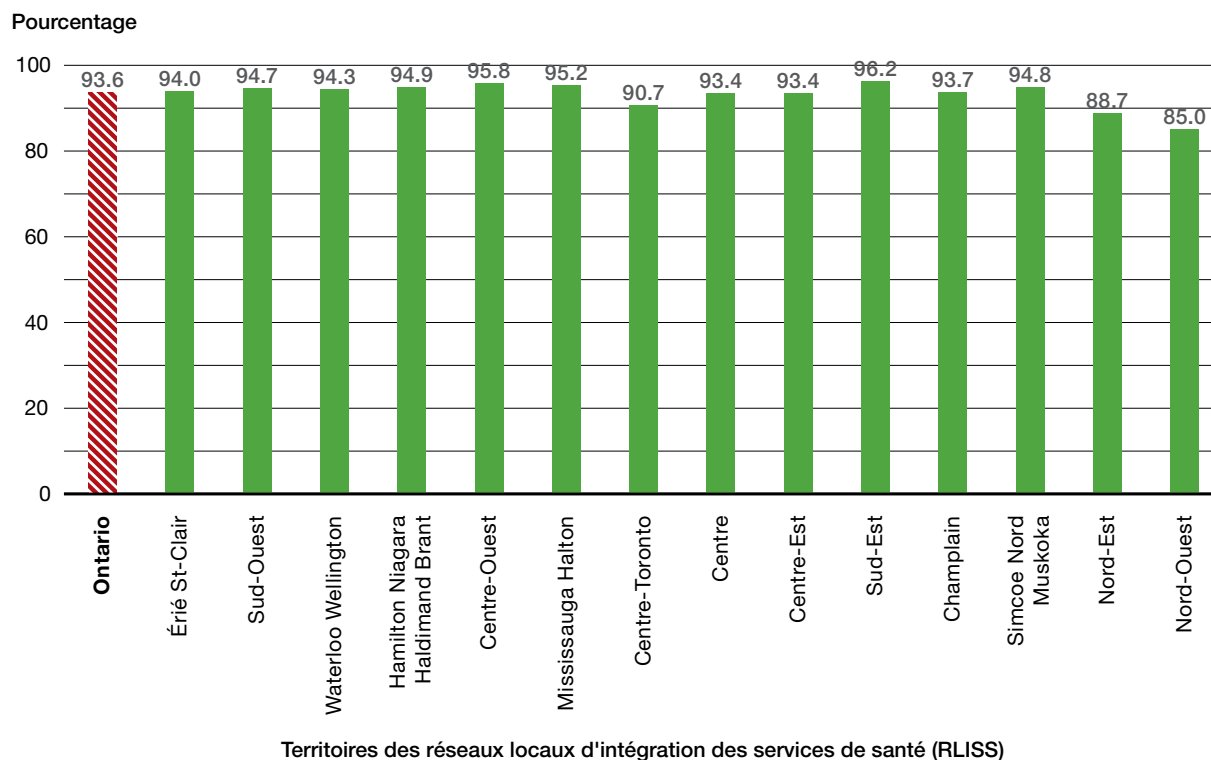
Sauf en ce qui concerne les régions du Nord, plus de 90 % des personnes interrogées en Ontario ont déclaré avoir un fournisseur de soins primaires

Les patients qui ont accès à des soins primaires continus, complets et coordonnés jouissent généralement d'une meilleure santé que ceux qui n'y ont pas accès.[31] Une facilité d'accès moindres à des soins primaires pourraient entraîner des services des urgences bondés et une utilisation inefficace des ressources de soins de santé.[34]

En 2013, 93,6 % des Ontariennes et des Ontariens interrogés ont déclaré avoir un fournisseur de soins primaires. Il existe des différences modérées dans l'ensemble de l'Ontario, allant d'un faible taux de 85,0 % dans le territoire du RLISS du Nord-Ouest à un taux élevé de 96,2 % dans le territoire du RLISS du Sud-Est (figure 4.1).

FIGURE 4.1

Pourcentage des répondants ayant déclaré avoir un fournisseur de soins primaires, en Ontario et par territoires des RLISS, 2013



Source des données : Données du *Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé* fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Accès rapide aux soins primaires

Plus de la moitié des Ontariennes et des Ontariens interrogés ne peuvent pas consulter un fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils sont malades

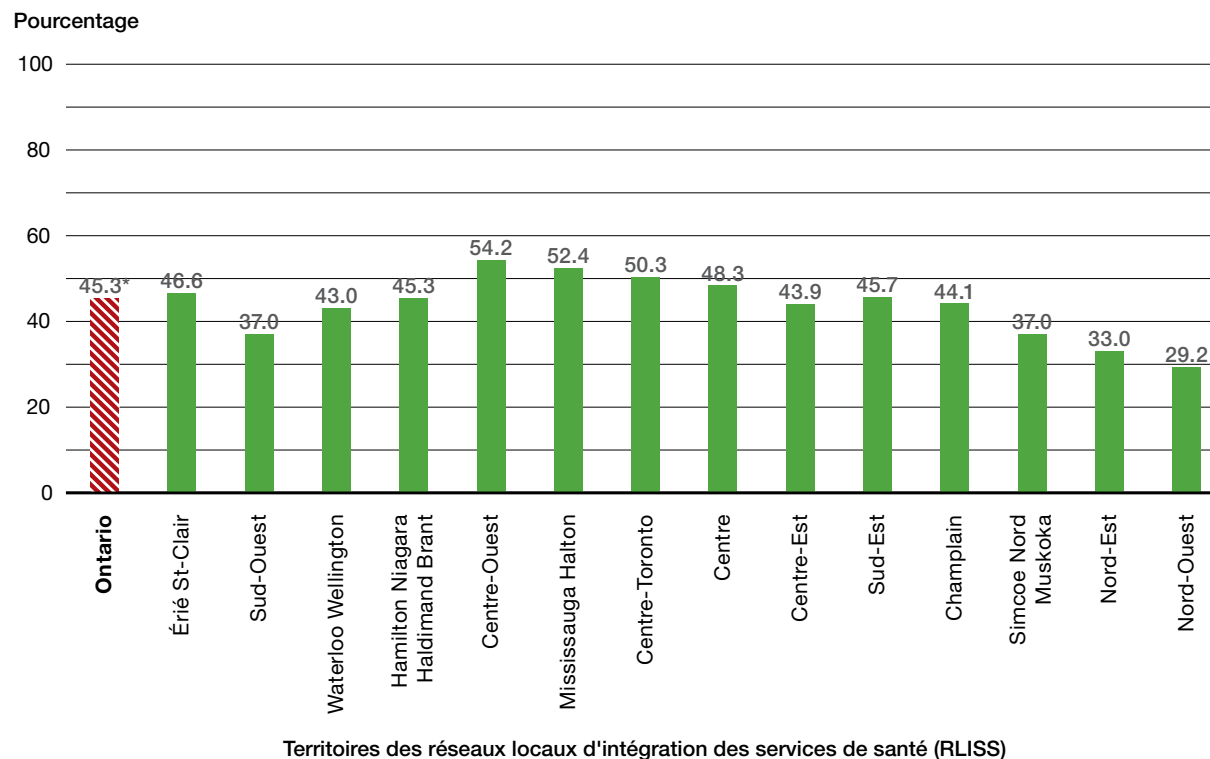
Avoir un fournisseur de soins primaires ne permet pas nécessairement d'avoir accès aux soins en cas d'urgence.

En Ontario, seulement 45,3 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles pouvaient consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'elles étaient malades (figure 4.2).

Partout en Ontario, la proportion des personnes ayant déclaré pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant varie considérablement, d'un faible taux (moins favorable) de 29,2 % dans le territoire du RLISS du Nord-Ouest à un taux élevé (plus favorable) de 54,2 % dans le territoire du RLISS du Centre-Ouest (figure 4.2).

FIGURE 4.2

Pourcentage des répondants ayant pu voir leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils étaient malades, en Ontario et par territoires des RLISS, 2013

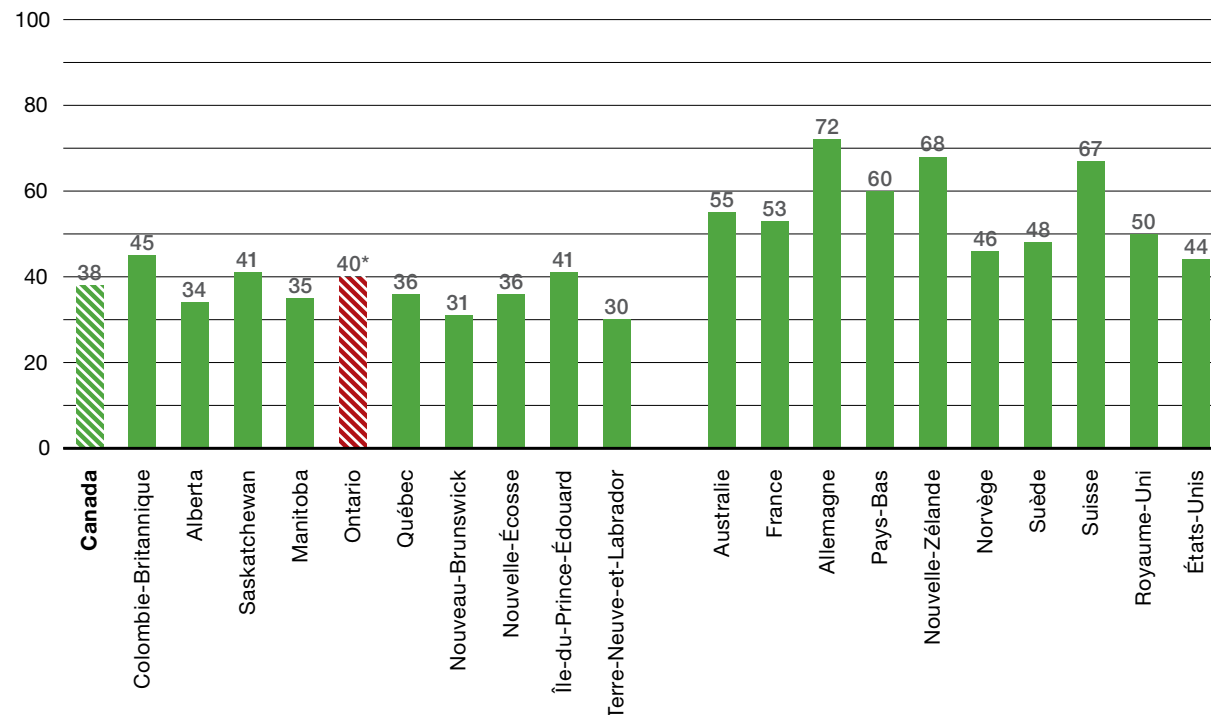


Source des données : Données du *Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé* fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes sources de données.

FIGURE 4.3

Pourcentage des répondants ayant pu voir leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils étaient malades, au Canada et à l'étranger, 2013

Pourcentage



Source des données : Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. *Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes sources de données.

Le Canada et l'Ontario ont enregistré le pire taux d'obtention de rendez-vous le jour même ou le jour suivant comparativement aux autres pays

38 %

Canada

40 %

Ontario

72 %

Allemagne

44 %

États-Unis

Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada et du monde

L'utilisation des données du sondage de 2013 du Fonds du Commonwealth nous permet de comparer le rendement de l'Ontario à celui des autres provinces du Canada et des autres pays. Au Canada, 40 % des Ontariennes et des Ontariens interrogés ont déclaré qu'ils pouvaient obtenir un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant (figure 4.3), un taux plus élevé que la moyenne (38 %) observée pour les Canadiennes et les Canadiens interrogés. La Colombie-Britannique a affiché le taux le plus favorable d'accès en temps opportun au Canada, avec 45 % des répondants ayant déclaré pouvoir obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant.

Toutefois, par rapport à l'échelle internationale, le Canada et l'Ontario ont enregistré le pire taux d'obtention de rendez-vous avec un fournisseur de soins primaires parmi les 11 pays qui ont participé au sondage (figure 4.3). L'Allemagne a enregistré le meilleur pourcentage (72 %) de personnes interrogées ayant déclaré avoir accès à un médecin le jour même ou le jour suivant.

Rencontre avec Theresa

Âge : 74 ans, Caledonia

Lorsque Theresa dit à ses amis qu'elle peut obtenir un rendez-vous avec son médecin de famille dans un délai de quelques heures, ils croient qu'elle fabule. « Certaines personnes ne me croient tout simplement pas », précise Theresa, une retraitée de 74 ans de Caledonia, au sud de Hamilton. « Elles croient que j'exagère, mais ce n'est pas le cas .»

Theresa et son mari ont le même médecin de famille, à proximité, à Dundas où ils habitaient, depuis plus de 25 ans. Elle affirme qu'il a toujours été assez facile d'obtenir un rendez-vous avec le médecin de famille en cas d'urgence et que la situation s'est même améliorée il y a environ six ans lorsque la clinique est devenue une partie intégrante d'une équipe Santé familiale et est passée à un nouveau système de prise des rendez-vous.

« C'est incroyable », dit-elle. « Si nous appelons le matin, nous obtenons un rendez-vous le matin même. Si nous appelons en fin de journée, nous obtenons un rendez-vous pour le lendemain matin. Vous pouvez planifier vos visites. Si vous savez que vous avez un rendez-vous à 13 h et que vous n'attendrez pas plus de dix minutes, vous serez sorti en une heure. L'équipe fait en sorte que votre expérience est positive. Du point de vue du patient, c'est un excellent système .»

Bien que certains Ontariens et Ontariennes éprouvent des difficultés à accéder au soins primaires lorsqu'ils ont besoin, certains patients y ont accès en temps opportun.

« L'équipe est déterminée à rendre votre expérience des plus positive qui soit. Du point de vue patient, c'est un système fantastique. »

Accès aux soins primaires après les heures ouvrables

Plus de la moitié des patients ontariens interrogés éprouvent de la difficulté à avoir accès à des soins primaires le soir et la fin de semaine

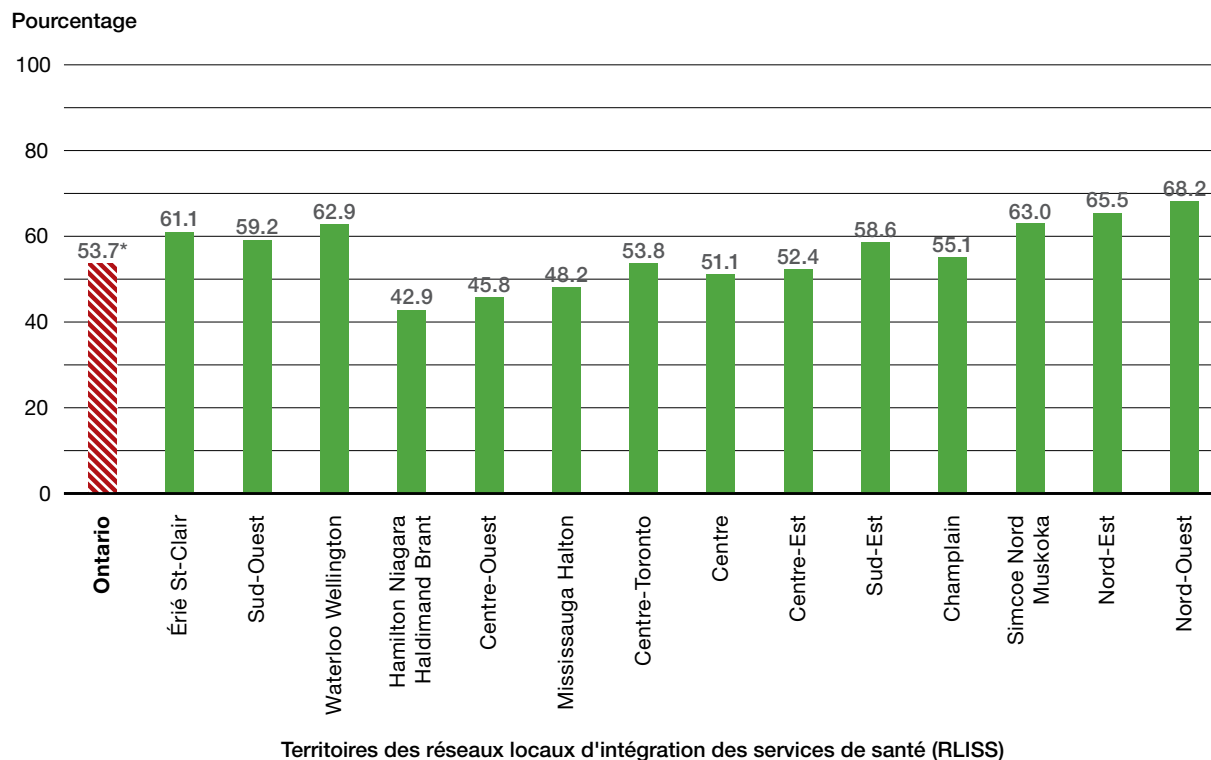
L'accès aux soins primaires après les heures ouvrables est important pour améliorer les soins prodigués aux patients et réduire les tensions exercées sur d'autres secteurs du système de santé.[35]

Plus de la moitié des personnes interrogées en Ontario (53,7 %) ont déclaré qu'accéder à des soins le soir ou la fin de semaine à l'extérieur des services d'urgences était très difficile ou assez difficile.[36]

Il existe des écarts importants en Ontario, allant d'un taux de 42,9 % (plus favorable) dans le territoire du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant de personnes ayant déclaré accéder difficilement aux soins primaires le soir et la fin de semaine, à un taux de 68,2 % dans le territoire du RLISS du Nord-Ouest (figure 4.4).

FIGURE 4.4

Pourcentage des répondants ayant déclaré que l'accès à des soins le soir et la fin de semaine, à l'extérieur des services d'urgences, était très difficile ou assez difficile, en Ontario et par territoires des RLISS, 2013

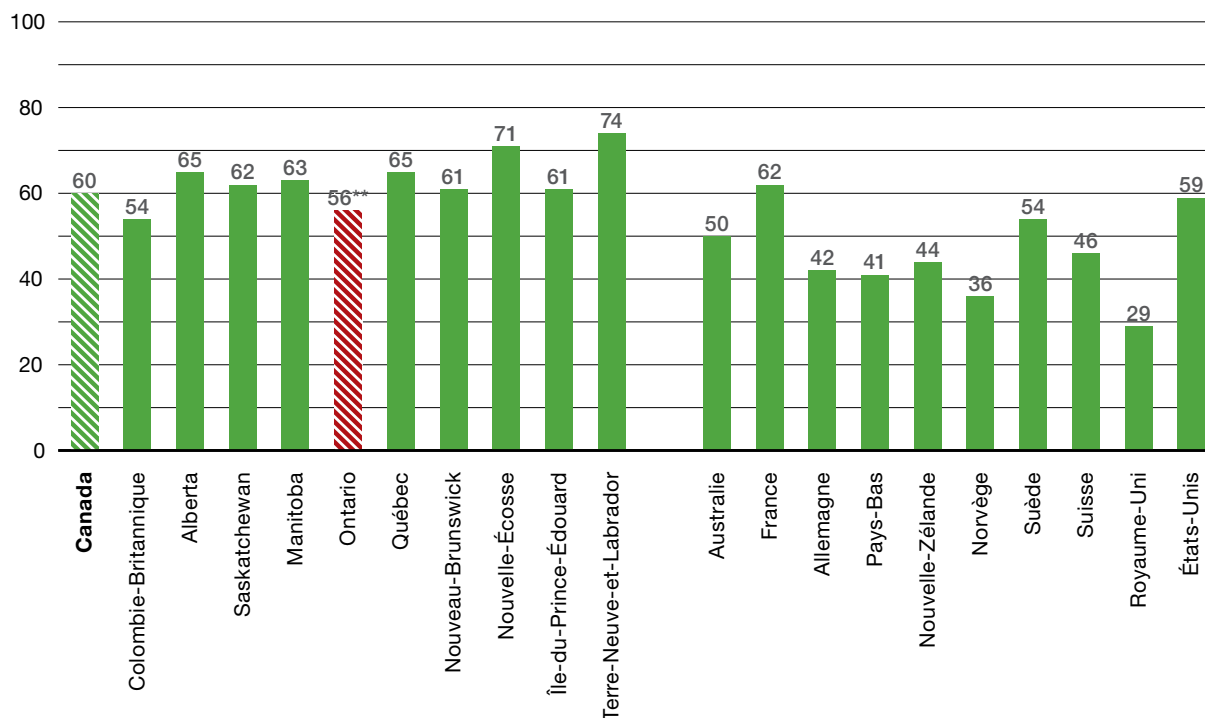


Source des données : Données du *Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé* fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. **Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes sources de données.

FIGURE 4.5

Pourcentage des répondants ayant déclaré que l'accès à des soins le soir ou la fin de semaine, à l'extérieur des services d'urgences, était très difficile ou assez difficile, au Canada et à l'étranger, 2013

Pourcentage



Source des données : Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. **Les taux de l'Ontario varient en raison des différentes sources de données.

Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada et du monde

Le sondage de 2013 du Fonds du Commonwealth met en contexte le rendement de l'Ontario par rapport à celui des autres provinces canadiennes et d'autres pays. Au Canada, 56 % des Ontariennes et des Ontariens interrogés ont déclaré que l'accès à des soins primaires le soir et la fin de semaine était très difficile ou assez difficile (figure 4.5). Ce pourcentage est inférieur (plus favorable) à celui de la moyenne canadienne (60 %).

Toutefois, par rapport aux résultats des autres pays qui ont participé au sondage du Fonds du Commonwealth, les personnes interrogées en Ontario et au Canada ont nettement plus de difficulté à avoir accès à des soins primaires le soir et la fin de semaine. Le Royaume-Uni a obtenu les meilleurs taux d'accès après les heures ouvrables, avec seulement 29 % des personnes interrogées ayant déclaré qu'elles avaient vécu des expériences très difficiles ou assez difficiles d'accès aux soins primaires le soir et la fin de semaine, comparativement à 56 % en Ontario et à 60 % au Canada (figure 4.5).

Plus de la moitié des personnes interrogées en Ontario déclarent qu'obtenir **des soins primaires le soir ou la fin de semaine est très difficile** ou assez difficile

56 %

Ontario

29 %

Royaume-Uni

Expérience des patients en matière de soins primaires

Les patients de l'Ontario ont une très haute opinion de leurs fournisseurs de soins primaires

L'évaluation des expériences des patients nous donne une indication de la capacité d'intervention du système de santé pour répondre aux attentes des patients.[37]

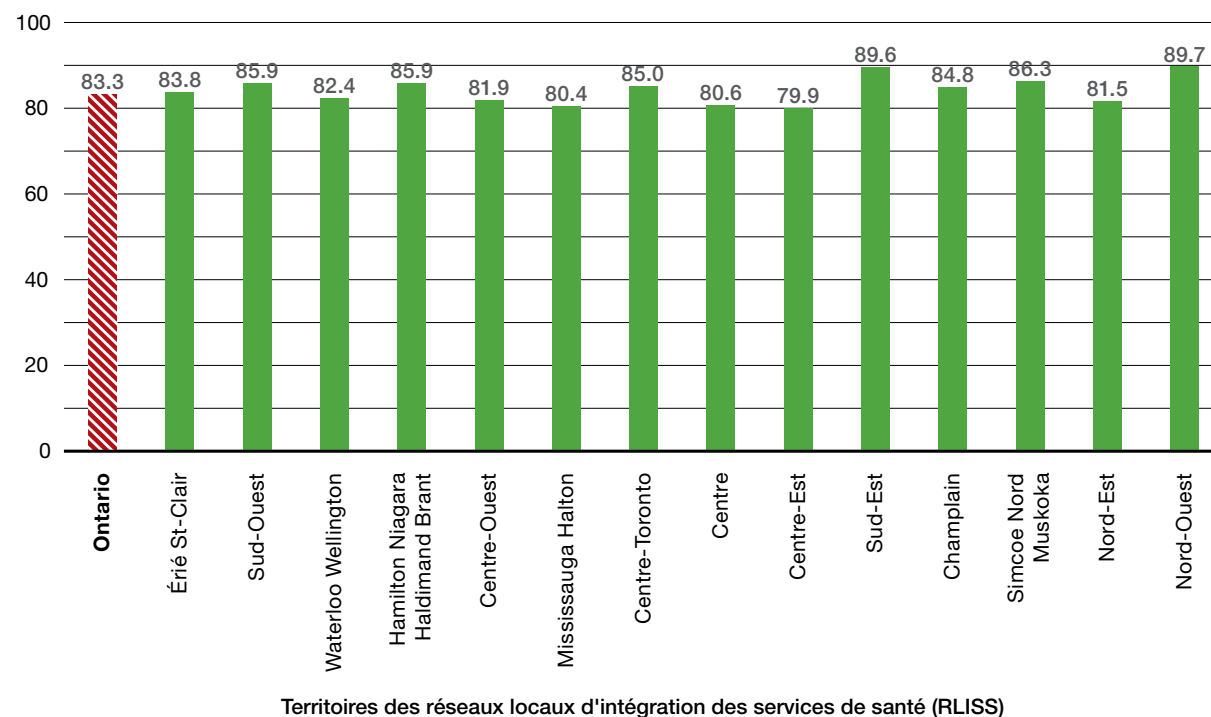
De bonnes communications entre les professionnels des soins de santé et les patients appuient la prestation de soins qui est davantage axée sur les patients.[38] Nous publions les résultats de trois indicateurs de communication pour évaluer l'expérience des patients en Ontario, en cherchant à savoir s'ils croient que leur fournisseur de soins leur donne l'occasion de poser des questions, passe assez de temps avec eux et les font participer aux décisions concernant leurs soins.

Les résultats des trois indicateurs de communication entre le fournisseur et le patient présentaient peu d'écart dans l'ensemble de l'Ontario en 2013 (figures 4.6 a à c). Le territoire du RLISS du Sud-Est affiche constamment les meilleurs taux relatifs à ces trois indicateurs.

FIGURE 4.6A

Pourcentage des répondants ayant déclaré que leur fournisseur de soins leur donne toujours ou souvent l'occasion de poser des questions, en Ontario et par territoires des RLISS, 2013

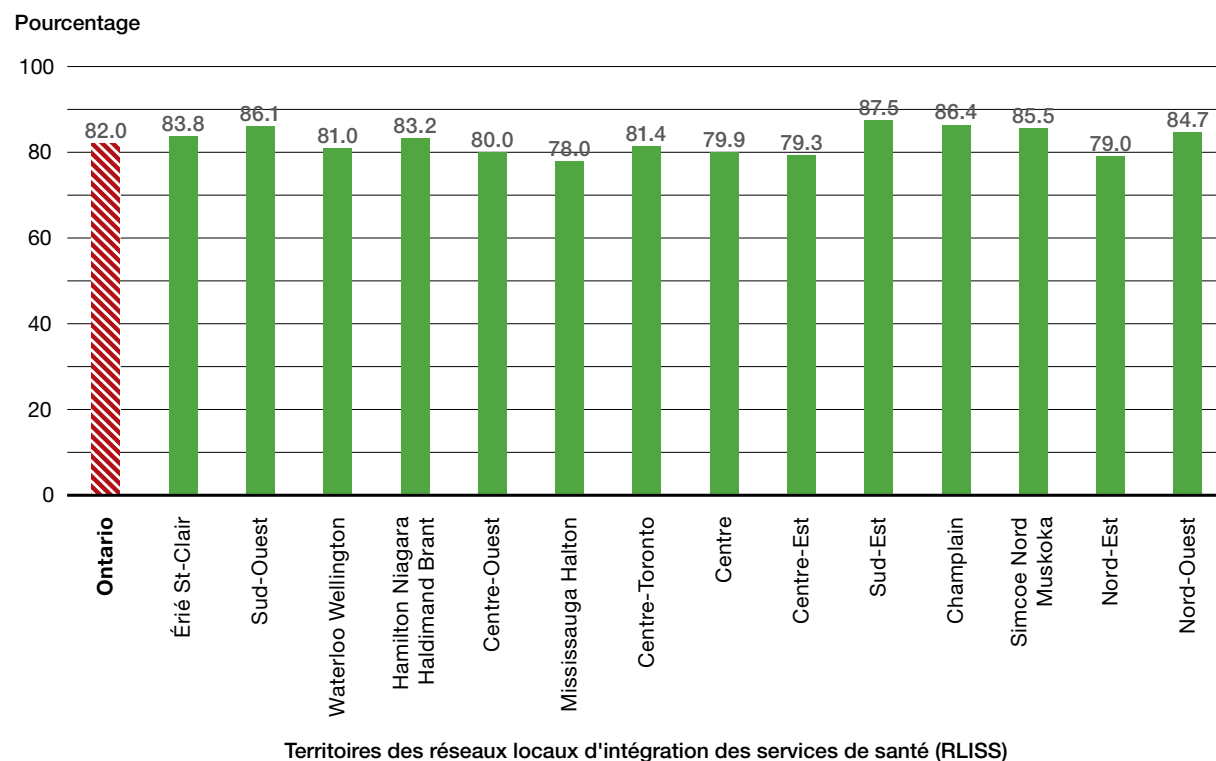
Pourcentage



Source de données : Données du Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

FIGURE 4.6B

Pourcentage des répondants ayant déclaré que leur fournisseur de soins passe toujours ou souvent assez de temps avec eux, en Ontario et par territoires des RLISS, 2013

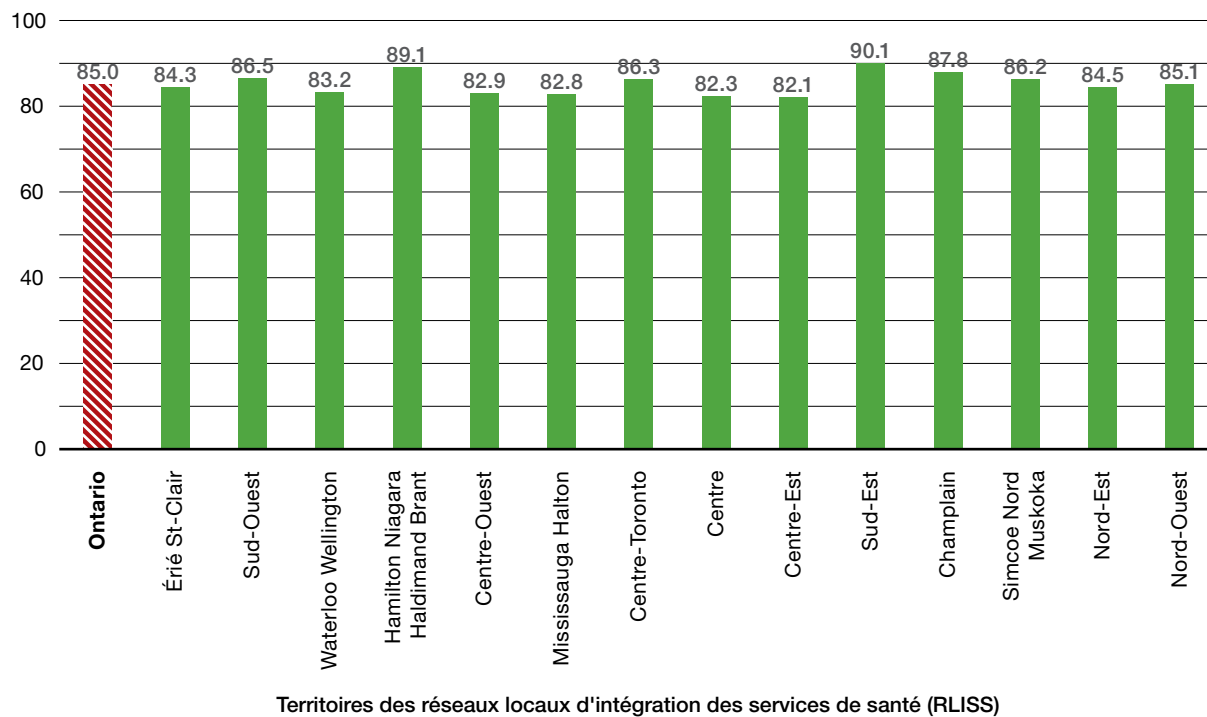


Source de données : Données du *Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé* fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

FIGURE 4.6C

Pourcentage des répondants ayant déclaré que leur fournisseur de soins les font toujours ou souvent participer aux décisions qui les concernent, en Ontario et par territoires des RLIS, 2013

Pourcentage



Source de données : Données du *Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé* fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Rencontre avec Sara

Âge : 32 ans, Toronto

Lorsque l'infirmière a demandé à Sara et à son mari de la rencontrer dans une autre pièce, Sara a su que les nouvelles ne seraient pas bonnes. Son mari, un étudiant au doctorat en génie mécanique qui habitait à Toronto, venait de subir une crise épileptique et était hospitalisé pour passer des tests afin de trouver la cause du problème. Sara, qui vivait alors à Ottawa pour poursuivre un programme de doctorat en sciences économiques, s'est précipitée à Toronto pour être à ses côtés.

Le médecin a confirmé ses craintes : son mari présentait d'une tumeur cérébrale. Sara et son mari ont quitté l'hôpital en état de choc. « Les médecins n'ont jamais mentionné le mot cancer, a précisé Sara. Ce n'est que plus tard, après avoir effectué des recherches sur les tumeurs cérébrales, que j'ai réalisé qu'il souffrait d'un cancer .»

Sara a abandonné ses études et a déménagé à Toronto pour prendre soin de son mari. « Il était dans un état de déni quant au cancer et n'en a pas informé sa famille », a-t-elle ajouté. Les médecins n'ont pas recommandé d'intervention chirurgicale immédiate, demandant au couple de tout simplement attendre et surveiller la progression de la tumeur. Sara a fait face aux crises de son mari, qui, un jour, se sont manifestées à cinq reprises. Elle se rappelle l'avoir regardé droit dans les yeux juste avant l'une de ses crises. « J'ai eu l'impression qu'il regardait au loin, très loin, a-t-elle dit. Il pleurait

abondamment sans émettre de son... J'étais si triste de voir mon meilleur ami si brillant aux prises avec cette maladie .»

Dans son nouveau rôle de personne soignante à temps plein d'un mari à la maison, Sara s'est sentie tenue à l'écart de ses amis et du système de santé. « Lorsque je rencontrais des gens, ils s'informaient toujours de l'état de santé de mon mari, a ajouté Sara. Personne ne me demandait comment j'allais .»

Comme le cancer de son mari évoluait, il a subi une intervention et des traitements de chimiothérapie. Sara affirme que les médecins faisaient souvent peu de cas de ses préoccupations et de ses commentaires sur l'état de santé et les traitements de son mari. Un jour, alors qu'elle accompagnait son mari au service des urgences après qu'il se soit mordu la langue pendant une crise, un médecin lui a reproché de réagir outre mesure.

Plusieurs mois plus tard, une fois l'état de son mari stabilisé, Sara a déclaré avoir fait des recherches et découvert qu'il existait une appellation pour la décrire : une personne soignante membre de la famille. Elle a constaté que, même si certains services de soutien étaient offerts aux personnes soignantes afin d'améliorer leurs compétences pour offrir des soins à des membres de la famille et de leur apprendre à prendre soin d'elles, l'information ne leur est pas communiquée lorsqu'elles en ont le plus besoin. « Les personnes soignantes membres de la famille représentent la plus grande population invisible du système de santé », a déclaré Sara.

Elle a maintenant décidé de poursuivre ses études de doctorat à Toronto qui seront, cette fois-ci, axées sur les politiques en matière de santé.



Photo prise par Roger Yip

Bien que les proches aidants soient des membres actifs du système de santé, plusieurs luttent pour que leur rôle soit reconnu.

« Les personnes soignantes membres de la famille représentent la plus grande population invisible du système de sante. »

Dépistage du cancer colorectal

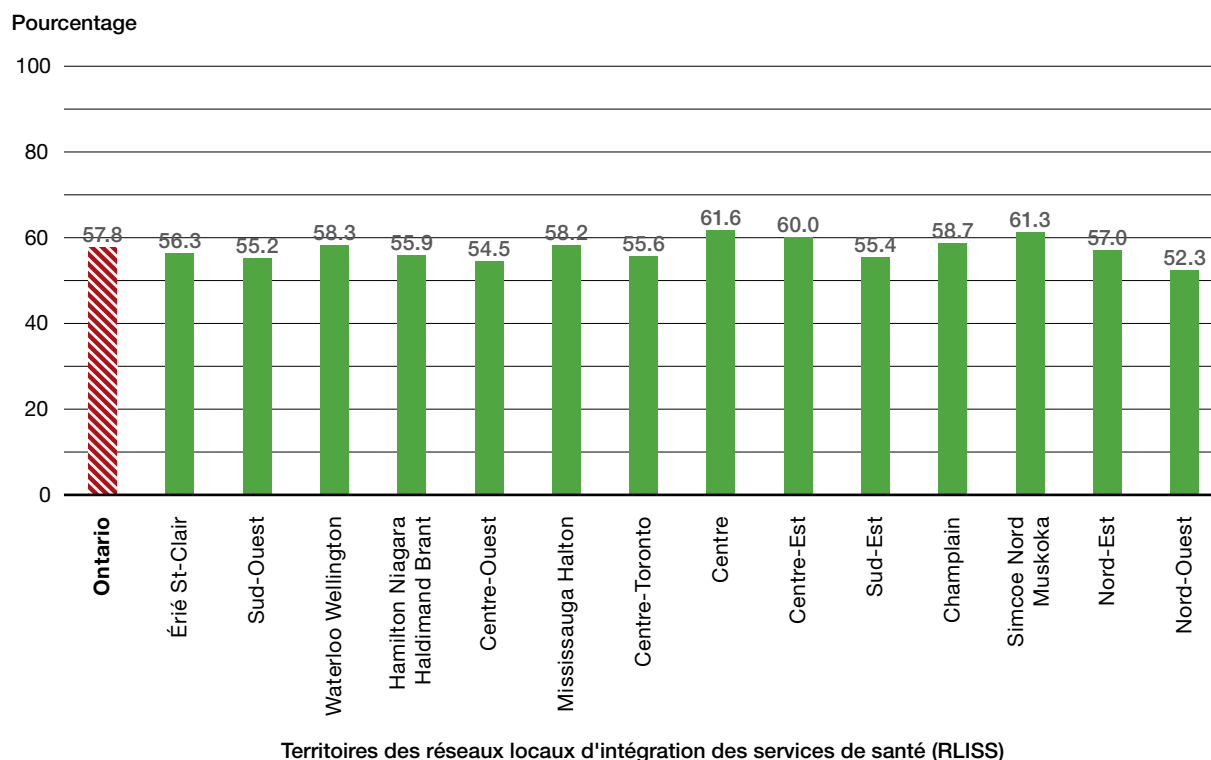
Plus de quatre personnes admissibles en Ontario sur dix ne subissent pas le test de dépistage du cancer du côlon recommandé

Plus de 7 800 Ontariennes et Ontariens meurent chaque année du cancer colorectal, ce qui le classe au quatrième rang des principales causes de décès attribuables au cancer dans la province.[39] Le dépistage du cancer colorectal, sauve des vies.[40] Dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal de l'Ontario, ContrôleCancerColorectal, on recommande aux personnes de 50 à 74 ans présentant un risque modéré de cancer colorectal de passer un test qui vérifie la présence de sang caché dans les matières fécales (souvent appelé « recherche de sang occulte dans les selles ») tous les deux ans.[41] Parmi les autres options de dépistage du cancer du côlon, citons la sigmoïdoscopie flexible ou la coloscopie.[40]

57,8 %
Pourcentage de la population ontarienne admissible qui a subi le test de dépistage recommandé du cancer colorectal au cours de la dernière année

FIGURE 4.7

Taux de dépistage du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, et par territoires des RLIS, 2012



Source des données : Données de l'Assurance-santé de l'Ontario, du Laboratory Reporting Tool, du registre du cancer de l'Ontario, du Système de gestion de l'information en matière de pathologie, de la Base de données sur les personnes inscrites, du Fichier de conversion des codes postaux version 5K et de l'Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies fournies par Action Cancer Ontario.

Compte tenu des trois principaux tests de dépistage combinés la recherche de sang occulte dans les selles, la sigmoïdoscopie flexible et la coloscopie, le taux de dépistage du cancer colorectal, parmi les Ontariennes et les Ontariens âgés de 50 à 74 ans s'est amélioré légèrement entre 2009 et 2012, passant de 53,2 % à 57,8 %.[42]

Il existe des différences minimes dans les taux de dépistage du cancer colorectal en Ontario, le territoire du RLIS du Centre affichant le taux le plus favorable (61,6 %) et le territoire du RLIS du Nord-Ouest, le taux le moins favorable (52,3 %) (figure 4.7).

Examens de la vue pour les personnes atteintes de diabète

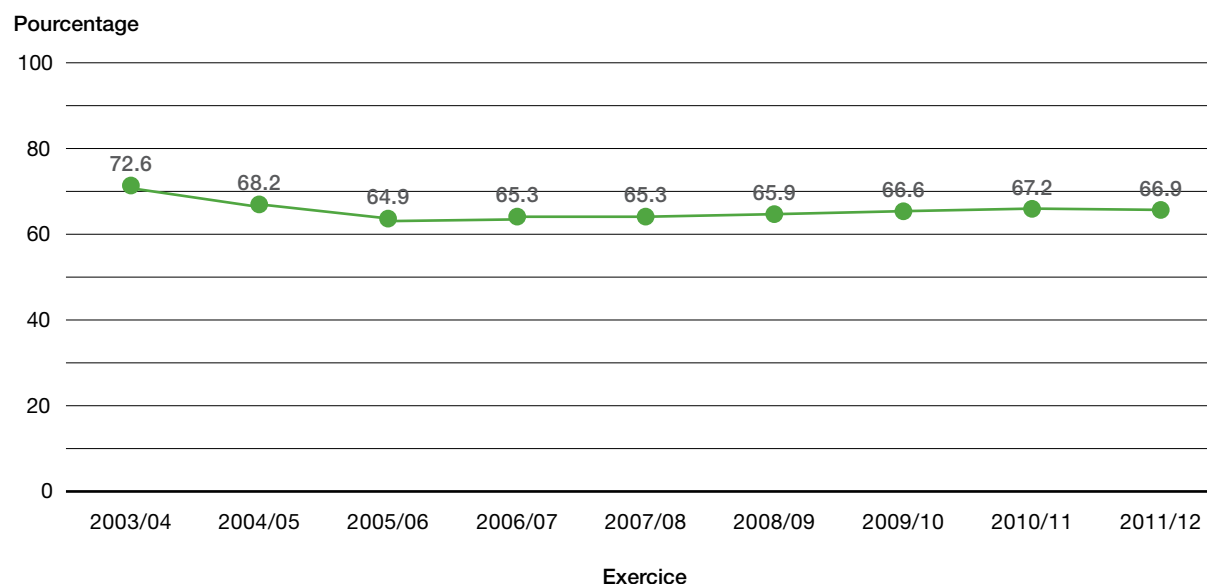
Un tiers des personnes atteintes de diabète en Ontario ne subissent pas régulièrement de test de dépistage de la rétinopathie diabétique, une maladie qui change une vie

Les fournisseurs de soins primaires sont en parfaite position pour conseiller à leurs patients souffrant de diabète de passer régulièrement des examens de la vue. Le but de ces examens est de prévenir les pertes de vision résultant de la rétinopathie diabétique, un trouble oculaire causé par des dommages aux vaisseaux rétinien. Ce trouble représente une complication fréquente chez les personnes atteintes du diabète, dont le nombre est estimé à plus d'un million en Ontario[43], et est aussi la principale cause à l'origine de la cécité chez les jeunes adultes et les adultes d'âge mûr au Canada.[44] Comme le traitement de la rétinopathie est beaucoup plus efficace lorsque la maladie est détectée à un stade précoce, les guides de pratique clinique recommandent le dépistage de la rétinopathie chez les patients atteints du diabète tous les ans ou tous les deux ans.[45] Les médecins de soins primaires peuvent éduquer leurs patients souffrant de cette maladie à passer régulièrement des examens de la vue.

Près du tiers des personnes atteintes du diabète en Ontario ne subissent pas de test de dépistage de la rétinopathie diabétique tous les deux ans (figure 4.8).

FIGURE 4.8

Pourcentage des personnes atteintes du diabète ayant subi un examen de la vue au cours d'une période de deux ans, en Ontario, 2003-2004 à 2011-2012



Source des données : Données de l'Assurance-santé de l'Ontario et de la base de données de l'Ontario sur les médicaments fournies par l'Institut de recherche en services de santé.

Il s'agit d'une diminution notable dans le taux de dépistage, passant d'un taux record de 72,6 % en 2003-2004 à un taux de 64,9 % en 2005-2006. Cette baisse peut être liée à l'interruption du financement public des examens de la vue de routine pour les adultes en santé en 2003-2004.[46] Bien que les patients atteints de diabète puissent toujours passer gratuitement des examens de la vue, ce changement peut avoir confondu certains médecins et patients.[46]

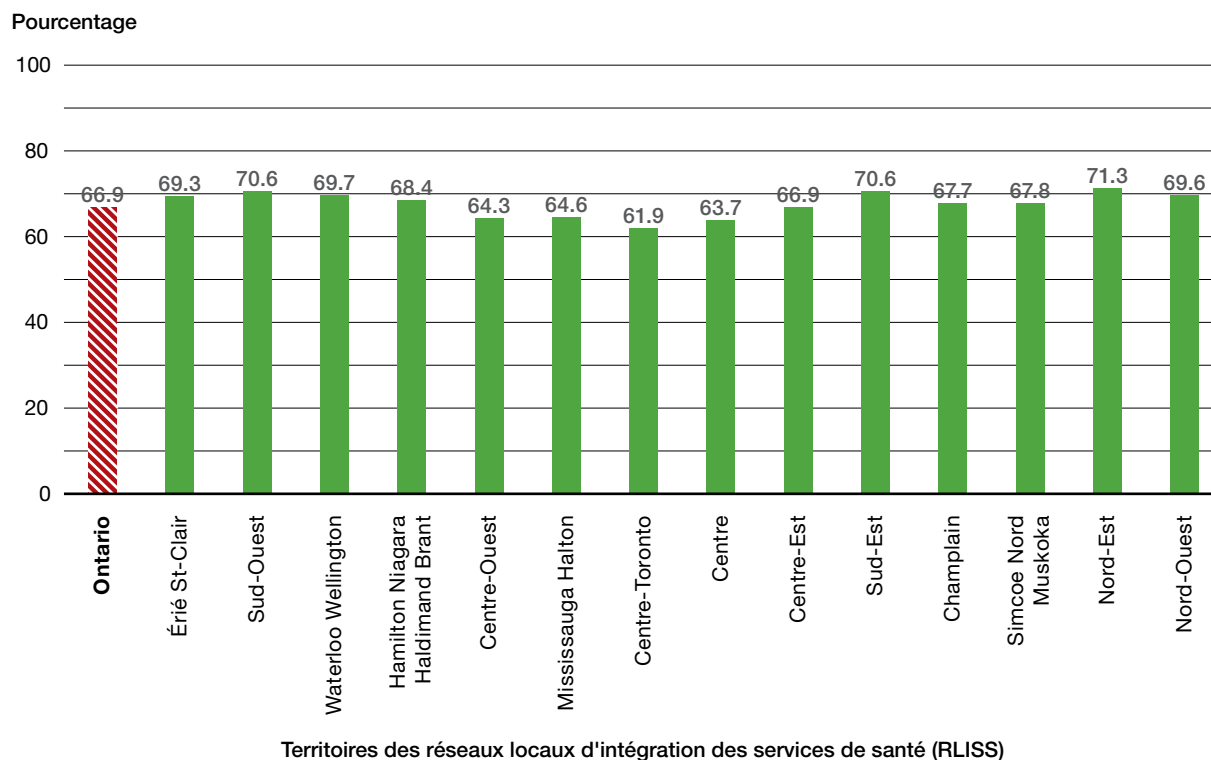
Les taux de dépistage de la rétinopathie diabétique varient modérément d'une région à l'autre de l'Ontario. Le pourcentage de patients atteints de diabète qui subissent un examen de la vue tous les deux ans varie entre 61,9 % dans le territoire du RLISS du Centre-Toronto et 71,3 % dans le territoire du RLISS du Nord-Est (figure 4.9).

1/3

Environ un tiers
des **personnes**
atteintes de diabète
en Ontario ne
subissent pas
d'examen de la
vue à la fréquence
recommandée

FIGURE 4.9

Pourcentage des personnes atteintes du diabète ayant subi un examen de la vue au cours d'une période de deux ans, en Ontario et par territoires des RLISS, 2011-2012



Source des données : Données de l'Assurance-santé de l'Ontario et de la base de données de l'Ontario sur les médicaments fournies par l'Institut de recherche en services de santé.

En résumé

Bien que neuf personnes sur dix habitant en Ontario aient déclaré avoir accès régulièrement à un fournisseur de soins primaires, plus de la moitié de la population a indiqué éprouver de la difficulté à avoir accès à des soins primaires dans un court délai, le soir et la fin de semaine. Cette proportion est identique à celle de la moyenne canadienne, mais beaucoup plus faible que celle d'autres pays. Toutefois, les Ontariennes et les Ontariens qui reçoivent des soins ont déclaré avoir connu une expérience positive avec leurs fournisseurs de soins primaires.

Il y a place à l'amélioration en ce qui a trait aux deux taux de dépistage que nous avons inclus dans le présent rapport : le dépistage du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 75 ans et le dépistage de la rétinopathie diabétique chez les personnes souffrant de diabète. Quatre Ontariennes et Ontariens admissibles sur dix n'ont pas subi le test de dépistage du cancer du côlon recommandé, et un tiers de la population ontarienne atteinte de diabète peut ne pas subir d'examen de la vue au cours de la période de deux ans recommandée.

Pour ce qui est de tous les indicateurs présentés dans ce chapitre, nous notons des écarts modérés à importants partout dans la province, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins primaires en cas de besoin, le soir et la fin de semaine.

Neuf Ontariennes et Ontariens sur dix ont déclaré recevoir régulièrement des soins primaires, **mais plus de la moitié de la population a indiqué éprouver des difficultés à y avoir accès dans un court délai, le soir et la fin de semaine.**

Soins hospitaliers

A photograph of a healthcare worker in red scrubs smiling and interacting with an elderly patient lying in a hospital bed. The patient is also smiling. In the background, there is a computer monitor and some medical equipment.

Dans ce chapitre, nous présentons des renseignements sur les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité suivants : la satisfaction des patients, la durée du séjour aux services des urgences, le temps d'attente pour certaines interventions pratiquées dans les hôpitaux (p. ex., les arthroplasties, les interventions cardiaques et les traitements du cancer), les taux d'infections nosocomiales, ainsi que les taux de plaies de pression, de chutes et de recours à des moyens de contention pour certains groupes de patients.

Une riche histoire de rapports sur les soins hospitaliers

Des rapports publics sur le rendement des milieux de soins hospitaliers en Ontario sont publiés depuis plus de 20 ans. Le premier a été produit par l'Institut de recherche en services de santé.[47] L'Association des hôpitaux de l'Ontario, dans le cadre de sa série de *Rapports sur les hôpitaux de l'Ontario*[48], l'Institut canadien d'information sur la santé[49] et Qualité des services de santé Ontario[50] ont également produit des rapports qui contiennent des renseignements sur la qualité des soins prodigués dans les hôpitaux de l'Ontario.

Les hôpitaux offrent de nombreux types de soins à différents types de patients.

Principales observations

Près de trois patients hospitalisés en Ontario sur quatre interrogés ont déclaré qu'ils recommanderaient sans aucun doute l'hôpital où ils ont reçu des soins à leurs amis et aux membres de leur famille	Le pourcentage de pontages aorto-coronariens par greffe urgents réalisés à l'intérieur du temps ciblé s'est amélioré sur six ans, passant de 74 % à 87 %	Le pourcentage de chirurgies en oncologie urgentes réalisées à l'intérieur du temps ciblé en Ontario s'est amélioré sur cinq ans, passant de 54 % à 73 %	Le recours à des moyens de contention parmi les patients aux prises avec des problèmes de santé mentale nécessitant un traitement en milieu hospitalier a diminué à 5,3 % comparativement à 8,5 % sur cinq ans
---	--	--	--

Satisfaction des patients

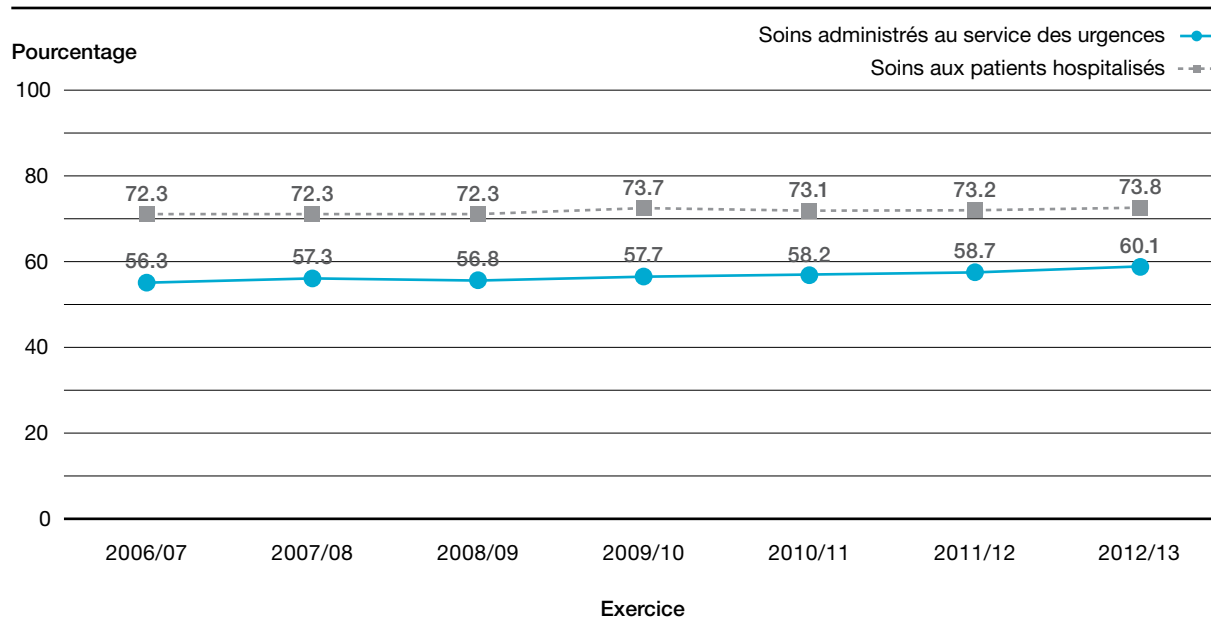
Près des trois quarts des patients hospitalisés en Ontario interrogés recommanderaient « sans aucun doute » l'hôpital où ils ont reçu des soins à leurs amis et aux membres de leur famille

De nombreux patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital ont reçu un sondage leur demandant s'ils recommanderaient l'hôpital où ils ont reçu des soins à leur famille et leurs amis. Les options de réponse comprenaient : « Oui, sans aucun doute », « Oui, probablement » et « Non ».

Le pourcentage de patients qui ont répondu « Oui, sans aucun doute » à la question portant sur la recommandation des services des urgences de l'hôpital à leur famille et à leurs amis s'est amélioré légèrement au cours des sept dernières années, passant de 56,3 % en 2006-2007 à 60,1 % en 2012-2013. Le pourcentage de personnes qui recommanderaient un hôpital pour les soins offerts aux patients hospitalisés a été stable au cours de la même période, 72,3 % des patients ayant répondu « Oui, sans aucun doute » en 2006-2007 par rapport à 73,8 % en 2012-2013 (figure 5.1).

FIGURE 5.1

Satisfaction de la clientèle hospitalière : pourcentage des répondants qui recommanderaient sans aucun doute l'hôpital à leur famille et leurs amis, pour les patients hospitalisés et pour les clients des services des urgences, en Ontario, 2006-2007 à 2012-2013



Source des données : Données de la National Research Corporation of Canada fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario.

Durée du séjour aux services des urgences

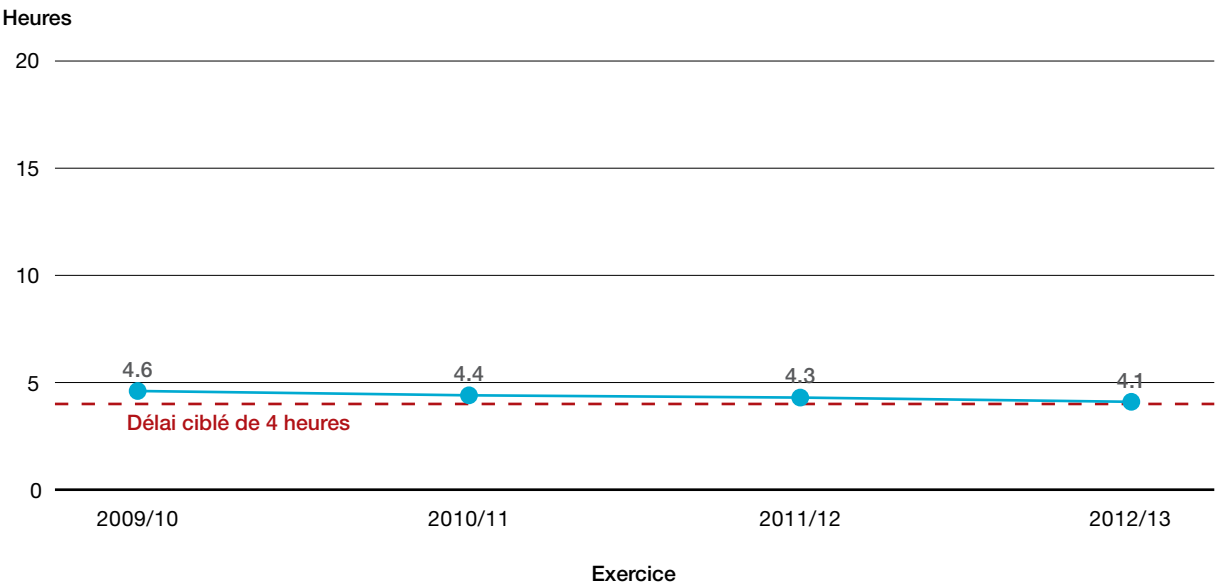
La durée du séjour de 9 patients sur 10 (90^e percentile) aux services des urgences pour des états pathologiques de faible gravité et de gravité élevée est supérieure au temps ciblé

Au cours de la dernière année (2012/13), il y a eu environ 5,3 millions de consultations dans les services des urgences comparativement à environ 4,9 million de visites en 2009/10.[61]

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée établit les objectifs relativement au temps que les patients devraient passer aux services des urgences. Ces objectifs reposent sur le 90^e percentile de la durée du séjour, qui est le délai dans lequel 9 patients sur 10 reçoivent leur congé des services des urgences. Il existe des objectifs distincts selon le niveau de gravité : temps d'attente de quatre heures pour les patients ayant des états pathologiques de faible gravité (c.-à-d. les patients dont l'état ne nécessite généralement pas d'évaluation immédiate) et de huit heures pour les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée (c.-à-d. les patients qui doivent être vus immédiatement ou peu de temps après leur arrivée aux services des urgences).[52] Les niveaux de gravité sont déterminés à l'arrivée aux services des urgences. En 2012-2013, les patients ayant des états pathologiques de faible gravité représentaient environ 40 % des consultations aux services des urgences, alors que les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée en représentaient environ 60 %.[51]

FIGURE 5.2

Temps maximum passé par 9 patients sur 10 (90^e percentile) aux services des urgences pour des états pathologiques de faible gravité, en Ontario, 2009-2010 à 2012-2013



Source des données : Données du Système national d'information sur les soins ambulatoires fournies eReports, par l'Institut canadien d'information sur la santé.

La durée du séjour aux services des urgences mesure le temps total qu'une personne qui se rend aux services des urgences y passe. Cette durée s'entend de la période comprise entre l'inscription ou le triage, selon ce qui se produit en premier, et le moment où le patient quitte les services des urgences ou est transféré dans un lit d'hôpital. Nous publions les données sur le 90^e percentile de la durée du séjour aux services des urgences, qui est le délai dans lequel 9 patients sur 10 quittent les services des urgences ou sont admis à l'hôpital pour y subir d'autres traitements.[52]

Patients ayant des états pathologiques de faible gravité

Les patients ayant des états pathologiques de faible gravité présentaient un 90^e percentile de la durée du séjour aux services des urgences en Ontario de 4,1 heures en 2012-2013. Il s'agit d'une amélioration par rapport à 4,6 heures en 2009-2010 (figure 5.2) qui est très près de l'objectif du ministère de quatre heures pour ce groupe de patients.[52]



Photo prise par Michelle Hill

Rencontre avec Mary

Âge : 59 ans, Dryden

Mary s'agitait nerveusement dans la salle d'attente, en essayant d'ignorer les vagues de douleur qu'elle ressentait jusque dans son épaule. Quelques heures plus tôt, elle avait trébuché au travail et était tombée sur son bras droit en faisant un bruit sourd. Malgré la douleur lancinante, Mary a réussi à terminer la dernière demi-heure de son quart de travail, avant qu'une collègue la conduise à un service des urgences rural à environ 350 kilomètres à l'ouest de Thunder Bay.

Elle est arrivée au service des urgences à 17 h 30. Une infirmière a évalué sa blessure environ une demi-heure plus tard et lui a dit qu'elle devrait attendre entre une et deux heures avant de pouvoir voir un médecin. Heureusement, Mary avait mangé rapidement avant de se rendre à l'hôpital parce que quelques heures plus tard, elle attendait toujours. Sa mère est passée la voir à l'hôpital, mais vers 21 h, Mary lui a demandé de retourner à la maison, car rien n'indiquait qu'elle allait voir un médecin sous peu. La salle d'attente était surchargée ce soir-là. Le personnel devait traiter au moins deux cas qui étaient plus urgents que le sien. À mesure que les heures passaient, Mary espérait que quelqu'un vienne l'informer du temps qu'il lui faudrait encore attendre.

Mary commençait à s'inquiéter, mais elle sentait qu'elle n'avait d'autre choix que de continuer à attendre.

Sachant qu'elle devait se rendre au travail le lendemain matin à 7 h 30, Mary commençait à s'inquiéter, mais elle sentait qu'elle n'avait d'autre choix que de continuer à attendre. « Qu'est-ce que je pouvais faire d'autre?, dit-elle. Ce n'était pas plaisant. Je commençais à m'énerver. » Elle engagea la conversation avec d'autres personnes dans la salle d'attente, dont une femme qui était arrivée à 11 h et qui a vu un médecin seulement à 23 h.

Vers 1 h, soit plus de sept heures après son arrivée au service des urgences, Mary a finalement vu un médecin qui a examiné son bras. Le résultat d'une radiographie a été peu concluant. Le médecin a donc dit à Mary qu'elle devrait continuer à bouger son bras pour qu'il ne s'ankylose pas et lui a donné son congé. Elle est arrivée au travail à temps ce matin-là, mais se sentait épuisée sur les plans physique et émotif.

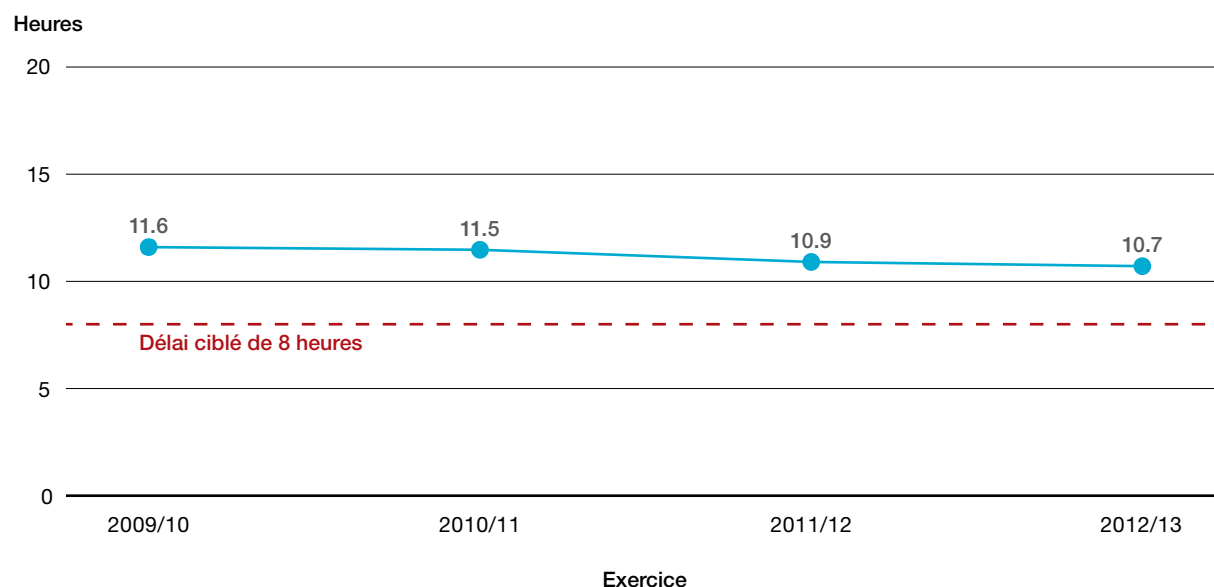
Patients ayant des états pathologiques de gravité élevée

Les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée présentaient un 90^e percentile de la durée du séjour aux services des urgences de 10,7 heures en 2012-2013. Il s'agit d'une amélioration par rapport à 11,6 heures en 2009-2010 (figure 5.3), qui se rapproche de l'objectif du ministère de huit heures pour ce groupe de patients.[52]

5,3 millions
Nombre de visites aux services des urgences des hôpitaux de l'Ontario effectuées l'an dernier

FIGURE 5.3

Temps maximum passé par 9 patients sur 10 (90^e percentile) aux services des urgences pour des états pathologiques de gravité élevée, en Ontario, 2009-2010 à 2012-2013



Source des données : Données du Système national d'information sur les soins ambulatoires fournies eReports, par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Temps d'attente pour des interventions

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a établi des objectifs de temps d'attente maximal recommandé pour réaliser des tests de diagnostic, des interventions et des chirurgies donnés.[53] Ces temps d'attente maximaux recommandés peuvent différer selon la gravité du cas. Nous publions les pourcentages de patients qui ont subi certaines interventions à l'intérieur du temps ciblé.

Temps d'attente respectant les objectifs

Ce tableau sommaire indique les pourcentages de patients qui ont subi une intervention à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé ciblé, selon le niveau d'urgence.

TABLEAU 5.1

Pourcentage des interventions réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé, en Ontario, 2013-2014

Intervention	Niveau de priorité	Temps d'attente maximal recommandé (jours)	Pourcentage des interventions réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé (%)
Arthroplastie de la hanche	Non urgent	182	86
Arthroplastie du genou	Non urgent	182	83
Cathétérisme cardiaque diagnostique	Urgent	7	91
	Semi-urgent	28	80
	Non urgent	84	97
Intervention coronaire percutanée	Urgent	7	91
	Semi-urgent	14	87
	Non urgent	28	98
Pontage aorto-coronarien par greffe	Urgent	14	87
	Semi-urgent	42	88
	Non urgent	90	96
Chirurgie du cancer	Urgent	14	73
	Semi-urgent	28	80
	Non urgent	84	94

Source des données : Système d'information sur les temps d'attente, Action Cancer Ontario; registre provincial de soins cardiaques géré par le Réseau ontarien de soins cardiaques.

Arthroplasties de la hanche ou du genou réalisées à l'intérieur du temps d'attente ciblé

Le pourcentage d'arthroplasties de la hanche ou du genou réalisées à l'intérieur du temps ciblé est demeuré stable au cours des cinq dernières années

Une arthroplastie de la hanche ou du genou peut améliorer considérablement la mobilité et la qualité de vie des patients.[54,55] Le temps d'attente pour subir ces interventions est mesuré à partir du moment où un patient et son chirurgien décident de procéder à l'intervention jusqu'au moment où l'intervention est réalisée. Bien que le temps d'attente soit important, il ne tient pas compte de toute la période au cours de laquelle le patient a attendu pour obtenir des soins.

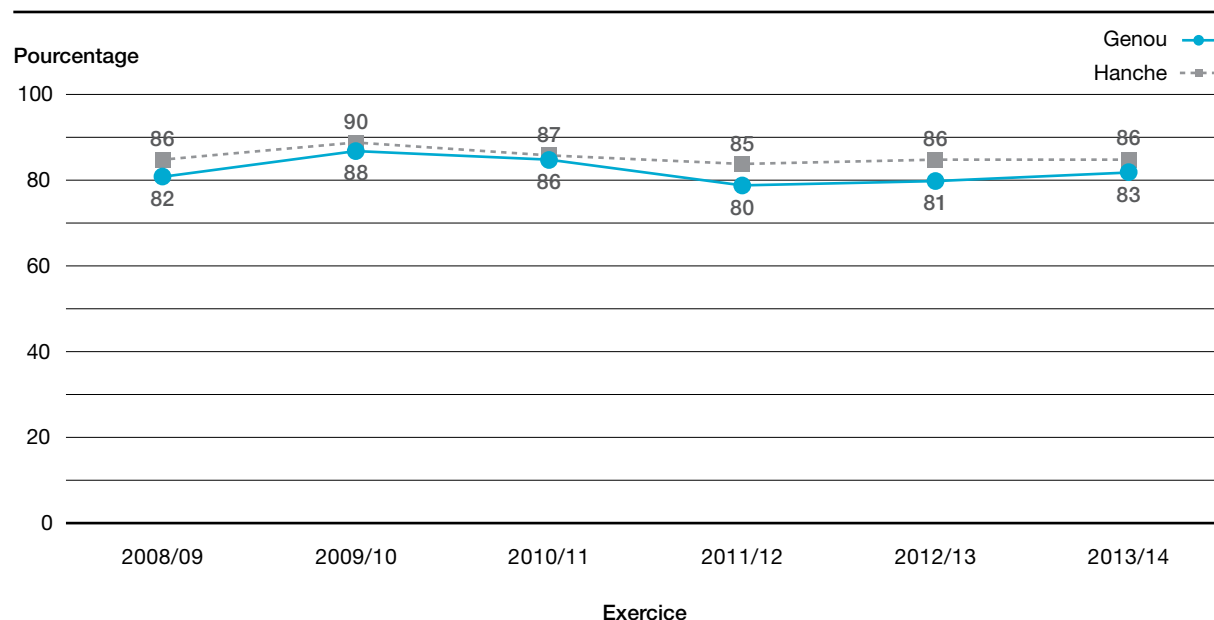
Le pourcentage d'arthroplasties de la hanche non urgentes (la catégorie la plus courante) réalisées à l'intérieur du temps ciblé de 182 jours (soit six mois) est demeuré stable en Ontario, soit environ 86 % sur cinq ans (figure 5.4).

En ce qui concerne les arthroplasties du genou non urgentes (la catégorie la plus courante), le pourcentage d'interventions réalisées dans le délai ciblé de 182 jours est également demeuré stable au cours des cinq dernières années, passant de 82 % en 2008-2009 à 83 % en 2013-2014 (figure 5.4).

Pour obtenir un sommaire complet des taux d'arthroplasties de la hanche ou du genou réalisées à l'intérieur du temps ciblé, consultez le tableau 5.1.

FIGURE 5.4

Pourcentage des arthroplasties non urgentes (hanche et genou) réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé (182 jours), en Ontario, 2008-2009 à 2013-2014



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



Rencontre avec Ilona

Âge : 70 ans, Toronto

Ilona a su que quelque chose n'allait pas le jour où une petite promenade dans le parc avec son petit-fils s'est avérée pénible. « Rien ne me réjouissait autant que de pourchasser mon petit-fils, mais j'en étais incapable en raison de la douleur que je ressentais dans ma hanche gauche, affirme cette femme de 70 ans de Toronto. Je clopinais en faisant seulement les choses les plus simples. »

Son médecin de famille a posé le diagnostic d'arthrose et l'a aiguillé vers un chirurgien pour savoir si une arthroplastie de la hanche lui serait bénéfique. Étant donné qu'elle allait rencontrer le chirurgien pour la première fois, son médecin l'a averti qu'elle pourrait devoir attendre neuf mois ou plus pour obtenir une simple évaluation.

« Ma douleur est devenue insupportable, déclare Ilona. J'ai appelé le cabinet du chirurgien six mois plus tard pour savoir quand je pourrais avoir un rendez-vous pour constater qu'il n'avait jamais reçu l'aiguillage de mon médecin de famille. » Après un autre aiguillage de son médecin de famille, elle a consulté un autre chirurgien dans les deux mois et a obtenu la date de son intervention chirurgicale quatre mois après cette visite.

Pendant l'attente, sa vie est devenue de plus en plus difficile. Malgré la douleur constante dans sa hanche gauche, Ilona a essayé de maintenir son mode de vie actif, en continuant à jardiner, à faire des balades à pied et à se promener en vélo. Cependant, comme elle ménageait sa hanche douloureuse, elle a demandé un surcroît d'effort à sa hanche droite et à ses genoux.

Le chirurgien a pratiqué avec succès l'arthroplastie de la hanche gauche d'Ilona en août 2011. « J'étais très heureuse des améliorations quotidiennes constatées pendant la période de rétablissement, dit-elle. Le chirurgien maîtrisait son art. » Elle a suivi toutes les directives concernant l'exercice régulier, la marche, le vélo et le yoga.

Deux ans plus tard, la douleur persistante dans sa hanche droite s'est rapidement intensifiée. En février 2014, Ilona a obtenu un rendez-vous avec le même chirurgien. Les radiographies ont indiqué qu'elle devait subir une autre arthroplastie de la hanche, cette fois-ci du côté droit.

« Étant donné qu'il s'agissait de ma seconde arthroplastie de la hanche, je croyais que je n'aurais pas à attendre aussi longtemps. J'avais tort », précise Ilona. Le carnet du chirurgien était plein des mois à l'avance. « J'étais désespérée, ajoute Ilona. Je savais que ma hanche droite n'en avait plus pour longtemps. » Elle a demandé qu'on mette son nom sur une

« Rien ne me réjouissait autant que de pourchasser mon petit-fils, mais j'en étais incapable en raison de la douleur que je ressentais dans ma hanche gauche. »

liste d'attente en cas d'annulation et a indiqué à la réceptionniste qu'elle était prête à subir l'intervention à n'importe quel moment.

Comme elle n'avait pas de nouvelle du cabinet du chirurgien, Ilona a passé des jours à s'inquiéter et a fini par faire mettre son nom sur les listes d'attente de quatre autres chirurgiens. « J'étais si bouleversée, dit-elle. L'aspect qui a été le plus difficile pour moi, lorsque j'étais en proie à des douleurs constantes et que j'avais besoin d'une intervention, a été l'incertitude. Est-ce que j'aurai la chance de recevoir un appel de l'un des cabinets de chirurgien? Pourquoi mes soins de santé relèvent-ils du hasard? »

Lorsqu'elle a obtenu une date pour son intervention pour juin 2014 à la suite d'une annulation, Ilona était très contente. « J'étais emballée et si heureuse lorsque l'assistant m'a donné une date », confie Ilona. L'intervention s'est bien déroulée et bien que le rétablissement n'ait pas été aussi facile que dans le cas de la première intervention, Ilona essaie de nouveau de suivre le rythme de son petit-fils lorsqu'il court sur le trottoir sur le chemin du parc.

Interventions cardiaques réalisées à l'intérieur du temps ciblé

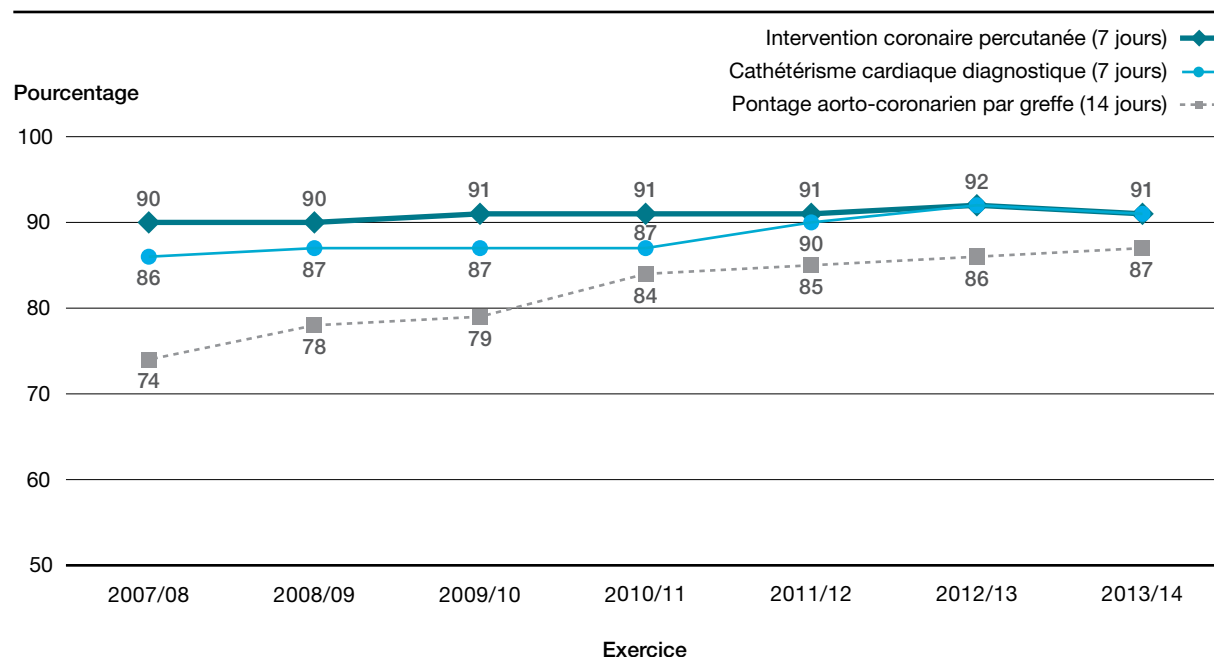
Le pourcentage de pontages aorto-coronariens par greffe urgents réalisés à l'intérieur du temps ciblé est passé de 74 % à 87 % en six ans

Pour chaque patient qui attend de subir une intervention cardiaque, le Réseau ontarien de soins cardiaques calcule un « temps d'attente maximal recommandé » qui repose sur le besoin clinique du patient concerné. Chaque patient se voit également attribuer l'un des trois niveaux d'urgence : non urgent, semi-urgent ou urgent. Le Réseau ontarien de soins cardiaques établit également des objectifs d'accès (temps d'attente maximal) pour chaque niveau d'urgence à des fins de surveillance. Nous publions les données sur les pourcentages de patients qui ont reçu des soins à l'intérieur des temps d'attente recommandés ciblés pour les trois interventions cardiaques principales suivantes :

- **cathétérisme cardiaque diagnostique :** il s'agit d'un test qui consiste à prendre des images des artères coronaires de sorte que les médecins puissent voir le flux sanguin dans le cœur[56]
- **intervention coronaire percutanée :** il s'agit d'une intervention qui consiste à utiliser un cathéter pour insérer une endoprothèse afin de dilater les vaisseaux sanguins du cœur[57]
- **pontage aorto-coronarien par greffe :** couramment appelée pontage, cette intervention consiste à contourner une partie bloquée de l'artère coronaire en insérant une section d'un vaisseau sanguin provenant d'une autre partie du corps dans la région touchée du cœur[58]

FIGURE 5.5

Pourcentage des interventions cardiaques réalisées à l'intérieur du temps ciblé, en Ontario, 2007-2008 à 2013-2014



Source des données : Registre provincial de soins cardiaques géré par le Réseau ontarien de soins cardiaques.

En 2013-2014, 91 % des patients en attente d'un cathétérisme cardiaque diagnostique urgent ont subi l'intervention à l'intérieur du temps d'attente qui était recommandé dans leur cas (une période maximale de sept jours). Il s'agit d'une légère amélioration par rapport à 86 % en 2007-2008.

Le pourcentage d'interventions coronaires percutanées urgentes réalisées en Ontario à l'intérieur du temps d'attente recommandé (une période maximale de sept jours) est demeuré stable au cours des six dernières années. Ce taux est passé de 90 % en 2007-2008 à 91 % en 2013-2014.

En ce qui concerne les patients en attente d'un pontage aorto-coronarien par greffe urgent, 87 % d'entre eux ont subi l'intervention à l'intérieur du temps d'attente recommandé (une période maximale de 14 jours) en 2013-2014. Il s'agit d'une légère amélioration par rapport à 74 % en 2007-2008.

Nous présentons à la figure 5.5 les temps d'attente sur une période de six ans pour les cas classés urgents de ces trois types d'interventions cardiaques. Pour obtenir un sommaire complet de toutes les interventions cardiaques réalisées à l'intérieur du temps ciblé, voir le tableau 5.1.

Temps d'attente pour une chirurgie du cancer

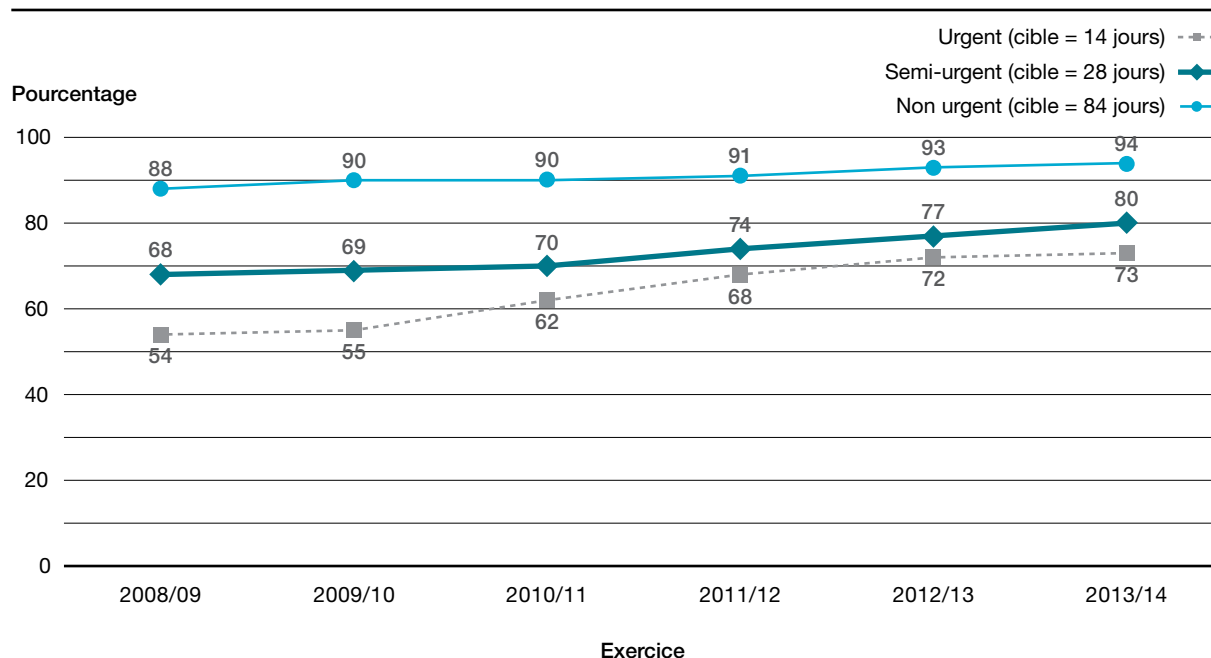
Le pourcentage de chirurgies du cancer urgentes réalisées à l'intérieur du temps ciblé a augmenté à 73 % par rapport à 54 % sur cinq ans

Pour obtenir les meilleurs résultats possible, il est important que les patients cancéreux reçoivent un traitement en temps opportun.[59,60] Les temps d'attente pour les patients qui doivent subir une chirurgie du cancer ont généralement été réduits, même si le nombre de chirurgies du cancer en Ontario a augmenté de 13 % entre 2008-2009 et 2013-2014. [61] En ce qui concerne les patients ontariens dont la chirurgie du cancer a été classée urgente, 73 % d'entre eux ont subi leur chirurgie à l'intérieur du temps ciblé de 14 jours en 2013-2014, une augmentation importante par rapport à 54 % en 2008-2009 (figure 5.6). En ce qui concerne les patients dont la chirurgie a été classée semi-urgente, 80 % d'entre eux ont subi leur chirurgie à l'intérieur du temps ciblé de 28 jours en 2013-2014, une augmentation modérée par rapport à 68 % en 2008-2009.

Pour obtenir un sommaire complet de toutes les chirurgies du cancer réalisées à l'intérieur du temps ciblé, voir le tableau 5.1.

FIGURE 5.6

Pourcentage des chirurgies du cancer réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé, par niveau d'urgence, en Ontario, 2008-2009 à 2013-2014



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

Infections à la bactérie *Clostridium difficile* contractées à l'hôpital

Le taux des infections à la bactérie *Clostridium difficile* contractées à l'hôpital a été stable en Ontario au cours des quatre dernières années

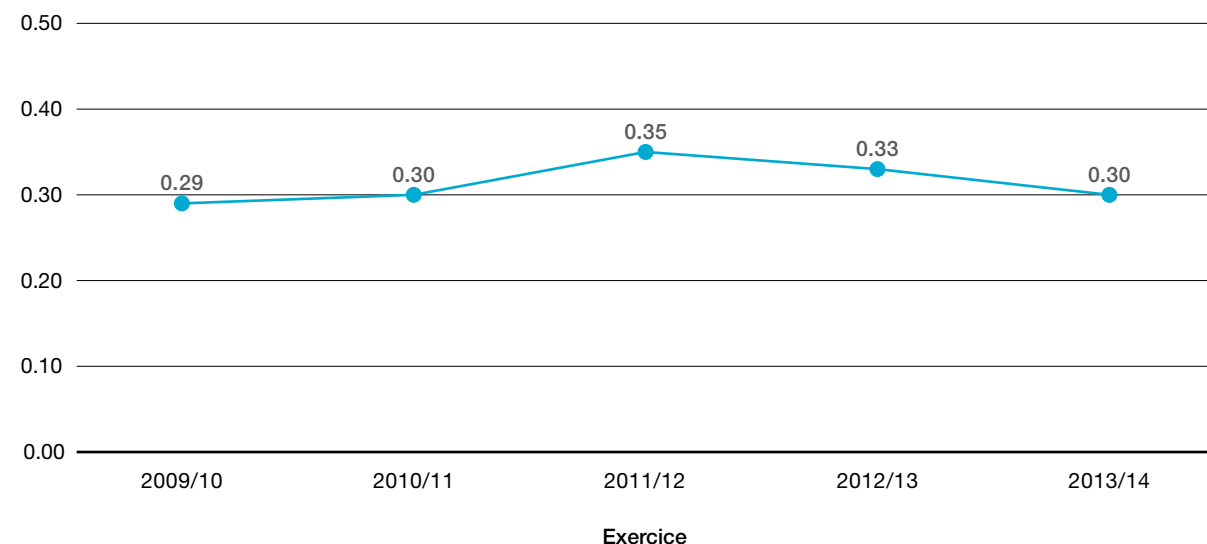
Au-delà du temps d'attente pour subir des interventions, il existe d'autres moyens d'évaluer le rendement dans le secteur des soins hospitaliers. À titre d'exemple, lorsque les patients se retrouvent à l'hôpital, ils peuvent ne pas être conscients du risque de contracter une infection à la bactérie *Clostridium difficile* (appelée communément *C. difficile*) qui présente un danger mortel et est difficile à traiter. Les infections à la bactérie *C. difficile*, l'une de plusieurs infections nosocomiales, peuvent être transmises d'un patient à un autre à l'intérieur d'un hôpital. Les patients qui ont contracté une infection à *C. difficile* peuvent être très malades et avoir des symptômes comme de la diarrhée et de la fièvre. Dans certains cas, cette infection peut causer la mort.[50] Les hôpitaux peuvent freiner la transmission des infections à la bactérie *C. difficile* en respectant les protocoles recommandés.[62]

Au cours des quatre dernières années, le taux d'infections à la bactérie *C. difficile* est demeuré stable à environ 0,30 par 1 000 jours-patients (figure 5.7).

FIGURE 5.7

Taux d'infections à la bactérie *C. difficile* contractées dans les hôpitaux, en Ontario, 2009-2010 à 2013-2014

Taux par 1 000 jours-patients



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

Chutes parmi les patients en soins continus complexes

Le pourcentage de patients en soins continus complexes qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours est demeuré stable à 10,4 %

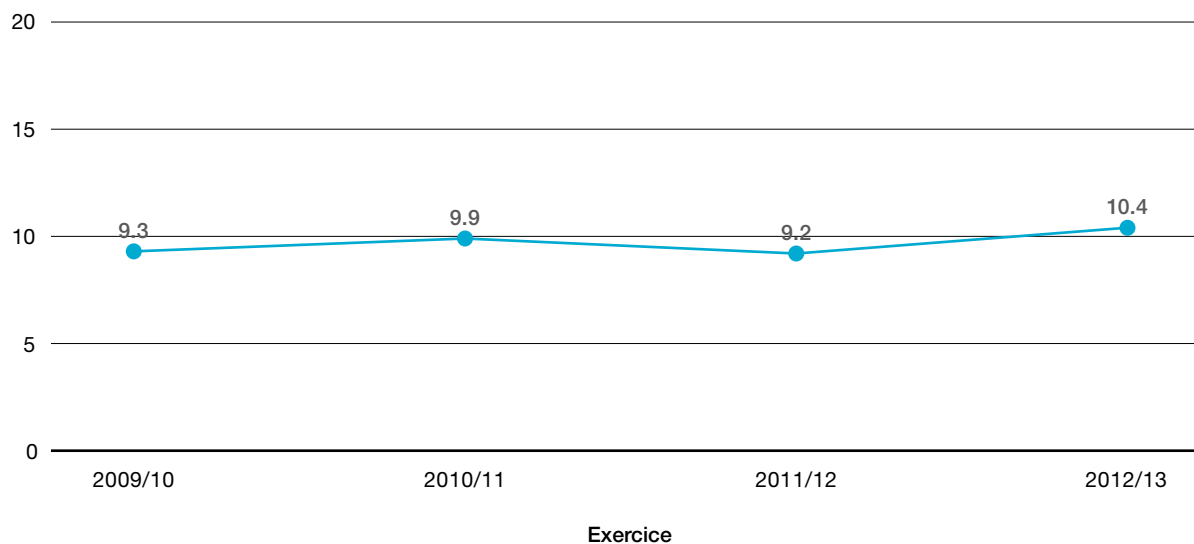
En Ontario, les patients qui ont des besoins de soins de santé complexes, sans toutefois nécessiter de soins actifs ou de réadaptation, peuvent obtenir un lit de « soins continus complexes ». Ces lits peuvent se trouver dans des hôpitaux de soins actifs ou des établissements distincts. Les patients qui ont besoin de soins continus complexes peuvent comprendre les patients qui se remettent d'un accident vasculaire cérébral, de blessures graves, comme celles subies au cours d'un accident automobile ou les patients atteints de maladies, comme une néphropathie ou une cardiopathie graves qui nécessitent des soins continus. Comme ces patients peuvent éprouver de la difficulté à se déplacer, les chutes comptent au nombre des principales causes de blessures graves des patients en soins continus complexes.[63]

Le pourcentage de patients en soins continus complexes en Ontario qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours était stable à 10,4 % en 2012-2013 par rapport à 9,3 % en 2009-2010 (figure 5.8).

FIGURE 5.8

Pourcentage de patients en soins continus complexes qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours, en Ontario, 2009-2010 à 2012-2013

Pourcentage



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

Plaies de pression chez les patients en soins continus complexes

Le pourcentage de patients en soins continus complexes présentant une plaie de pression est demeuré stable sur trois ans

Les plaies de pression, appelées communément plaies de lit, sont des blessures cutanées ou sous-cutanées souvent douloureuses et débilitantes causées par de la friction ou une pression résultant habituellement du fait que les patients restent trop longtemps dans la même position.

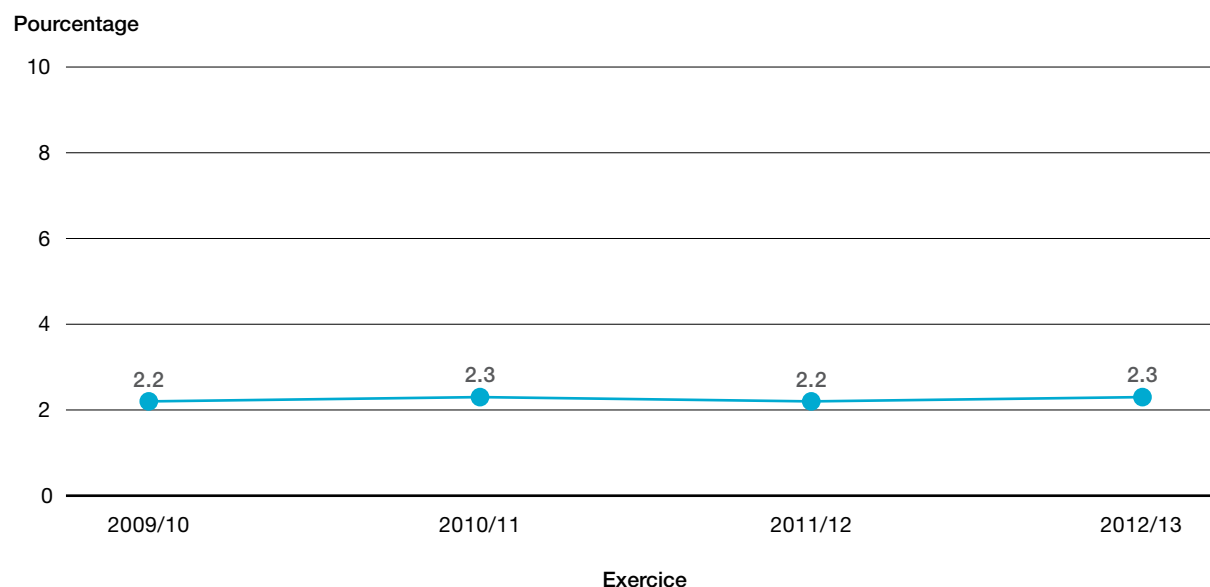
De nombreux patients en soins continus complexes présentent un risque élevé de plaies de pression. Les patients peuvent avoir besoin d'aide pour passer d'un lit à une chaise, ou être alités, ce qui peut causer la formation de plaies de pression.

La mesure du développement des plaies de pression est un moyen de surveiller la qualité des soins reçus par les patients en soins continus complexes. Les plaies de pression sont classées en quatre stades : le stade 1 correspond au début de la formation de la plaie; au stade 2, la peau se fend et forme un ulcère; au stade 3, la plaie s'étend aux tissus sous-cutanés; et au stade 4, les os, les tendons ou les muscles sont exposés.[64] Les études montrent que les plaies de pression peuvent être efficacement prévenues en repositionnant fréquemment les patients.[64,65]

Le pourcentage de patients en soins continus complexes en Ontario qui ont déclaré présenter une nouvelle plaie de pression (stade 2 ou plus) dans les trois derniers mois est demeuré stable sur trois ans à 2,3 % en 2012-2013 par rapport à 2,2 % en 2009-2010 (figure 5.9).

FIGURE 5.9

Pourcentage de patients en soins continus complexes présentant une nouvelle plaie de pression (stade 2 ou plus) dans les 3 derniers mois, en Ontario, 2009-2010 à 2012-2013



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

Recours à des moyens de contention dans le cadre de soins actifs en santé mentale

Le taux de recours à des moyens de contention dans le cadre de soins actifs en santé mentale a baissé à 5,3 % par rapport à 8,5 % sur cinq ans

La maladie mentale est la deuxième principale cause d'invalidité et de décès prématurés au Canada.[66] Une faible proportion de patients hospitalisés atteints d'une maladie mentale sont susceptibles de se faire du mal ou d'en faire à autrui. Les « interventions de contrôle » sont des moyens de contention et d'autres mesures d'intervention (comme l'administration de médicaments, parfois appelée contention chimique) qui peuvent empêcher les patients de se faire mal ou de faire mal à autrui. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, près de un quart des patients admis à un lit réservé aux soins psychiatriques en Ontario ont été soumis à au moins un type d'intervention de contrôle au cours de leur hospitalisation.[67]

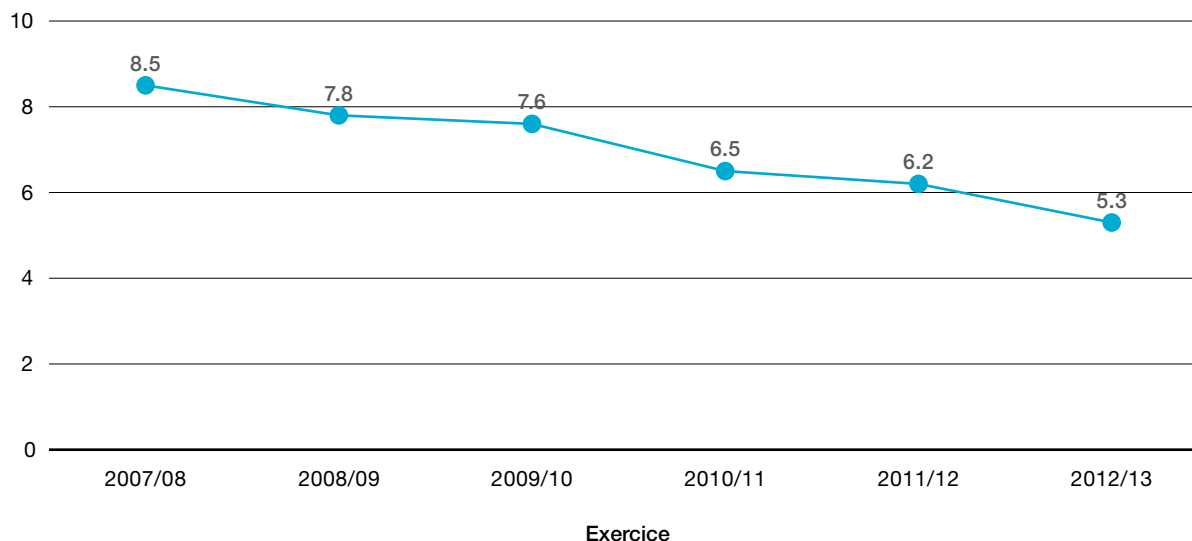
Le recours à des interventions de contrôle uniquement en cas d'absolue nécessité est un objectif important pour les personnes qui travaillent dans un milieu de soins actifs en santé mentale. La *Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*[68], la *Loi sur la santé mentale*[69] et la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*[70] ont aidé tous les établissements à élaborer des pratiques exemplaires et des directives concernant l'utilisation des interventions de contrôle.

On constate une légère baisse du recours à des moyens de contention dans le cadre des soins actifs en santé mentale sur cinq ans (figure 5.10). Les taux ont diminué à 5,3 % en 2012-2013 par rapport à 8,5 % en 2007-2008.

FIGURE 5.10

Pourcentage des patients de lits réservés aux soins psychiatriques qui ont été soumis à des moyens de contention physique, en Ontario, 2007-2008 à 2012-2013

Pourcentage



Source des données : Données du Système d'information ontarien sur la santé mentale fournies par l'Institut de recherche en services de santé.

En résumé

Les hôpitaux offrent tant de types de soins à tant de patients différents qu'il peut être difficile d'obtenir une vue d'ensemble de la qualité des soins hospitaliers. Des thèmes généraux se dégagent néanmoins des constatations publiées dans le présent chapitre. De façon générale, les temps d'attente pour obtenir des soins en milieu hospitalier ont été réduits. Plus de patients subissent des chirurgies du cancer et des interventions cardiaques urgentes à l'intérieur du temps d'attente recommandé (objectif). Ces résultats ne tiennent toutefois pas compte de l'expérience des patients en attente de ces interventions. Les patients nécessitant des soins aux services des urgences obtiennent leur congé plus rapidement qu'il y a sept ans. Les temps d'attente aux services des urgences des patients qui présentaient des états pathologiques de faible gravité se rapprochent de l'objectif du ministère de quatre heures, alors que les temps d'attente des patients qui présentaient des états pathologiques de gravité élevée demeurent au-dessus de l'objectif du ministère de huit heures. De plus, le recours aux moyens de contention chez les patients de lits réservés aux soins psychiatriques a baissé.

Pour les autres indicateurs, le rendement est toutefois stable au fil du temps. La satisfaction des patients à l'égard des soins continus en milieu hospitalier se situe entre 72 % et 74 %. Le pourcentage de patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou à l'intérieur du temps d'attente recommandé (objectif) est demeuré stable à 86 % et 83 %, respectivement. Le taux d'infections à la bactérie *C. difficile* est demeuré inchangé, tout comme les taux de chutes et d'aggravation des plaies de pression chez les patients en soins continus complexes.

Les temps d'attente pour obtenir des soins en milieu hospitalier ont généralement été réduits, mais ces résultats ne tiennent pas compte de l'expérience des patients en attente de ces interventions.

Soins à domicile



Les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité exposés dans le présent chapitre abordent la satisfaction de la clientèle à l'égard des services de soins à domicile et des services de coordination qu'ils reçoivent, ainsi que le pourcentage des patients adultes recevant des soins à domicile nouveaux et existants qui ont reçu des services dans les cinq jours suivant l'autorisation de les recevoir.

Accroissement des besoins en matière de services de soins à domicile et de soins communautaires

Les 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) en Ontario coordonnent et fournissent un large éventail de services de soins à domicile, notamment des services de soins infirmiers, de gestion des cas, de soutien à la personne, de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de travail social et de conseils en matière d'alimentation, ainsi que de fournitures médicales.[71]

Les patients reçoivent des services de soins à domicile financés par le secteur public, que ce soit directement par le personnel du CASC ou par l'intermédiaire d'organismes fournisseurs liés par contrat aux CASC. Pour aider les patients recevant des soins à domicile à naviguer dans le système de santé et à gérer les transitions entre les milieux de soins, les CASC collaborent également avec les fournisseurs de soins primaires, les hôpitaux et les services communautaires de soutien.[71] Les 14 CASC ont les mêmes limites géographiques que les 14 RLISS de l'Ontario et partagent les mêmes noms fondés sur les régions (figure 1.2).

Les patients recevant des soins à domicile ont aujourd'hui de plus grands besoins, en moyenne, qu'il y a quelques années. Le besoin en matière de services de soins à domicile varie en fonction de l'âge et du taux de maladies de la population ontarienne, du nombre de lits dans les foyers de soins de longue durée de la province, ainsi que de la durée du séjour des patients à l'hôpital.

L'Ontario a été le premier territoire de compétence au Canada à publier des rapports publics sur le secteur des soins à domicile, et Qualité des services de santé Ontario en publie depuis 2009.

L'Ontario a été le premier territoire de compétence au Canada **à publier des rapports publics sur le secteur des soins à domicile.**

Principales observations

Plus de 9 patients recevant des soins à domicile en Ontario sur 10 ont déclaré être satisfaits des services de soins à domicile qu'ils reçoivent

Plus de 90 % des patients recevant des soins à domicile en Ontario qui nécessitent des soins infirmiers ont reçu les services dans les cinq jours suivant l'autorisation de les recevoir

Les pourcentages de patients recevant des soins à domicile ayant des besoins complexes qui ont reçu des services de soutien de la personne dans les cinq jours suivant l'autorisation de les recevoir varient beaucoup d'un endroit à l'autre en Ontario

Satisfaction des patients

Plus de 9 patients ontariens sur 10 interrogés ont déclaré qu'ils ont été satisfaits des soins à domicile fournis

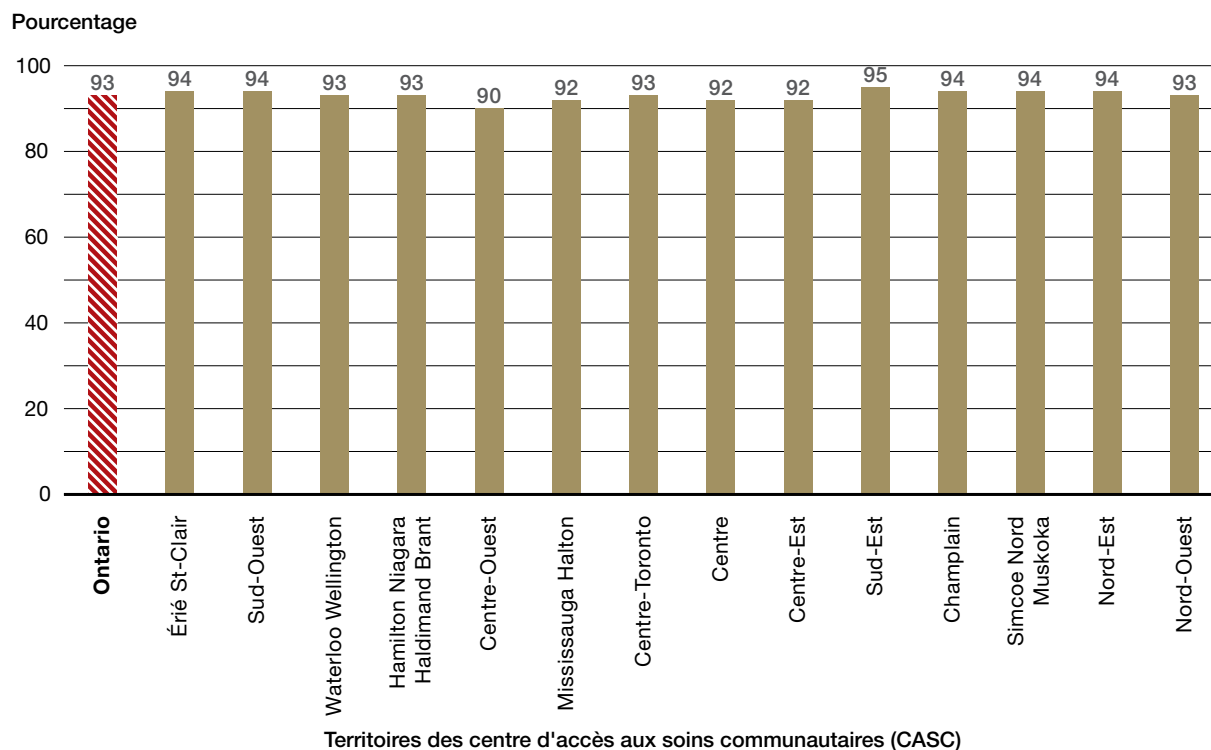
Des taux de satisfaction de la clientèle plus élevés sont habituellement associés à des soins de qualité supérieure[72] et témoignent de la façon dont les fournisseurs font participer les patients à leurs soins de santé.[73]

Les patients recevant des soins à domicile sont interrogés de façon anonyme pour déterminer leur niveau de satisfaction à l'égard des services qu'ils reçoivent. En 2012-2013, 93 % des patients recevant des soins à domicile interrogés en Ontario ont déclaré avoir été satisfaits des services qu'ils ont reçus, tant des coordonnateurs de soins que des fournisseurs de services (figure 6.1).

Les taux de satisfaction à l'égard des services de soins à domicile varient légèrement à l'échelle de la province, passant de 90 % dans le territoire du CASC du Centre-Ouest à 95 % dans le territoire du CASC du Sud-Est.

FIGURE 6.1

Pourcentage des répondants qui ont été satisfaits des soins à domicile fournis par les coordonnateurs de soins et les fournisseurs de services, en Ontario, et par territoires des CASC, 2012-2013



Source des données : Données du Client and Caregiver Experience Evaluation Survey mené par la National Research Canada Corporation et fournies par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario.

Rencontre avec Muhammad

Âge : 84 ans, Mississauga

« Quand puis-je rentrer chez moi où je me sens bien? » Muhammad suppliait son fils Hameed, alors qu'il était allongé dans son lit d'hôpital qui était devenu son foyer temporaire depuis près de deux mois.

Un an auparavant, Muhammad était un homme actif de 81 ans, malgré la maladie de Parkinson dont il était atteint et une affection dorsale inopérable. Il pouvait encore marcher et avait passé une partie de l'été à visiter Venise avec les membres de sa famille. Cependant, à son retour d'Italie, Muhammad a fait plusieurs chutes et s'est retrouvé à l'hôpital. Hameed affirme que les soins physiques que son père recevait à l'hôpital étaient incroyables, mais qu'il n'avait pas de lien psychologique ou émotionnel. « Si l'esprit et le cœur n'y sont pas, vous savez que vous pouvez faire mieux, précise Hameed. Il voulait donc retourner à la maison, où il pourrait faire de petites choses, des activités quotidiennes, d'une manière plus efficace. »

Malgré les nombreuses semaines passées de façon non volontaire à l'hôpital, Muhammad a finalement pu retourner chez lui, plutôt que de rester à l'hôpital ou d'être admis dans un foyer de soins de longue durée, grâce à un programme de soins à domicile du centre d'accès aux soins communautaires de sa région. Sa coordonnatrice des soins lui a rendu visite à son domicile pour l'aider à organiser les services dont il avait besoin, notamment des soins infirmiers et des services de soutien à la personne pour l'aider à prendre son bain et à s'habiller, des services d'orthophonie, ainsi que la fourniture de matériel médical.

Muhammad, qui avait perdu l'usage de la parole, a écrit une lettre de remerciements. « Maintenant, je suis chez moi, a-t-il écrit. "Remerciements spéciaux à nom de sa coordonnatrice des soins " [...] Elle effectue constamment un suivi auprès de mon médecin de famille, de mon physiothérapeute, de mon ergothérapeute et d'autres professionnels de la santé. Elle fait tout son possible pour que je puisse obtenir le meilleur traitement médical possible chez moi et avoir une meilleure qualité de vie au cours des années qu'il me reste à vivre. »

Source avec autorisation : Centre d'accès aux soins communautaires de Mississauga Halton.

Après plus d'une année à recevoir des services de soins et de coordination, Muhammad **n'est toujours pas retourné à l'hôpital.**



Photo gracieuseté de CASC de Mississauga Halton

Hameed est également reconnaissant d'avoir son père à la maison. « C'est une bénédiction, a-t-il dit, parce quel que soit le temps que je passe avec lui, j'en conserverai de bons souvenirs. Mon père est heureux et en sécurité à la maison avec sa famille. »

Après plus d'une année de soins et de services de coordination des soins à domicile, Muhammad n'est jamais retourné à l'hôpital. Il demeure dans la chambre à coucher principale de la famille où il peut apprécier la compagnie de son fils, de sa belle-fille, de ses deux petits-enfants et de son Yorkshire Terrier adoré, Ronni.

Temps d'attente

Pourcentage de patients recevant des soins à domicile qui ont reçu des services dans le délai ciblé de cinq jours

Bon nombre de personnes qui ont besoin de soins à domicile nécessitent les services de façon urgente. Au début de 2013, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé un objectif de cinq jours quant au délai d'obtention des services de soins infirmiers et des services de soutien à la personne pour les patients aux besoins complexes.[74]

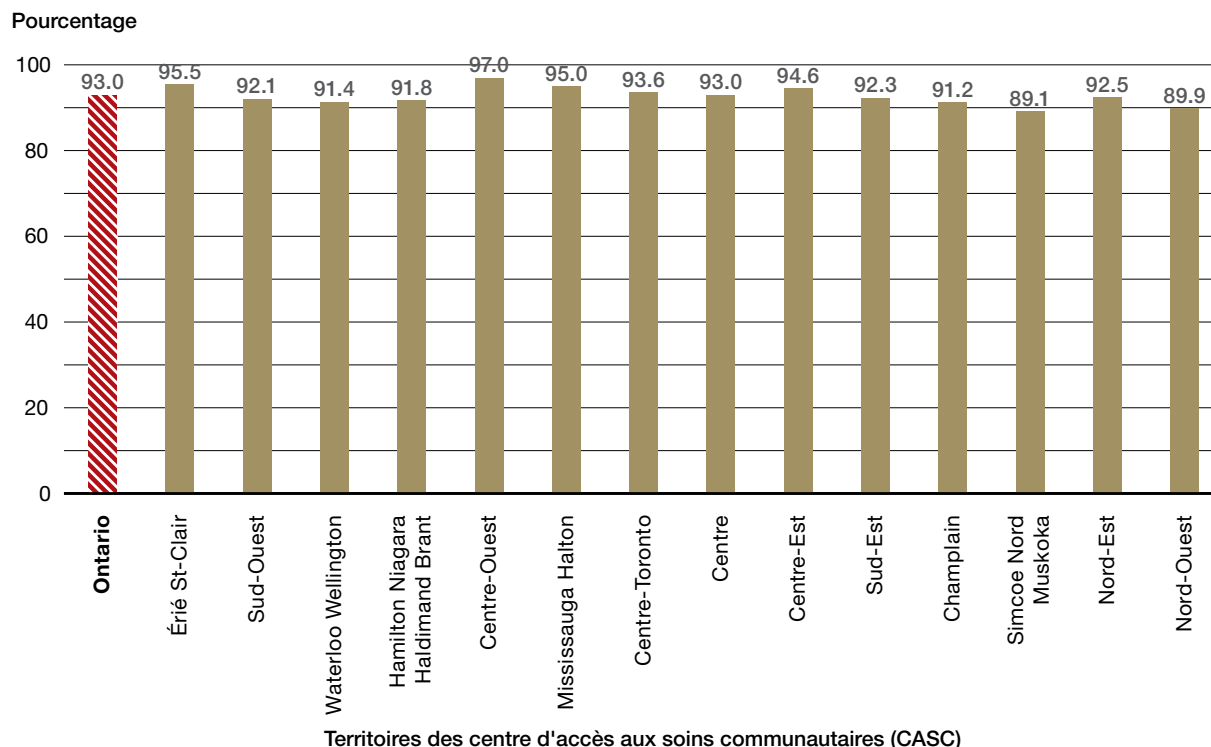
Plusieurs étapes doivent être franchies avant qu'un patient puisse recevoir des soins à domicile en Ontario. Ces étapes sont habituellement les suivantes : aiguillage, évaluation effectuée par une coordonnatrice ou un coordonnateur des soins, autorisation en vue de permettre à un fournisseur de services d'offrir un ou plusieurs services et début de la prestation des services. Le temps d'attente déclaré ici, et le délai ciblé de cinq jours du ministère, ne couvre que le temps écoulé à partir de l'autorisation donnée jusqu'au début de la prestation des services pour les bénéficiaires de services de soins à domicile nouveaux ou existants. Nous examinons deux situations: tous les patients recevant des services de soins infirmiers à domicile, et les patients ayant des besoins complexes recevant des services de soutien de la personne à domicile.

En 2013-2014, 93,0 % des patients recevant des soins à domicile nécessitant des services de soins infirmiers ont reçu les services dans les cinq jours.

Il existe des écarts modérés entre les régions de la province en ce qui a trait au pourcentage de patients qui ont reçu des services dans les cinq jours, allant d'un faible taux de 89,1 % dans le territoire du CASC de Simcoe Nord Muskoka à un taux élevé de 97,0 % dans le territoire du CASC du Centre-Ouest (figure 6.2).

FIGURE 6.2

Pourcentage des patients ayant des besoins complexes recevant des soins à domicile qui ont reçu leur première visite pour des soins infirmiers dans les 5 jours suivant l'autorisation de les recevoir, en Ontario, et par territoires des CASC, T3, 2013-2014



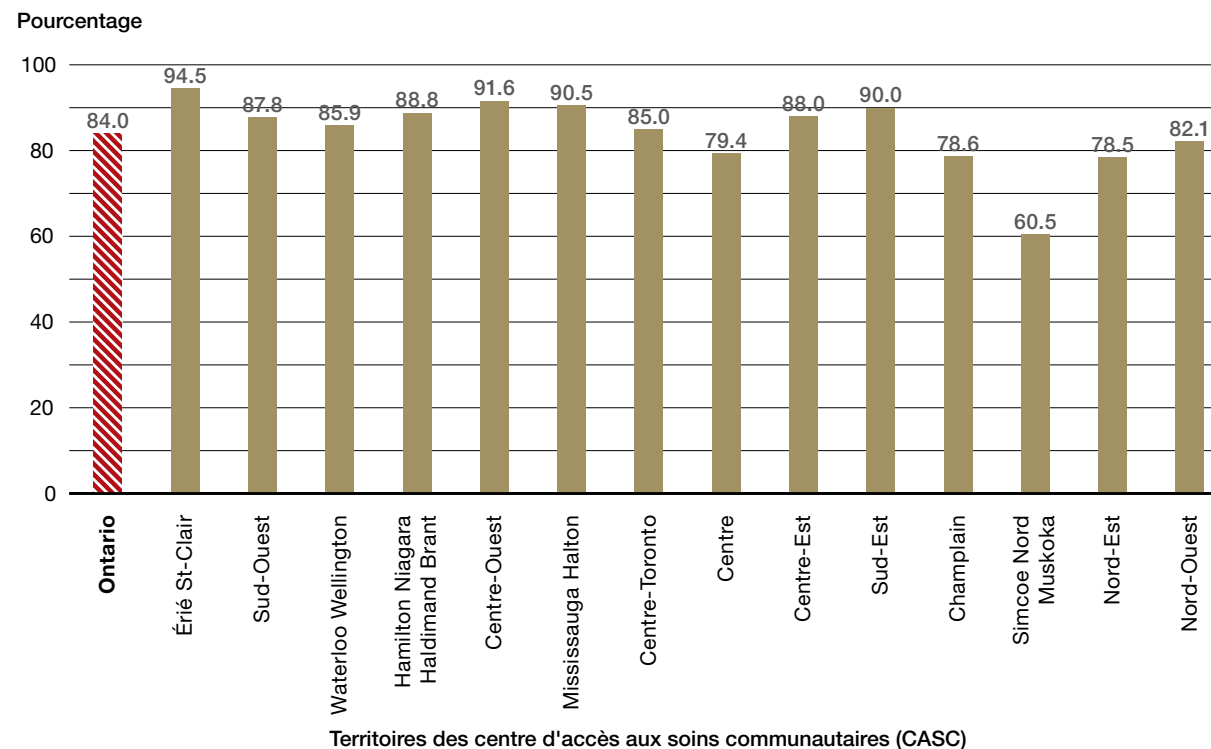
Source des données : Données de la Base de données sur les soins à domicile fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Quatre-vingt-quatre pour cent (84,0 %) des patients aux besoins complexes qui ont reçu des services de soutien à la personne les ont obtenus dans les cinq jours suivant l'autorisation de les recevoir.

Les pourcentages varient beaucoup d'une région de l'Ontario à l'autre, allant d'un faible taux de 89,1 % dans le territoire du CASC de Simcoe Nord Muskoka à un taux élevé de 97,0 % dans le territoire desservi par le CASC d'Érié St-Clair (figure 6.3).

FIGURE 6.3

Pourcentage des patients recevant des soins à domicile ayant des besoins complexes qui ont reçu leur visite pour des services de soutien de la personne dans les 5 jours suivant l'autorisation de les recevoir, en Ontario, et par territoires des CASC, T3, 2013-2014



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

En résumé

La plupart des patients recevant des soins à domicile en Ontario ont déclaré un taux élevé de satisfaction à l'égard des services qu'ils obtiennent. La majorité des bénéficiaires de soins à domicile reçoivent des services de soins infirmiers dans les cinq jours ciblés par le ministère, mais il existe une variabilité dans l'ensemble de l'Ontario quant aux temps d'attente pour obtenir des services de soins infirmiers et des services de soutien à la personne. Les temps d'attente publiés ne permettent pas d'obtenir une vue d'ensemble de l'expérience des clients en ce qui concerne les services de soins à domicile. Nous n'avons publié que les temps d'attente des patients pour recevoir leurs services de soins à domicile une fois que les services ont été autorisés. Nous n'avons pas publié le temps d'attente d'un patient pour voir une coordonnatrice ou un coordonnateur des soins qui évaluera les besoins et autorisera les services.

La majorité des bénéficiaires de soins à domicile reçoivent des services **dans les cinq jours ciblés**, mais il existe une variabilité dans l'ensemble de l'Ontario.

Soins de longue durée



Dans le présent chapitre, QSSO traite des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité pour les soins de longue durée : temps d'attente pour un lit dans un foyer de soins de longue durée de l'hôpital ou de la collectivité, utilisation quotidienne de moyens de contention, chutes au cours des 30 derniers jours et plaies de pression nouvelles ou s'aggravant.

Demande croissante de soins de longue durée en Ontario

Plus de 600 foyers de soins de longue durée de l'Ontario offrent de l'hébergement, des services et des soins de santé spécialisés à plus de 112 000 personnes souffrant de maladies ou de blessures graves.

Qualité des services de santé Ontario rend public le rendement des foyers de soins de longue durée depuis 2010 et a récemment élaboré et publié des points de référence pour quelques-uns des indicateurs de la qualité qui sont rendus publics sur son site Web. Ainsi, l'Ontario est la première province à établir des points de référence pour les indicateurs de la qualité des foyers de soins de longue durée.^[75] Des points de référence peuvent être employés par les foyers de soins de longue durée pour comparer leur données à une norme pour évaluer leur rendement.

L'Ontario dispose du système de collecte de données sur les foyers de soins de longue durée **le plus important et le plus ancien** au pays.

Principales observations

Pour les personnes qui attendent dans la collectivité un lit de soins de longue durée, le temps d'attente médian s'est amélioré de 79 jours sur quatre ans, mais il reste encore de 111 jours

L'utilisation quotidienne de moyens de contention dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario a diminué au cours des trois dernières années

Les taux de chutes et d'aggravation des plaies de pression parmi les pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario sont demeurés stables sur quatre ans

Temps d'attente pour un lit dans un foyer de soins de longue durée

Le temps d'attente médian pour des soins de longue durée est de 111 jours pour les patients qui attendent à la maison et de 65 jours pour ceux qui attendent à l'hôpital

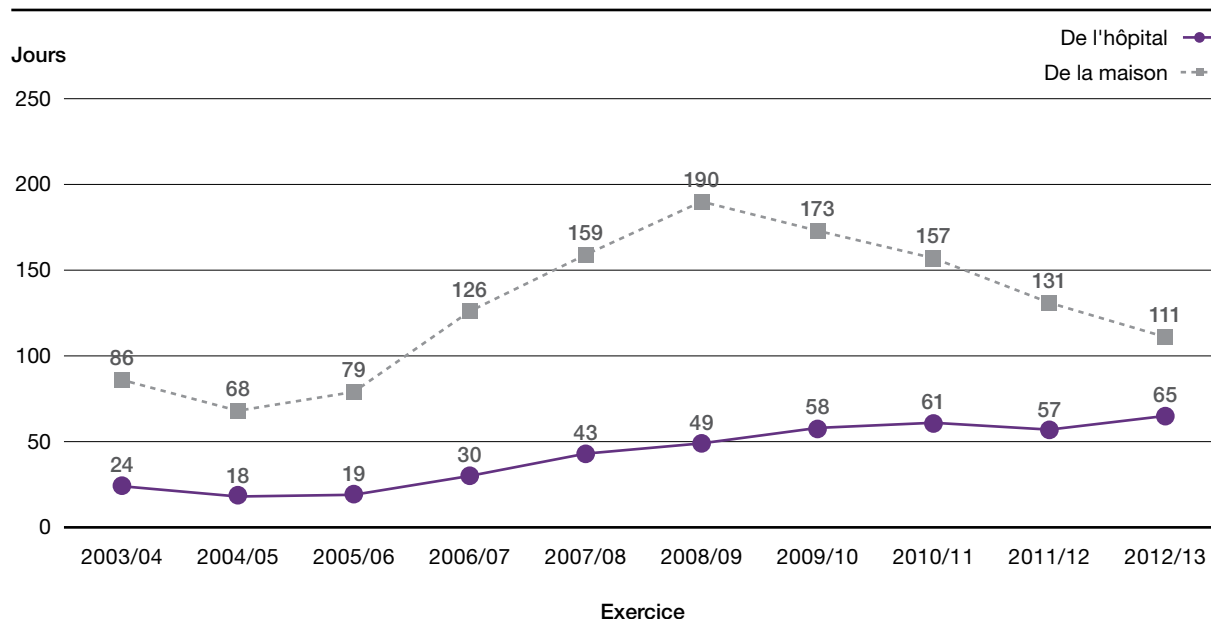
Le délai d'accès à un foyer de soins de longue durée peut entraîner des complications de santé pour le patient[76], du stress pour les membres de la famille et autres personnes soignantes et l'utilisation des ressources de l'hôpital pour prodiguer des soins aux personnes dont les besoins seraient mieux satisfaits par un foyer de soins de longue durée.[77] Les temps d'attente pour l'admission dans un foyer de soins de longue durée se divisent en deux catégories : les personnes qui attendent dans un hôpital et celles qui attendent à la maison dans la collectivité. Puisque les patients qui attendent à l'hôpital sont habituellement désignés comme ayant priorité, les temps d'attente dans la collectivité sont généralement plus longs.

Cet indicateur mesure le nombre médian de jours d'attente d'une personne avant d'être placée dans un foyer de soins de longue durée à partir de la date de sa demande d'admission à la date du placement. Il ne comprend pas les patients désignés comme étant en situation de crise ou les personnes considérées comme prioritaires pour la réunification avec le conjoint/partenaire, pour qui les temps d'attente ont tendance à être beaucoup plus courts. La mesure exclut en outre les transferts d'un autre foyer de soins de longue durée.

Au cours des quatre dernières années de cueillette de données (2008-2009 à 2012-2013), le temps d'attente médian pour les personnes admises dans un foyer de soins de longue durée à partir de leur domicile dans la collectivité a diminué de 79 jours, passant de 190 jours à

FIGURE 7.1

Nombre médian de jours pour être admis dans un établissement de soins de longue durée à partir de l'hôpital ou de la maison, en Ontario, 2003-2004 à 2012-2013



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

111 jours (figure 7.1). En examinant dix années de cueillette de données, les temps d'attente médians à domicile étaient à leur plus bas en 2004-2005, soit de 68 jours, et ont augmenté constamment au cours de la décennie.

Les temps d'attente médians à partir de l'hôpital pour des lits dans des foyers de soins de longue durée ont augmenté de 16 jours, passant de 49 jours à 65 jours au cours des quatre dernières années de cueillette de données, de 2008-2009 à 2012-2013 (figure 7.1) et ont augmenté de 41 jours sur la période complète de cueillette de données de 10 ans.

Les temps d'attente pour les pensionnaires admis dans un foyer de soins de longue durée varient substantiellement dans l'ensemble de l'Ontario. Le temps d'attente médian de 219 jours dans la collectivité pour le territoire du RLISS du Toronto-Centre est plus de quatre fois supérieur au temps d'attente médian de 53 jours pour le territoire du RLISS du Sud-Ouest. Les temps d'attente médians à l'hôpital se situent à l'intérieur d'une fourchette de 152 jours pour le territoire du RLISS de Mississauga Halton à 33 jours pour le territoire du RLISS du Sud-Ouest (figure 7.2).

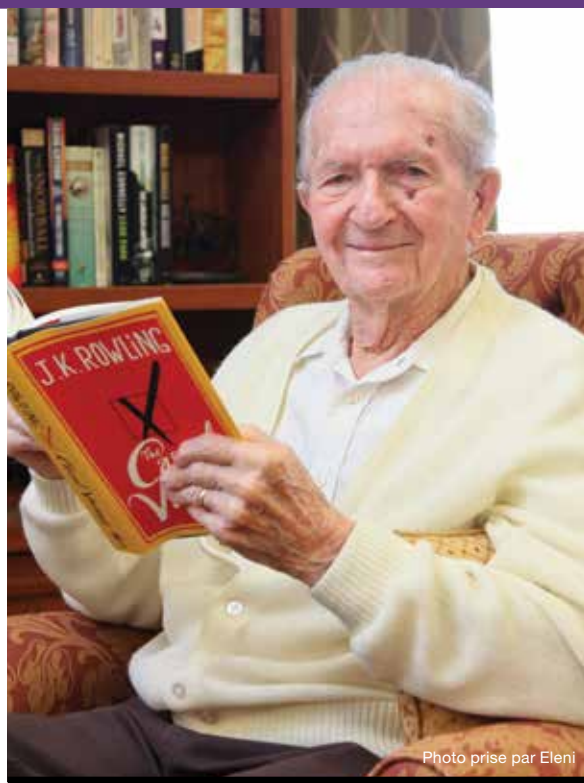


Photo prise par Eleni

Rencontre avec Steve

Âge : 96, Windsor

Après avoir attendu quatre ans, Steve affirme qu'il est soulagé et reconnaissant d'être dans un nouveau foyer de soins de longue durée avec sa femme. « C'est le meilleur endroit que nous avons eu, affirme Steve, un ancien assembleur de véhicules automobiles de 96 ans, en parlant du nouvel établissement de la région de Windsor. Nous sommes chanceux d'avoir été admis ici. »

Steve a choisi d'attendre pour le foyer spécifique que lui et sa femme voulait.

« C'est le meilleur endroit que nous avons vu. Nous sommes très chanceux d'y être entrés. »

La femme de Steve, âgée de 91 ans, souffre de démence et requiert beaucoup de soins. Les services de soins à domicile du Centre d'accès aux soins communautaires local ont aidé le couple à demeurer dans leur maison aussi longtemps que possible, mais finalement Steve a décidé que des soins de longue durée représentaient le meilleur choix. « L'état de santé de ma femme se détériorait de plus en plus; nous devions donc faire quelque chose », dit-il.

Les listes d'attente d'autres foyers de soins de longue durée étaient plus courtes, mais Steve a décidé d'attendre qu'une place se libère dans le foyer où sa femme et lui souhaitaient vivre. Le couple devait en outre être placé ensemble dans la même chambre, ce qui compliquait les choses.

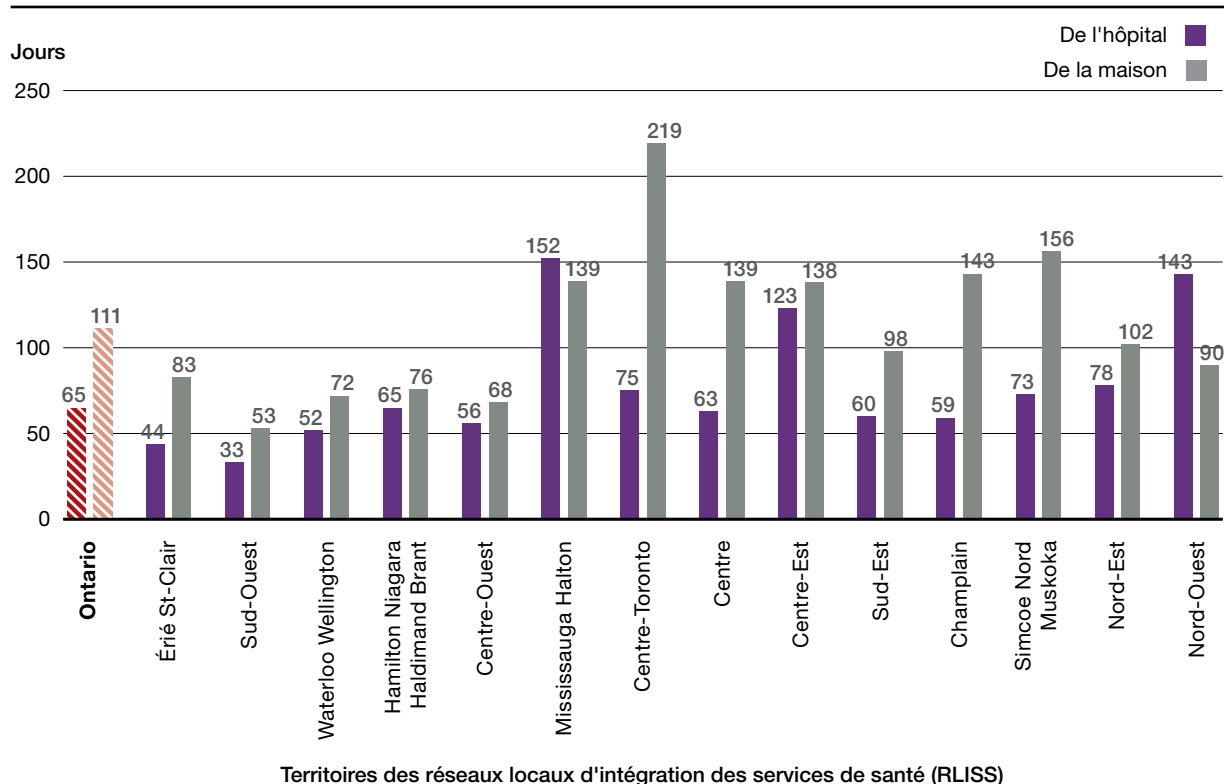
Maintenant que sa femme et lui ont finalement déménagé dans ce foyer, Steve affirme qu'il reçoit tous les soins dont il a besoin. « L'endroit est propre et les repas sont très bons », dit-il. Il va au gymnase deux fois par jour faire ses exercices cardiovasculaires sur un vélo à main et soulève des poids. « J'aime cet établissement », affirme-t-il.

111

Nombre de jours d'attente médian pour les pensionnaires admis dans un foyer de soins de longue durée à partir de la collectivité en 2012-2013; à la baisse par rapport à 190 jours en 2008-2009, mais en hausse par rapport à 68 jours en 2004-2005

FIGURE 7.2

Nombre médian de jours pour être admis dans un établissement de soins de longue durée à partir de l'hôpital ou de la maison, en Ontario et par territoires des RLISS, 2012-2013



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

Les temps d'attente des patients pour être admis dans un foyer de soins de longue durée varient beaucoup dans Ontario.

Utilisation quotidienne de moyens de contention dans les foyers de soins de longue durée

L'utilisation quotidienne de moyens de contention sur des pensionnaires dans des foyers de soins de longue durée de l'Ontario a augmenté modérément sur trois ans

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* exige que les foyers adoptent des politiques visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention au sein de leurs établissements.[78] Les foyers de soins de longue durée utilisent parfois des dispositifs physiques comme des ceintures de sécurité pour les fauteuils roulants et des plateaux de table pour aider les pensionnaires à exécuter leurs activités de la vie quotidienne et les empêcher de chuter. Dans certains cas, des moyens de contention sont utilisés pour réduire le risque qu'un pensionnaire se fasse mal ou fasse mal à autrui.[79]

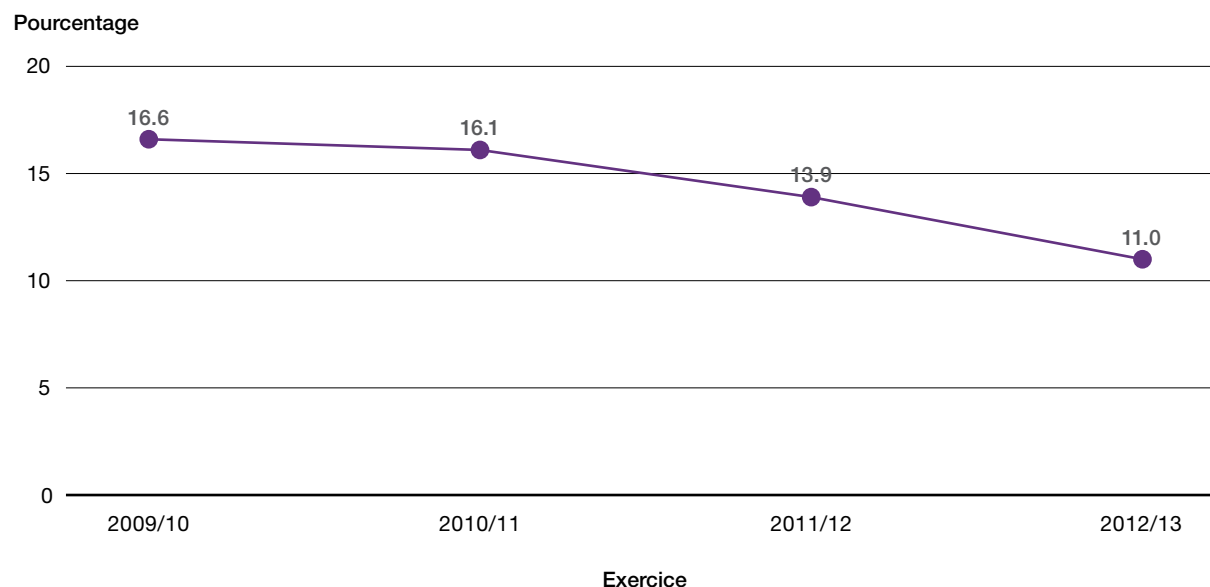
L'utilisation de moyens de contention comporte des inconvénients importants. Outre le fait qu'ils sont liés à une perte d'autonomie et de dignité, ils limitent la mobilité d'un pensionnaire, augmentent le risque de plaies de pression et peuvent causer de l'agitation et de la confusion. Dans de rares cas, l'utilisation de moyens de contention peut entraîner indirectement le décès d'un pensionnaire.[79]

Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario soumis à des moyens de contention quotidiennement a diminué modérément, passant de 16,6 % en 2009-2010 à 11,0 % en 2012-2013 (figure 7.3).

Les taux varient sensiblement dans l'ensemble de l'Ontario, passant de 4,8 % pour le territoire du RLISS du Centre-Ouest à 16,6 % pour les territoires de RLISS de Champlain et du Sud-Est (figure 7.4).

FIGURE 7.3

Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée soumis à des moyens de contention physique quotidiennement, en Ontario, 2009-2010 à 2012-2013



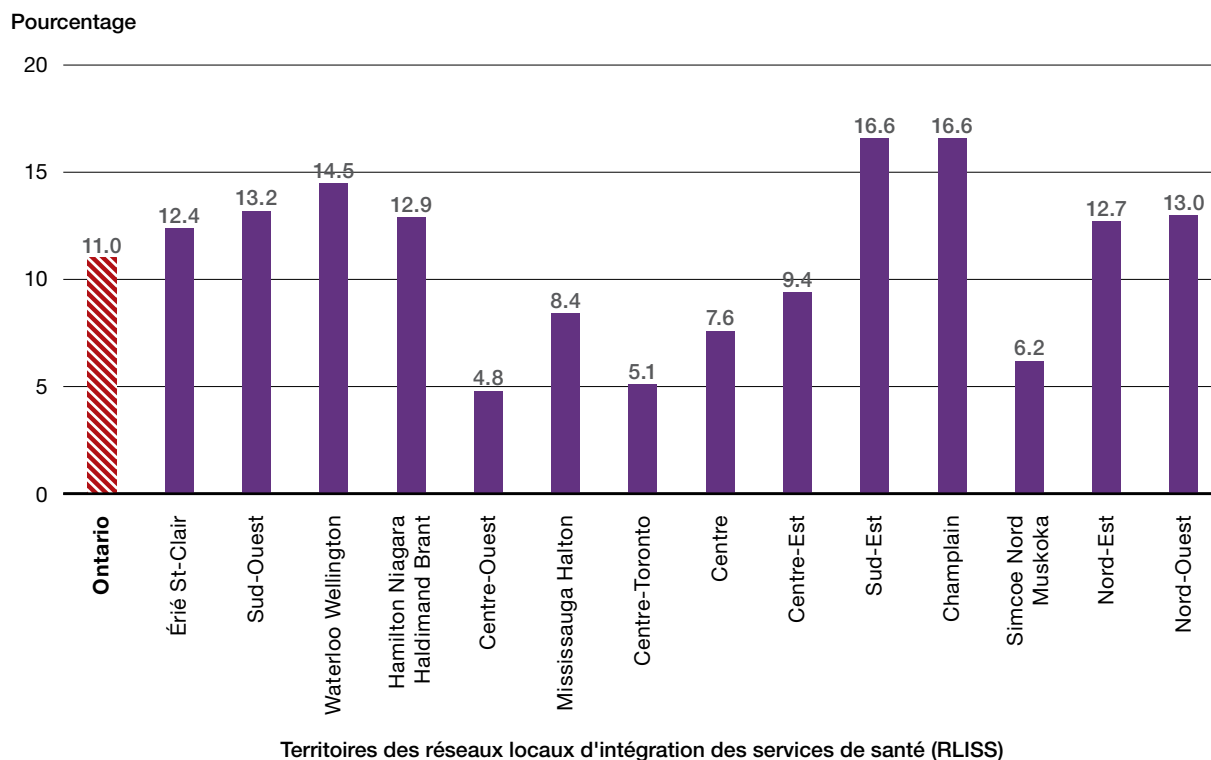
Source des données : Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies eReports, par l'Institut canadien d'information sur la santé.

11.0% 2012/13	16.6% 2009/10
------------------------------------	------------------------------------

Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario soumis à des moyens de contention quotidiennement a diminué

FIGURE 7.4

Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée soumis à des moyens de contention physique quotidiennement, en Ontario et par territoires des RLISS, 2012-2013



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

Même si nous observons **une diminution de l'utilisation quotidienne des moyens de contention** à l'échelle provinciale, il y a une variation importante de l'utilisation dans l'ensemble des territoires des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Chutes dans les foyers de soins de longue durée

Le pourcentage de pensionnaires ayant chuté au cours des 30 derniers jours dans des foyers de soins de longue durée de l'Ontario demeure stable à 14 %

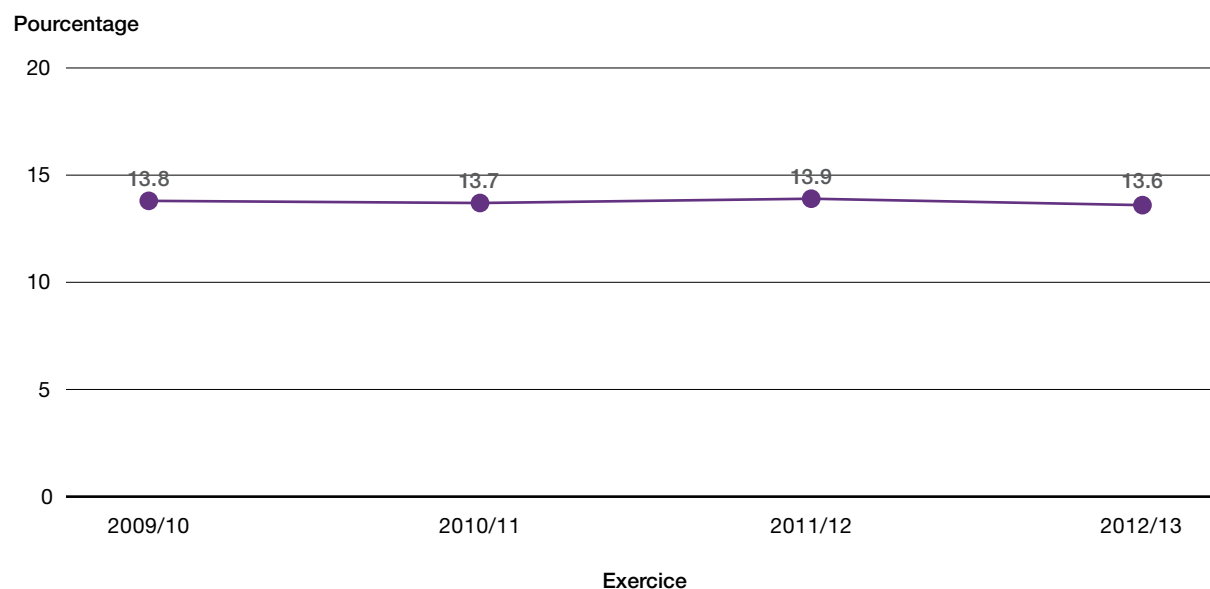
Les chutes constituent une cause courante de blessure et de décès parmi les pensionnaires âgés[80] et entraînent souvent des visites aux services des urgences, des hospitalisations et des fractures de la hanche.[81] Dans l'objectif de réduire le nombre de chutes, la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* exige que les foyers de soins de longue durée mettent en œuvre un programme de prévention et de prise en charge des chutes.[82] Il convient de noter que l'objectif de réduire au minimum les chutes et les objectifs de maximiser l'autonomie et la mobilité peuvent parfois être conflictuels. Toutefois, il est impossible ou même non souhaitable d'éliminer toutes les chutes.

Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario ayant chuté dans les 30 derniers jours est demeuré stable, soit à environ 14 % entre 2009-2010 et 2012-2013 (figure 7.5).

Les résultats les plus récents (2012-2013) démontrent peu de variation dans l'ensemble de l'Ontario.[83]

FIGURE 7.5

Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 derniers jours, en Ontario, 2009-2010 à 2012-2013



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

Plaies de pression nouvelles ou s'aggravant

Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario présentant une nouvelle plaie de pression ou ayant vu leur plaie s'aggraver est stable à 2,9 %

Les plaies de pression, souvent appelées plaies de lit, sont des blessures cutanées et (ou) sous-cutanées. Lorsqu'un pensionnaire d'un foyer de soins de longue durée est couché ou assis dans la même position trop longtemps, une pression ou une friction peut endommager la peau et entraîner une plaie de pression, qui peut ensuite s'aggraver alors qu'elle atteint les tissus sous-jacents ou les os.[64] Les plaies de pression sont douloureuses et peuvent s'infecter.[79] Des recherches ont démontré qu'elles peuvent être prévenues efficacement en repositionnant fréquemment les pensionnaires dont les mouvements sont limités[84], en utilisant des dispositifs de redistribution de la pression et en maintenant une alimentation et une hydratation adéquates.[85]

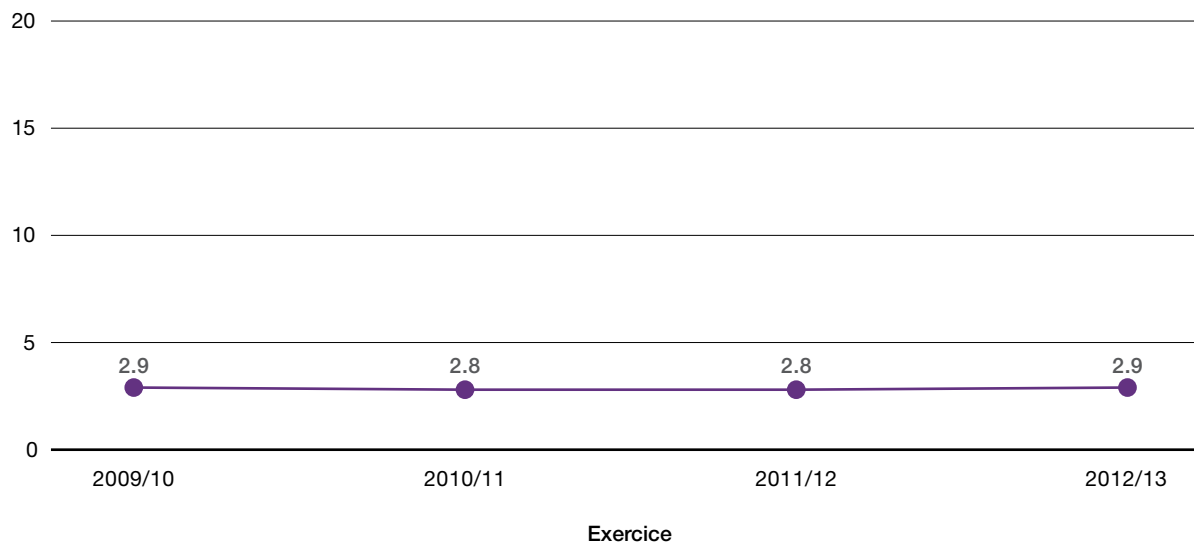
Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée présentant une nouvelle plaie de pression ou ayant vu leur plaie s'aggraver est demeuré stable à 2,9 % dans l'ensemble de la province de 2009-2010 à 2012-2013 (figure 7.6).

Les données les plus récentes (2012-2013) indiquent peu de variation dans l'ensemble de l'Ontario.[86]

FIGURE 7.6

Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée présentant une nouvelle plaie de pression ou ayant vu leur plaie s'aggraver, en Ontario, 2009-2010 à 2012-2013

Pourcentage



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

Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

L'Ontario dispose du système de collecte de données sur les foyers soins de longue durée le plus important et le plus ancien au pays. Quelques autres provinces et territoires présentent actuellement suffisamment de données pour comparer les résultats sur l'utilisation de moyens de contention ainsi que sur les indicateurs de chutes et de plaies de pression. La Colombie-Britannique et l'Alberta comptaient, respectivement, 270 et 167 foyers de soins de longue durée en 2012-2013, offrant la meilleure comparaison par rapport à l'Ontario (636 foyers en 2012-2013). Dans l'ensemble, le rendement de l'Ontario relativement à ces indicateurs est semblable à celui de ces provinces.

Utilisation quotidienne de moyens de contention : les résultats de l'Ontario (11 %) sont semblables à ceux de l'Alberta (11 %) et de la Colombie-Britannique (12 %)

Chutes : les taux de l'Ontario (14 %) sont semblables à ceux de l'Alberta (14 %) et de la Colombie-Britannique (15 %)

Plaies de pression nouvelles ou s'aggravant : les résultats de l'Ontario (2,9%) sont semblables à ceux de l'Alberta (3,1%) et de la Colombie-Britannique (2,9%)

En résumé

Certaines améliorations ont été apportées aux soins de longue durée en Ontario au cours des quatre dernières années. Il y a eu une faible diminution de l'utilisation quotidienne de moyens de contention chez les pensionnaires de foyers de soins de longue durée, et le temps d'attente médian pour le placement dans ces foyers a diminué pour les patients qui attendent dans leur propre maison. Cependant, pour les patients nécessitant des soins de longue durée qui attendent chez eux, le temps d'attente médian est plus long aujourd'hui qu'il l'était il y a huit ans et, pour ceux qui attendent à l'hôpital, les temps d'attente ont augmenté au cours de la dernière décennie. Il y a une variation importante de l'utilisation quotidienne de moyens de contention et des temps d'attente médians dans l'ensemble de l'Ontario. Les taux de chutes et d'aggravation des plaies de pression n'indiquent aucun changement du rendement au fil du temps ni aucune variation à l'échelle de la province.

Certaines améliorations ont été constatées dans les soins de longue durée en Ontario, mais il existe une variation importante dans l'ensemble de la province.

Intégration du système



Le présent chapitre énonce les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité qui fournit des renseignements sur l'état de la collaboration entre les diverses parties du système de santé. Il s'agit de ce qui suit : hospitalisations pour des affections qui pourraient être mieux pris en charge à l'extérieur de l'hôpital, suivis du médecin après que le patient ait quitté l'hôpital, réadmissions à l'hôpital et autre niveau de soins.

Déterminer avec quelle facilité les patients peuvent franchir les diverses étapes du système de santé

Certains patients reçoivent la plupart ou la totalité de leurs soins de santé d'un seul secteur. Les personnes qui ont peu de besoins de soins de santé, par exemple, peuvent virtuellement recevoir la totalité de leurs soins d'un fournisseur de soins primaires.

Plusieurs personnes, particulièrement celles qui souffrent d'une maladie chronique ou qui ont des besoins complexes, dépendent de la capacité de différents secteurs du système de santé à travailler ensemble. Quand un patient reçoit son congé de l'hôpital, par exemple, le fournisseur de soins primaires doit savoir ce qui s'est passé à l'hôpital pour pouvoir suivre le patient en conséquence.

Un grand nombre de personnes, en particulier celles qui souffrent d'une maladie chronique ou qui ont des besoins complexes, **dépendent de la collaboration efficace des différents secteurs du système de santé.**

Principales observations

Le taux d'hospitalisation en Ontario pour les personnes dont l'état peut être pris en charge dans la collectivité s'est amélioré, passant de 353 cas pour 100 000 personnes en 2003-2004 à 246 cas pour 100 000 personnes en 2012-2013

Environ les deux tiers des patients souffrant de problèmes de santé mentale ne font pas l'objet d'une consultation de suivi avec un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital

Une importante proportion de lits d'hôpitaux sont occupés par des patients qui attendent des soins qui pourraient être prodigués ailleurs

Hospitalisations liées à des affections propices aux soins ambulatoires

Le taux d'hospitalisation en Ontario pour les affections médicales qui pourraient potentiellement être prises en charge à l'extérieur de l'hôpital s'est amélioré, passant de 353 cas pour 100 000 personnes en 2003-2004 à 246 cas pour 100 000 personnes en 2012-2013

Les taux d'hospitalisations pour l'asthme, l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'épilepsie, l'hypertension, le diabète et l'angine, qui peuvent souvent être pris en charge à l'extérieur de l'hôpital, sont souvent considérés comme un indicateur du niveau de succès de la collaboration des fournisseurs de soins primaires, des pharmaciens, des fournisseurs de soins à domicile et des médecins spécialistes. Les taux peuvent aussi être affectés par des facteurs tels que des taux plus élevés d'usage du tabac, d'obésité, de diabètes ou autres autres maladies dans une région donnée.

Le taux d'hospitalisations pour affections propices aux soins ambulatoires améliorés substantiellement

246

cas pour 100 000 personnes en 2012/13

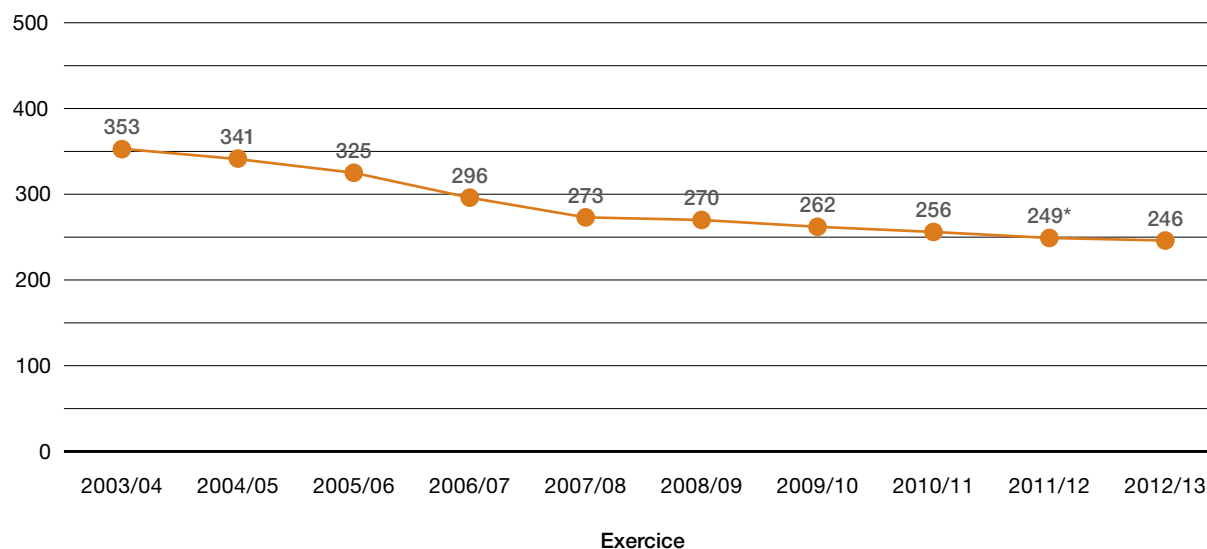
353

cas pour 100 000 personnes en 2003/04

FIGURE 8.1

Taux d'hospitalisations liées à des états pathologiques propices aux soins ambulatoires, ajustés selon l'âge et le sexe, en Ontario, 2003-2004 à 2012-2013

Taux pour 100 000 personnes



Source des données : Base de données sur les congés des patients fournie par l'Institut de recherche en services de santé. *La variation des taux de l'Ontario déclarés pour les états pathologiques propices aux soins ambulatoires pour 2011-2012 est due aux différences dans la méthodologie des différentes sources de données.

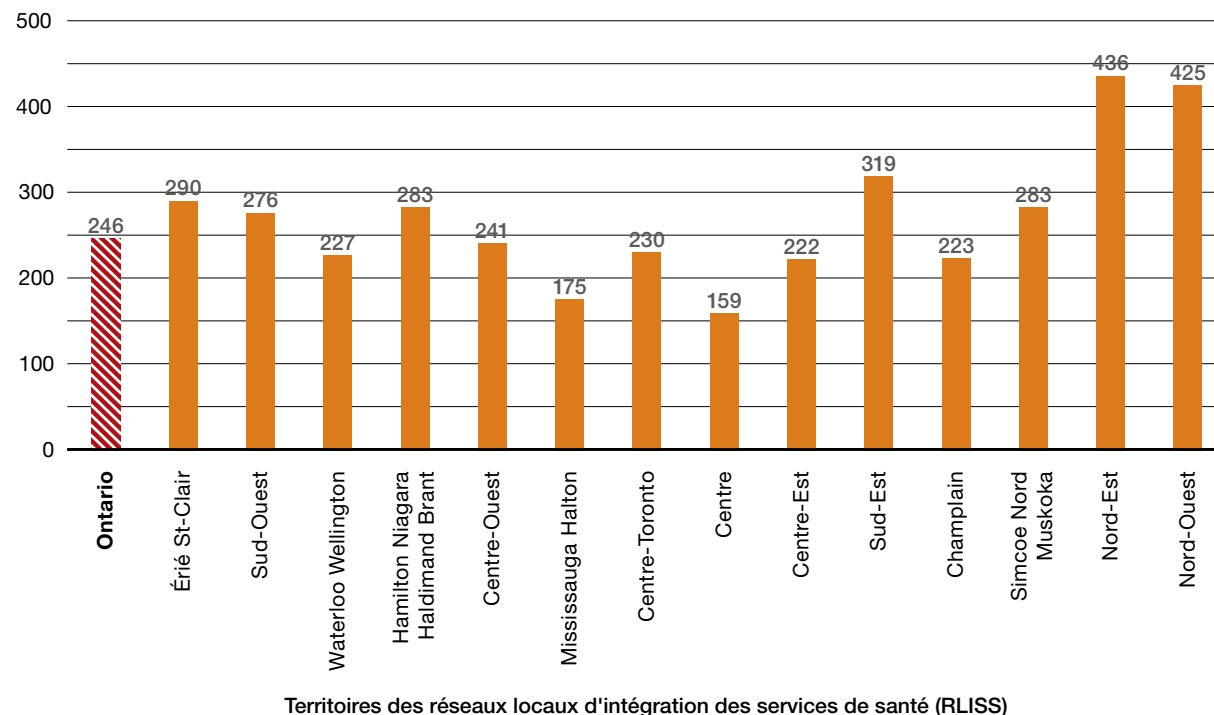
Au cours des dix années pendant lesquelles des données ont été cumulées, le taux d'hospitalisation pour ces « affections propices aux soins ambulatoires » est passé de 353 cas pour 100 000 personnes en 2003-2004 à 246 cas pour 100 000 personnes en 2012-2013 (figure 8.1).

Les résultats varient beaucoup d'une région à l'autre de l'Ontario, le territoire du RLISS du Centre affiche un taux de 159 cas pour 100 000 personnes et le territoire du RLISS du Nord-Est affiche le taux le plus élevé, soit 436 cas pour 100 000 personnes (figure 8.2).

FIGURE 8.2

Taux d'hospitalisations liées à des états pathologiques propices aux soins ambulatoires, ajustés selon l'âge et le sexe, en Ontario et par territoires des RLISS, 2012-2013

Taux pour 100 000 personnes



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

159
comparativement à
436
pour 100 000
personnes

Varitation dans le nombre des hospitalisations liées aux états pathologiques propices aux soins ambulatoires dans les territoires des RLISS du Centre et du Nord-Est, respectivement

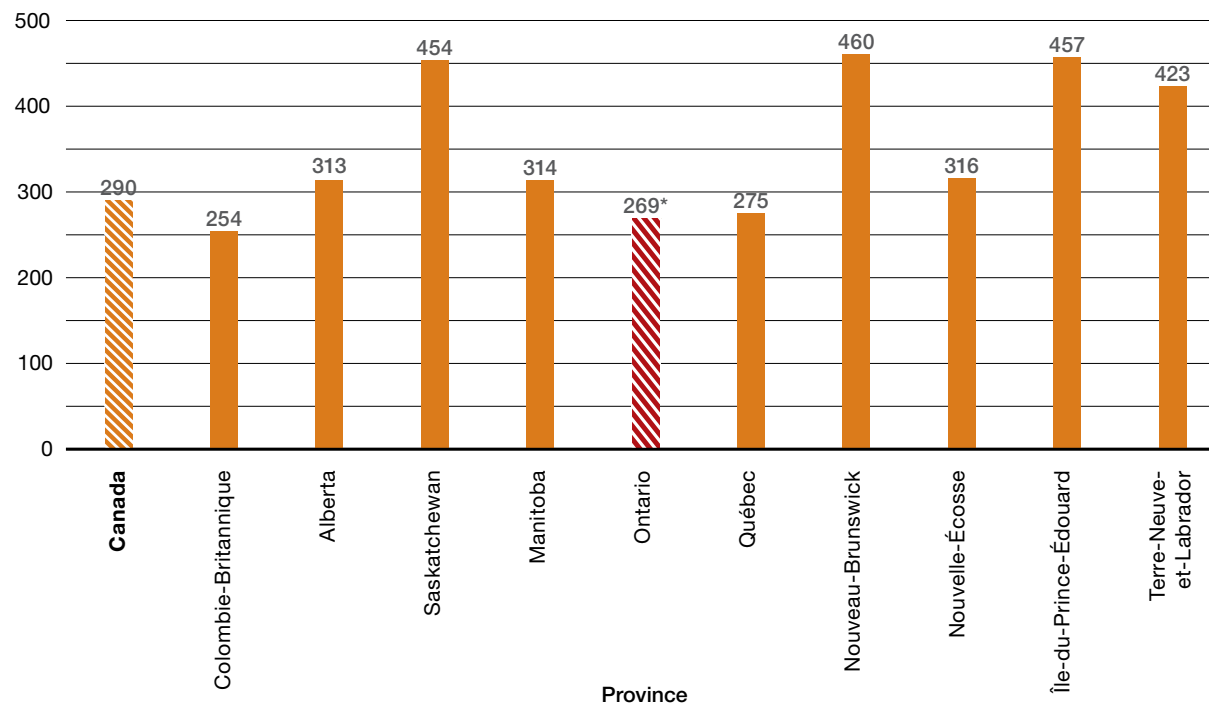
Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

En 2011-2012, le taux d'hospitalisations de l'Ontario liées aux affections propices aux soins ambulatoires était le deuxième plus bas parmi les provinces canadiennes. À 269 cas pour 100 000 personnes, le taux de l'Ontario est inférieur à la moyenne nationale de 290 cas pour 100 000 personnes, juste derrière celui de la Colombie-Britannique, soit 254 cas pour 100 000 personnes (figure 8.3).

FIGURE 8.3

Taux d'hospitalisations liées à des états pathologiques propices aux soins ambulatoires, ajustés selon l'âge et le sexe, au Canada et par province, 2011-2012

Taux pour 100 000 personnes



Source des données : Base de données sur les congés des patients fournie eReports, par l'Institut canadien d'information sur la santé. *La variation des taux de l'Ontario déclarés pour les affections propices aux soins ambulatoires pour 2011-2012 est due aux différences dans la méthodologie des différentes sources de données.

Consultation médicale dans les sept jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital

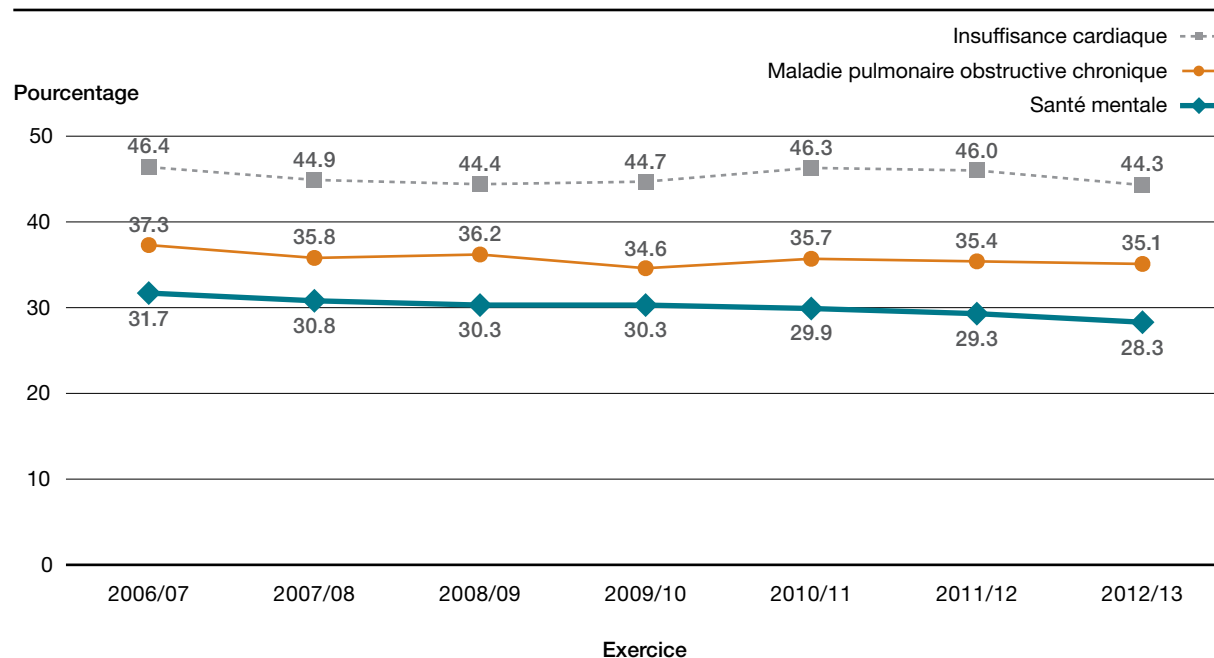
Plus de la moitié des patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital pour certains états pathologiques ne consultent pas de médecins pour un suivi dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital

Un grand nombre de patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital devraient consulter un médecin pour un suivi dans les sept jours suivant ce congé. Ainsi, le patient aurait l'occasion de poser des questions et de parler de tout problème dont il souffre. Les rendez-vous de suivi permettent également aux médecins d'apprendre ce qui s'est produit à l'hôpital et de constater si leurs patients continuent de progresser comme prévu.[87,88]

Nous offrons des renseignements ici sur les suivis effectués par les médecins auprès des patients hospitalisés pour l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique et des problèmes de santé mentale. Ce ne sont pas les seuls états pathologiques pour lesquels un prompt suivi est important, mais ils fournissent des paramètres qui indiquent si les hôpitaux et les médecins qui fournissent les soins externes aux patients – les médecins de soins primaires et les spécialistes – travaillent ensemble de manière efficace. Les taux déclarés ici sont fondés sur les données de facturation des médecins et peuvent ne pas compter les consultations de suivi dans les établissements de soins comme les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien, les centres de santé communautaires ou les programmes de santé mentale communautaires. Par conséquent, il pourrait se produire une sous-déclaration des soins de suivi réels qu'un patient reçoit.

FIGURE 8.4

Pourcentage des patients qui ont eu un suivi chez un médecin dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital, par état pathologique, en Ontario, 2006-2007 à 2012-2013



Source des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, base de données du régime d'Assurance-santé de l'Ontario et base de données de l'Institut de recherche en services de santé fournis par l'Institut de recherche en services de santé.

Malgré l'importance d'un suivi prompt, la plupart des patients de l'Ontario qui ont obtenu leur congé de l'hôpital après avoir été admis pour de l'insuffisance cardiaque, une maladie pulmonaire obstructive chronique ou un problème de santé mentale ne consultent pas un médecin dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital (figure 8.4). Seuls 28,3 % des patients ayant des problèmes de santé mentale, 35,1 % des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique et 44,3 % des patients souffrant

d'insuffisance cardiaque consultent un médecin dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital. Ces taux se comparent à ceux des six dernières années, pour tous les états pathologiques.

Taux de réadmission pour problèmes de santé mentale

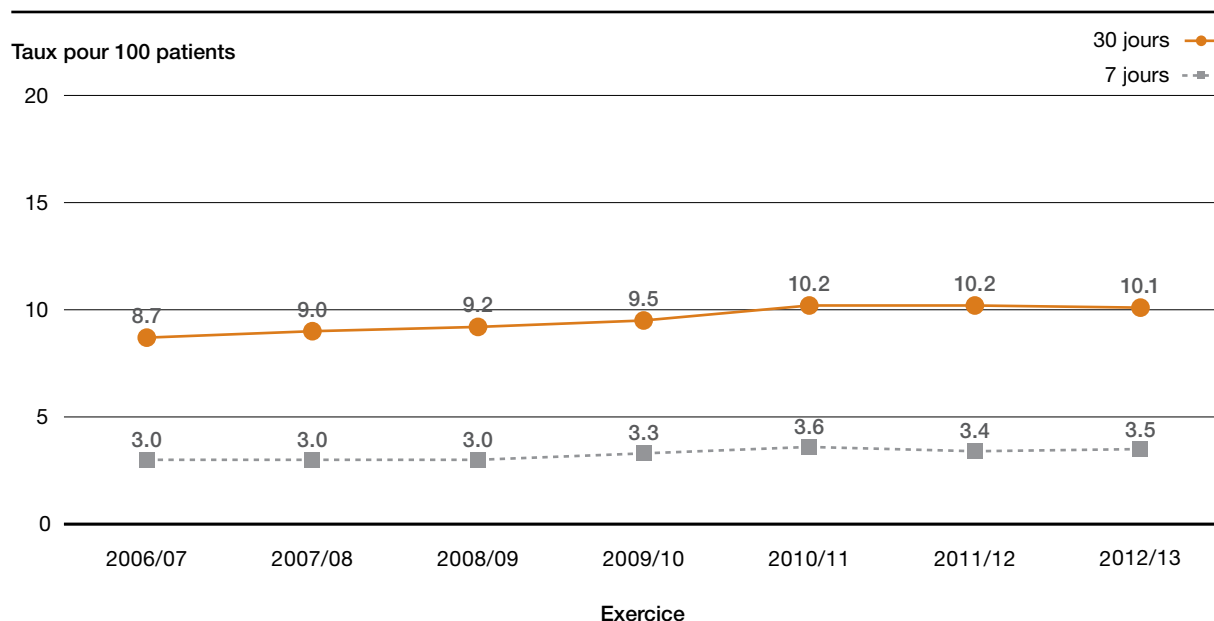
Les taux de réadmission après 30 jours pour des problèmes de santé mentale sont restés stables, soit à près de 10 cas pour 100 patients

Quand une personne est admise à l'hôpital, qu'elle obtient son congé pour retourner chez elle ou dans la collectivité, mais qu'elle a ensuite besoin d'être hospitalisée à nouveau dans un bref laps de temps, on juge qu'il s'agit d'une réadmission. Les causes des réadmissions sont nombreuses. Certains patients deviennent malades peu de temps après avoir obtenu leur congé de l'hôpital et cette réadmission est inévitable.[89] Toutefois, les taux de réadmission sont également considérés comme étant un indicateur du niveau de réussite de la collaboration entre les différentes parties du système de santé.

Les taux de réadmission après sept jours pour des problèmes de santé mentale et de dépendance étaient stables au cours des six dernières années, passant de 3,0 % en 2006-2007 à 3,5 % en 2012-2013. Les taux de réadmission après 30 jours sont également demeurés stables, passant de 8,7 % en 2006-2007 à 10,1 % en 2012-2013 (figure 8.5).

FIGURE 8.5

Taux de réadmission (7 et 30 jours) suivant une hospitalisation pour raison de santé mentale ou toxicomanie, en Ontario, 2006-2007 à 2012-2013



Source des données : Système d'information ontarien sur la santé mentale, Base de données sur les congés des patients, Base de données sur les personnes inscrites, fournies par l'Institut de recherche en services de santé.

Taux de réadmission après 30 jours pour les patients ayant subi des interventions médicales et chirurgicales

Les taux de réadmission après 30 jours pour les patients ayant subi des interventions médicales sont demeurés stables au cours des trois dernières années, passant de 13,0 % en 2009-2010 à 13,5 % en 2012-2013

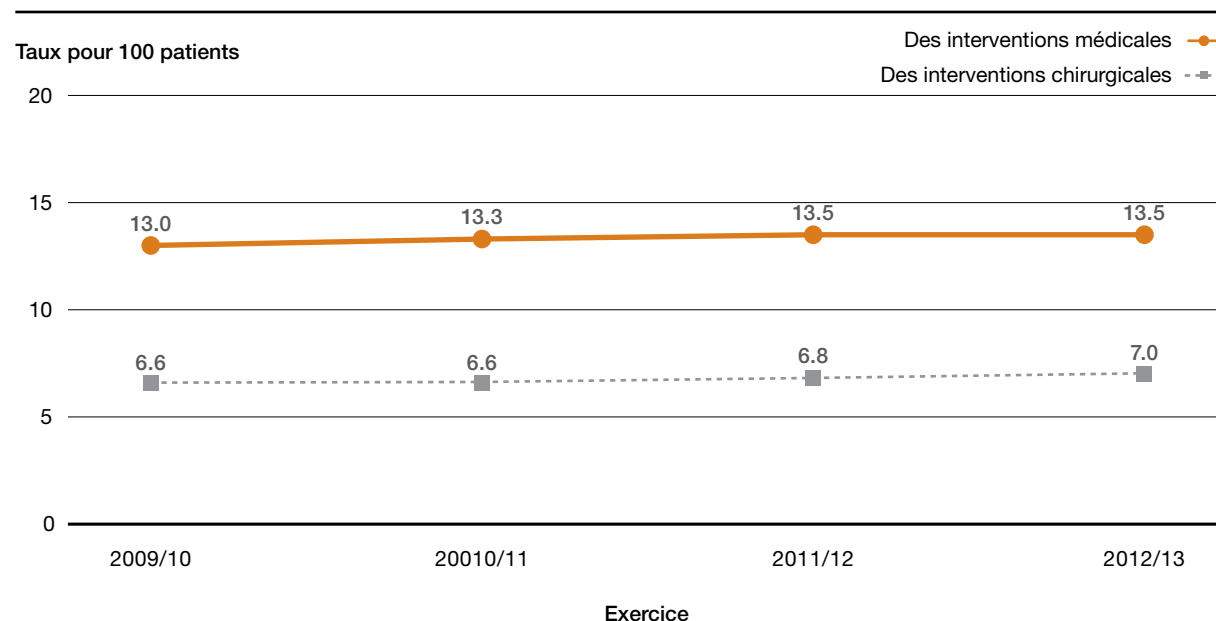
Comme dans le cas de l'indicateur précédent, une réadmission à l'hôpital signifie qu'un patient a besoin d'être hospitalisé à nouveau, peu de temps après avoir obtenu son congé de l'hôpital. L'indicateur dont nous faisons état ici mesure les réadmissions pour quelque raison que ce soit dans les 30 jours suivant une hospitalisation à la suite d'un diagnostic médical ou d'une chirurgie. Ces réadmissions représentent 66 % et 24 %, respectivement, de l'ensemble des réadmissions dans les 30 jours suivant l'obtention du congé.[95]

Le taux de réadmission après 30 jours pour les patients ayant subi des interventions médicales est demeuré stable, passant de 13,0 % en 2009-2010 à 13,5 % en 2012-2013 (figure 8.6). Le taux de réadmission après 30 jours pour les patients ayant subi des interventions chirurgicales était de 7,0 % en 2012-2013, et était lui aussi demeuré stable au cours des trois années précédentes.

On constate une légère variation dans l'ensemble de l'Ontario pour les réadmissions de patients ayant subi des interventions médicales et chirurgicales (figure 8.7). Pour les patients ayant subi des interventions médicales, ce sont les territoires des RLIS de Waterloo-Wellington et de Mississauga Halton qui affichent les taux de réadmission les plus bas, 12,0 % dans les deux cas, alors que pour les patients ayant

FIGURE 8.6

Taux de réadmission (30 jours) suivant une hospitalisation pour des interventions médicales ou chirurgicales, en Ontario, 2009-2010 à 2012-2013

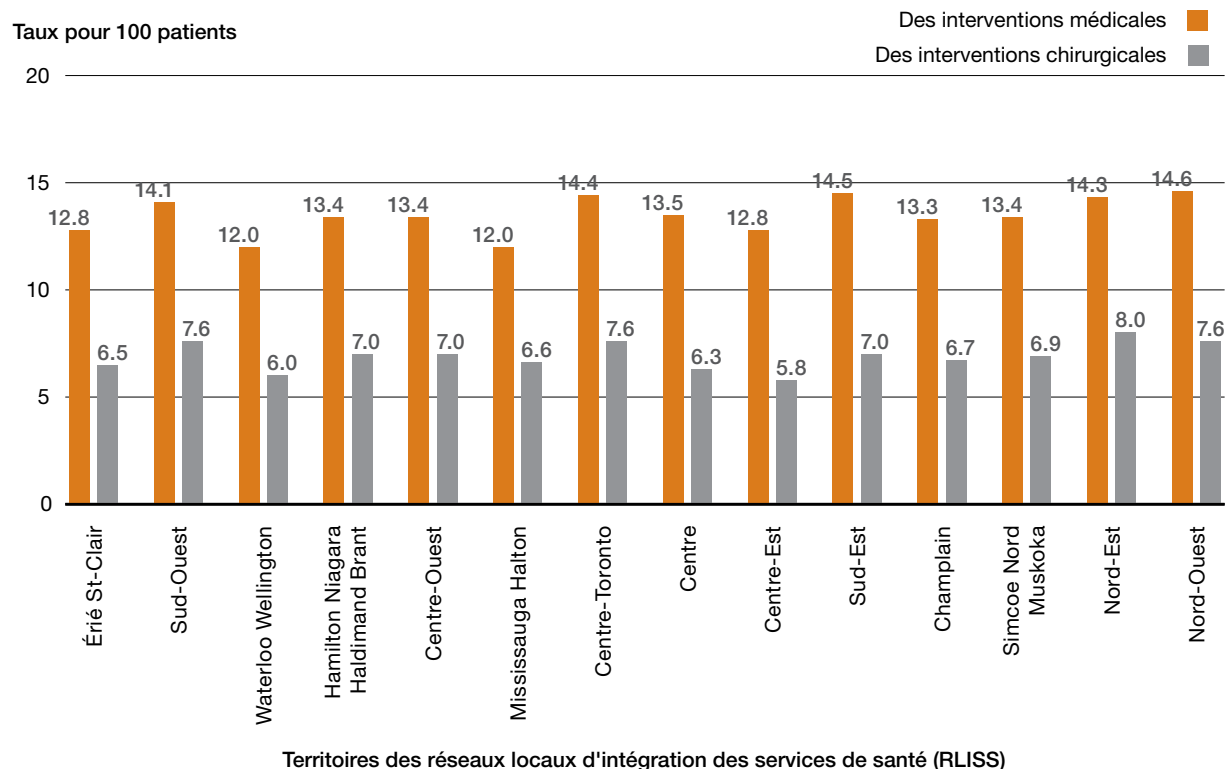


Source des données : Base de données sur les congés des patients fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé, information fournie sur demande.

subi des interventions chirurgicales, c'est le territoire du RLIS du Centre-Est qui affiche le taux le plus bas, soit 5,8 %. Les taux de réadmission des plus élevés se retrouvent dans les territoires des RLIS du nord, soit 14,6 % pour les réadmissions de patients ayant subi des interventions médicales dans le territoire du RLIS du Nord-Ouest et 8,0 % pour les réadmissions de patients ayant subi des interventions chirurgicales dans le territoire du RLIS du Nord-Est.

FIGURE 8.7

Taux de réadmission (30 jours) suivant une hospitalisation pour des interventions médicales ou chirurgicales, en Ontario, par territoires des RLISS, 2012-2013

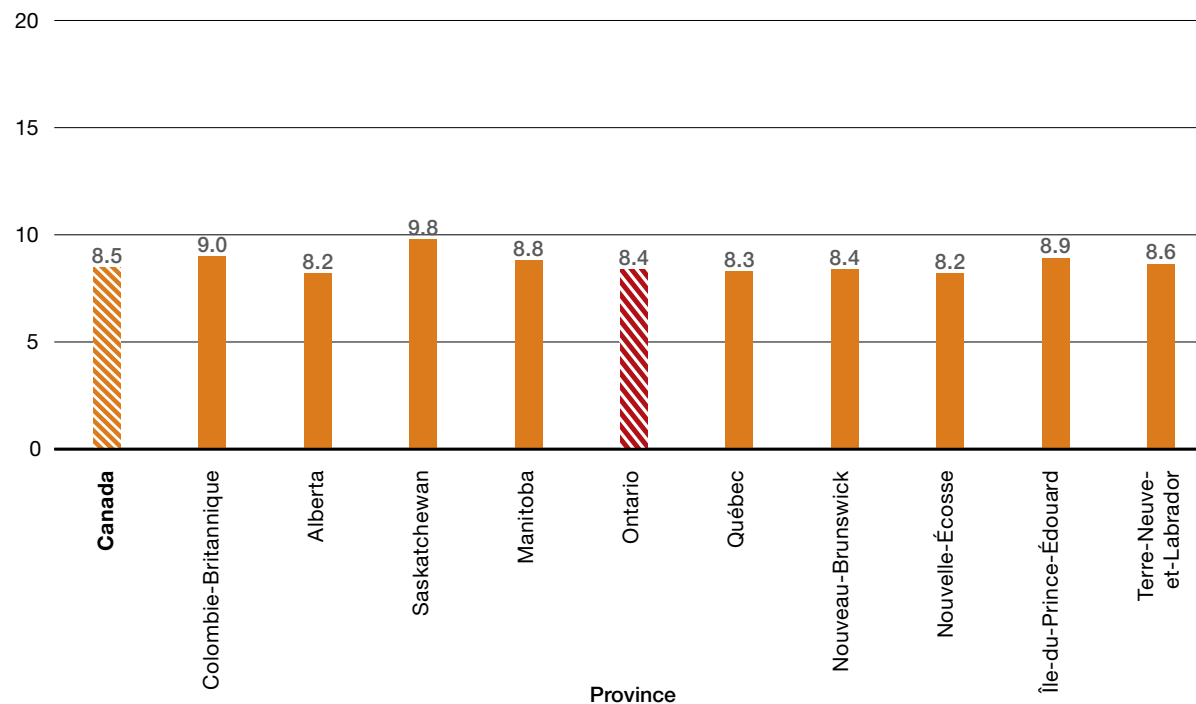


Source des données : Base de données sur les congés des patients fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé, information fournie sur demande.

FIGURE 8.8

Taux de réadmission (30 jours) suivant une hospitalisation, au Canada et par province, 2010-2011

Taux pour 100 patients



Source des données : Base de données sur les congés des patients fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé, information fournie sur demande.

Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Pour effectuer des comparaisons avec les autres provinces du Canada, nous pouvons examiner le taux général de réadmissions qui combine les patients réadmis après un diagnostic initial médical, chirurgical, obstétrique ou pédiatrique. En Ontario, le taux de réadmission après 30 jours, qui est de 8,4 % pour tous les patients, est similaire à la moyenne canadienne de 8,5 % pour 2010-2011, la dernière période pour laquelle des données pancanadiennes sont disponibles. L'Alberta et la Nouvelle-Écosse présentent le taux de réadmissions dans les 30 jours le plus bas, soit 8,2 % (figure 8.8).

Autre niveau de soins

Environ un lit d'hôpital sur sept est occupé par un patient qui est en assez bonne santé pour recevoir des soins à l'extérieur de l'hôpital

La plupart des patients peuvent quitter l'hôpital lorsqu'ils n'ont plus besoin de soins actifs, mais, parfois, le type de soins dont un patient a besoin, comme les soins de réadaptation ou de longue durée, n'est pas immédiatement disponible. L'autre niveau de soins s'entend des situations qui se présentent lorsqu'un professionnel de la santé a indiqué qu'un patient hospitalisé n'avait plus besoin de services de soins actifs à l'hôpital, mais qu'il ne pouvait obtenir son congé.[63] Un grand nombre d'experts croient qu'un pourcentage élevé de jours passés en attente d'un autre niveau de soins est un indicateur que le système de santé n'utilise pas ses ressources de la manière la plus appropriée.[90]

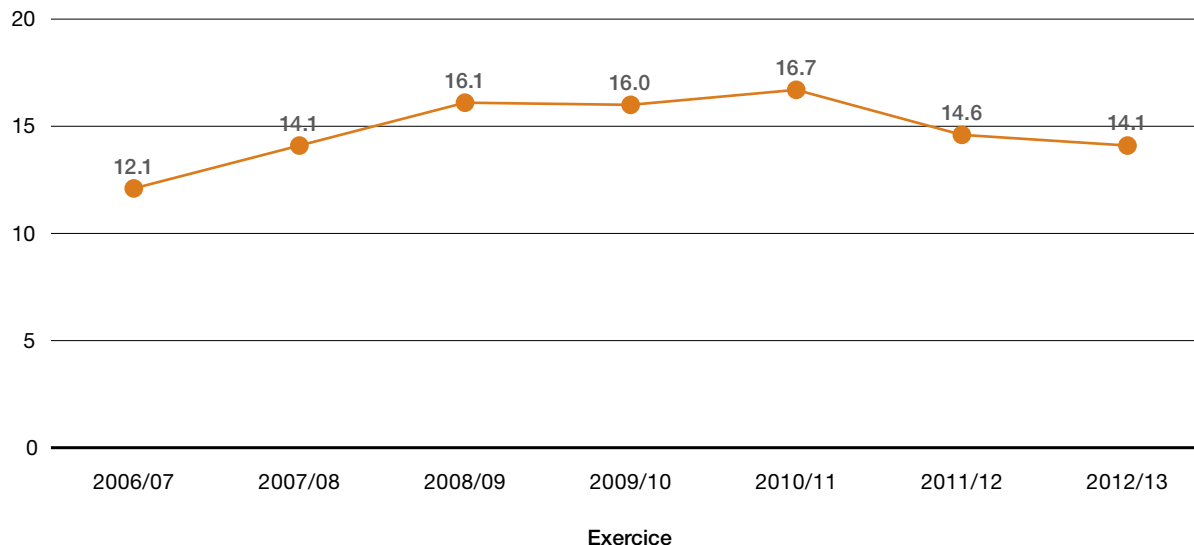
Le pourcentage de jours d'hospitalisation désignés comme un autre niveau de soins s'est légèrement amélioré au cours des deux dernières années pour lesquelles des données ont été recueillies, passant de 16,7 % en 2010-2011 à 14,1 % en 2012-2013 (figure 8.9). Cependant, depuis l'exercice 2006-2007, on remarque une légère augmentation du pourcentage de jours d'hospitalisation désignés comme un autre niveau de soins.

Il est évident que le pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés comme un autre niveau de soins varie modérément dans l'ensemble de l'Ontario; les pourcentages les plus élevés ont été signalés dans le territoire du RLISS du Nord-Est (23,8 %) et le territoire du RLISS de Simcoe Nord Muskoka (23,2 %), et le plus bas a été signalé dans le territoire du RLISS du Sud-Ouest (figure 8.10).

FIGURE 8.9

Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés comme un autre niveau de soins, en Ontario, 2006-2007 à 2012-2013

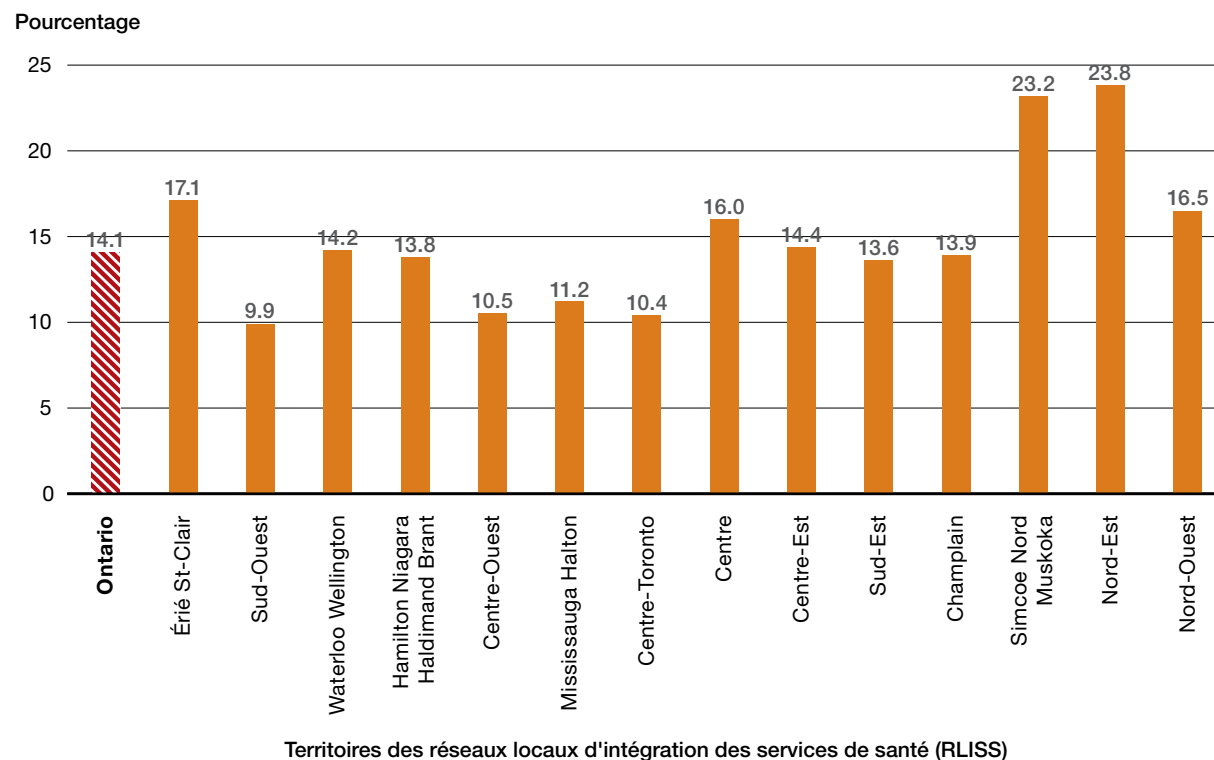
Pourcentage



Source des données : Base de données sur les congés des patients fournie par la Direction de l'analytique en matière de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

FIGURE 8.10

Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés comme un autre niveau de soins, en Ontario et par territoires des RLISS, 2012-2013



Source des données : Base de données sur les congés des patients fournie par la Direction de l'analytique en matière de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

1 sur 7

Nombre de lits d'hôpitaux occupés par des patients qui sont en assez bonne santé pour recevoir des soins à l'extérieur de l'hôpital



Photo prise par Roger Yip

Rencontre avec Douglas

Âge : 68 ans, Etobicoke

“Cancer de la prostate...attente sous surveillance...agressif.” Douglas ne pouvait pas le croire lorsqu’il a entendu le médecin prononcer ces mots.

Peu de temps après le diagnostic, les choses ne se sont pas améliorées pour lui. « Je me préparais un matin pour aller travailler et j’ai ressenti une forte douleur à la poitrine », a-t-il déclaré. « Je suis allé au service des urgences de l’hôpital local où l’on a procédé à un ECG [électrocardiogramme] et à une analyse sanguine, et on a découvert que j’avais fait une petite crise cardiaque. » À l’hôpital de sa région, on lui a administré de la nitroglycérine pour dilater ses vaisseaux sanguins, puis on l’a transporté en ambulance dans un hôpital de Toronto pour lui

faire subir un angiogramme. Les médecins ont dit à Douglas qu’en raison de sa crise cardiaque, il faudrait reporter sa chirurgie du cancer de plusieurs mois.

Après s’être remis d’une crise cardiaque, Douglas a été aiguillé vers un spécialiste du traitement du cancer dans un autre hôpital de Toronto pour faire évaluer son état de santé, mais il a eu de la difficulté à le joindre, ses appels tombant toujours dans la boîte vocale. Finalement, il a décidé de se présenter au bureau du spécialiste et a parlé à la réceptionniste. « On m’a dit que mon cas constituait une priorité et qu’un rendez-vous serait prévu », a déclaré Douglas. « [Les spécialistes] reçoivent des demandes provenant d’autres médecins, mais ces demandes sont transmises comme les autres documents dans le plateau de réception d’une boîte à courrier. J’ai dû me présenter en personne pour qu’on donne un caractère humain à la demande. »

Le jour où il a été opéré pour son cancer, les médecins ont dit à Douglas qu’il passerait quelques jours à l’hôpital. Il y est finalement resté huit semaines. Après la chirurgie, un blocage, un problème au niveau de la vessie et une infection de ses intestins ont entraîné de graves complications. « Ils ont introduit des tubes dans mon rein et ma vessie », a expliqué Douglas. « J’avais quatre ou six tubes différents. Ce n’était pas agréable du tout! »

Déterminé à quitter l’hôpital pour célébrer Noël chez lui avec sa famille, Douglas a suffisamment repris ses forces pour obtenir son congé juste à temps. Le centre d’accès aux soins communautaires a pris des dispositions pour qu’un réfrigérateur spécial conserve ses aliments à une température particulière, et pour que des soins à domicile lui soient prodigués, pour l’aider à installer son tube d’alimentation chaque nuit. Douglas a vécu quelques périodes de stress quand le personnel infirmier n’était pas familier avec le matériel que l’hôpital avait envoyé.

Le système pourrait mieux gérer les transitions.

« Ils doivent rendre les transitions plus harmonieuses pour qu’il n’y ait pas d’obstacles, et il faut mettre un système en place pour que les gens puissent naviguer dans le système plus efficacement. »

Même s’il était généralement satisfait des soins qu’il recevait, Douglas a déclaré que le système pourrait s’améliorer en ce qui concerne les transitions. « Ils doivent rendre les transitions plus harmonieuses pour qu’il n’y ait pas d’obstacles, et il faut mettre un système en place pour que les gens puissent naviguer dans le système plus efficacement », a-t-il ajouté. « S’il existait de simples lignes directrices dans un cas où la destination est D, vous sauriez que vous devez passer par A, B et C. »

Maintenant, Douglas ne conserve aucune trace de cancer et consulte deux spécialistes tous les six mois. Il prend des médicaments pour contrôler un problème cardiaque.

« Notre système de santé est sans contredit formidable », affirme Douglas, « mais nous pouvons l’améliorer. »

En résumé

Déterminer à quel point les différentes parties de notre système de santé travaillent bien ensemble n'est pas une mince tâche. Les données présentées dans ce chapitre indiquent certaines améliorations, mais également des secteurs où il reste du travail à faire. Somme toute, en Ontario, le nombre d'hospitalisations pour des états pathologiques propices aux soins ambulatoires a considérablement diminué au cours de la dernière décennie. L'attente pour un autre niveau de soin a diminué un peu plus récemment et les taux de réadmission sont restés stables au fil du temps.

Cependant, les taux régionaux de réadmissions pour des états pathologiques propices aux soins ambulatoires et pour un autre niveau de soins varient beaucoup selon l'endroit en Ontario. En outre, plus de la moitié des patients qui ont obtenu leur congé pour certains états pathologiques n'ont pas consulté de médecins pour un suivi dans les sept jours suivant l'obtention de ce congé.

Plus des deux tiers des patients ayant des problèmes de santé mentale, près de deux patients sur trois atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique et plus d'un patient sur deux souffrant d'insuffisance cardiaque **ne font pas l'objet d'une consultation de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital.**

Effectifs en santé



Dans le présent chapitre, nous présentons les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité pour le nombre d'infirmières, d'infirmiers et de médecins en Ontario, ainsi que les interruptions de travail attribuables à des blessures pour des fournisseurs de soins de santé sélectionnés.

Le système de santé repose sur les travailleurs de la santé

Un système de santé à haut rendement a besoin d'une combinaison adéquate de travailleurs compétents, productifs, en bonne santé et engagés à continuellement améliorer les soins qu'ils prodiguent.

Principales observations

Le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens par tranche de 100 000 personnes a triplé au cours des sept dernières années

Le nombre de médecins de famille et de spécialistes par tranche de 100 000 personnes a augmenté au cours des sept dernières années

Le nombre de blessures reliées au travail qui ont entraîné une interruption de travail est à la baisse

Les personnes qui prodiguent des soins de santé en Ontario constituent **le fondement du système de santé de l'Ontario.**

Infirmières et infirmiers

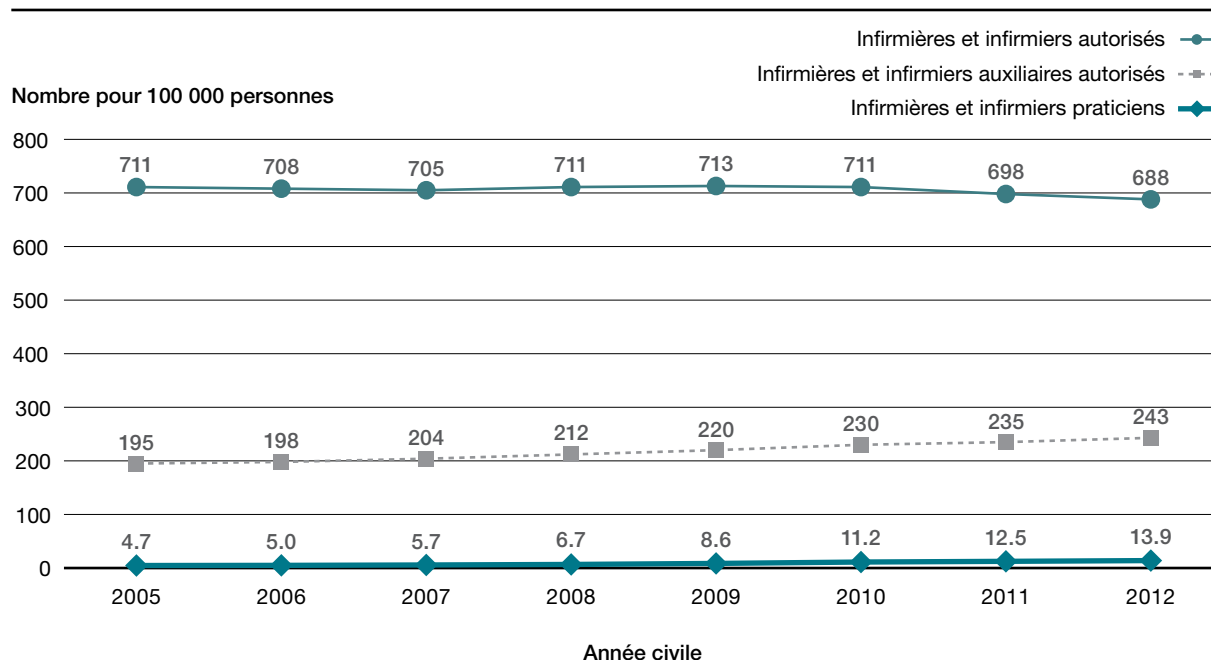
Le nombre d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés et d'infirmières et d'infirmiers praticiens pour 100 000 personnes a augmenté au cours des sept dernières années

En Ontario, trois catégories d'infirmières et d'infirmiers – autorisés, praticiens et auxiliaires autorisés – offrent différents types de soins, selon leur formation et leurs études.[91,92]

En Ontario, le nombre d'infirmières et d'infirmiers ayant un emploi pour 100 000 personnes a presque triplé en sept ans, passant de 4,7 pour 100 000 personnes en 2005 à 13,9 en 2012 (figure 9.1). Le nombre d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés ayant un emploi est passé de 195 pour 100 000 personnes en 2005 à 243 en 2012, alors que le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés ayant un emploi pour 100 000 personnes a légèrement diminué, passant de 711 pour 100 000 personnes à 688 au cours de la même période.

FIGURE 9.1

Nombre d'infirmières et d'infirmiers ayant un emploi pour 100 000 personnes, par catégorie d'infirmiers, en Ontario, 2005 à 2012



Source des données : Membership Statistics Highlights 2013 Report de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; Recensement de 2006 fondé sur les projections démographiques pour l'Ontario du ministère des Finances.

Rencontre avec Heather

Infirmière praticienne, Hamilton

À titre d'infirmière praticienne, Heather estime que son rôle est d'unifier les forces pour offrir de meilleurs soins aux patients. « Je me sens comme la colle qui retient tous les éléments ensemble », explique Heather qui fait partie de l'équipe de médecine interne générale d'un hôpital de Hamilton. « Je pense que lorsqu'on travaille dans un milieu de collaboration avec un médecin et une équipe professionnelle de santé, le rôle de l'infirmière praticienne peut vraiment grandir. »

Infirmière depuis plus de 21 ans, Heather a voulu suivre la formation d'infirmière praticienne en 2011, lorsque les lois provinciales ont élargi les rôles et les responsabilités de la profession, y compris, autoriser les infirmières et les infirmiers praticiens de prescrire la plupart des médicaments. Heather avait travaillé à titre d'infirmière clinicienne spécialiste pendant 12 ans avant de retourner aux études pour devenir infirmière praticienne.

Elle affirme que le personnel de son lieu de travail est un ardent défenseur des infirmières et infirmiers praticiens. « Tout le monde manifeste un tel soutien », déclare-t-elle. « Les médecins changent toutes les semaines environ; pour les patients et la famille, je représente donc la continuité. Il est très utile de bien connaître le patient. »

Depuis qu'elle travaille comme infirmière praticienne, son rôle a beaucoup changé. « Auparavant, j'évaluais



Photo prise par Roger Yip

quelqu'un et j'avais une idée de ce qui n'allait pas, puis je l'aiguillais vers un médecin », précise Heather. « Maintenant, je travaille à un plan de traitement et je m'occupe du patient. Il est indéniable que c'est stimulant pour moi et que cela me met au défi. Je suis comme une détective et, quand je réussis à aider le patient, c'est très valorisant. »

Le chef du service de médecine à l'hôpital où Heather travaille affirme que les infirmières et les infirmiers praticiens jouent un rôle important à

l'intérieur du système de santé, tout particulièrement en soignant les patients âgés et fragiles ayant des besoins complexes qui sont en nombre grandissant. « Disposer d'un personnel ayant des qualifications différentes comme les infirmières et infirmiers praticiens a vraiment aidé à solidifier le service médical et nous a permis de maintenir un niveau plus élevé de soins », dit-il. « Ils sont devenus un élément fondamental de notre infrastructure ici à l'hôpital. »

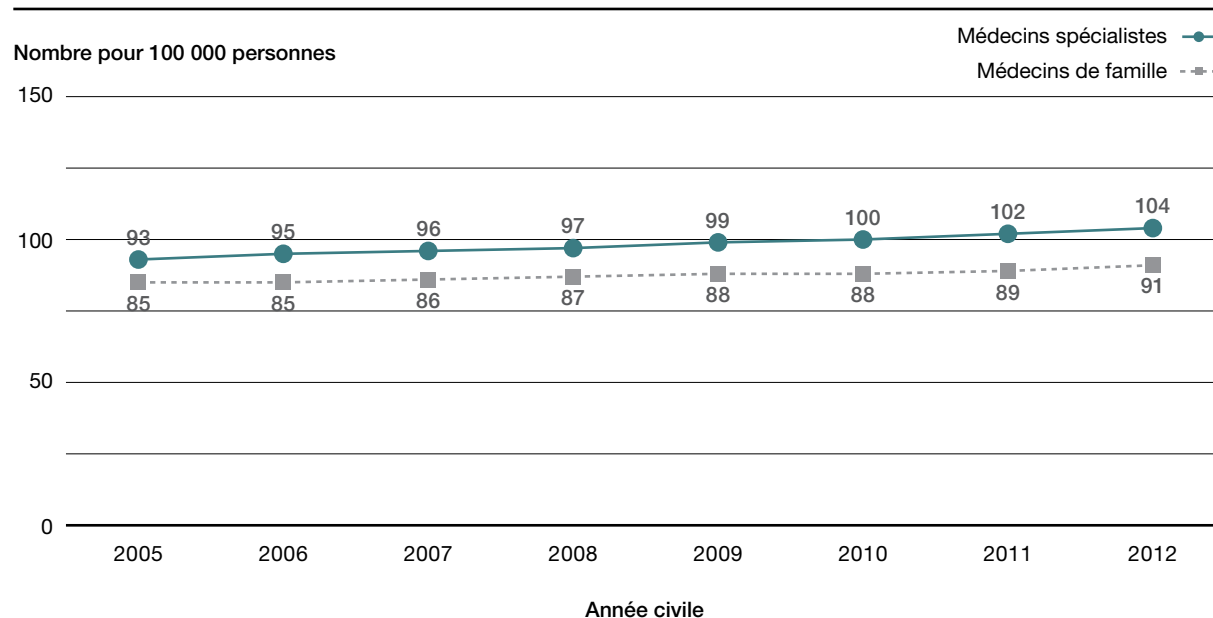
Médecins de famille et spécialistes

En Ontario, le nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes par tranche de 100 000 personnes a augmenté au cours des sept dernières années

Le nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes a augmenté de façon constante au cours des sept dernières années. De 2005 à 2012, le nombre de médecins de famille a augmenté, passant de 85 à 91 pour 100 000 personnes, et le nombre de médecins spécialistes a également augmenté, passant de 93 à 104 pour 100 000 personnes (figure 9.2).

FIGURE 9.2

Nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes pour 100 000 personnes, en Ontario, 2005 à 2012



Source des données : Centre de données sur les médecins de l'Ontario.

Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) produit également un rapport sur le nombre de médecins et, bien que ses méthodes diffèrent de celles de notre rapport, nous pouvons néanmoins le consulter pour comparer l'Ontario aux autres provinces du Canada. En Ontario, le nombre de 100 médecins de famille pour 100 000 personnes est inférieur à la moyenne nationale de 109 pour 100 000 personnes qui prévalait en 2012. L'Île-du-Prince-Édouard affiche le ratio provincial de médecins de famille le plus bas, soit 98 pour 100 000 personnes, et la Nouvelle-Écosse le plus élevé, soit 127.

En Ontario, l'offre de spécialistes est de 102 pour 100 000 personnes, soit légèrement inférieure au ratio du Canada qui est de 106 spécialistes pour 100 000 personnes. La Saskatchewan affiche le ratio provincial de spécialistes le plus bas, soit 80 pour 100 000 personnes, et la Nouvelle-Écosse le plus élevé, soit 123.[93]

Le nombre de médecins de famille et les médecins spécialistes **augmenté de façon constante au cours de la sept dernières années.**

Taux de blessures avec interruption de travail

Les taux d'interruptions de travail causées par des blessures que subissent les travailleurs de la santé ont diminué dans tous les secteurs

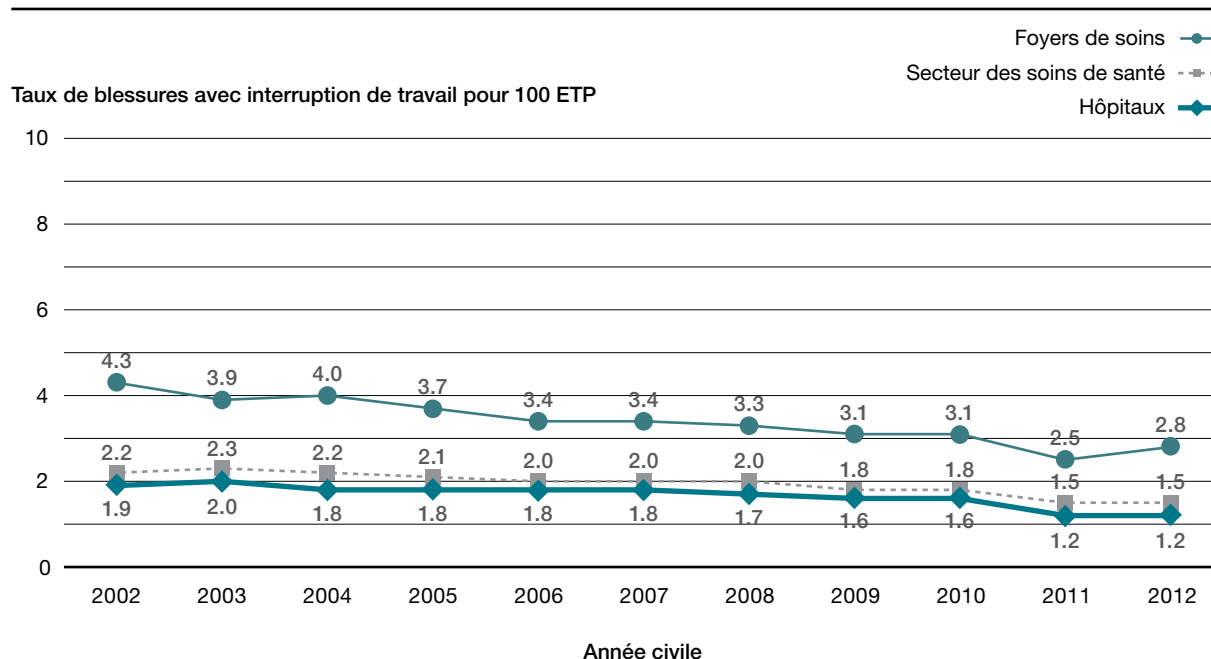
Les travailleurs de la santé de l'Ontario devraient œuvrer dans des milieux aussi sécuritaires que possible.[94] Quand un travailleur de la santé subit une blessure en lien avec le travail qui entraîne une interruption du travail, une perte de salaire ou une incapacité permanente, il présente souvent une demande de prestations pour interruption de travail. Ces demandes sont surveillées par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

Les taux de demandes de prestations pour interruption de travail provenant de foyers de soins de longue durée, d'hôpitaux et du secteur des soins de santé en général ont tous diminué de 2002 à 2012 (figure 9.3). Le taux de blessures avec interruption de travail dans les hôpitaux a diminué, le nombre de demandes de prestations pour 100 équivalents à temps plein de travailleurs de la santé passant de 1,9 en 2002 à 1,2 en 2012.

Dans les foyers de soins (c.-à-d. les foyers de soins de longue durée), le taux de blessures avec interruption de travail était supérieur à celui des hôpitaux, mais il s'est lui aussi amélioré pendant les dix années pour lesquelles nous disposons de données; ainsi, le nombre de demandes de prestations pour 100 équivalents à temps plein de travailleurs de la santé est passé de 4,3 en 2002 à 2,8 en 2012.

FIGURE 9.3

Taux de blessures avec interruption de travail pour certains types de travailleurs de la santé et pour le secteur des soins de santé en général, 2002 à 2012



Source des données : Les chiffres : Rapport statistique 2012 de la CSPAAT – Annexe 1.

En résumé

Les personnes qui prodiguent des soins de santé en Ontario constituent le fondement du système de santé de l'Ontario. Le nombre par habitant d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés, d'infirmières et d'infirmiers praticiens et de médecins est à la hausse, et l'on observe une baisse du nombre de demandes de prestations pour interruption de travail déposées par des travailleurs de la santé.

Le nombre d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, d'infirmières et infirmiers praticiens et de médecins par habitant augmente en Ontario.

Prochaines étapes



Le rapport *À la hauteur* révèle que, bien que nous soyons en santé et que notre système de santé s'améliore, il reste beaucoup de place à l'amélioration. Nous avons tous la responsabilité commune d'améliorer le système de santé et nous espérons que le présent rapport contribue à attirer l'attention sur des secteurs affichant des besoins particuliers.

Rôle de Qualité des services de santé Ontario

L'équipe de Qualité des services de santé Ontario s'engage à être une ressource fiable et autonome en matière de renseignements sur la qualité des soins offerts en Ontario. En élaborant le présent rapport, nous avons été encouragés par l'incroyable soutien que nous avons reçu de la part d'Ontariennes et d'Ontariens qui partagent notre vision pour améliorer le système de santé de la province. Des patients, des personnes soignantes, des fournisseurs de soins de santé, des chercheurs et des dirigeants du système ont tous joué des rôles essentiels pour nous aider à produire ce rapport annuel qui porte sur l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens, ainsi que sur le rendement de notre système de santé. Nous leur sommes reconnaissants pour leur aide.

En outre, pour surveiller le rendement du système de santé de l'Ontario et produire un rapport à cet égard, Qualité des services de santé Ontario soutient également les personnes qui prodiguent les soins et fait la promotion de soins de santé fondés sur des données probantes. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur cette partie de notre travail en consultant le site www.hqontario.ca.

Le programme commun d'amélioration de la qualité et l'avenir

Le cadre de travail du rapport *À la hauteur* est le programme commun d'amélioration de la qualité, un ensemble d'indicateurs de rendement clés du système

de santé de l'Ontario. En ayant recours à cet ensemble d'indicateurs, nous espérons orienter l'intérêt, en limitant le nombre démesuré d'indicateurs actuellement utilisés pour évaluer le rendement du système de santé. Nous reconnaissons néanmoins que des secteurs importants, comme la santé mentale, sont actuellement sous-représentés dans le programme commun d'amélioration de la qualité. En partenariat avec des patients, des fournisseurs de soins de santé et des chercheurs, nous continuerons de peaufiner cet ensemble d'indicateurs. Nous fournirons également plus de données sur notre site Web, ainsi que des analyses détaillées qui aideront à appuyer l'amélioration de la qualité. Dans le cadre de notre renouvellement

Qualité des services de santé Ontario soutient **également les personnes qui prodiguent les soins et fait la promotion de soins de santé fondés sur des données probantes.**

stratégique, nous élaborerons également un processus transparent, auquel nous aurons recours pour examiner l'ensemble des indicateurs pour lesquels nous présentons un rapport. Nous commencerons à mettre ce processus en œuvre pour examiner l'ensemble des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité en 2015.

Rapports personnalisés et rapports thématiques

Il ne suffit pas de produire un simple rapport par année. Une nouvelle série de rapports thématiques examinera plus en profondeur des enjeux importants touchant la qualité dans notre système de santé et indiquera comment il est possible d'améliorer le rendement. Le premier de ces rapports sera publié en 2015. Nous fournirons également davantage de données directement aux fournisseurs de soins de santé, sous forme de rapports personnalisés.

Meilleure information, incidence accrue

Qualité des services de santé Ontario favorise la production de données plus exhaustives, en temps opportun, pour mieux comprendre la qualité des soins de santé offerts en Ontario et la santé de la population de la province.

Même si nous croyons que le rapport *À la hauteur* fournit une quantité importante de renseignements utiles, nous devons encore relever des défis importants à l'égard de notre capacité de surveiller la qualité des soins de santé offerts en Ontario. Dans certains secteurs, nous ne disposons que de données minimales, voire d'aucune donnée. Dans d'autres, les données ne sont pas fiables. Lorsqu'il

est question de temps d'attente, par exemple, les données disponibles nous permettent souvent de ne fournir des renseignements que sur un composant en particulier du temps d'attente d'un patient donné. Nous fournissons des renseignements sur le nombre de médecins et d'infirmières et d'infirmiers qui travaillent en Ontario, mais pas sur leur répartition. Nous fournissons des renseignements sur la période pendant laquelle les gens attendent un lit de soins de longue durée, mais pas sur le fait que l'on peut ou non répondre adéquatement aux besoins des gens à domicile. Nous fournissons des renseignements sur la satisfaction et l'expérience des patients à l'égard de certains secteurs de la santé, mais nous ne disposons encore d'aucun paramètre pour mesurer l'expérience des patients en matière de soins de longue durée.

Nous avons besoin de plus de données, et nous avons également besoin de nous assurer que nous interprétons correctement celles dont nous disposons.

Nous travaillerons en partenariat avec des patients, des fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants pour nous assurer que nous y parvenons et également pour faire en sorte que nous donnons un sens et une utilité aux données que nous utilisons.

Décisions basées sur des données probantes

Les données probantes jouent un rôle de plus en plus important dans les politiques de santé et la prise de décision en Ontario. Le service d'Élaboration des preuves, normes et financement à Qualité des services de santé Ontario travaille avec des experts cliniques, des scientifiques, des comités et des

partenaires d'évaluation sur le terrain pour fournir des preuves à propos de l'efficacité et du coût-efficacité des technologies et des services de santé dans la province. À partir de l'information recueillie par ce service, le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS) – un sous-comité consultatif permanent de Qualité des services de santé Ontario – fait des recommandations sur l'introduction, l'approbation, la distribution ou la suppression de certaines interventions de santé dans la province. À partir des recommandations et des avis du CCOTS, le conseil d'administration de Qualité des services de santé Ontario propose des recommandations finales à l'ensemble du système de santé et au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Vous trouverez les recommandations du CCOTS ainsi que d'autres rapports connexes en suivant le lien: www.hqontario.ca/evidence/publications-et-recommandations-du-ccots/ontario-health-technology-assessment-series.

Notre mission : votre santé

Qualité des services de santé Ontario joue un rôle unique au sein du système de santé de l'Ontario en réunissant en un seul organisme les fonctions de production de rapports, de promotion des données scientifiques probantes et d'amélioration de la qualité. Qualité des services de santé Ontario parcourra le reste du chemin avec l'ensemble de la population ontarienne. Nous continuerons à travailler ensemble afin d'améliorer la santé dans toute la province.

Bibliographie

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, 2010; accessible à l'adresse : <http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/act.aspx>.
2. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. *Collaborer pour un programme commun d'amélioration de la qualité*, 2013, p. 5.
3. RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ. *Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario*, 2014; accessible à l'adresse : http://www.torontocentrallhin.on.ca/aboutus.aspx?sc_Lang=fr-CA.
4. STATISTIQUE CANADA. Renvois du *Tableau 102-0512 : Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (années)*, CANSIM.
5. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE). *OECD StatExtracts : État de santé*, [cité le 5 mai 2014]; accessible à l'adresse : <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=50d7f0fb-c5fc-4a35-8ee8-dbe0e9d1223c&themetreeid=9>.
6. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 102-4307 : Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel*, CANSIM.
7. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE). *Mortalité infantile, Panorama des statistiques de l'OCDE : Économie, environnement et société*, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Éditions OCDE, 2014.
8. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada - édition 2008*.
9. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 102-0030 : Mortalité infantile, selon le sexe et le poids à la naissance, Canada, provinces et territoires, annuel*, CANSIM.
10. DESALVO, K. B. et coll. « Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21 (2006), pp. 267 à 275.
11. IDLER, E. L. et S. V. KASL. « Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? », *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 50B, n° 6 (1995), pp. S344 à S353.
12. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé, *État de santé générale autodéclaré*.
13. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 102-4311 – Mortalité prématurée et potentiellement évitable, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel*, CANSIM.
14. LUNG ASSOCIATION OF ONTARIO. *Smoking and Tobacco: Smoking and Health Facts*, 2011 [18 août 2014].
15. MANUEL, D. G. et coll. *Seven more years: the impact of smoking, alcohol, diet, physical activity and stress on health and life expectancy in Ontario. An ICES/PHO Report 2012*, Institut de recherche en services de santé et Santé publique Ontario, p. 33.
16. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé, *Situation d'usage du tabac autodéclarée*.
17. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 105-0503 : Profil d'indicateurs de la santé, taux normalisés selon l'âge, estimations annuelles, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, occasionnel*, CANSIM.
18. KATZMARZYK, P. « The Economic Costs Associated with Physical Inactivity and Obesity in Ontario », *Health and Fitness Journal of Canada*, vol. 4, n° 4 (2011), pp. 31 à 40.
19. GILMOUR, H. « Les Canadiens physiquement actifs », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3 (2007), p. 45.

20. KOPELMAN, P. « Health risks associated with overweight and obesity », *Obesity Reviews*, vol. **8** supplément, n° 1 (2007), pp. 13 à 17.
21. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institut de recherche en services de santé, *Données autodéclarées sur la taille et le poids*.
22. BETTINGER, J. A. et coll. « The disease burden of invasive meningococcal serogroup B disease in Canada », *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. **32**, n° 1 (2013), pp. e20 à 25.
23. SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO. Système d'archivage des dossiers d'immunisation, 2008-2013.
24. SCHANZER, D. L., J. M. LANGLEY, et T. W. S. TAM. « Co-morbidities associated with influenza-attributed mortality, 1994–2000, Canada », *Vaccine*, vol. **26**, n° 36 (2008), pp. 4697 à 4703.
25. SCHANZER, D., H. ZHENG et J. GILMORE. « Statistical estimates of absenteeism attributable to influenza from the Labour Force Survey », *BMC Infectious Diseases*, vol. **11** (2011), pp. 1 à 9.
26. SCHANZER, D. L., J. M. LANGLEY et T. W. S. TAM. « Role of influenza and other respiratory viruses in admissions of adults to Canadian hospitals », *Influenza and Other Respiratory Viruses*, vol. **2** (2008), pp. 1 à 8.
27. SCHANZER, D. L., A. MCGEER et K. MORRIS. « Statistical estimates of respiratory admissions attributable to seasonal and pandemic influenza for Canada », *Influenza and Other Respiratory Viruses*, vol. **7**, n° 4 (2013), pp. 799 à 808.
28. KWONG, J. C. et coll. « The effect of universal influenza immunization on mortality and health care use », *PLOS Medicine*, vol. **5** (2008), p. e211.
29. COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI). « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2013-2014 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. **39**, n° DCC-4 (2013), pp. 1 à 37.
30. RIVETTI, D. et coll. « Vaccines for preventing influenza in the elderly », *Cochrane Database Syst Rev.*, **19** juillet, n° 3 (2006), CD004876.
31. STARFIELD, B., L. SHI et J. MACINKO. « Contribution of primary care to health systems and health », *Millbank Quarterly*, vol. **83**, n° 3 (2005), pp. 457 à 502.
32. INSTITUT DE RECHERCHE EN SERVICES DE SANTÉ. *Primary Care in Ontario: ICES Atlas*, R. Upshur, L. Jaakkimainen, J. E. Klein-Geltink, A. Leong, S. Maaten, S. E. Schultz et L. Wang, éditeurs, Toronto, 2006.
33. MANUEL, D. G. et coll. « Primary Care in the Health Care System », *Primary Care in Ontario: ICES Atlas*, 2006.
34. GRUMBACH, K., D. KEANE et A. BINDMAN. « Primary Care and Public Emergency Department Overcrowding », *American Journal of Public Health*, vol. **83**, n° 3 (1993), pp. 372 à 378.
35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*, 2012.
36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé*, 23 mai 2013; accessible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2012/hb_20121001_1.aspx.
37. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, 2013; accessible à l'adresse : <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>.
38. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *National Healthcare Disparities Report*, 2010, 2010.
39. ACTION CANCER ONTARIO. *Statistiques sur le cancer*, [18 août 2014]; accessible à l'adresse : https://fr.cancercare.on.ca/ocs/csuvr/statistiques_sur_le_cancer/.
40. HEWITSON, P. G. P., E. WATSON, B. TOWLER et L. IRWIG. « Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update », *American Journal of Gastroenterology*, vol. **103**, n° 6 (2008), pp. 1541 à 1549.
41. ACTION CANCER ONTARIO. *Colorectal Cancer Screening*, [cité le 24 juillet 2013]; accessible à l'adresse : <http://www.csqi.on.ca/cms/one.aspx?portalId=258922&pageId=273238#>.
42. Données de l'Assurance-santé de l'Ontario, du Laboratory Reporting Tool, du registre du cancer de l'Ontario, du Système de gestion de l'information en matière de pathologie, de la Base de données sur les personnes inscrites et de l'Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies fournies par Action Cancer Ontario, *dépistage du cancer colorectal*, 2009-2013.
43. BOOTH, G. L. et coll. *Regional Measures of Diabetes Burden in Ontario*, 2012 [cité le 22 juillet 2014]; accessible à l'adresse : <http://www.ices.on.ca/flip-publication/regional-measures-of-diabetes-burden/index.html#4>.
44. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Rapport du Groupe de travail sur le diabète présenté au ministre de la Santé et des Soins de longue durée*, 2004, pp. 1 à 78.
45. ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Lignes directrices de pratique clinique*, 2013; accessible à l'adresse : <http://guidelines.diabetes.ca/Browse/Chapter30>.
46. KIRAN, T. et coll. « Unintended consequences of delisting routine eye exams on retinopathy screening for people with diabetes in Ontario, Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. **185**, n° 3 (2013), pp. E167 à E173.
47. INSTITUT DE RECHERCHE EN SERVICES DE SANTÉ. *Atlases and Reports*, 2014; accessible à l'adresse : <http://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports>.

48. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO. *Hospital Reports* 2014; accessible à l'adresse : <http://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/HospitalReports/Pages/HospitalReports.aspx>.
49. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Soins hospitaliers*, 2014; accessible à l'adresse : <http://www.ICIS.ca/ICIS-ext-portal/internet/fr/subtheme/types-of-care/hospital-care/ICIS016803>.
50. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. *À propos de la divulgation publique concernant la sécurité des patients*, 2013; accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/rapports/divulgation-publique-concernant-la-sécurité-des-patients-à-propos-de-la-divulgation-publique-concernant-la-sécurité-des-patients>.
51. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Système national d'information sur les soins ambulatoires*, 2009-2013.
52. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Temps d'attente en Ontario : Résumé provincial*, 20 avril 2010; accessible à l'adresse : <http://www.ontariowaittimes.com/er/fr/ProvincialSummary.aspx?view=0>.
53. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Temps d'attente en Ontario : Objectifs de réduction des temps d'attente de l'Ontario*, 2014; accessible à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/waittimes/surgery/target.aspx>.
54. SLOAN, F. A., L. K. GEORGE et L. HU. « Productivity Improvements in Hip and Knee Surgery », *Arthritis*, vol. **2014** (2014), pp. 1 à 8.
55. NORMAN-TAYLOR, F. H., C. R. PALMER et R. N. VILLAR. « Quality-of-life improvement compared after hip and knee replacement », *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **78-B** (1996), pp. 74 à 77.
56. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC. *Angiographie coronarienne (coronarographie)*, septembre 2006, dernière mise à jour en 2012; accessible à l'adresse : http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.3562249/k.9897/Maladies_du_coeur__Angiographie_coronarienne_coronarographie.htm.
57. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC. *Intervention coronarienne percutanée (ICP et angioplastie et pose de tuteur)*, 2007, dernière mise à jour en juin 2012; accessible à l'adresse : http://www.fmcoeur.on.ca/site/c.pkIOL9MMJpE/b.4486711/k.A42A/Maladies_du_coeur__Intervention_coronarienne_percutan233e_ICP_et_angioplastie_et_pose_de_tuteur.htm?_ga=1.79852567.1075949345.1412113060.
58. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC. *La greffe cardiaque*, 2012, dernière mise à jour en juillet 2012; accessible à l'adresse : http://www.fmcoeur.on.ca/site/c.pkIOL9MMJpE/b.4486633/k.F253/Maladies_du_coeur__La_greffe_cardiaque.htm.
59. LOHRISCH, C. et coll. « Impact on survival of time from definitive surgery to initiation of adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer », *Journal of Clinical Oncology*, vol. **24**, n° 30 (2006), pp. 4888 à 4894.
60. DES GUETZ, G. et coll. « Does delaying adjuvant chemotherapy after curative surgery for colorectal cancer impair survival? A meta-analysis », *Journal européen de cancérologie*, vol. 46, n° 6 (2010), pp. 1049 à 1055.
61. ACTION CANCER ONTARIO. *Système d'information sur les temps d'attente*.
62. AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, Annexe C : Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile. *Annexée à : Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*, 2013, Santé publique Ontario, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
63. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *La sécurité des pensionnaires : Caractéristiques associées aux chutes dans les établissements de soins complexes de longue durée de l'Ontario*, 2007, pp. 1 à 12.
64. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. Ontario Health Technology Assessment Series (OHTAS), *Publications et recommandations du CCOTS : Prevention of Chronic Pressure Ulcers*, [17 juillet 2014]; accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations/ontario-health-technology-assessment-series/prevention-of-chronic-pressure-ulcers>.
65. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation du risque et prévention des lésions de pression*, 2005, mars 2005; accessible à l'adresse : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/642_evaluation_du_risque_et_prevention_des_lesions_de_pression.pdf.
66. LIM, K., C. DEWA et coll. « How Much Should We Spend on Mental Health? », dans *IHE Report*, Institute of Health Economics, Edmonton, Canada, 2008.
67. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Mesures de contention et autres interventions de contrôle pour les patients hospitalisés en santé mentale en Ontario*, 2011, pp. 1 à 18.
68. Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades L.O. 2001, chapitre 16. Accessible à l'adresse : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_01p16_f.htm.
69. Lois sur la santé mentale L.R.O. 1990, chapitre M.7. Accessible à l'adresse : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90m07_f.htm.
70. Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé L.O. 1996, chapitre 2; annexe A. Accessible à l'adresse : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_96h02_f.htm.

71. ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES DE L'ONTARIO. *How we care: 2012-2013 CCAC Quality Report*, 2012-2013.
72. JHA, A. K. et coll. « Patients' Perception of Hospital Care in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. **359**, n° 18 (2008), pp. 1921 à 1931.
73. MCMILLAN, S. S. et coll. « Patient-Centered Approaches to Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials », *Medical Care Research and Review*, vol. **70**, n° 6 (2013), pp. 567 à 596.
74. MINISTÈRE DES FINANCES DE L'ONTARIO. *Budget de l'Ontario 2013, Chapitre 1 : Un Ontario prospère et équitable*, section B : Une société équitable, 2 mai 2013 [cité le 7 juillet 2014]; accessible à l'adresse : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/budget/ontariobudgets/2013/ch1b.html>.
75. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. *Guide d'analyse comparative des soins de longue durée*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013.
76. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. *Rapports sur les soins de longue durée destinés au public; soins accessibles (temps d'attente)*, 2013, section du site Web de Qualité des services de santé Ontario sur les rapports sur les soins de longue durée destinés au public.
77. INSTITUT DE RECHERCHE EN SERVICES DE SANTÉ (IRSS). *Median and 90th percentile wait times to long-term care placement for seniors, in Ontario, 2002/03–2007/08*. Septembre 2010 : Aging in Ontario: An ICES Chartbook of Health Service Use by Older Adults.
78. Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée L.O. 2007, chapitre 8. Accessible à l'adresse : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_07l08_f.htm.
79. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). © *Manuel de l'utilisateur de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI-MDS 2.0), version canadienne, Addendum pour les protocoles d'évaluation des résidents (PER) originaux*, 9 janvier 2012.
80. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). © *Manuel de l'utilisateur de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI-MDS 2.0©), version canadienne*, septembre 2010.
81. SMARTRISK, *The Economic Burden of Injury in Canada*, SMARTRISK, Toronto, Ontario, 2009.
82. Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée L.O. 2007, pris le 10 mars 2010; déposé le 29 mars 2010; publié sur le site Lois-en-ligne le 31 mars 2010. Accessible à l'adresse : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/regs/french/2010/elaws_src_regs_r10079_f.htm.
83. Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé, *Falls in the 30-days prior to assessment in long-term care home residents*.
84. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (AIO). *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation du risque et prévention des lésions de pression*, Toronto, Canada, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2005, révisé en 2011.
85. COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (CCOTS). *Recommandation du CCOTS : Prevention and Management of Pressure Ulcers*, octobre 2009.
86. Données du Système d'information sur les soins de longue durée fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé, *New and worsening pressure ulcers in long-term care home residents*.
87. HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA (HFSA). « HFSA 2010 Guideline Executive Summary », *Journal of Cardiac Failure*, vol. **16**, n° 6 (2010).
88. VIGOD, S. et coll. « Within-hospital readmission: An indicator of readmission after discharge from psychiatric hospitalization », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. **58**, n° 8 (2013), pp. 476 à 481.
89. REUBEN, D. B. et M. E. TINETTI. « The Hospital-Dependent Patient », *The New England Journal of Medicine*, vol. **370**, n° 8 (2014), pp. 694 à 697.
90. SUTHERLAND, J. M. et R. T. CRUMP. « Exploring alternative level of care (ALC) and the role of funding policies: an evolving evidence base for Canada », dans *CHSRF Series of reports on cost drivers and health system efficiency: Paper 8*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011, pp. 1 à 43.
91. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (RNAO). *Registered Nurse Workforce Backgrounder*, janvier 2014. p. 14; accessible à l'adresse : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nursing_HR_Backgrounder-Jan_31_2014.pdf.
92. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. *Types of Nursing*, [cité le 7 juillet 2014]; accessible à l'adresse : <http://rnao.ca/about/types-nursing>.
93. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens* 2012, 25 septembre 2013.
94. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. *Milieus de travail sains : Qu'est-ce qu'un milieu de travail sain?* 7 mai 2013 [cité le 7 juillet 2014]; accessible à l'adresse : http://www.healthforceontario.ca/fr/Home/D%C3%A9cideurs_politiques_%26_chercheurs/Milieus_de_Travail_Sains.
95. Base de données sur les congés des patients fournie par l'Institut de recherche en services de santé.

Remerciements

Qualité des services de santé Ontario

Conseil d'administration

Andreas Laupacis, Président

Marie E. Fortier, Vice-présidente

Richard Alvarez

Tom Closson

Jeremy Grimshaw

Shelly Jamieson

Julie Maciura

James Morrissey

Tazim Virani

Les biographies sont affichées à l'adresse
www.hqontario.ca/nous/gouvernance

Direction

Joshua Tepper, Président et Chef de la direction

Irfan Dhalla, Vice-président, Performance du système de santé

Lee Fairclough, Vice-présidente, Amélioration de la Qualité

Les Levin, Vice-président, Élaboration des preuves, normes et financement

Jennifer Schipper, Chef, Communications et participation des patients

Jeffrey Turnbull, Chef, Qualité Clinique

John Yip, Vice-président, Affaires Générales

Les biographies sont affichées à l'adresse
www.hqontario.ca/nous/équipe-de-direction

Élaboration du rapport

L'élaboration du présent rapport a été dirigée par une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé Ontario composée notamment de Symron Bansal, Susan Brien, Ann-Elise Chen, Shirley Chen, Naushaba Degani, Maaïke de Vries, Gail Dobell, Ryan Emond, Galina Gheihman, Louise Grenier, Wissam Haj-Ali, Michal Kapral, Carey Levinton, Eseeri Mabira, Andrée Mitchell, Jennifer Modica, Ryan Monte, Aliya Pardhan, Morgan Slater, Angus Steele et Naira Yeritsyan.

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 :

Daniel Bedard, Sarah Blakely, Nancy Cooper, Imtiaz Daniel, Lisa Droppo, Kevin Feng, Jason Garay, Rick Glazier, Andrea Gruneir, Jeremy Herring, Noah Ivers, Kim Jarvi, Boris Kralj, Paul Kurdyak, Helene Lacroix, Chris Lau, Cindy Lee, Monique Lloyd, Rod Millard, Garth Oakes, Connie Paris, Kristen Parise, Jeff Poss, Debbie Roberts, Paula Rochon, Ruth Sanderson, Claudia Sanmartin, Michael Schull, Doug Sider, Jane Simms, Ann Sprague, Linda Tracey, Sue Vanderbent, Eugene Wen, Sarah Wilson, Walter Wodchis et Anne Wojtak.

Les organismes suivants qui ont fourni des examens ou des données destinés au rapport :

BORN Ontario, le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, l'Institut de recherche en services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, le Fonds du Commonwealth, Marianhill Inc., le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, le centre d'accès aux soins communautaires de Mississauga Halton, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, Santé Publique Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, l'organisme Saint Elizabeth Health Care, Statistique Canada, ainsi que la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

Le personnel d'un grand nombre de divisions et de directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui a fourni des données et des renseignements de base, en plus de vérifier des faits :

Direction de la santé communautaire et de la santé de la population, Direction de l'analytique en matière de santé, Division de la promotion de la santé, Direction de la qualité des services de santé, Direction des relations de travail et des politiques de réglementation au sein du système de santé, Direction des politiques des ressources humaines dans le domaine de la santé, Direction de la mise en œuvre, Direction des politiques et de l'innovation en matière de soins infirmiers, Direction des soins primaires, Direction des programmes provinciaux, Division de la santé publique, ainsi que Direction de la sécurité radiologique et des foyers de soins de longue durée.

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

Tél: 416-323-6868
Sans frais: 1-866-623-6868
Courriel: info@hqontario.ca
www.hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

