

OBSERVATEUR DE LA QUALITÉ
QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (QSSO)

RAPPORT ANNUEL 2011 SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO



Chaque Ontarienne et chaque Ontarien a sa part de responsabilité dans la qualité du système – et nous espérons que ce rapport vous aidera à mieux comprendre le système de santé public et vous fournira les renseignements dont vous avez besoin pour continuer à oeuvrer pour son amélioration.

Après tout, il s'agit de votre santé et de votre système de santé.

Ce rapport a été préparé
en collaboration avec



OBSERVATEUR DE LA QUALITÉ :

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION ET RÉSUMÉS	2	6	UN SYSTÈME EFFICIENT	78
1.1	Sommaire exécutif	2	6.1	Coût des services prodigués	78
1.2	Amélioration de la qualité	6	6.2	Les bons services au bon endroit	82
1.3	Cadre des attributs	8	6.3	Visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD	84
	Résumés sectoriels		6.4	Éviter les médicaments et les examens inutiles	88
1.4	Secteur hospitalier	9	7	UN SYSTÈME ADÉQUATEMENT OUTILLÉ	90
1.5	Soins primaires	12	7.1	Dépenses totales et optimisation des ressources	90
1.6	Soins à domicile	14	7.2	Les technologies de l'information	92
1.7	Soins de longue durée	16	7.3	Un milieu de travail sain	96
	Résumés relatifs aux maladies		7.4	Ressources humaines dans le domaine de la santé	100
1.8	Maladies cardiovasculaires	18	8	UN SYSTÈME INTÉGRÉ	102
1.9	Diabète	19	8.1	Sortie de l'hôpital/transitions	102
1.10	Cancer	20	9	UN SYSTÈME CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION	106
1.11	Santé mentale	21	9.1	Comportements nuisibles pour la santé	106
1.12	Importance des données	22	9.2	Santé de la mère et du nourrisson	110
2	UN SYSTÈME ACCESSIBLE	24	9.3	Santé sexuelle	112
2.1	Temps d'attente aux urgences	24	9.4	Mesures de prévention	114
2.2	Accès aux soins primaires	28	9.5	Décès et préjudices évitables grâce à la prévention	116
2.3	Temps d'attente pour les chirurgies et accès aux spécialistes	30	10	UN SYSTÈME ÉQUITABLE	120
2.4	Accès aux soins de longue durée	38	10.1	Soins primaires – Accès et efficacité	120
3	UN SYSTÈME EFFICACE	42	10.2	Comportements nuisibles pour la santé	121
3.1	Prescription de traitements adéquats dans les hôpitaux	42	10.3	Mesures de prévention	122
3.2	Gestion des maladies chroniques	46	10.4	Maladies qui pourraient être évitées grâce à des programmes ciblant la population	123
3.3	Hospitalisations évitables	50	11	ANALYSES DES RLISS	126
3.4	Veiller sur la santé des résidents des foyers de soins de longue durée	54		Tableaux des RLISS	126
3.5	Maintenir l'état de santé des personnes nécessitant des soins à domicile	55	12	EXEMPLES DE RÉUSSITE	148
4	UN SYSTÈME SÛR	58	12.1	Temps d'attente aux urgences	148
4.1	Les infections nosocomiales	58	12.2	Soins primaires	150
4.2	Événements indésirables	62	12.3	Temps d'attente pour les chirurgies	151
4.3	La mortalité hospitalière	64	12.4	Temps d'attente pour les examens par IRM	152
4.4	L'utilisation sécuritaire des médicaments dans les soins de longue durée	66	12.5	Gestion des maladies chroniques	153
4.5	Éviter les préjudices dans les établissements de soins de longue durée	68	12.6	Réadmissions pour ICC	154
4.6	Éviter les préjudices dans les soins à domicile	69	12.7	Pneumonies acquises sous ventilateur, infections associées à la présence d'un cathéter central et infections à <i>C. difficile</i>	155
5	UN SYSTÈME AXÉ SUR LES PATIENTS	72	12.8	Gérer les autres niveaux de soins (ANS)	156
5.1	Expériences vécues par les patients dans les hôpitaux de soins actifs et aux urgences	72	13	Notes en fin d'ouvrage	158
5.2	Expériences vécues par les patients au chapitre des soins primaires	76	14	Remerciements	170
			15	Membres de QSSO	171

1.1 Sommaire exécutif

En Ontario, nous avons la chance de bénéficier d'un système de santé financé par les deniers publics qui fournit une gamme complète de services à tous. Pour assurer le bon fonctionnement du système, le gouvernement provincial a élargi le mandat du Conseil ontarien de la qualité des services de santé et, pour marquer cette transition, l'organisme a inscrit le nom "Qualité des services de santé Ontario" (QSSO) en vertu de la Loi sur les noms commerciaux et exerce désormais ses activités sous cette désignation. En plus de surveiller tous les aspects du système et de rendre compte à la population de son bon fonctionnement, QSSO a été chargé d'appuyer les efforts d'amélioration de la qualité de tous les secteurs du système de santé, et de formuler des recommandations au sujet des normes de soin fondées sur des protocoles et des lignes directrices en matière de pratiques cliniques, ainsi que sur la façon dont les services de santé sont financés. Toutes ces activités ont pour but d'accélérer l'adoption des meilleures données scientifiques disponibles dans le système de santé.

Notre sixième rapport annuel – Observateur de la qualité – examine le système de santé de l'Ontario d'un œil très critique. Nous soulignons tous les changements, bons ou moins bons, et vous en rendons compte. Mais surtout, nous comparons notre système à ce qui se fait de mieux ailleurs et indiquons si la qualité des services est bonne ou si des améliorations s'imposent.

Processus de rédaction du rapport

QSSO surveille régulièrement les indicateurs et les sources de données utilisés partout en Ontario, au Canada et dans le monde entier, et collabore avec son Conseil consultatif sur la mesure du rendement pour sélectionner les indicateurs à inclure dans le rapport. Les données proviennent de sources qui comprennent les bases des données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de Recensement Canada, d'études internationales du Fonds du Commonwealth, et de beaucoup d'autres sources. L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) nous a aidés à effectuer bon nombre des analyses de données. Des chercheurs, des experts cliniques et des dirigeants en santé ont étudié nos conclusions aux fins d'exactitude et de validité.

Composantes clés du rapport de cette année

Couverture élargie des neuf attributs de qualité

Pour les Ontariennes et Ontariens, un système de santé très performant doit posséder neuf attributs : le système doit être accessible, efficace, sûr, axé sur les patients, équitable, efficient, intégré, adéquatement outillé, et centré sur la santé de la population. Cette année, nous avons ajouté de nouveaux indicateurs pour améliorer nos connaissances de ces neuf attributs dans tous les secteurs du système de santé, à savoir :

- Comparaisons internationales supplémentaires sur l'expérience des patients en matière de soins primaires.
- Analyse élargie des infections nosocomiales et des événements indésirables.
- Couverture élargie des troubles de santé mentale, dont le suicide, les automutilations et la dépression.

Présentation compacte

Nous présentons l'ensemble du système de santé sous forme de 35 thèmes, pour lesquels nous avons consacré deux pages à chacun. La plupart des indicateurs comportent un mini-graphique présentant les progrès réalisés ou l'absence de progrès au fil du temps et une description de trois à cinq phrases de notre interprétation des données. L'information sur la façon dont les indicateurs ont été définis et calculés et des tableaux plus détaillés des données actuelles sont inclus dans l'annexe technique du présent rapport.

Mini-résumés à l'intention des responsables et des membres du personnel dans divers secteurs et des personnes atteintes de troubles divers.

Le rapport comprend des résumés de deux pages des principales constatations concernant les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les soins à domicile et les soins primaires, ainsi que des résumés sur les maladies cardiovasculaires, le diabète, la santé mentale et le cancer. Chaque résumé comprend des questions à poser aux responsables ou aux soignants pour les inciter à la réflexion. Cette année, nous avons aussi élargi les résumés des principales différences pour chaque réseau local d'intégration des services de santé (RLISS).

Analyse des causes fondamentales et idées de changement

De manière générale, les rapports publics présentent simplement les résultats des indicateurs et indiquent si ces résultats sont supérieurs ou inférieurs à la moyenne. Cependant, les lecteurs se demandent pourquoi ces problèmes existent et comment on peut les résoudre. Pour y remédier, nous avons ajouté une analyse des causes fondamentales à chaque thème, ainsi que des idées d'amélioration associées aux causes fondamentales mentionnées dans la littérature.

Exemples de réussite

Nous avons choisi plusieurs exemples d'organismes qui ont réussi à améliorer considérablement leurs activités au cours de l'année écoulée et qui ont établi des objectifs, des mesures, des idées de changement et des tableaux bien précis. Ces exemples de réussite sont étroitement liés aux principales constatations présentées dans le rapport, afin de montrer qu'il est possible d'améliorer les choses.

Principales constatations de Qualité des services de santé Ontario

Cette année, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a décelé des réalisations et des défis importants au sein du système de santé de l'Ontario. Les réalisations comprennent les réductions des temps d'attente aux urgences, pour de nombreuses chirurgies et les tomodensitométries, ainsi que des améliorations au niveau de l'accès aux soins primaires, et de meilleurs résultats pour les coronaropathies et les taux de tabagisme. Toutefois, beaucoup de ces taux sont loin d'être parfaits. Les défis concernent le problème persistant des patients qui occupent des lits autre niveau de soins (ANS) et des temps d'attente encore beaucoup trop longs pour les soins de longue durée. Il y a aussi de longues attentes pour les chirurgies urgentes du cancer et les rendez-vous de spécialistes et la province n'a pas amélioré les résultats pour les insuffisances cardiaques congestives et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Dans de nombreux cas, pour que les choses s'améliorent, il faudrait une stratégie claire d'amélioration des résultats et le manque de progrès peut s'expliquer, au moins en partie, par l'absence de ce genre de stratégie.

Globalement, plusieurs facteurs de réussite sous-tendent l'amélioration de la qualité à l'échelle du système, par exemple, le leadership et la responsabilisation, l'évaluation du rendement et les rapports, des pratiques fondées sur des données probantes, des modèles innovateurs et des processus stratégiques d'amélioration du système, la possibilité pour les fournisseurs de soins d'accéder à une formation et à des ressources d'actualité, la gestion du changement, l'engagement des patients et des familles et une capacité adéquate à l'échelle du système de santé.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

De manière générale, le présent rapport identifie trois domaines auxquels on doit s'attaquer pour améliorer la qualité du système de santé de l'Ontario : l'accès aux soins de santé, la gestion des maladies chroniques et le maintien de la santé de la population. Il sera indispensable de réaliser des progrès à l'échelle des différents facteurs de réussite et des trois domaines pour améliorer considérablement les résultats pour la santé et maîtriser les dépenses de santé. QSSO a résumé les réalisations de la province et les défis qu'elle doit relever, et décrit les stratégies d'amélioration spécifiques à mettre en œuvre pour chacun des trois domaines ci-dessous.

Accès aux soins de santé

QSSO évalue l'accès aux soins de santé en examinant le nombre de jours que les gens doivent attendre pour obtenir les soins médicaux dont ils ont besoin. Cette année, certains indicateurs des temps d'attente se sont améliorés considérablement – mais il reste encore des problèmes très importants à résoudre.

Dans les services des urgences, le 90^e percentile de temps d'attente (durée maximale que neuf patients sur 10 passent aux urgences) a diminué de deux heures pour les patients nécessitant des soins très complexes et de 30 minutes pour les patients nécessitant des soins peu complexes au cours des deux dernières années. La durée des temps d'attente dépasse encore de beaucoup l'objectif établi pour les patients nécessitant des soins très complexes – 12 heures contre huit heures – mais il y a eu des progrès. Les initiatives provinciales qui ont contribué à ces résultats comprennent le Programme de financement axé sur les résultats et la publication de rapports sur les temps d'attente aux urgences sur le site Web des temps d'attente de l'Ontario. De plus, de nombreux hôpitaux ont adopté la méthode Lean afin d'améliorer l'efficacité et le mouvement des patients, encouragés par les résultats du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences.

Les personnes qui attendent chez elles d'être placées dans un foyer de SLD ne reçoivent peut-être pas tous les soins dont elles ont besoin et, en conséquence, leur santé et leur qualité de vie risquent de se détériorer. Lorsque les gens attendent à l'hôpital, il se produit un effet de ricochet à l'échelle du système de santé. Ces personnes occupent souvent un lit ANS (alors qu'elles seraient mieux servies ailleurs), ce qui retarde l'hospitalisation d'autres personnes et peut contribuer à accroître les attentes aux urgences. De fait, une personne hospitalisée sur six occupe un lit ANS. Ce problème ne s'est pas amélioré en 2009-2010 et est une source d'inefficacité considérable pour le système.

Bien que les temps d'attente pour les foyers de SLD soient encore bien trop élevés, ils ont cessé d'augmenter pour la première fois depuis 2005. C'est une tendance prometteuse, mais, de l'avis de tous, ces taux devraient maintenant commencer à baisser. À l'avenir, il faudra traiter chacun des aspects de ce problème complexe et mettre en place des ressources adéquates pour aider les soignants et les patients à tous les niveaux du système de santé – à l'hôpital, au domicile et dans les foyers de SLD. L'Ontario devra aussi évaluer la stratégie Vieillir chez soi lancée en 2007, qui met une vaste gamme de soins à domicile et de services de soutien communautaires à la disposition des gens afin qu'ils puissent continuer de vivre chez eux en bonne santé et de manière autonome.

En ce qui concerne les **soins primaires**, l'Ontario constate une amélioration progressive du pourcentage de personnes ayant un médecin de famille depuis 2005 et se place maintenant parmi les meilleurs au Canada. Cela s'explique probablement en partie par les investissements effectués dans les facultés de

médecine qui ont augmenté leur nombre de places, la création de nouveaux postes comme les infirmières et infirmiers praticiens qui peuvent assumer certaines des responsabilités des médecins, l'établissement d'équipes de santé familiale et l'augmentation du nombre de centres de santé communautaires. Toutefois, 6,5 % des adultes ontariens n'ont toujours pas de médecin de famille et 3,3 % en recherchent un activement. Ces pourcentages sont encore plus élevés pour les personnes à faible revenu et celles qui vivent dans le Nord de l'Ontario. La province doit faire le nécessaire pour que les gens puissent avoir un rendez-vous rapidement. Moins de la moitié des personnes malades peuvent voir leur médecin le jour même ou le lendemain. La situation n'a pas évolué ces dernières années et le Canada et l'Ontario sont à la traîne derrière d'autres pays pour cet indicateur.

La situation est encore plus grave pour les **spécialistes**. La moitié des personnes qui doivent consulter un spécialiste doivent attendre au moins quatre semaines avant d'obtenir un rendez-vous. Le Canada et l'Ontario se placent parmi les derniers dans une liste de 10 pays développés et doivent améliorer leurs résultats à cet égard.

L'Ontario réussit mieux à réaliser diverses **chirurgies et autres interventions** conformément aux objectifs établis par la province, malgré une demande plus forte. Le 90^e percentile de temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies de la cataracte a été réduit de plus de la moitié depuis 2005. Dans le même temps, le 90^e percentile de temps d'attente pour les tomodensitométries a diminué pour passer de 2,5 mois à environ un mois durant cette période. Les améliorations constatées en Ontario en ce qui concerne les temps d'attente pour des chirurgies et d'autres interventions peuvent s'expliquer par les rapports publiés sur le site Web des Temps d'attente de l'Ontario, la création d'un système d'information provincial pour surveiller les temps d'attente, le financement d'un volume plus élevé de chirurgies et les investissements dans du nouveau matériel de tomodensitométrie. Cela dit, il y a encore des progrès à faire dans des domaines importants. Le 90^e percentile de temps d'attente pour les chirurgies du cancer a diminué entre 2005 et 2008, mais ne s'est pas amélioré au cours des deux dernières années et se situe actuellement à 51 jours. Le 90^e percentile de temps d'attente pour les examens par IRM s'est stabilisé à environ quatre mois depuis 2005 (113 jours en 2001), malgré les énormes augmentations du nombre d'examen par IRM réalisés. À l'avenir, il faudra veiller à ce que les tomodensitométries et les examens par IRM ne soient effectués qu'en cas d'absolue nécessité.

Stratégies d'amélioration

En ce qui concerne les **services des urgences**, les idées de changement comprennent une meilleure coordination des soins et l'orientation des patients vers les bons services le plus rapidement possible afin qu'ils n'occupent pas de lits inutilement. De plus, les hôpitaux peuvent améliorer le processus appliqué au service des urgences, par exemple, en créant une aire de soins rapides pour les cas les moins graves et réorganiser les fournitures et le matériel pour une efficacité optimale. On pourrait diriger les cas non urgents vers d'autres services que les urgences. Et le système dans son ensemble peut s'appliquer à améliorer les services de soins primaires pour que les patients viennent moins nombreux aux urgences. La section 2.1 contient davantage de détails à ce sujet.

Pour réduire les temps d'attente pour les placements dans les foyers de **soins de longue durée**, la province doit faire en sorte qu'y ait suffisamment de logements supervisés et de logements avec services de soutien afin que les

1.1

personnes qui sont encore relativement autonomes – en particulier dans les régions où la demande est forte. Il faut aussi plus de soins à domicile et de souplesse au chapitre des heures accordées aux familles en fonction de leurs besoins. De plus, lorsque les gens sont hospitalisés, il est important d'éviter de décider trop rapidement qu'ils ont besoin de soins de longue durée; il faut leur donner le temps de se rétablir et faire en sorte qu'ils reprennent leurs activités afin d'éviter que leur santé ne décline. Les sections 2.4 et 6.2 contiennent davantage de renseignements à ce propos.

Afin de maximiser la capacité des **soins primaires et spécialisés**, les fournisseurs peuvent prendre de nombreuses mesures, par exemple, mettre en place un système de prise de rendez-vous avec accès ouvert, améliorer l'efficacité dans les cabinets de soins et mettre en place un dossier médical électronique (DEM) efficace. La section 2.2 contient d'autres détails à ce sujet.

La prévention fait partie des solutions aux problèmes associés aux temps d'attente pour les **chirurgies et autres interventions**. Si la province pouvait faire le nécessaire pour éviter que l'état de santé des gens ne se détériore pas au point de nécessiter une chirurgie, il en résulterait des conséquences positives sur les temps d'attente. Il existe aussi des moyens de simplifier considérablement les méthodes de prise de rendez-vous et l'organisation des services pour réduire les temps d'attente; de nombreux centres ont réussi à le faire. Les autres idées de changement comprennent l'application de critères appropriés afin de vérifier si les gens ont vraiment besoin d'une chirurgie ou d'un examen précis, et prévoir une marge de manœuvre afin que les services puissent faire face aux fluctuations de la demande. Les sections 2.3 et 6.3 contiennent plus de renseignements à ce propos.

Gestion des maladies chroniques

L'Ontario affiche des résultats mitigés au chapitre de la gestion des maladies chroniques. Les résultats relatifs à la gestion des coronaropathies s'améliorent régulièrement et la province peut être modérément optimiste au chapitre du diabète en raison de la baisse du nombre d'hospitalisations et de complications. Néanmoins, les insuffisances cardiaques congestives et les MPOC demeurent des défis importants. Pour en savoir plus sur les maladies chroniques en Ontario, lire les résumés sur les maladies.

Pour ce qui est des **coronaropathies**, le nombre de décès par crise cardiaque pendant la période de 30 jours et de 30 jours à un an après une crise cardiaque a diminué au cours des sept dernières années. Environ deux fois moins de personnes sont réadmis à l'hôpital après le premier épisode. Un tiers des personnes sont admises à l'hôpital pour une angine de poitrine. Il existe des données scientifiques solides selon lesquelles les procédures de revascularisation (pontage ou endoprothèse coronaire) peuvent réduire les taux de mortalité et d'invalidité pour les personnes nécessitant ce type de soins et l'Ontario dispose d'un système régional très bien structuré en la matière. Ces améliorations peuvent aussi s'expliquer par l'utilisation adéquate de médicaments comme les statines.

L'utilisation des statines et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) s'est aussi améliorée chez les personnes âgées **diabétiques**, le taux d'administration en une seule fois de ces deux médicaments ayant presque doublé depuis deux ans. C'est peut-être la raison pour laquelle le nombre de personnes diabétiques hospitalisées a baissé d'un quart et le taux de complications graves pour ces personnes a diminué de presque un tiers (en un an) au cours des sept dernières années. D'autre part, au chapitre de la gestion du diabète, le pourcentage de personnes diabétiques ayant passé un examen de la vue au cours des 12 derniers mois ne s'est pas amélioré. Le taux se maintient à une personne sur deux.

Qui plus est, il y a eu seulement une légère baisse du nombre d'hospitalisations pour les **insuffisances cardiaques congestives** au cours de quatre dernières années (passant de 52 à 54 pour 100 000 personnes). Plus d'une personne sur 10 est réadmise pour une insuffisance cardiaque congestive et ce chiffre n'a pas évolué du tout au cours de la même période. Finalement, plus de patients sur trois hospitalisés pour insuffisance cardiaque congestive décèdent au cours de l'année et cet indicateur ne s'est pas amélioré en sept ans.

De même, il y a eu une légère amélioration dans les taux d'hospitalisation pour **MPOC** au cours des quatre dernières années (passant de 92 à 84 pour 100 000 personnes), et ces maladies sont celles qui peuvent être le mieux traitées dans le cadre de soins ambulatoires – ce qui signifie que, grâce à des soins primaires adéquats, il serait possible de prévenir les hospitalisations. Comme pour les insuffisances cardiaques congestives, les taux de réadmission n'ont pas beaucoup évolué au cours des quatre dernières années. Plus d'une personne sur sept est réadmise à l'hôpital pour MPOC.

Une stratégie coordonnée, semblable à celle mise en œuvre pour la revascularisation (pontage ou endoprothèse coronaire), pourrait produire de bons résultats pour d'autres maladies, comme les insuffisances cardiaques congestives et les MPOC.

Stratégies d'amélioration

Les registres des maladies peuvent aider les praticiens à mieux suivre les patients souffrant de maladies chroniques et à assurer un suivi en temps voulu. Ces registres sont une composante importante de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. De plus, les organigrammes des patients, les systèmes de rappel et des DME efficaces peuvent aider les fournisseurs de soins de santé à améliorer la prestation des soins et, par conséquent, la gestion des maladies chroniques.

Les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent bénéficier de l'accès à des professionnels spécialisés, par exemple, un pharmacien pour examiner leurs médicaments, un diététiste pour les conseiller sur la nutrition et un fournisseur de soins primaires pour surveiller les indicateurs de santé importants. L'idéal serait que les gens puissent avoir accès à une équipe qui répond à tous leurs besoins et les aide à s'autogérer en les consultant sur la façon d'établir un plan d'action et des objectifs personnels. La section 3.2 contient davantage de renseignements à ce sujet.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, il est possible de gérer les coronaropathies et le diabète en veillant à ce que les patients reçoivent les bons médicaments pendant et après une hospitalisation. Les hôpitaux peuvent accroître la disponibilité et l'utilisation d'ordres d'admission normalisés, de listes de vérification après une hospitalisation, de listes de prescriptions ou de dossiers de santé électroniques (DSE) qui guident les décisions des cliniciens et produisent des rappels cliniques. De plus, il est essentiel pour une transition en douceur entre l'hôpital et le domicile de communiquer rapidement l'information sur les patients aux fournisseurs de soins de santé primaire; l'idéal serait de la communiquer directement dans le DME du patient. Les sections 3.1 et 8.1 contiennent plus de détails à ce sujet.

Il s'agit là des éléments d'un modèle de soins chroniques complet. Pour en savoir plus sur le cadre ontarien de prévention et de gestion des maladies chroniques, consulter www.health.gov.on.ca/english/providers/program/cdpm/index.html.

Veiller sur la santé de la population

L'un des meilleurs moyens de gérer les dépenses de santé est de créer des programmes efficaces qui permettent à la population de rester en bonne santé. L'Ontario a réussi à réduire les taux de tabagisme de 25 % depuis 2001, mais a du mal à améliorer l'activité physique et à réduire l'obésité.

Les modifications apportées aux politiques, comme la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, ont contribué probablement à une baisse régulière des taux de tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire au cours des six dernières années, et l'Ontario se place maintenant parmi les provinces qui ont les meilleurs résultats au Canada pour ces indicateurs. Toutefois, le taux de tabagisme est actuellement de 19 % dans la province, ce qui signifie que près d'une personne sur cinq continue de fumer. De plus, les personnes ayant un faible revenu et niveau d'éducation sont deux fois plus nombreuses à fumer que les personnes dont le revenu est élevé ou qui ont fait des études supérieures. Il faut faire davantage pour cibler ces groupes spécifiques.

Le taux d'obésité est passé de 16 % à 18 % au cours des huit dernières années. Seulement un Ontarien sur deux fait suffisamment d'exercices et ce chiffre n'a pas évolué depuis 2007. Finalement, moins de la moitié des Ontariens consomment chaque jour les cinq portions ou plus recommandées de fruits ou de légumes; il n'y a pas eu d'amélioration notable depuis 2003. La solution pourrait être une stratégie coordonnée de lutte contre l'obésité.

Le dépistage précoce des maladies est un autre facteur important pour la santé de la population. L'Ontario a mis en place un programme ambitieux, ContrôleCancerColorectal, afin de dépister une maladie qui peut être très bien traitée si elle est détectée rapidement. Le dépistage du cancer colorectal s'est accru de 68 % au cours des quatre dernières années, près d'une personne sur trois âgée de 50 à 74 ans ayant passé un test de recherche de sang occulte dans les selles en 2009. Toutefois, beaucoup d'autres types de dépistage peuvent aider la province à détecter et traiter d'autres maladies plus rapidement et à améliorer les taux de survie des gens.

Comme nous l'avons déjà mentionné au sujet du tabagisme, il y a d'énormes inégalités dans la province. Par exemple, le niveau de revenu a une incidence sur le taux de crises cardiaques, les Ontariens les plus pauvres ayant 36 % de risque en plus de subir un infarctus aigu du myocarde que les Ontariens les plus riches. Parallèlement, on enregistre chez les Ontariens dont les revenus sont les plus bas un taux d'hospitalisations pour blessure supérieur de 32 % à celui des Ontariens dont les revenus sont les plus élevés. L'Ontario a encore un long chemin à parcourir avant d'enregistrer des résultats équitables sur le plan de la santé.

Stratégies d'amélioration

Toronto a devancé le reste de la province en interdisant la cigarette dans la plupart des lieux publics et milieux de travail (1999), puis dans les restaurants, les théâtres-restaurants et les salles de quilles (2001), et enfin dans les bars, les salles de billard et de bingo, les casinos et les pistes de course (2004). Toronto affiche actuellement le taux de tabagisme le plus bas de la province (13 %); il semble donc que ces mesures soient efficaces.

Les autres idées de changement comprennent : améliorer l'accès aux programmes de cessation du tabagisme, faciliter l'utilisation des thérapies de remplacement de la nicotine, « dénormaliser » les comportements nuisibles pour la santé et trouver des solutions aux problèmes et aux facteurs qui influent sur la santé des gens et l'accès aux soins. Il sera également important de combler les écarts au niveau des connaissances et d'assurer que les modes de vie sains sont évidents et accessibles. Le ministère de la Promotion de la santé et des Sports aura un rôle important à jouer à cet égard. La section 9.1 contient plus de détails à ce sujet.

Pour améliorer la prévention, il conviendrait d'établir des registres provinciaux et des DME/DSE pour rappeler aux patients quand ils doivent passer des tests de dépistage, encourager l'observation grâce à des campagnes de sensibilisation et à des programmes de dépistage adapté aux différences culturelles et atteindre les populations vulnérables et difficiles à rejoindre au moyen d'unités de soins mobiles et de programmes de vaccination hors des cabinets de soins primaires. La section 9.4 contient d'autres renseignements à ce propos.

D'autres provinces ont parfois des idées qui pourraient être adaptées en Ontario. En Colombie-Britannique, par exemple, il a été suggéré que la province limite la commercialisation d'aliments et de boissons nuisibles pour la santé auprès des enfants, d'inclure des renseignements nutritionnels dans les menus, de taxer les aliments nuisibles pour la santé, d'élargir les programmes de bien-être au travail et de rénover les installations récréatives, parmi d'autres mesures¹.

Finalement, comme nous l'avons recommandé l'an dernier, les stratégies visant les populations les plus vulnérables peuvent accélérer les progrès au chapitre des maladies chroniques et contribuer à rendre le système de santé de la province plus équitable. En améliorant l'accès à des aliments sains pour les personnes à faible revenu, en offrant des programmes d'activités physiques gratuits et en mettant en œuvre des initiatives communautaires propices à la santé, on peut édifier une province en meilleure santé et réduire les dépenses de santé sur le long terme.

¹ BC Healthy Living Alliance, « Healthy living in BC — the next generation. » Janvier 2011. www.bchealthyliving.ca.

1.2 Amélioration de la qualité

FACTEURS CLÉS DE RÉUSSITE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ À L'ÉCHELLE DU SYSTÈME

Le rapport Observateur de la qualité décrit non seulement les problèmes au niveau de la qualité, mais présente aussi les causes fondamentales de ces problèmes et des idées d'amélioration. Chaque indicateur comprend des idées spécifiques fondées sur la littérature scientifique, des exemples de pratiques exemplaires et des campagnes d'amélioration de la qualité réussies entreprises dans le monde entier. Ces idées sont regroupées sous plusieurs grandes catégories de facteurs de réussite pour l'amélioration du système présentées ci-dessous. Il est essentiel d'adopter ces facteurs de réussite de façon coordonnée.

1. Leadership et responsabilité

« Le plan stratégique? N'est-ce pas la responsabilité du siège social? »

« Nous avons d'excellentes idées d'amélioration, mais personne ne nous a écoutés! »

Le changement est difficile. Il peut susciter la crainte de l'inconnu. Les changements qui conduisent à une modification des rôles peuvent générer de la résistance si les gens les perçoivent comme une perte. Un changement réussi doit être dirigé par des dirigeants compétents qui doivent :

- Établir une vision attrayante de la qualité, ainsi que des objectifs et des échéanciers précis décrivant cette vision en termes concrets. Les dirigeants peuvent communiquer la vision et encourager les gens à la réaliser.
- Décrire une stratégie précise. Cela signifie qu'il faut déterminer les activités ou les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes les plus percutantes. Les dirigeants établissent des attentes et des responsabilités précises à tous les échelons de l'organisme pour mettre en œuvre ces activités, et chacun sait exactement le rôle qu'il doit jouer pour réaliser cette vision.
- Créer une culture d'amélioration de la qualité mettant l'accent sur l'apprentissage, de nouvelles idées et encourageant les gens à signaler les problèmes de qualité au lieu de les pénaliser. Les dirigeants acquièrent des compétences en gestion des conflits pour gérer la résistance. Ils font participer le personnel de première ligne au processus de changement. Ils trouvent des champions pour prôner le changement parmi leurs pairs (très important pour les médecins). Enfin, les dirigeants célèbrent les réussites et facilitent le partage des pratiques exemplaires.

2. Des processus, des systèmes et un travail d'équipe efficaces

« Impossible de trouver les résultats de l'analyse – il faut les refaire ».

« Pourquoi donner les mêmes renseignements à cinq personnes différentes? »

Le système de santé est un système complexe qui comporte de nombreuses tâches exécutées par des personnes différentes travaillant dans des organismes différents. Chaque fois que les soins passent d'un soignant à un autre, des erreurs ou des malentendus risquent se produire. Au fil du temps, certaines étapes deviennent redondantes. Il est fréquent que les séquences de tâches

diffèrent entre organismes, entre personnes, voire d'un étage à l'autre à l'intérieur d'un même organisme. Il en résulte de la confusion ou des retards et parfois des pertes de temps, du gaspillage, des soins de mauvaise qualité ou des blessures.

Un thème récurrent de notre rapport est la nécessité de rationaliser les processus, par exemple : éliminer les étapes redondantes, normaliser les processus, faire les choses en parallèle plutôt qu'en séquence, instaurer des processus « à l'épreuve des erreurs », faciliter la détection des défaillances et y remédier immédiatement avant qu'elles ne se répercutent. Le travail d'équipe peut être renforcé grâce à de bons processus de transmission des soins, des routines cohérentes pour la communication et des rôles clairement établisⁱⁱ.

Un grand nombre d'organismes de soins de santé appliquent désormais des méthodes d'amélioration des processus, dont les méthodes Lean (élimination du gaspillage) et Six Sigma (élimination des défaillances). Il faut assurer que les organismes disposent du personnel chevronné en méthodes d'amélioration de la qualité, capable d'encadrer ou de diriger les activités d'amélioration des processus.

3. Évaluation et rapports

« Je pensais que nous faisions un excellent travail jusqu'au moment où j'ai vu nos données. »

« Il est impossible de gérer ce qui ne peut pas être évalué. »

L'évaluation de la qualité permet d'identifier les domaines à améliorer, de prôner le changement, de déterminer les causes fondamentales des problèmes et de vérifier si une mesure visant à améliorer la qualité porte ses fruits. L'Ontario dispose d'une myriade de données sur la qualité, mais il y a encore d'énormes lacunes (voir la section sur l'importance des données). Il faut communiquer cette information au public, car les comparaisons entre établissements par la population peuvent inciter les dirigeants à s'améliorer. Bien que l'Ontario publie déjà des rapports sur de nombreux indicateurs relatifs aux temps d'attente et à la sécurité par établissement, il existe d'autres possibilités d'élargir la présentation des rapports.

Cependant, l'Ontario n'a pas la capacité de fournir une rétroaction instantanée sur la qualité des soins prodigués par chaque fournisseur ou équipe de soins de santé. Cette rétroaction est essentielle pour que les gens s'intéressent à la qualité et afin de permettre aux équipes d'amélioration de modifier leur stratégie si elle n'est pas efficace. Pour fournir une rétroaction instantanée, il faudra que les dossiers de santé électronique soient conçus dans ce but.

4. Des outils pour le problème de surdose d'information

« Il est impossible de maîtriser le torrent d'informations sur la santé provenant de la littérature. »

En 2009, 1,5 million d'articles ont été publiés dans le domaine des sciences, de la technologie et de la médecineⁱⁱⁱ.

De nos jours, les fournisseurs de soins de santé sont bombardés d'information. Les meilleures données probantes sont rarement respectées, conduisant à des résultats médiocres et à un gaspillage de ressources, peut-être parce que les

ⁱⁱ Qualité des services de santé. Guide pour l'amélioration de la qualité. 2009. www.ohqc.ca/pdfs/qi_guide_fr.pdf; consulté le 25 février 2011.

ⁱⁱⁱ Ware M, Mabe M. The STM report. An overview of scientific and scholarly journal publishing. International Association of Scientific, Technical and Medical Publishers, 2009.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

gens oublient (la mémoire a ses limites) ou parce qu'ils sont distraits (ils ont trop de travail), n'ont pas le temps de lire toutes les informations et ont du mal à appliquer en même temps différentes lignes directrices en même temps à des patients nécessitant des soins complexes^{iv}. Les lignes directrices en matière de pratique donnent des instructions aux fournisseurs de soins, et ceux-ci ne peuvent pas modifier les méthodes de leur propre initiative.

Il existe des outils pour résoudre ces problèmes, par exemple, listes de vérification, décisions de prise en charge, organigrammes, critères de pertinence, systèmes de rappel et autres outils d'aide à la décision. Ces outils peuvent être communiqués verbalement, sur papier ou par voie électronique et peuvent indiquer aux fournisseurs les actes à exécuter ou à éviter, les aider à prendre une décision au sujet des médicaments à prendre ou des examens à effectuer ou servir à déterminer si on a suivi des pratiques exemplaires.

5. Vérifier et perfectionner les compétences cliniques

« Quelle est la dernière fois que vous avez effectué cette procédure? »

« J'ai perdu la main... »

Les compétences cliniques s'entendent de la capacité des fournisseurs de soins de santé d'évaluer un problème clinique ou d'exécuter une tâche nécessitant des connaissances, une réflexion critique, de l'expérience ou des compétences techniques. Il y a des lacunes dans les compétences si : la formation initiale est inadéquate, les tâches ne sont pas effectuées régulièrement et les compétences se détériorent au fil du temps (« utiliser les compétences ou les perdre »), les techniques ont évolué et les gens n'ont pas eu l'occasion de les apprendre, ou il n'y a pas de mécanisme pour déceler et réparer les problèmes en matière de compétences cliniques. Les méthodes traditionnelles comme les conférences ne suffisent pas pour résoudre ces problèmes. Les autres méthodes comprennent : programmes officiels de recyclage, observation des gens pendant qu'ils exécutent les tâches (lors de l'enseignement de la technique, lorsqu'ils sont recrutés et à intervalles réguliers), et laboratoires de simulation de patients. Les planificateurs peuvent aussi organiser les soins de façon à ce que certains services soient prodigués seulement par les établissements ou les personnes qui ont l'habitude de le faire.

6. Participation des patients et des familles

« On ne m'a jamais dit quelles étaient mes options! »

L'amélioration de la qualité dépend de la participation des patients à leurs propres soins. Cela signifie qu'ils doivent savoir qu'il est important d'avoir de bonnes habitudes de vie et comprendre la nature de leur maladie. Les patients doivent connaître les options de traitement qui leur sont offertes et prendre des décisions éclairées en fonction de leurs préférences et de leur mode de vie. On doit les encourager à poser des questions au sujet de leurs soins – ce qui leur arrive et pourquoi, et ils ne doivent pas craindre de signaler les problèmes dans les soins qu'ils reçoivent (p. ex., le soignant ne s'est pas lavé les mains). Il est utile d'informer les patients et de les encourager à veiller sur leur santé, mais l'autogestion est bien plus importante^v. Lorsque les gens ont le sentiment de contrôler leur santé, ils ont davantage tendance à continuer de prendre les bons médicaments ou à adopter de bonnes habitudes de vie.

En général, les personnes qui ont un faible revenu ou niveau d'éducation ou vivent dans des quartiers difficiles sont en moins bonne santé ou s'adonnent à des comportements nuisibles pour la santé. Il faut s'assurer que les activités visant à encourager les patients à participer à leurs soins ont été conçues à leur intention et pour les personnes appartenant à des groupes culturels ou linguistiques différents et coordonner ces activités avec d'autres pour régler les facteurs plus vastes qui ont une incidence sur la santé (p. ex., logement, emploi, communautés saines).

7. Des politiques et des incitatifs propices à la qualité

« Pourquoi doit-on faire les choses différemment? Pourquoi dois-je changer? »

Les incitatifs et les politiques peuvent motiver le changement. Les gens veulent bien faire le nécessaire pour améliorer la qualité si leurs efforts sont reconnus et appréciés, si les résultats sont concrets et s'ils sont soutenus. Les fournisseurs sont favorables aux initiatives d'amélioration de la qualité lorsqu'elles ne se limitent pas à produire de meilleurs soins cliniques, mais réduisent aussi le gaspillage de temps ou les formalités administratives. Les « comportements grégaires » sont importants pour les patients et les fournisseurs. Lorsqu'un soignant voit un collègue administrer le bon traitement, cela peut l'inciter à en faire de même. Au niveau des patients, les politiques, dont l'interdiction de fumer, qui « dénormalisent » les comportements nuisibles pour la santé, semblent être efficaces. Les politiques de financement des services sont un autre domaine nécessitant des modifications. Pour beaucoup, le financement doit être tributaire de la qualité. Par exemple, les dépenses supplémentaires causées par des soins de mauvaise qualité doivent être à la charge de l'organisme responsable, qui a été financé pour prodiguer les soins^{vi}.

8. Capacité du système de santé

« Pourquoi y a-t-il des listes d'attente pour certains services et pas pour d'autres? »

L'offre et la demande de services doivent s'accorder pour réduire les gaspillages et les temps d'attente inutiles. Le système de santé doit évaluer en permanence la future demande pour divers types de services dans des localités différentes et s'assurer ensuite qu'il dispose du matériel, des programmes ou des fournisseurs de soins de santé nécessaires pour satisfaire cette demande. Pour bien gérer les listes d'attente, il faudrait prévoir un surcroît de capacité afin de faire face aux hausses subites et imprévues de la demande. On devrait étudier des moyens de réduire la demande grâce à de meilleures mesures de prévention et en réduisant l'utilisation inappropriée des services.

^{iv} Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*. 2004;180(6 Suppl):S57-60.

^v Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 15 octobre 2005;72(8):1503-1510.

^{vi} www.leapfroggroup.org/for_hospitals/leapfrog_hospital_quality_and_safety_survey_copy/never_events. Consulté le 14 avril 2011.

1.3 Cadre des attributs

Les attributs d'un système de santé très performant

LA POPULATION ONTARIENNE SOUHAITE QUE LE RÉSEAU DE SANTÉ SOIT :

ACCESSIBLE

On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur. Par exemple, lorsqu'un examen particulier est nécessaire, vous devriez pouvoir le subir quand il est nécessaire et sans qu'il ne vous occasionne encore plus de pressions et de contrariétés. Si vous souffrez d'une maladie chronique, comme le diabète ou l'asthme, vous devriez pouvoir la gérer et éviter ainsi des problèmes plus graves.

EFFICACE

On devrait nous prodiguer des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles. Par exemple, votre médecin (ou votre fournisseur de soins de santé) devrait connaître les traitements éprouvés pour vos besoins particuliers, y compris les meilleures façons de coordonner les soins, de prévenir la maladie ou de mettre la technologie à profit.

SÛR

On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner. Par exemple, on devrait prendre des mesures afin de diminuer les risques de chutes des aînés dans les maisons de soins infirmiers. Il devrait y avoir des systèmes en place afin d'éviter qu'on vous donne un mauvais médicament ou une mauvaise dose.

AXÉ SUR LE PATIENT

Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier. Par exemple, les soins devraient être prodigués dans le respect de votre dignité et de votre intimité. Vous devriez pouvoir choisir vos soins en tenant compte de vos besoins religieux, culturels et linguistiques et de votre situation.

ÉQUITABLE

On devrait tous bénéficier de la même qualité de soins, peu importe qui on est et où on habite. Par exemple, si vous ne parlez pas l'anglais ou le français, ça peut vous être difficile de vous renseigner sur les services de santé qu'il vous faut et d'obtenir ces services. Cela peut être également difficile pour les personnes qui sont défavorisées ou moins instruites ou qui habitent dans de petites collectivités ou dans des régions éloignées. Il faut parfois une aide supplémentaire afin de veiller à ce que tout le monde puisse se faire soigner comme il se doit.

EFFICIENT

On devrait constamment être à l'affût de moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé. Par exemple, afin de vous éviter d'avoir à répéter des examens ou à attendre que les rapports soient acheminés d'un médecin à l'autre, tous vos médecins devraient avoir accès aux renseignements sur votre santé au moyen d'un système informatique sécurisé.

ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

Le système de soins de santé devrait compter suffisamment de professionnels compétents, de fonds, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens. Par exemple, en vieillissant, les problèmes de santé se font plus nombreux. Cela signifie qu'il y aura un plus grand besoin pour des appareils, des médecins, du personnel infirmier et d'autres intervenants spécialisés afin de prodiguer de bons soins. Un système de santé de grande qualité se doit d'être planifié et préparé en conséquence.

INTEGRÉ

Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité. Par exemple, si vous avez besoin d'une intervention chirurgicale importante, votre prise en charge devrait être coordonnée afin de faciliter le transport de l'hôpital au service de réadaptation et de soins dont vous aurez besoin après votre retour au domicile.

CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.

1.4 Secteur hospitalier

HÔPITAUX DE SOINS ACTIFS : Résumé à l'intention des conseils, des chefs de la direction, des hauts dirigeants et des responsables cliniques

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Thème	Faits importants	Questions à se poser
1. ANS (section 6.2)	Environ un lit d'hôpital sur six en Ontario est occupé par des patients qui devraient être soignés ailleurs. Ce problème ne s'est pas amélioré au cours de l'année écoulée (2009-2010) et représente une inefficacité importante pour le système.	- Collaborons-nous avec les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) pour appliquer le programme « Home First », en vertu duquel les personnes de santé fragile hospitalisées retournent chez elles après que des soins à domicile ont été organisés et où elles peuvent décider en toute tranquillité si elles iront ou non dans un foyer de SLD? - Pouvons-nous identifier plus rapidement les personnes susceptibles d'occuper un lit ANS (la première fois qu'elles vont aux urgences), afin qu'elles puissent recevoir des soins à domicile avant que leur santé ne se détériore? - Utilisons-nous les services de réadaptation pour aider les patients à retrouver leurs fonctions et à retourner chez eux de façon à ce qu'ils puissent vivre de la façon la plus autonome possible? - Collaborons-nous avec les CASC et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour préconiser des modèles de logements supervisés ou d'autres options similaires pour les personnes fragiles? - Quelles sont les caractéristiques des patients ANS difficiles à placer dans un foyer de SLD? Quels services doit-on établir dans la collectivité ou dans les foyers de SLD pour servir ces personnes?
2. Temps d'attente aux urgences (section 2.1)	Les temps d'attente aux urgences se sont améliorés, mais sont encore loin des objectifs provinciaux. Les personnes admises sont celles qui ont le moins de chance d'être hospitalisées dans les délais recommandés, notamment : - La durée maximale que neuf patients sur 10 passent aux urgences a diminué au cours des deux dernières années de deux heures pour les patients nécessitant des soins très complexes (14 à 12 heures) et d'une demi-heure pour les patients nécessitant des soins peu complexes (4,8 à 4,3 heures). L'objectif est de huit et quatre heures respectivement. - En Ontario, une personne sur 20 qui s'est présentée aux urgences repart sans avoir vu de médecin, probablement parce qu'elle en avait assez d'attendre. Ce chiffre s'améliore. - Parmi les personnes hospitalisées après être passées aux urgences, la moitié a attendu plus de trois heures et cela ne s'est pas amélioré au cours des deux dernières années. De plus, seulement 41 % de ces patients sont servis dans les délais recommandés, comparativement à 81 % globalement. - L'Ontario et le Canada sont à la traîne par rapport aux autres pays au chapitre des attentes aux urgences.	- Orientons-nous les personnes qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées au bon endroit le plus rapidement possible (voir ci-dessus)? - Avons-nous étudié toutes les idées pour améliorer le flux des patients aux urgences (service de soins accéléré pour les cas les moins graves, réagencement des fournitures et du matériel pour maximiser l'efficacité, fauteuils pour les patients nécessitant des soins actifs, souplesse des horaires des employés et systèmes informatisés pour surveiller les patients et les résultats)? - Avons-nous établi un plan d'urgence à l'échelle de l'organisme en prévision des jours où le service des urgences est engorgé? - Avons-nous envisagé d'orienter les cas non urgents vers d'autres services plus appropriés? Réorientons-nous les personnes qui ont l'habitude de venir aux urgences lorsqu'elles sont malades vers les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients? - Pouvons-nous collaborer avec d'autres intervenants pour améliorer les services de soins primaires afin de réduire les visites aux urgences?

1.4

Thème	Faits importants	Questions à se poser
3. Temps d'attente pour les chirurgies et les tomodensitométries/examens par IRM (section 2.3)	Les temps d'attente ont diminué pour de nombreuses chirurgies, mais il y a encore des progrès à faire, en particulier pour les chirurgies urgentes (notamment le cancer) et les examens par IRM. Plus précisément : - Le 90^e percentile de temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou se situe juste en dessous de sept mois; il est de quatre mois pour les cataractes et d'un mois pour les tomodensitométries. Les temps d'attente ont diminué de plus de deux fois depuis 2005. - Le 90^e percentile de temps d'attente pour les examens par IRM est de quatre mois – comme en 2005, bien que le nombre d'examen effectués ait presque triplé. - Dans le cas des chirurgies générales et des chirurgies pour le cancer, la cataracte, les pontages artériels coronaires, les angiographies et les interventions coronaires percutanées (endoprothèses), 93 % à 99 % des chirurgies non urgentes sont réalisées dans les délais recommandés. Toutefois, pour les chirurgies urgentes, le pourcentage réalisé dans les délais recommandés est beaucoup plus bas : cancer, 67 %; cataracte, 66 %; chirurgie générale, 83 %; pontage, 86 %; angiographie, 85 %; intervention coronaire percutanée, 85 %. - Les tomodensitométries et les examens par IRM sont des exceptions; les cas urgents risquent davantage d'être traités dans les délais recommandés que les cas non urgents.	- Les attentes sont-elles attribuables à une mauvaise communication ou à l'absence de processus normalisé? - Avons-nous établi des critères appropriés pour vérifier si les patients ont vraiment besoin de se faire opérer ou de passer des examens? - Pouvons-nous assurer au moins une capacité excédentaire pour les services associés aux chirurgies (espace dans l'unité de soins intensifs)? - Avons-nous envisagé de mettre en place des systèmes de prise de rendez-vous centralisés afin d'orienter les patients vers les établissements où les attentes sont les plus courtes? - Surveillons-nous les principaux paramètres des processus (début et arrêt des soins en temps voulu) afin de maximiser notre efficacité et d'accroître notre capacité? - Évaluons-nous l'offre et la demande pour savoir si elles sont équilibrées? Avons-nous déjà organisé des opérations-éclair pour éliminer les attentes – par exemple, en augmentant temporairement le nombre d'interventions jusqu'à élimination complète des listes?
4. Sécurité – infections nosocomiales et autres domaines (sections 4.1, 4.2 et 4.3)	Les taux d'infections nosocomiales se sont améliorés, mais il y a encore beaucoup de progrès à faire. - Les taux d'infection à <i>C. difficile</i> sont restés stables l'an dernier après les gains réalisés l'année précédente. - Le nombre de cas de pneumonies acquises sous ventilateur et d'infections associées à la présence d'un cathéter central a diminué dans les hôpitaux ontariens entre janvier 2009 et septembre 2010, mais n'a pas encore atteint le taux idéal de zéro. - Deux fournisseurs de soins de santé sur trois se lavent les mains avant de voir les patients en Ontario, alors que près de huit sur 10 se lavent les mains après avoir vu les patients. Il y a eu des améliorations, mais ces taux sont encore trop bas. - L'an dernier, près de sept hôpitaux sur 10 ont enregistré une baisse de leur taux de mortalité normalisé, ce qui est encourageant.	- Respectons-nous les protocoles normalisés pour prévenir les pneumonies acquises sous ventilateur et les infections associées à la présence d'un cathéter central? Est-ce que certaines personnes ne suivent pas ces protocoles et pourquoi? - Que faisons-nous pour que tous les employés et les médecins se lavent les mains de la manière recommandée? Procédons-nous fréquemment à des vérifications de l'hygiène des mains (plus d'une fois par an) et informons-nous le personnel des résultats de cette vérification (une fois par mois ou par trimestre, par service ou par groupe de soignants)? Les stations de lavage des mains sont-elles bien situées, toujours approvisionnées et utilisées? Encourageons-nous les patients à demander aux soignants s'ils se sont lavé les mains? - Utilisons-nous régulièrement des listes de vérification, des listes de prescriptions ou des protocoles normalisés pour se fier le moins possible à la mémoire? Si oui, vérifions-nous comment ces outils sont utilisés et si ces mesures produisent des résultats? - Encourageons-nous les patients à poser des questions à propos de la sécurité? - Préconisons-nous une culture de sécurité, afin d'encourager les gens à s'exprimer s'ils détectent un problème de sécurité? - Y a-t-il des médecins qui se font les défenseurs de la sécurité? - Envisageons-nous de recourir à des équipes d'intervention rapide et avons-nous établi des lignes directrices pour savoir quand ces équipes doivent être utilisées?



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Thème	Faits importants	Questions à se poser
5. Efficacité/pratiques fondées sur des données probantes (section 3.1)	- Malgré la hausse du pourcentage de patients qui prennent les médicaments prescrits après une hospitalisation pour crise cardiaque et défaillance cardiaque congestive, il y a encore des progrès à faire. Les hôpitaux qui ne prescrivent pas les médicaments nécessaires ont tendance à enregistrer des taux de réadmission plus élevés. - Malgré les gains réalisés au cours des six dernières années, seulement un patient sur huit ayant un AVC pour lesquels des médicaments comme les anticoagulants seraient bénéfiques reçoit de tels médicaments dans l'heure qui suit son arrivée aux urgences.	- Avons-nous mis en place des systèmes informatisés pour rappeler aux médecins les protocoles normalisés et les plans de traitement ou pour vérifier si les lignes directrices sont respectées? - Utilisons-nous des listes de vérification ou des listes de prescriptions normalisées afin de vérifier si les personnes souffrant de diverses maladies (crise cardiaque, défaillance cardiaque, AVC, etc.) reçoivent les bons médicaments ou passent les examens adéquats? - Informons-nous les patients sur l'importance de ces médicaments et la manière dont ils doivent les prendre? - Avons-nous mis en place un processus normalisé pour traiter les cas nécessitant des interventions rapides, comme les AVC? Si oui, suivons-nous ce processus à la lettre?
6. Réadmissions (section 3.3)	- Environ un patient sur cinq souffrant de défaillance cardiaque congestive ou de MPOC est réadmis dans le mois qui suit, quelle que soit la cause. Il y a d'énormes progrès à faire. - Depuis sept ans, les réadmissions ont diminué de près de la moitié pour les crises cardiaques, ce qui est une bonne nouvelle.	- Savons-nous pourquoi nos patients sont réadmis? - Pour réduire le nombre de réadmissions, vérifions-nous si les patients ont tous les renseignements dont ils ont besoin lorsqu'ils retournent chez eux (voir ci-dessous)? - Avons-nous pris des mesures pour organiser des soins à domicile et faire en sorte que les patients à risque élevé de réadmission voient leur médecin peu après leur sortie de l'hôpital (dans la semaine qui suit)? - Envoyons-nous les résumés des soins aux médecins de famille aussitôt que les patients quittent l'hôpital?
7. Soins à la sortie (section 8.1) et communication (section 5.1)	De nombreux patients quittent l'hôpital sans avoir reçu les renseignements dont ils ont besoin, ce qui peut conduire à une réadmission. Ainsi : - Seulement la moitié des patients hospitalisés savent quand ils peuvent reprendre leurs activités normales. - Seulement la moitié des personnes qui viennent aux urgences connaissent les signes à surveiller à la maison. - Environ un patient sur trois ne connaît pas les effets secondaires des médicaments à surveiller. On constate des problèmes de nature générale au chapitre des communications : - Environ un patient sur trois juge que le personnel ne lui a pas donné des réponses compréhensibles.	- Avons-nous établi un processus routinier pour tous les patients qui sortent de l'hôpital (signes à surveiller, les personnes à appeler, etc.)? - Utilisons-nous des méthodes, par exemple, « faire répéter aux patients les explications qu'on vient de leur donner », afin de vérifier s'ils ont compris l'information qui leur a été communiquée? - Réussissons-nous à simplifier la communication avec les personnes analphabètes? Avons-nous des traducteurs pour les personnes qui parlent d'autres langues?
8. Expériences vécues par les patients (section 5.1)	On peut améliorer le contrôle de la douleur et les mesures prises pour y remédier. - Environ un patient sur deux juge que le personnel n'a pas fait tout en son pouvoir pour contrôler la douleur. - Environ une personne sur trois s'est dite préoccupée par le temps que cela a pris avant qu'on réponde à ses demandes d'aide (pour aller aux toilettes, après avoir appuyé sur le bouton d'appel).	Suivons-nous des procédures normalisées et des pratiques exemplaires pour contrôler la douleur (surveiller la douleur en tant que signe vital, utiliser des échelles analogues visuelles, protocoles normalisés de surveillance de la douleur, sédation contrôlée par les patients)?
9. Finances des hôpitaux (section 6.1)	27 % des hôpitaux ont enregistré un déficit pendant l'exercice 2009-2010. Parmi les grands hôpitaux communautaires, 36 % ont eu un déficit. - Certains hôpitaux (notamment les grands hôpitaux communautaires et les hôpitaux universitaires) continuent d'avoir de la difficulté à régler les factures sans devoir emprunter.	Bien que la première réaction devant un déficit soit de réduire les services, la direction de l'hôpital a-t-elle envisagé toutes les sources de gaspillage et a-t-elle instauré des plans radicaux pour les éliminer (tests et services inutiles et gaspillage de personnel, d'espace, de matériel et de fournitures)?

1.5

Soins primaires

SOINS PRIMAIRES : Résumé à l'intention des praticiens de soins primaires

Thème	Faits importants	Questions à se poser
1. Accès aux soins primaires (section 2.2)	D'importants progrès ont été réalisés pour que tous les Ontariens et Ontariennes puissent avoir accès à un médecin traitant, toutefois, les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous sont trop longs. - En Ontario, environ une personne sur 16 n'a pas de médecin attitré et près de la moitié de ces personnes en cherche un. Au cours des trois dernières années, le pourcentage d'adultes sans médecin de famille est passé de 8,2 % à 6,5 %. - Compte tenu des données des enquêtes, les Ontariennes et Ontariens ont plus de chance que les personnes qui vivent au Québec et dans l'Ouest du Canada d'avoir un fournisseur de soins primaires attitré et sont à égalité avec les habitants du Canada Atlantique. L'Ontario fait partie des pays dont les résultats sont les meilleurs parmi les 11 qui ont participé à l'enquête. - En Ontario, moins de 50 % des personnes malades obtiennent un rendez-vous le jour ou le lendemain de leur appel au cabinet. Cet indicateur ne s'est pas amélioré au cours des dernières années et l'Ontario et le Canada sont à la traîne derrière d'autres pays.	- Utilisons-nous l'accès ouvert, le système de prise de rendez-vous et de gestion du flux des patients pour réduire ou éliminer les temps d'attente? - Pouvons-nous réduire les visites répétitives non nécessaires afin de libérer du temps et de mieux servir les gens (en donnant les résultats des analyses de laboratoire au téléphone au lieu de leur demander de leur demander de se déplacer)? - Nos processus sont-ils aussi efficaces qu'ils pourraient l'être? Par exemple, les salles d'examen sont-elles toutes agencées de la même façon? Pouvons-nous réorganiser les fournitures et le matériel pour réduire les déplacements? - Avons-nous instauré un système de dossier médical électronique (DME) qui fonctionne bien? - Travaillons-nous en équipe? Si oui, utilisons-nous chaque membre de l'équipe pleinement? Les rôles et les responsabilités de chacun sont-ils clairement établis? Pouvons-nous transférer les tâches d'un membre de l'équipe à un autre?
2. Accès aux chirurgies, aux tomographies/ examens par IRM et aux soins spécialisés (section 2.3)	- Les temps d'attente ont diminué pour beaucoup de chirurgies, dont les arthroplasties de la hanche et du genou, les chirurgies de la cataracte et les tomographies. Il y a encore des progrès à faire, notamment pour toutes les chirurgies hautement prioritaires (surtout le cancer) et les examens par IRM. - La moitié des gens orientés vers un spécialiste doivent attendre quatre semaines ou plus pour avoir un rendez-vous. Le Canada et l'Ontario sont les moins performants parmi 10 grands pays développés.	- Toutes les tomographies/tous les examens par IRM requis sont-ils nécessaires? Est-ce qu'on nous pousse à prescrire des examens inutiles? Que peut-on faire à ce sujet? - Utilisons-nous le site Web des temps d'attente en Ontario pour trouver des établissements qui peuvent faire une intervention chirurgicale plus rapidement si le patient le souhaite? - Faisons-nous tout en notre pouvoir pour encourager les patients à adopter de bonnes habitudes de vie afin d'éviter les interventions chirurgicales (perdre du poids pour ne pas avoir à subir une arthroplastie du genou)?
3. Temps d'attente pour les personnes qui attendent chez elles d'être admises dans un foyer de SLD (section 2.4)	Le temps d'attente médian pour les personnes non hospitalisées placées dans un foyer de SLD est bien supérieur à cinq mois, ce qui est trop long.	Avons-nous étudié des solutions autres qu'un placement dans un foyer de SLD avec les patients et les familles (logements supervisés ou avec services de soutien)?
4. Gestion des maladies chroniques (voir les sections 3.2 et 3.3 sur les hospitalisations évitables)	Il y a des signes d'amélioration dans la gestion des maladies chroniques – les taux de complications du diabète diminuent, de même que le taux de mortalité, par crise cardiaque. Néanmoins, il y a encore des progrès à faire : - Seulement la moitié environ des personnes diabétiques ont passé un examen de la vue au cours des 12 derniers mois. - L'utilisation des IECA/ARA et des statines augmente chez les personnes âgées diabétiques, mais il y a encore des progrès à faire, puisque seulement la moitié reçoit les deux médicaments. - L'abus d'alcool et l'obésité sont à la hausse depuis neuf ans chez les personnes souffrant de maladies chroniques. Les taux d'inactivité physique, de tabagisme et de consommation insuffisante de fruits et de légumes se sont légèrement améliorés au cours de cette période, mais sont encore trop élevés. - Plus d'un tiers des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque congestive décèdent au cours de l'année qui suit. La situation ne s'est pas améliorée au cours des six dernières années. - Pendant l'exercice 2009-2010, quelque 34 100 personnes ont été hospitalisées en Ontario pour des complications de maladies chroniques qui auraient pu être évitées grâce à de bons soins primaires. Les MPOC et les défaillances cardiaques congestives sont les deux causes les plus fréquentes de ces hospitalisations.	- Utilisons-nous des méthodes comme les organigrammes nous rappelant les pratiques exemplaires? - Si nous avons un DME, fournit-il des données sur le pourcentage des patients diabétiques recevant les bons médicaments (statines, IECA/ARA et acide acétylsalicylique) et ayant passé un test d'hémoglobine A1c ou un examen de la vue? - Avons-nous établi le DME afin qu'il produise des rappels signalant quand les patients ont besoin d'examen ou de suivi? - Est-ce que tous nos patients savent que l'objectif est de bien contrôler la maladie (pression artérielle < 130/80 pour le diabète ou l'A1c < 7)? Ont-ils établi leurs propres objectifs pour améliorer leur santé (perdre du poids)? Toutes ces mesures ont-elles été reliées à un programme d'autogestion des maladies chroniques? - Connaissions-nous les soutiens communautaires offerts à nos patients pour les aider à avoir de bonnes habitudes de vie? - Orientons-nous les patients nécessitant des soins très complexes vers des cliniques spécialisées dans le traitement de maladies comme le diabète, les MPOC et les défaillances cardiaques congestives?



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Thème	Faits importants	Questions à se poser
5. Efficience	Seulement une personne âgée sur six souffrant d'hypertension sans complication est traitée aux diurétiques comme les thiazidiques. Les autres prennent des médicaments qui coûtent trop cher et ne sont pas plus efficaces.	- Avons-nous des protocoles ou des outils d'aide à la décision pour guider le choix des médicaments à utiliser? Prennent-ils en compte les médicaments de meilleure qualité au prix le plus bas? - Laissons-nous les sociétés pharmaceutiques influencer nos décisions en matière de prescriptions?
6. Adoption du DME (section 7.2)	La mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques (DME) progresse bien dans les cabinets de soins primaires. Cependant, il est important que les DME soient utilisés comme un outil de gestion de la qualité et non pas seulement pour stocker des renseignements. - En septembre 2010, plus de 4 300 médecins se sont inscrits à des programmes provinciaux d'adoption des DME qui aident les médecins à utiliser ces dossiers. L'objectif est que 9 000 médecins de soins primaires et spécialistes s'inscrivent avant mars 2012. - Seulement 3,4 % d'adultes ontariens ont envoyé une question par courriel à leur médecin de famille. L'Ontario et le Canada sont à la traîne derrière un certain nombre de pays.	- Si nous envisageons d'acheter un système de DME, les fabricants répondent-ils aux questions suivantes, le système : - peut-il produire une liste de tous les patients atteints de maladies chroniques? - peut-il suivre les principaux indicateurs, comme le pourcentage de patients diabétiques dont le niveau d'A1c est sous contrôle? - enverra-t-il des rappels lorsque les patients ont besoin d'un suivi ou d'examen? - peut-il être relié aux pharmacies, aux laboratoires, aux hôpitaux et à d'autres professionnels de la santé? - Avons-nous un plan pour réduire au minimum les perturbations au travail et la productivité lorsque nous mettons en place un système de DME?
7. Ressources humaines en santé (section 7.4)	- Entre 2005 et 2009, nous avons constaté une hausse du nombre de médecins de famille (3,4 %) et de spécialistes (6,4 %) pour 100 000 personnes. Le nombre de fournisseurs de soins de santé varie considérablement d'une région à l'autre. - Nous avons constaté une hausse de 83 % du nombre d'infirmières et infirmiers praticiens, mais il n'y a toujours qu'une seule infirmière praticienne pour huit médecins de famille en Ontario.	- Encourageons-nous le travail d'équipe dans notre cabinet? Si non, pourquoi? - Les méthodes que nous utilisons actuellement pourraient-elles être plus efficaces ou efficaces (avons-nous un bon système de communication et utilisons-nous les capacités de chaque personne pleinement)? - Quels sont les rôles et responsabilités des divers professionnels de la santé? Comment le fait de recourir à d'autres professionnels permet-il de réduire la charge de travail dans notre cabinet?
8. Santé de la population (chapitre 9)	Le taux de tabagisme a considérablement diminué, mais la situation n'a pas beaucoup évolué pour les autres comportements nuisibles pour la santé. Il y a encore beaucoup de progrès à faire pour améliorer le dépistage des maladies évitables. - Les taux de tabagisme ont diminué de 25 % au cours des huit dernières années. Toutefois, un Ontarien sur cinq âgé de 12 ans et plus fume toujours et les taux sont les plus élevés chez les personnes ayant un faible revenu et niveau d'éducation et celles qui vivent dans les régions rurales. De plus, environ une femme enceinte sur huit fume toujours. 18 % des Ontariennes et Ontariens sont obèses, la moitié de la population ne fait pas assez d'exercice et plus de la moitié ne consomme pas suffisamment de fruits et de légumes. - Plus d'une personne âgée sur quatre n'a pas été vaccinée contre la grippe. Environ un tiers des femmes âgées de 50 à 69 ans n'ont pas fait de mammographie ces deux dernières années. Près d'une femme adulte sur quatre n'a pas fait de test Pap ces trois dernières années. Environ une femme âgée sur cinq n'a pas fait de test de dépistage de l'ostéoporose. - Seulement environ une personne sur trois âgée de 50 à 74 ans a été dépistée pour le cancer du côlon à l'aide d'un test de recherche de sang occulte dans les selles en 2009, mais cet indicateur s'améliore rapidement.	- Demandons-nous à nos patients s'ils vont cesser de fumer à chaque consultation? Avons-nous une liste de toutes les aides disponibles pour favoriser la cessation du tabagisme dans notre collectivité? Avons-nous envisagé des moyens d'améliorer l'accès aux programmes de cessation du tabagisme et de faciliter l'utilisation de thérapies de remplacement de la nicotine? - Avons-nous des programmes de proximité pour les personnes à risque élevé? Avons-nous vérifié si elles savent comment y accéder? - Utilisons-nous des organigrammes pour nous rappeler toutes les interventions de prévention à mettre en place pendant les examens de santé périodiques? - Si nous avons un DME, produit-il des rappels lorsque les personnes doivent se présenter pour leur prochain service de prévention? - Offrons-nous des examens de dépistage effectués par une personne de sexe masculin ou féminin, selon la préférence du patient, ainsi que des programmes de dépistage tenant compte des différences culturelles? - Pouvons-nous donner accès aux vaccinations hors des cabinets de soins primaires?

1.6 Soins à domicile

SOINS À DOMICILE : Résumé à l'intention des responsables, du personnel et des clients des soins à domicile et communautaires

Thème	Faits importants	Questions à étudier
1. Temps d'attente pour les SLD/ANS (sections 2.4 et 6.2)	- Malgré une hausse importante du nombre de lits de SLD il y a plusieurs années, les temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD sont encore trop élevés. Le temps d'attente médian est de 3,5 mois (103 jours), soit près de trois fois plus qu'au printemps 2005. Pour les personnes qui attendent chez elles, l'attente est de plus de cinq mois; pour celles qui attendent à l'hôpital, elle est d'un peu moins de deux mois. Les attentes à l'hôpital contribuent au problème sérieux des lits ANS – en Ontario, environ un lit d'hôpital sur six est occupé par des gens qui seraient mieux soignés ailleurs. - Au cours de l'année écoulée, le nombre de personnes admises dans un foyer de SLD pendant qu'elles étaient hospitalisées a baissé de 19 %, tandis que le nombre de personnes admises dans un foyer de SLD pendant qu'elles attendaient chez elles a augmenté de 15 %. Cela pourrait s'expliquer par le fait que de nombreuses localités adoptent le programme « Home First »; par le passé, les patients hospitalisés auraient été directement orientés vers un foyer de SLD, alors qu'aujourd'hui, on leur offre plutôt des soins à domicile supplémentaires pour qu'ils puissent réintégrer leur domicile et décider en toute tranquillité d'être placés ou non dans un foyer de SLD par la suite. - Plus d'une personne sur cinq placée dans un foyer de SLD n'a pas de besoins élevés ou très élevés. Ces personnes pourraient être soignées dans d'autres cadres (grâce à plus de soins à domicile ou à des logements supervisés).	- Les services de soins à domicile participent-ils aux soins des clients vulnérables dès qu'ils sont hospitalisés? - Quels sont les services de soins à domicile supplémentaires nécessaires pour éviter les placements dans les foyers de SLD? - Quelles autres solutions que les SLD doit-on envisager pour les personnes qui n'ont pas besoin de la gamme complète de services qu'offrent les foyers de SLD? D'autres services de soins à domicile? Des logements supervisés ou avec services de soutien? - Les clients et les soignants connaissent-ils toutes les options et les services à leur disposition? - Les décisions de faire une demande de placement dans un foyer de SLD sont-elles prises trop rapidement avant que les patients hospitalisés n'aient la possibilité de se rétablir? - Quelles sont les caractéristiques des personnes les plus difficiles à placer dans un foyer de SLD et doit-on créer davantage de services spécialisés dans les foyers de SLD pour ces personnes?
2. Chutes (section 4.6)	Un client des soins à domicile sur quatre indique avoir fait une chute au cours des 90 derniers jours. La situation ne s'est pas beaucoup améliorée ces trois dernières années.	- Procédons-nous à des évaluations de routine de la sécurité? Vérifions-nous si les lieux sont encombrés ou mal éclairés? Y a-t-il des barres de protection? - Encourageons-nous l'utilisation d'aides à la mobilité (marcheurs) et vérifions-nous s'ils sont bien utilisés? - Évaluons-nous les risques de chute et identifions-nous les clients les plus vulnérables? - Les clients à risque élevés reçoivent-ils des services de réadaptation pour devenir plus forts et améliorer leur équilibre? - Les clients prennent-ils des médicaments ayant des effets secondaires susceptibles d'accroître le risque de chutes? Si oui, avons-nous discuté de solutions plus sûres avec le médecin?
3. Plaies de pression (section 4.6)	1,6 % des clients de soins à domicile de longue durée ont une nouvelle plaie de pression (stade 2 à 4) diagnostiquée au cours des six mois précédents. La situation ne s'est pas améliorée au cours des trois dernières années.	- Les clients vulnérables font-ils l'objet d'évaluations pour déterminer s'ils ont des plaies de pression? Ces évaluations sont-elles actualisées? Le personnel vérifie-t-il régulièrement les signes précoces de plaies de pression? Les clients à risque élevé reçoivent-ils des coussins spéciaux afin d'éviter l'apparition de plaies aux endroits où s'exercent les pressions? - Les soignants à domicile ont-ils reçu une formation pour apprendre à identifier les personnes vulnérables aux plaies de pression et connaissent-ils les stratégies de prévention et de traitement appropriées?
4. Blessures (section 4.6)	Environ un client des soins à domicile sur 15 indique avoir une blessure inexploquée examinée au cours des 90 derniers jours.	Vérifions-nous si le domicile des patients comporte des dangers (eau bouillante, prises électriques et encombrement)?



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Thème	Faits importants	Questions à étudier
5. Incontinence (section 3.5)	La moitié des clients de soins à domicile de longue durée montre une détérioration de leur fonction vésicale ou ce problème ne s'est pas amélioré depuis leur dernière évaluation.	- Y a-t-il des soignants à domicile qui peuvent enseigner les protocoles pour « aller aux toilettes à heures fixes » ou apprendre aux clients et aux aidants naturels des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien afin de prévenir une détérioration de la fonction vésicale? - Conseille-t-on aux clients de cesser de prendre certains aliments (caféine)?
6. Activités de la vie quotidienne (section 3.5)	Près de la moitié des clients des soins à domicile a soit une nouvelle difficulté à accomplir les tâches normales de la vie quotidienne, soit un problème existant qui ne diminue pas.	Offre-t-on des services de physiothérapie ou de réadaptation aux clients des soins à domicile pour les aider à garder leur mobilité?
7. Santé mentale (section 3.5)	Un client des soins à domicile sur 10 éprouve de la tristesse et présente au moins deux symptômes de dépression. Il n'y a pas eu d'amélioration au cours des trois dernières années.	Les services de soins à domicile organisent-ils des activités sociales ou coordonnent-ils le traitement de la dépression avec le médecin de famille?
8. Contrôle des douleurs (section 3.5)	Près d'un quart des clients des soins à domicile qui éprouve de la douleur ne bénéficie pas d'une gestion adéquate de leur douleur. Cet indicateur ne s'est pas amélioré au cours des trois dernières années.	- Les clients des soins à domicile sont-ils soumis fréquemment à une évaluation de la douleur? - Les soignants à domicile communiquent-ils les renseignements sur la douleur au médecin pour qu'il modifie les plans de traitement?
9. Réadmissions (section 3.3)	- Environ un patient sur cinq souffrant de défaillance cardiaque congestive ou de MPOC est réadmis dans le mois qui suit, quelle que soit la cause. Il y a d'énormes progrès à faire pour améliorer ces taux. - Le taux de réadmissions a diminué de près de la moitié pour les crises cardiaques au cours des sept dernières années, ce qui est une bonne nouvelle.	- Faisons-nous le nécessaire pour que les clients les plus susceptibles d'être réadmis soient examinés chez eux tout de suite après leur sortie de l'hôpital? - Vérifions-nous si les clients qui sortent de l'hôpital reçoivent les bons médicaments, s'ils connaissent les signes à surveiller et s'ils savent qui appeler pour obtenir de l'aide? - Dépistons-nous et surveillons-nous les clients les plus susceptibles d'être réadmis? - Les clients sont-ils bien suivis à domicile (vérification quotidienne du poids des personnes souffrant de défaillance cardiaque congestive)? - Avons-nous instauré un processus de vérification régulière des traitements médicamenteux (programme MedsCheck)? - Avons-nous instauré des protocoles normalisés de suivi après hospitalisation? - Encourageons-nous les clients à s'autogérer?

1.7 Soins de longue durée

SOINS DE LONGUE DURÉE : Résumé à l'intention des responsables, des employés, des résidents et des familles

Thème	Faits importants	Questions à se poser
1. Temps d'attente pour les SLD (section 2.4)	- Malgré une hausse importante du nombre de lits de SLD il y a plusieurs années, les temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD sont encore trop élevés. Le temps d'attente médian est de 3,5 mois (103 jours), soit près de trois fois plus qu'au printemps 2005. Pour les personnes qui attendent chez elles, l'attente est de plus de cinq mois; pour celles qui attendent à l'hôpital, elle est d'un peu moins de deux mois. Les attentes à l'hôpital contribuent au problème des lits ANS. - Seulement quatre personnes sur 10 qui attendent d'être placées dans un foyer de SLD sont placées dans le foyer qu'ils ont choisi en premier dès la première fois. - Plus d'une personne sur cinq placées dans un foyer de SLD n'a pas de besoins élevés ou très élevés. Ces personnes pourraient être soignées ailleurs (soins à domicile ou logements supervisés).	- Quelles autres solutions aux foyers de SLD doivent-ils envisager ou établir pour les personnes qui n'ont pas besoin de la gamme complète de leurs services? Davantage de soins à domicile? Des logements supervisés ou avec services de soutien? - Y a-t-il des engorgements qui retardent l'admission dans les foyers de SLD? Comment peut-on modifier les processus d'admission pour en améliorer l'efficacité? - Y a-t-il des foyers de SLD comportant de longues listes d'attente qu'on choisit en premier parce qu'ils servent des groupes culturels, ethniques ou linguistiques particuliers, ou parce qu'ils sont spécialisés dans le traitement de certaines maladies? Si oui, est-il possible de redéployer les ressources des foyers de SLD dans notre région pour mieux servir ces groupes?
2. Chutes (section 4.5)	Les chutes sont fréquentes et les taux n'ont pas beaucoup évolué ces dernières années : - Un résident sur sept a fait une chute au cours du mois précédent. - Il n'y a pas eu de grands changements dans le taux des visites aux urgences ou des hospitalisations en raison de chutes. Il y a environ trois hospitalisations pour chute pour 100 résidents chaque année.	- Évaluons-nous la cause de chaque chute? Évaluons-nous les risques régulièrement? Ces évaluations sont-elles actualisées? - Vérifions-nous si les lieux sont encombrés, mal éclairés ou s'ils comportent d'autres dangers? Évitions-nous les moyens de contention physique, qui peuvent causer des chutes? - Encourageons-nous l'utilisation d'appareils fonctionnels déambulateurs, des protecteurs de hanche et offrons-nous ces appareils aux personnes à risque élevé, ainsi que des programmes d'exercice pour que les gens deviennent plus forts et améliorent leur équilibre? - Évitons-nous les médicaments qui donnent des vertiges aux résidents ou les désorientent (voir le point 6 ci-dessous)? Si un résident prend ces médicaments, avons-nous envisagé des solutions plus sûres? - Les résidents reçoivent-ils de l'aide rapidement lorsqu'ils veulent aller aux toilettes?
3. Plaies de pression (section 4.5)	Un résident sur 36 développe une nouvelle plaie de pression grave au cours d'une période de trois mois, ce qui correspond à environ un résident sur neuf par an. L'Ontario peut essayer d'enregistrer un taux plus près de zéro.	- Évaluons-nous les risques de plaie de pression régulièrement pour tous les résidents? - Enseignons-nous à tous les employés les protocoles de prévention (faire des dépistages précoces, déplacer les résidents immobiles régulièrement et techniques appropriées pour éviter les plaies lorsqu'on déplace un résident)? - Offrons-nous des coussins ou des matelas spéciaux pour les résidents à risque élevé? - Avons-nous établi des protocoles normalisés approuvés par tous les médecins pour le traitement des plaies de pression?
4. Incontinence (section 3.4)	21 % des résidents constatent que leur problème d'incontinence s'est aggravé au cours des trois derniers mois.	- Aide-t-on les résidents en leur enseignant des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien ou des protocoles pour « aller aux toilettes à heures fixes » pour éviter l'incontinence? - Les résidents reçoivent-ils de l'aide rapidement lorsqu'ils veulent aller aux toilettes? - Les résidents savent-ils que certains aliments ou boissons (caféine) peuvent aggraver l'incontinence?
5. Visites aux urgences évitables (section 6.3)	- Les visites aux urgences évitables sont fréquentes chez les résidents des foyers de SLD. La situation n'a pas beaucoup évolué dans ce domaine ces sept dernières années. - Au cours des sept dernières années, le taux de visites aux urgences par les foyers de SLD s'est amélioré continuellement pour les soins peu urgents. C'est une bonne nouvelle, mais il y a encore des progrès à faire.	- Quelle formation ou quel soutien le personnel doit-il recevoir pour apprendre à gérer les petites urgences afin d'éviter que les résidents n'aillent aux urgences? - Avons-nous envisagé d'employer des infirmières et infirmiers praticiens, le service Télémédecine ou des calendriers mieux organisés pour les médecins afin d'améliorer la disponibilité des personnes aptes à évaluer les urgences mineures à l'intérieur du foyer? - Les familles sont-elles conscientes des risques éventuels associés aux visites aux urgences (confusion et infections nosocomiales)?



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Thème	Faits importants	Questions à se poser
6. Innocuité des médicaments (section 4.4)	- L'utilisation de médicaments à éviter chez les personnes âgées diminue graduellement. Cependant, environ un résident de foyer de SLD sur cinq prend encore ce genre de médicaments. - Peu après son admission dans un foyer de SLD, un résident sur six reçoit un médicament antipsychotique qu'il ne prenait pas auparavant (prescrit par le médecin du foyer et non par le médecin de famille). Un résident sur quatre reçoit un nouveau anxiolytique ou somnifère. Il n'y a pas eu de grands changements au cours des trois dernières années. Ces médicaments comportent de nombreux risques et devraient être évités dans la mesure possible.	- Pourquoi les gens commencent-ils à prendre des somnifères lorsqu'ils sont admis dans un foyer de SLD? A-t-on essayé d'autres solutions pour traiter l'insomnie (éviter la caféine, réduire les bruits, adopter des heures de coucher régulières, éviter les longues siestes et gérer la dépression sous-jacente)? - Les médecins et le personnel connaissent-ils les médicaments à éviter chez les personnes âgées? Doit-on éliminer certains médicaments de la liste? - Le pharmacien procède-t-il à des examens réguliers et détaillés des médicaments de concert avec les familles et le personnel? - Avons-nous essayé des méthodes non médicamenteuses pour traiter les problèmes de comportement comme les agressions (voir le point 8 ci-dessous)? - Avons-nous un DSE pour mieux surveiller les médicaments et prévenir les effets secondaires?
7. Moyens de contention (section 4.5)	Près d'un résident de foyer de SLD sur six a été maîtrisé physiquement au cours des trois mois précédents. Un grand nombre de foyers de SLD adoptent des politiques de zéro utilisation de moyens de contention et certains pays affichent des taux inférieurs à ceux de l'Ontario.	- Informons-nous le personnel et les familles favorables aux moyens de contention sur les dangers que ces derniers représentent (chutes, plaies de pression et asphyxie)? - Pour les personnes qui ont tendance à errer, avons-nous envisagé d'autres solutions que les moyens de contention, par exemple, des alarmes de lit et de porte?
8. Problèmes de comportement (section 4.5)	On a constaté une détérioration du comportement chez 14 % de résidents des foyers de SLD (agression ou errance) au cours des trois derniers mois.	- Le personnel a-t-il suivi une formation en techniques de communication et de désescalation des conflits pour éviter les frustrations (contact visuel et questions à une phrase)? - Pouvons-nous communiquer dans la langue de nos résidents? - Le personnel a-t-il réfléchi au fait que ce comportement est attribuable à un problème de santé existant ou nouveau? À l'inconfort ou à la crainte? Lorsque les causes de comportement perturbateur sont déterminées, les solutions sont-elles intégrées aux plans de soins?

1.8 Maladies cardiovasculaires

Globalement, la gestion des maladies cardiovasculaires s'est améliorée considérablement, mais il y a encore des domaines où l'Ontario peut s'améliorer, notamment au chapitre des défaillances cardiaques congestives.

1. **Les temps d'attente pour les chirurgies cardiovasculaires sont conformes aux objectifs établis pour la plupart des patients, mais il y a encore des progrès à faire.** En ce qui concerne les pontages, les angiographies et les interventions coronaires percutanées, la grande majorité des patients se sont fait opérer dans les délais recommandés. Il y a des progrès à faire pour les angiographies moyennement urgentes (70 % sont réalisées dans les délais recommandés) et les interventions coronaires percutanées moyennement urgentes (79 % sont réalisées dans les délais recommandés).
2. **Davantage de patients prennent les bons médicaments après une crise cardiaque, mais il y a aussi des progrès à faire dans ce domaine.** Les taux d'utilisation des statines, des bêta-bloquants et des IECA/ARA sont de 87 %, 79 % et 79 % respectivement, mais selon les spécialistes, ils devraient être plus près de 90 %.
3. **Les taux d'incidence, de mortalité et de réadmissions pour crise cardiaque diminuent.** Le taux d'hospitalisations pour angine de poitrine a baissé de 66 % ces sept dernières années et de 13 % au cours de l'année écoulée.
4. **Les défaillances cardiaques congestives sont encore associées à des taux de mortalité et de réadmission élevés.** Plus d'un tiers des patients admis la première fois pour défaillance cardiaque congestive décèdent pendant l'année qui suit et cet indicateur ne s'est pas amélioré au cours des six dernières années. Environ 22 % des patients atteints de défaillance cardiaque congestive sont réadmis dans les 30 jours; cet indicateur ne s'est pas amélioré récemment.
5. **Le taux de mortalité s'est amélioré pour les AVC, mais il y a encore des progrès à faire.** Les taux de mortalité pour les AVC baissent et presque tous les patients prennent de l'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments antithrombotiques, comme le suggèrent les lignes directrices. Cependant, seulement 13 % des personnes victimes d'un AVC qui se présentent aux urgences reçoivent un médicament anticoagulant dans l'heure qui suit pour éviter les invalidités dues à l'AVC. De plus, 29 % des patients ayant eu un AVC sont admis dans un service de réadaptation où on les aidera à retrouver leurs fonctions; selon les spécialistes, ce taux devrait se rapprocher de 40 %.
6. **Les taux de tabagisme ont beaucoup baissé, mais les résultats relatifs aux autres comportements nuisibles pour la santé et aux crises cardiaques ne se sont pas améliorés.** Les taux de tabagisme ont diminué pour passer de 25 % en 2001 à 19 % en 2009. Toutefois, à l'heure actuelle, 18 % des Ontariennes et Ontariens sont obèses et la moitié est physiquement inactive; ces taux ont peu évolué.
7. **Les personnes ayant un faible revenu et peu d'instruction ont toujours tendance à s'adonner à des comportements nuisibles pour la santé.** En Ontario, 36 % des gens les plus pauvres risquent davantage d'être victimes d'une crise cardiaque que les plus riches. Les personnes ayant un faible revenu ou peu d'instruction sont deux fois plus nombreuses à fumer que celles qui ont des revenus plus élevés ou un niveau d'instruction supérieur.

Questions importantes pour les responsables et le personnel du système de santé :

- Dans quelle mesure les méthodes recommandées sont-elles observées? Les fournisseurs de soins primaires utilisent-ils des outils comme les organigrammes pour les défaillances cardiaques ou les coronaropathies afin de surveiller si les gens reçoivent les bons médicaments et examens? Les dossiers médicaux électroniques peuvent-ils signaler les patients ayant besoin d'un suivi ou d'une surveillance plus rapprochée parce qu'ils ont du mal à bien gérer leur maladie?
- Les hôpitaux utilisent-ils des outils comme les listes de prescriptions normalisées à l'admission ou des listes de vérification à la sortie pour vérifier si les patients bénéficient des médicaments et des examens recommandés? Les fournisseurs de soins reçoivent-ils une rétroaction sur la manière dont les méthodes recommandées sont appliquées?
- Les patients participent-ils à la gestion de leurs soins? Vérifions-nous si les patients ont bien compris les renseignements qui leur sont donnés? Sont-ils encouragés à prendre leurs propres décisions au sujet de leurs soins? Surveillent-ils régulièrement des mesures clés comme la tension artérielle ou le poids (pour les défaillances cardiaques)? Disposent-ils d'un plan d'action indiquant ce qu'ils doivent faire ou qui ils doivent appeler si leur état se détériore?
- Pouvons-nous cibler les interventions afin de réduire les comportements nuisibles pour la santé vers les personnes qui pourraient en profiter le plus?

Questions importantes pour les patients cardiaques et dont ils peuvent discuter avec leur médecin :

- Est-ce que je reçois les bons médicaments? Posez des questions sur l'acide acétylsalicylique (Aspirine) ou les médicaments pour réduire le taux de cholestérol (statines), un IECE/ARA et un bêta-bloquant pour d'anciennes crises cardiaques, les artères bloquées et les défaillances cardiaques congestives.
- Est-ce que je bénéficie d'un bon suivi? Cela comprend les vérifications de la tension artérielle, les tests périodiques des taux de cholestérol et, pour les personnes souffrant de défaillance cardiaque congestive, un échocardiogramme et un suivi quotidien du poids.
- Est-ce que je connais les signes précoces d'un AVC (faiblesse, engourdissement, incapacité de parler ou d'écrire, double vision) pour savoir si je dois me rendre à l'hôpital immédiatement?
- Me suis-je établi des objectifs en matière de tension artérielle et de cholestérol? Les objectifs typiques pour la tension artérielle sont 140/90 ou 130/80 pour les personnes qui souffrent aussi de diabète; l'objectif pour le LDL (« mauvais cholestérol ») est deux ou moins.
- Que fais-je pour cesser de fumer, améliorer mon activité physique et atteindre ou maintenir mon poids idéal? Quels objectifs personnels dois-je me fixer? De quelle aide ai-je besoin, par exemple, conseils en matière de nutrition, groupes d'exercices, aide à la cessation du tabagisme et soutien des amis ou de la famille?

1.9 Diabète

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Globalement, la gestion du diabète s'est quelque peu améliorée, mais il y a encore beaucoup de progrès à faire, en particulier pour le suivi et le dépistage des patients et les facteurs de risques et les ordonnances à remplir. Pour que l'Ontario puisse continuer de progresser, les patients devront participer à la gestion de leurs soins et se fixer des objectifs et des plans pour améliorer leurs habitudes de vie.

1. **L'incidence de complications graves et d'hospitalisations dues au diabète a diminué au cours des cinq dernières années, mais il y a encore des progrès à faire.** Un peu plus d'un patient diabétique sur 25 sera victime d'une complication grave (décès, crise cardiaque, AVC, amputation ou défaillance rénale) sur une période d'un an.
2. **Davantage de patients reçoivent les bons médicaments pour le diabète, mais la situation est encore loin d'être parfaite en Ontario.** Seulement 60 % des personnes diabétiques prennent régulièrement un médicament pour réduire le taux de cholestérol (statines), 67 % prennent un IECA/ARA et 48 % les deux. Selon les spécialistes, la plupart des patients diabétiques âgés devraient prendre ces médicaments.
3. **Le suivi des personnes diabétiques laisse à désirer.** Alors que tous les patients diabétiques devraient se faire examiner les yeux régulièrement, seulement environ la moitié le fait.
4. **Le tabagisme a diminué brusquement au cours de la dernière décennie, mais les résultats relatifs aux autres comportements nuisibles pour la santé qui mènent au diabète ou l'aggravent ne se sont pas améliorés.** Actuellement, en Ontario, 19 % des gens fument, 18 % sont obèses et 50 % sont inactifs.
5. **Les personnes ayant un faible revenu ou peu d'instruction risquent davantage de s'adonner à des comportements nuisibles pour la santé qui mènent au diabète ou l'aggravent.** Les taux de tabagisme et d'inactivité physique sont les plus élevés chez les personnes ayant un faible revenu ou peu d'instruction. Les taux d'obésité sont les plus élevés chez les personnes peu instruites.

Questions importantes pour les responsables et le personnel du système de santé :

- Utilisons-nous des outils comme les organigrammes sur le diabète nous rappelant les pratiques exemplaires?
- Si nous avons un DME, produit-il des données sur le pourcentage des patients diabétiques qui prennent les bons médicaments (statines et IECA/ARA) ou ont passé récemment un test d'hémoglobine A1c ou un examen de la vue? Le DME produit-il des rappels lorsque les patients diabétiques ont besoin de tests ou de suivi?
- Nos patients se sont-ils fixé des objectifs pour être en meilleure santé? Leur a-t-on recommandé de s'inscrire à un programme d'autogestion des maladies chroniques?
- Notre cabinet est-il doté d'un monofilament pour l'examen approprié des pieds des personnes diabétiques?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables afin d'assurer qu'elles obtiennent des services conçus en fonction de leur niveau d'éducation, culture ou langue?

Questions importantes pour les personnes diabétiques et dont elles peuvent discuter avec leur médecin :

- Est-ce que je prends les bons médicaments? Posez des questions sur les statines, IECA/ARA et l'acide acétylsalicylique (aspirine), et les médicaments pour contrôler le taux de sucre dans le sang.
- Suis-je bien suivi? Cela comprend les examens de la vue, des pieds, des analyses d'urine, et des analyses régulières du sang pour vérifier les taux de cholestérol et d'hémoglobine A1c (taux moyen du sucre dans le sang sur trois mois).
- Est-ce que je surveille mon taux de sucre dans le sang et ma tension artérielle? Ai-je un journal dans lequel je note ces résultats?

1.10 Cancer

On a constaté une baisse graduelle des taux de décès dus aux cancers principaux en Ontario, probablement en raison des meilleurs traitements et de la baisse du tabagisme. Cependant, il faut diminuer les temps d'attente pour les chirurgies urgentes du cancer et les traitements systémiques (chimiothérapie) et réduire davantage les comportements nuisibles pour la santé et améliorer le dépistage du cancer.

1. **Les taux du cancer du poumon et de mortalité due au cancer du sein se sont améliorés au cours des 10 dernières années.** C'est une bonne nouvelle qui peut s'expliquer par la baisse du tabagisme ces dernières décennies et l'amélioration des traitements au fil du temps.
2. **Les temps d'attente pour les soins du cancer peuvent être améliorés, surtout pour les chirurgies du cancer urgentes et les traitements systémiques (chimiothérapie).** Seulement 67 % des patients nécessitant des soins d'urgence (priorité 2) ont été opérés dans les délais recommandés. Certains hôpitaux, dont l'Hôpital général de North York, enregistrent un taux de 100 % grâce à des processus de prise de rendez-vous bien conçus et efficaces. D'autres hôpitaux pourraient en faire de même. Les temps d'attente pour la radiothérapie se sont améliorés, près de quatre patients sur cinq étant traités dans les délais recommandés, mais il y a encore des progrès à faire. Près des deux tiers des patients nécessitant des traitements systémiques voient un spécialiste dans le délai de 14 jours recommandé. Après avoir été examinés par un spécialiste, environ la moitié seulement des patients sont traités dans les délais recommandés.
3. **Les taux de dépistage du cancer du sein et du côlon peuvent encore s'améliorer.** Environ un tiers des femmes qui doivent passer une mammographie et un quart des femmes qui doivent subir un test Pap ne le font toujours pas. Les taux de dépistage du cancer du côlon progressent, mais sont encore trop faibles (35 %).
4. **Les taux de tabagisme ont beaucoup baissé, mais on ne constate aucun progrès au niveau des autres comportements nuisibles pour la santé, comme une consommation insuffisante de fruits et de légumes, l'obésité, l'inactivité physique et la consommation excessive d'alcool.** Actuellement, les taux s'établissent à 19 %, 56 %, 18 %, 49 % et 22 % respectivement pour ces comportements. Il y a une corrélation entre les comportements nuisibles pour la santé et le cancer du sein, du côlon, des poumons, du foie, des reins et d'autres cancers.
5. **Les personnes ayant un faible revenu et peu d'instruction continuent de présenter les plus grands risques de comportements nuisibles pour la santé et de ne pas faire des tests de dépistage préventifs.** Par exemple, les taux de tabagisme sont de 35 % pour les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires et de 15 % pour celles qui ont fait des études postsecondaires. Les taux de mammographie sont de 59 % chez les femmes ayant un faible revenu par rapport à 71 % pour celles dont les revenus sont plus élevés. Les futurs plans de lutte contre le cancer doivent inclure des stratégies ciblant les personnes les plus vulnérables.

Questions importantes que peuvent se poser les responsables et le personnel du système de santé :

- Quels objectifs établissons-nous pour les temps d'attente? Si certains établissements ont réussi à réduire considérablement les temps d'attente (Hôpital général de North York), pourquoi n'en sommes-nous pas capables?
- Avons-nous établi les processus nécessaires pour les chirurgies et séances de radiation ou de chimiothérapie? Quels sont les domaines où il y a du gaspillage, des chevauchements, des erreurs ou un manque de communication? Que faisons-nous pour que les processus soient exécutés en temps voulu et qu'ils soient plus fiables?
- Avons-nous mis en place un système d'information pour rappeler aux personnes concernées qu'elles doivent passer un examen de dépistage du cancer?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables?

Questions importantes dont on peut discuter avec son médecin :

- Quels tests de dépistage dois-je passer compte tenu de mon âge et de mon sexe et à quelle fréquence? Quand dois-je passer chacun de ces tests?
- Qu'est-ce que je fais pour arrêter de fumer, devenir plus actif physiquement et atteindre ou maintenir mon poids idéal? Quels objectifs personnels devrais-je me fixer? De quelle aide ai-je besoin, par exemple, conseils en matière de nutrition, groupes d'exercices, aide à la cessation du tabagisme et soutien des amis ou de la famille?

1.11 Santé mentale

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Le suicide, la dépression et le non-suivi des soins demeurent un sujet de préoccupations dans le domaine de la santé mentale. Cependant, en Ontario, la description de la santé mentale est très limitée en raison des énormes lacunes dans la capacité du système de santé d'évaluer la qualité des services prodigués.

- 1. Le taux des personnes qui se présentent aux urgences pour automutilation a baissé depuis quelques années, mais les taux de suicide n'ont pas bougé. Il y a encore des progrès à faire.** À l'heure actuelle, il y a 88 visites aux urgences pour automutilation pour 100 000 personnes. Les femmes et les personnes ayant un faible revenu présentent les risques les plus élevés. En 2007, 1 000 personnes se sont suicidées en Ontario. La situation n'a pas évolué au cours des sept dernières années. Le suivi des taux de suicide laisse à désirer et on craint que le nombre de suicides signalé ne reflète pas la réalité.
- 2. De nombreuses personnes ayant des problèmes de santé mentale ne reçoivent pas les soins primaires dont elles ont besoin après une hospitalisation.** Près de quatre patients hospitalisés sur 10 pour maladie mentale ne voient pas de médecin de soins primaires dans les 30 jours qui suivent leur sortie de l'hôpital et la situation ne s'est pas améliorée au cours des trois dernières années.
- 3. La dépression est un problème important chez les personnes de santé fragile ou âgées.** 9,2 % des personnes qui reçoivent des soins à domicile présentent des signes sérieux de dépression, dont une tristesse profonde ou le retrait des activités normales. 26 % des résidents des foyers de SLD ont manifesté des signes croissants de dépression ou d'anxiété au cours des trois mois précédents.
- 4. Les résidents des foyers de SLD ont souvent des comportements inacceptables, comme les agressions, l'agitation ou l'errance.** Depuis leur dernière évaluation (trois mois plus tôt), ce type de comportement s'est aggravé chez 14 % de résidents. Ces comportements sont particulièrement fréquents chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence.
- 5. Un grand nombre de personnes qui sont admises dans un foyer de SLD pour la première fois reçoivent un médicament antipsychotique ou un anxiolytique qu'elles ne prenaient pas auparavant.** Un résident sur six reçoit un nouveau médicament antipsychotique et un résident sur quatre prend des anxiolytiques (souvent utilisés comme somnifères). Ces médicaments comportent de nombreux risques et devraient être évités dans la mesure du possible.

Questions importantes dont on peut discuter avec son médecin :

- Surveillons-nous les signes de dépression?
- Prescrivons-nous trop d'antipsychotiques et d'anxiolytiques? Utilisons-nous des méthodes non médicamenteuses pour traiter l'agitation, l'insomnie ou l'anxiété? Offrons-nous des activités sociales ou des conseils aux clients des soins à domicile ou aux résidents des foyers de SLD? Afin d'éviter la frustration chez les résidents des foyers de SLD, utilisons-nous certaines stratégies, dont communiquer au moyen de phrases uniques, maintenir le contact visuel et appliquer des techniques de désescalation des conflits?
- Demandons-nous à un médecin de passer en revue les traitements médicamenteux et sollicitons-nous leur point de vue aux clients/résidents, familles et membres du personnel?
- Si nous avons un DME, a-t-il été conçu pour suivre les tendances en matière de traitement médicamenteux?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables et faire en sorte qu'elles reçoivent les conseils dont elles ont besoin pour cesser de s'automutiler? Nos services ont-ils été conçus de façon à tenir compte de la culture et de la situation financière et familiale des gens?

Questions importantes pour les familles ou les patients affichant des symptômes de maladie mentale et dont ils peuvent discuter avec leur médecin :

- Mon père (ma mère, mon oncle, etc.) présente-t-il des signes de dépression? Que fait-on pour traiter ces symptômes? Si mon père est dans un foyer de SLD, y a-t-il des facteurs qui y contribuent? Que pouvons-nous faire pour améliorer la participation aux activités ou aux réseaux sociaux?
- En ce qui concerne les personnes hospitalisées pour un problème de santé mentale, fait-on le nécessaire pour qu'elles soient suivies par un médecin de famille ou d'autres services de santé mentale lorsqu'elles sortent de l'hôpital?
- A-t-on prescrit des antipsychotiques, des anxiolytiques ou des somnifères à mon père (Valium ou Ativan)? Ai-je demandé à son médecin si ces médicaments sont nécessaires et s'il existe d'autres méthodes pour traiter les problèmes d'agitation, d'insomnie ou d'anxiété?

1.12 Importance des données

QSSO a pour mandat de publier des rapports sur la performance du système de santé ontarien financé par les deniers publics. Pour s'acquitter de sa mission, l'organisme doit avoir accès à des données actuelles de qualité supérieure concernant la prestation et les répercussions de la gamme complète de services de santé prodigués. L'Ontario dispose déjà des meilleures données au Canada, recueillies par divers organismes. Néanmoins, il y a encore des lacunes; dans certains cas, les données sont inexactes ou impossibles à accéder, alors que dans d'autres, il n'y a pas de données du tout.

QSSO estime qu'il est important de préconiser l'amélioration des données. De meilleures données égalent de meilleurs rapports, ce qui est essentiel pour améliorer les soins. Cette année, QSSO a collaboré avec divers intervenants et spécialistes pour déterminer les questions sur la qualité auxquelles on ne peut répondre sans de meilleures données, pourquoi les questions sont importantes et présenter des idées sur la façon dont les données peuvent être obtenues.

Thème	Questions auxquelles l'Ontario doit répondre	Pourquoi c'est important	Idées sur la façon d'obtenir les données
Gestion des maladies chroniques	- Suit-on les pratiques exemplaires? Les patients reçoivent-ils les bons médicaments et le bon suivi? - Les maladies chroniques sont-elles bien contrôlées? Les mesures physiques (tension artérielle, poids) sont-elles acceptables?	Les maladies chroniques affectent un grand nombre de personnes en Ontario. Les traitements coûtent des milliards de dollars, mais nous ne savons pas s'ils sont efficaces.	Un registre des cas de diabète est en cours d'élaboration et comblera bientôt ces lacunes. Les DME des cabinets de soins primaires pourraient servir à extraire ces données pour d'autres affections à l'avenir.
Pertinence des services	- Les gens passent-ils des examens ou font-ils l'objet de chirurgie ou d'autres interventions non nécessaires?	La viabilité du système de santé dépend de la capacité de réduire les dépenses liées aux soins non nécessaires tout en gardant l'argent pour quand on en a besoin.	Recueillir des données sur au moins un échantillon de services pour savoir si les critères de pertinence sont satisfaits. Envisager de créer des systèmes électroniques de prescriptions où ces données pourraient être saisies.
Résultats et accès aux soins de santé mentale	- Les gens se sentent-ils mieux ou sont-ils prêts à réintégrer la société après avoir reçu des soins de santé mentale? - Les gens ont-ils accès aux services dont ils ont besoin?	Des milliers de fournisseurs de services de santé mentale exercent en Ontario, mais on a peu d'information sur les répercussions des programmes.	Envisager de mener un sondage sur les expériences vécues par les usagers des services de santé mentale afin de mesurer les résultats et l'accès.
Résultats signalés pour les patients	- Les gens fonctionnent-ils mieux après avoir été traités ou opérés? Leur capacité de se mouvoir, de voir, d'entendre, de fonctionner normalement ou de vivre sans douleur s'est-elle améliorée?	L'Ontario a dépensé des milliards de dollars pour réduire les temps d'attente pour les chirurgies, mais on ne sait pas si les gens se sentent vraiment mieux.	Envisager de mener un sondage auprès des patients après une intervention. De nouvelles questions pourraient être ajoutées aux sondages existants.
Utilisation et innocuité des médicaments	- Quels médicaments les gens prennent-ils? - Quelle est la fréquence des préjudices subis à cause des effets secondaires évitables des médicaments?	Il faut des données sur l'utilisation des médicaments pour déterminer si les gens ayant certaines maladies prennent les bons médicaments; actuellement, les seules données disponibles concernent les personnes âgées de 65 ans et plus ou recevant une aide sociale. Il y a très peu de données sur les erreurs médicamenteuses (erreur de dose, de médicament, de site) et sur l'ampleur des préjudices causés.	L'Ontario pourrait s'inspirer de l'Alberta et de la Saskatchewan ^{vi} qui disposent déjà de systèmes de données assurant le suivi des médicaments et des allergies pour tous les habitants. L'Ontario dispose d'une base de données indiquant les erreurs et les préjudices liés aux médicaments volontairement signalés par les hôpitaux ^{vii} ; on pourrait envisager de généraliser ce processus et de le rendre obligatoire.
Sécurité dans les hôpitaux – mesures plus vastes	- Quelle est la probabilité générale de subir des préjudices pendant une hospitalisation? - Quelle est la fréquence de ces événements : diagnostics manqués, complications chirurgicales, « erreurs médicales » (erreur de site opératoire), décès par aseptie ou préjudice évitable lors d'un transfert entre petits et grands hôpitaux.	L'Ontario a investi des sommes considérables pour mesurer les infections nosocomiales, mais ne fait pas grand-chose pour mesurer d'autres problèmes graves de sécurité des patients dans les hôpitaux.	Envisager d'améliorer le processus existant en vertu duquel les rédacteurs de dossiers médicaux saisissent les données dans la Base de données sur les congés des patients ou d'utiliser des « outils de rappel » afin d'alerter les médecins et le personnel infirmier quand des anomalies sont décelées (durée inhabituelle d'une hospitalisation).

^{vi} L'Alberta's Pharmacy Information Network et le Saskatchewan's Pharmacy Information Program offrent cette fonctionnalité.

^{vii} Ces données sont communiquées à l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Thème	Questions auxquelles l'Ontario doit répondre	Pourquoi c'est important	Idées sur la façon d'obtenir les données
Équité du système de santé	- Quels sont les écarts entre les groupes de population au chapitre des résultats et de l'accès aux services?	On a des renseignements sur le revenu, le niveau d'éducation, l'ethnicité et le statut d'immigration grâce aux données qui proviennent d'enquêtes nationales, mais pas sur d'autres sources de données. Cela limite la capacité de surveiller les inégalités sociétales. De plus, actuellement, les bases de données ontariennes n'ont rien sur les Premières Nations.	Ajouter davantage de questions sur le revenu ou l'ethnicité dans d'autres sondages. Relier les données avec celles du gouvernement fédéral sur le statut d'Indien inscrit. Étudier des moyens d'ajouter ces données aux registres sur les maladies chroniques au moment de leur création.
Coût des services	- Combien coûte un service de soins de santé? Qui peut prodiguer un service de qualité supérieure au coût le plus bas?	Il est important d'identifier les modèles de soins qui produisent les meilleurs résultats au coût le plus bas, pour que d'autres puissent s'en inspirer. Actuellement, il y a très peu de données sur les coûts par service.	L'Ontario n'a pas beaucoup d'expérience en établissement des coûts des services hospitaliers dont pourraient profiter d'autres secteurs.
Expérience vécue par les patients (hors des hôpitaux)	- Les usagers des services de santé estiment-ils que le système tient compte de leurs besoins? La communication est-elle bonne, les gens sont-ils polis, les patients participent-ils aux décisions, ou répond-on à leurs questions et préoccupations?	Les soins centrés sur les patients sont un attribut de qualité important. Les hôpitaux les évaluent régulièrement, alors que d'autres secteurs ne le font pas. La <i>Loi sur l'excellence des soins pour tous</i> finira par rendre obligatoires les sondages des patients à l'échelle du système.	Des sondages sont en cours d'élaboration pour les soins à domicile et de longue durée. Envisager de mener des sondages sur les expériences vécues par les patients/usagers des soins primaires et des services de santé mentale.
Exactitude des taux de mortalité	- Quel est le taux de mortalité infantile? Le taux de suicide? Le taux de mortalité pour d'autres maladies? Ces taux font actuellement l'objet d'un suivi, mais on questionne leur exactitude.	Les spécialistes craignent que les taux de mortalité infantile ne correspondent pas à la réalité parce que les formulaires requis ne sont pas remplis. Les taux de suicide sont aussi probablement inférieurs à la réalité, car l'information sur la cause de décès est fournie seulement avec l'acte de décès original.	Modifier le processus utilisé pour surveiller les taux de décès ou déterminer la cause des décès.

2.1 Temps d'attente dans les salles des urgences

Les gens souhaitent être vus et soignés rapidement et bien, lorsqu'ils vont aux urgences. Après la première évaluation, les soins dispensés aux urgences peuvent comporter des tests de diagnostic, l'observation et/ou un traitement. Les personnes plus malades doivent être vues plus rapidement et doivent généralement passer plus de temps aux urgences pour recevoir les soins dont elles ont besoin. Les soins prodigués aux urgences se terminent lorsque le patient est soit hospitalisé soit envoyé chez lui. Toutefois, les patients qui ne sont pas vus rapidement peuvent décider de quitter les urgences. Le MSSLD a investi récemment dans un nouveau système d'information qui lui permet de suivre les soins dispensés aux urgences. Ce système est une composante importante de la stratégie de réduction des temps d'attente aux urgences.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que les gens qui viennent aux urgences soient examinés et traités rapidement et bien.	Aux urgences, une longue attente est fâcheuse pour les patients. Il arrive, dans certains cas, qu'un retard dans la prestation des soins ait des conséquences néfastes sur la santé d'un patient ¹ . Pour les personnes qui attendent d'être admises, une longue attente sur une civière ou dans un couloir peut mettre à mal leur confort et intimité aussi.	En Ontario, une personne sur cinq se rend au moins une fois par an aux urgences ^{2,3} .

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
90 ^e percentile de temps d'attente pour les patients des urgences : — complexité élevée [†] — faible complexité ^{††}	12 h* 4.3 h		Pour neuf patients sur 10 nécessitant des soins très complexes, le maximum de temps passé aux urgences a diminué de deux heures au cours des deux dernières années (de 14 à 12 heures), et pour les personnes nécessitant des soins peu complexes, le temps d'attente a diminué d'une demi-heure (de 4,8 à 4,3 heures). Les politiques, les investissements et les mesures d'amélioration de la qualité prises par les hôpitaux de la province ont probablement contribué à cette réduction (voir plus de détails à la page suivante). Cependant, il y a des améliorations à faire, car la durée ciblée pour les patients nécessitant des soins très ou peu complexes est de 8 heures et 4 heures respectivement⁴.
Pourcentage de patients qui ont quitté les urgences sans être vus	4.7%**		Un Ontarien sur 20 qui vient aux urgences repart sans avoir été vu par un médecin, sans doute parce qu'elle ou il en avait assez d'attendre⁵. Cet indicateur s'est amélioré au cours des deux dernières années, probablement car les temps d'attente ont diminué. Il reste encore des améliorations à faire.
Pourcentage de patients dont les soins ont été prodigués dans les délais prescrits : — globalement — patients admis [†] — patients nécessitant des soins très complexes non admis ^{††} — Patients nécessitant des soins peu complexes non admis ^{†††}	81 %*** 41 % [§] 90 % [§] 85 % [§]		Au cours des deux dernières années, le pourcentage de personnes qui ont été traitées aux urgences dans les délais prescrits a légèrement augmenté pour passer de 78 % à 81 %. Bien que cette amélioration soit encourageante, plus de la moitié des patients hospitalisés passent encore trop de temps aux urgences. Il y a des améliorations à faire.

Sources des données : *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), septembre 2010, données fournies par le MSSLD.

** SNISA, janvier à mars 2010, données fournies par le MSSLD.

***Système d'information sur les services des urgences, avril à juin 2010, données fournies par Action Cancer Ontario.

§§Système d'information sur les services des urgences, exercice 2009-2010, données fournies par Action Cancer Ontario.

§§§Etude internationale des adultes du Fonds du Commonwealth, 2010.

[†] Comprend les patients qui, lors du triage, sont classés dans les catégories 1 (réanimation), 2 (cas émergent) ou 3 (cas urgent). ^{††} Comprend les patients classés dans la catégorie 4 (cas semi-urgent) ou 5 (cas non urgent). ^{†††} Cible : huit heures. ^{†††} Cible : quatre heures.

^{††††} Cet indicateur mesure le « traitement », qui a lieu généralement après l'évaluation du médecin et dont le temps d'attente médian est 1,2 heure.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Temps médian avant l'évaluation du médecin	1,2 h**		Les personnes attendent trop longtemps avant de voir un médecin aux urgences, selon les lignes directrices nationales ⁶ . Le temps médian entre le moment où un patient est inscrit aux urgences jusqu'au moment où il voit un médecin est 1,2 heure, et cela n'a pas changé ces deux dernières années. Actuellement, les gens attendent 18 minutes de plus qu'en 2004 ⁷ . De toute évidence, il y a des améliorations à faire.
Temps médian entre l'admission et le transfert vers un lit d'hôpital	3,4 h**		La moitié des patients ont attendu plus de trois heures aux urgences avant d'être hospitalisés. Les attentes ont tendance à être plus longues en hiver qu'en été. Globalement, il n'y a pas eu d'amélioration au cours des deux dernières années. Cette constatation est conforme à la conclusion susmentionnée que ce sont les patients admis qui ont le plus de difficulté à être traités aux urgences dans le délai prescrit. Les futurs efforts d'amélioration devront cibler ce groupe.
Pourcentage d'Ontariens qui se sont rendus aux urgences et disent avoir attendu deux heures ou plus pour se faire traiter après leur arrivée	50 % ^{§§}		La moitié des Ontariens qui sont allés aux urgences ont dit avoir attendu deux heures ou plus avant d'être traités [§] . Comparativement aux 10 autres pays inclus dans l'enquête, le Canada et l'Ontario enregistrent des résultats médiocres. Ainsi, bien que les récentes améliorations décrites ci-dessus soient une bonne nouvelle, l'Ontario a encore beaucoup de progrès à faire.

Sources des données : *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), septembre 2010, données fournies par le MSSLD.

** SNISA, janvier à mars 2010, données fournies par le MSSLD.

*** Système d'information sur les services des urgences, avril à juin 2010, données fournies par Action Cancer Ontario.

§ Système d'information sur les services des urgences, exercice 2009-2010, données fournies par Action Cancer Ontario.

§§ Étude internationale des adultes du Fonds du Commonwealth, 2010.

[†] Comprend les patients qui, lors du triage, sont classés dans les catégories 1 (réanimation), 2 (cas émergent) ou 3 (cas urgent). ^{††} Comprend les patients classés dans la catégorie 4 (cas semi-urgent) ou 5 (cas non urgent). [‡] Cible : huit heures. ^{‡‡} Cible : quatre heures.

^{†††} Cet indicateur mesure le « traitement », qui a lieu généralement après l'évaluation du médecin et dont le temps d'attente médian est 1,2 heure.

2.1

Causes fondamentales

Inefficacité des processus de planification de sortie des patients. Les patients occupent des lits aux urgences alors qu'ils pourraient être placés ailleurs (domicile, soins à domicile, soins de longue durée)⁸.

Les retards accumulés ailleurs dans l'hôpital empêchent les patients admis aux urgences d'être hospitalisés en temps voulu.^{9,10,11}

Inefficacité des méthodes aux urgences. Certaines méthodes, comme les changements de poste, l'accès au matériel et aux fournitures ou les retards dans le processus d'admission peuvent ralentir les procédures.

Idées de changement

- **Améliorer la fluidité et l'efficacité du mouvement des patients. Offrir d'autres possibilités** aux patients nécessitant un autre niveau de soins (voir la section 6.2).
- **Utiliser des systèmes de surveillance** pour réduire au minimum les périodes d'inoccupation des lits.

Utiliser un logiciel de gestion des processus pour surveiller le mouvement des patients et détecter les attentes¹².

- **Faciliter l'arrivée et la sortie des patients hospitalisés.** P. ex., les personnes qui sont admises le lundi ont tendance à rester plus longtemps, car les sorties se font le lundi. Lorsque le nombre d'admissions est supérieur au nombre de sorties dans une journée donnée, les attentes aux urgences sont plus longues le jour suivant¹³. On pourrait faciliter le mouvement des patients en bien planifiant les sorties et en répartissant mieux l'accès à certains services tout au long de la semaine.
- **Répartir plus uniformément au cours de la semaine les interventions chirurgicales non urgentes¹⁴.** Il serait ainsi plus facile de traiter les cas de chirurgie provenant des urgences au fur et à mesure qu'ils surviennent.

Améliorations particulières des méthodes aux urgences^{15,16}, notamment :

- Établir une **aire de triage rapide** pour les cas les moins graves.
- Établir des **aires spéciales pour les patients qui doivent être mis en observation** pendant plusieurs heures.
- **Modifier l'emplacement des fournitures et du matériel aux urgences et placer les fournitures fréquemment utilisées au même endroit** afin de minimiser le temps perdu par le personnel à faire des allées et venues.
- **Utiliser un logiciel de gestion des processus** pour analyser les données et les processus afin de réduire le travail inutile et d'améliorer l'utilisation des ressources¹⁷.
- **Appliquer des horaires souples pour le personnel.** Collaborer avec les membres du personnel pour mettre en place des dispositions afin de permettre au personnel d'être appelé au travail lorsque la demande est élevée ou de rester chez eux lorsqu'il n'y a pas beaucoup de travail¹⁸.

Beaucoup d'hôpitaux ont déjà commencé à adopter ces idées; si nous voulons progresser dans l'avenir, il faudra faire en sorte que beaucoup plus d'hôpitaux de la province appliquent ces idées.

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Causes fondamentales

Demandes évitables pour les cas non urgents¹⁹, qui pourraient être soignés ailleurs qu'aux urgences.

Voir la section 3.6 pour plus de détails sur les visites aux urgences évitables.

Demande évitable en raison d'affections qui auraient pu être mieux gérées dans un cabinet de soins primaires.

Idées de changement

Orienter les cas non urgents se présentant aux urgences vers d'autres services²⁰ :

- **Améliorer l'accès aux soins primaires après les heures de travail^{21, 22}.**
- Encourager les gens à appeler **Télésanté Ontario** pour demander s'ils doivent se rendre aux urgences.
- **Établir des cliniques de « soins urgents »** qui peuvent accéder immédiatement aux services d'imagerie diagnostique et aux laboratoires, où les patients ne nécessitant pas des soins actifs peuvent être examinés. Grâce à cette approche, l'Alberta a réduit le recours aux urgences de 22 % à 25 %²³.
- **Diriger les patients vers d'autres services.** Par exemple, grâce à un meilleur système de triage et d'orientation, l'Hôpital général de North York a dirigé la moitié de certains patients psychiatriques des urgences vers les services de soins communautaires²⁴.

Améliorer les services de soins primaires. Améliorer l'accès aux soins primaires (voir la section 2.2), y compris les soins primaires et la gestion des maladies chroniques après les heures (voir la section 3.2), afin que les patients soient moins susceptibles de nécessiter des soins d'urgence.

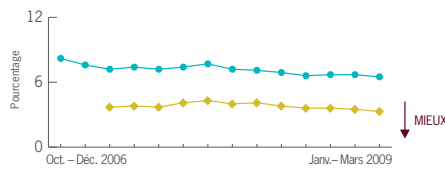
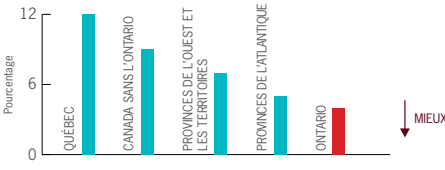
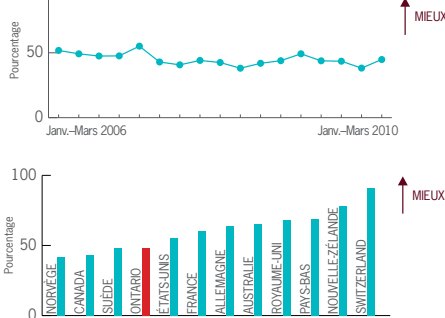
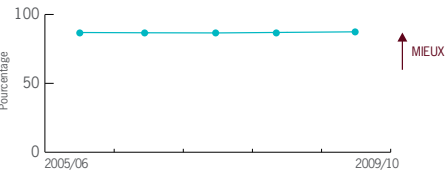
Que fait-on en Ontario?

- En 2008, l'Ontario a annoncé un financement de 109 millions de dollars pour réduire les temps d'attente aux urgences, en ajoutant plus de services de soins à domicile, d'infirmiers et d'infirmières chargés de soigner les patients qui arrivent aux urgences en ambulance afin de réduire les délais dans le déchargement des ambulances, et des équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier pour prodiguer des soins dans les foyers de soins de longue durée et éviter les transferts aux urgences^{25, 26}. Les autres mesures annoncées portaient sur l'ajout de 27 adjoints aux médecins aux urgences²⁷ et de 90 postes d'infirmiers et d'infirmières aux urgences²⁸.
- Le Programme de financement axé sur les résultats fournit des incitatifs aux hôpitaux qui enregistrent un grand nombre de visites aux urgences et des temps d'attente élevés pour qu'ils réduisent les attentes. Le programme a aidé les hôpitaux participants à réduire les temps d'attente globaux de 4,7 heures (28 %) pour les patients nécessitant des soins médicaux complexes ou une hospitalisation, et de 1,4 heure (22 %) pour les patients ayant des troubles mineurs. Un autre investissement de 100 millions de dollars élargira le programme à 25 autres hôpitaux, portant le total des hôpitaux participants à 71²⁹.
- Le Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences a fourni à 64 hôpitaux un soutien sur place, une formation en amélioration de la qualité et d'autres ressources pour réduire les temps d'attente et améliorer l'expérience des patients. Le programme appuiera 90 hôpitaux en 2011–2012³⁰.

2.2 Accès aux soins primaires

Tous les Ontariens et Ontariennes devraient avoir un fournisseur de soins primaires attitré – qui exerce préférentiellement au sein d’une équipe de professionnels différents. Le fournisseur de soins primaires connaît les antécédents médicaux de son patient, diagnostique et traite de nouvelles affections, offre des services de santé préventifs et coordonne les visites chez les spécialistes. Il est important que les gens puissent avoir un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires dès qu’ils en ont besoin.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Tous les Ontariens et Ontariennes doivent avoir un fournisseur de soins primaires attitré — médecin de famille ou infirmière ou infirmier praticien— et nul ne doit attendre trop longtemps pour le consulter.	Les patients qui ne reçoivent pas des soins de prévention régulièrement quand ils en ont besoin risquent d’attendre et de voir leur état s’aggraver – ou risquent de se présenter aux urgences ³¹ pour obtenir des soins ou de consulter un autre fournisseur de soins ne connaissant pas leurs antécédents médicaux. Le fait d’attendre ou de voir un autre fournisseur de soins aux urgences ou dans une clinique peut avoir des conséquences négatives sur la santé des patients ³² et se traduire par un gaspillage de temps et des ressources du système.	Les 13 millions d’habitants de l’Ontario.
Les nourrissons doivent être examinés par un fournisseur de soins primaires peu après la naissance.	S’il n’y a pas de suivi après la naissance, certaines maladies risquent de ne pas être détectées et le risque de morbidité et de mortalité infantile s’accroît ³³ .	Les 136 000 nourrissons qui naissent chaque année dans la province et leur famille ³⁴ .

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage d’adultes qui : — n’ont pas de médecin traitant — n’ont pas de médecin traitant et en cherchent un activement	6.5 %* 3.3 %		Au cours des trois dernières années, le pourcentage d’adultes qui n’ont pas de médecin traitant est passé de 8,2 % à 6,5 %. Environ la moitié de ces personnes n’ont pas de médecin traitant et essaient d’en trouver un; ce chiffre a aussi baissé récemment. Cela représente une amélioration considérable et peut s’expliquer par les efforts déployés depuis quelque temps pour accroître le nombre de médecins de famille et d’infirmières et infirmiers praticiens (voir la section 7.4) et créer des équipes de santé familiale et des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien; et par la création de programmes comme Accès Soins, qui aident les gens à se trouver un médecin de famille ³⁵ .
Pourcentage d’adultes en Ontario qui n’ont pas de médecin traitant ou de fournisseur de soins primaires qui les aide à gérer leurs soins†.	3.9%**		Selon les données de l’enquête, les Ontariens ont davantage tendance à avoir un fournisseur de soins primaires réguliers que les personnes qui vivent au Québec ou dans l’Ouest du Canada. Les Ontariens ont à peu près les mêmes chances que les personnes qui vivent dans les Maritimes d’avoir un fournisseur de soins primaires. L’Ontario est à égalité avec la France, la Suisse, la Norvège et les Pays-Bas – quatre pays européens qui ont affiché les meilleurs résultats parmi les 11 pays ayant participé à l’enquête (données non fournies).
Pourcentage d’adultes qui sont tombés malades ou avaient un problème de santé et ont pu consulter leur médecin le jour même ou le lendemain.	48 %**		Moins de la moitié des Ontariens ont pu voir leur médecin le même jour ou le lendemain après avoir contacté son cabinet lorsqu’ils sont tombés malades. Aucun changement n’a été constaté ces dernières années. Lorsqu’on compare ces résultats à ceux des autres pays ayant participé à l’enquête, le Canada et l’Ontario se situent très loin derrière, leurs taux étant parmi les plus bas. Au Royaume-Uni, où il y a eu des campagnes nationales de réduction des temps d’attente ^{36, 37} , 68 % des gens peuvent voir leur médecin dans les 24 heures. En Suisse, ils sont à 91 % à pouvoir le faire. Les possibilités d’amélioration sont énormes.
Pourcentage de nouveau-nés qui ont été examinés par un fournisseur de soins primaires dans la semaine qui a suivi leur naissance.	87 %***		Pendant l’exercice 2009-2010, près de neuf nouveau-nés sur 10 ont été examinés par leur fournisseur de soins primaires dans la semaine qui a suivi leur naissance. Il n’y a pas eu de changement au cours des quatre dernières années. Il y a encore des améliorations à faire.

Sources de données : *D’après le Sondage sur les soins de santé primaires, sondage téléphonique effectué tous les trimestres auprès d’Ontariennes et Ontariens d’âge adulte (16 ans et plus). La plupart des résultats les plus récents représentent les moyennes des données pour l’exercice financier 2009-2010.

** Étude internationale des adultes du Fonds du Commonwealth, 2010.

28 *** Régime d’assurance-santé de l’Ontario, calculé par l’Institut de recherche en services de santé, exercice financier 2009-2010. † Cet indicateur comprend « les autres fournisseurs de soins primaires », alors que l’indicateur précédent ne le fait pas. De plus, chaque indicateur utilise des outils d’enquête différents. Par conséquent, les résultats sont différents pour les deux.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Système de rendez-vous inconmode ou inefficace.

Lorsque les temps d'attente sont longs, le personnel de bureau perd beaucoup de temps à répondre aux demandes de changement ou d'annulation de rendez-vous et à trier les patients selon l'urgence de leur état.

Travaux inutiles effectués dans les cabinets de soins primaires.

Lorsque le personnel perd du temps, on dispose de moins de temps pour les rendez-vous.

Méthode inefficace ou manquant d'uniformité, temps perdu à rechercher des renseignements.

Travail d'équipe insuffisant et mauvaise utilisation du temps du personnel. Les médecins accomplissent des tâches ou des procédures dont d'autres professionnels de la santé pourraient se charger. Un meilleur travail d'équipe permettrait d'augmenter le nombre de patients d'un cabinet médical et de rendez-vous disponibles.

Idées de changement

Rendez-vous avec accès préalable^{38, 39}. Cette méthode de prise de rendez-vous vise à réduire l'attente pour un rendez-vous avec un fournisseur de soins de santé⁴⁰. Les principes fondamentaux de gestion des files d'attente peuvent quasiment éliminer les temps d'attente :

- Suivre attentivement les demandes et les créneaux libres.
- Harmoniser l'offre et la demande⁴¹ afin de libérer des créneaux pour les cas urgents (p. ex., si le lundi est très occupé, prévoir davantage de créneaux libres ce jour-là et prévoir les réunions et les rendez-vous non urgents les jours où c'est beaucoup plus tranquille).
- Régler les cas accumulés dans un ordre descendant. Si on réussit à harmoniser l'offre et la demande, mais qu'il y a encore trop de gens qui attendent, on doit faire des heures supplémentaires ou recruter du personnel temporairement pour éliminer la file d'attente.
- **Réorganiser la demande**⁴² afin d'harmoniser l'offre et la demande. Réduire les demandes inutiles, p. ex. en éliminant les visites de suivi inutiles ou en réglant les questions peu importantes par téléphone ou par courriel (p. ex., fournir les résultats des tests de laboratoire ou renouveler certaines ordonnances).
- Établir des plans d'urgence pour réduire les attentes à zéro lorsque la demande est à la hausse (p. ex., quand un employé est en congé).

L'équipe de santé familiale du district d'Athens a utilisé ces idées et réduit les temps d'attente pour les rendez-vous de 27 jours, ceux-ci étant désormais de zéro à deux jours⁴³. Pour plus de détails, consultez www.ohqc.ca/pdfs/access.pdf.

Utiliser le **courrier électronique ou les systèmes de prise de rendez-vous en ligne**⁴⁴ pour fixer ou annuler les rendez-vous, car les lignes téléphoniques sont souvent occupées ou le cabinet peut être fermé.

Améliorer l'efficacité du cabinet⁴⁵. De simples mesures qui font gagner quelques minutes ou secondes à chaque visite à la clinique représentent en un an des jours, voire des semaines. Citons parmi ces mesures : agencer toutes les salles des patients de la même façon, mieux organiser les dossiers des patients (voir ci-dessous) et utiliser des organigrammes pour clarifier et normaliser des processus complexes et voir comment on peut gagner du temps.

Mettre en place un système de DME qui fonctionne bien⁴⁶. Le DME fait gagner du temps, car il facilite l'accès aux résultats des tests ou à d'autres renseignements en temps réel. On peut également programmer le DME de façon à surveiller les statistiques sur les temps d'attente ou l'efficacité du cabinet⁴⁷.

Établir des équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires et recourir pleinement à tous les membres de l'équipe^{48, 49}. Ainsi, il sera possible d'accroître le nombre de patients recevant des soins; par exemple, après l'établissement d'équipes de santé familiale à Peterborough, 17 000 personnes sans médecin de famille ont pu avoir accès à des soins primaires⁵⁰. Veiller à ce que les rôles et responsabilités soient bien définis pour chacun des membres de l'équipe⁵¹. Par exemple, les infirmières et infirmiers peuvent offrir des services de santé préventifs, administrer des vaccins ou coordonner les soins des patients⁵²; le personnel infirmier praticien peut évaluer, diagnostiquer, traiter et surveiller une vaste gamme de troubles et exécuter des procédures spécifiques relevant de leurs compétences⁵³; la participation du personnel infirmier praticien aux équipes de soins primaires est associée à une meilleure gestion des maladies chroniques⁵⁴; les pharmaciens peuvent évaluer le traitement médicamenteux des patients et gérer l'administration des médicaments⁵⁵; et les diététistes peuvent fournir des conseils nutritionnels et encourager les gens à modifier leur comportement⁵⁶. Le personnel de bureau peut vérifier la taille et le poids, ainsi que la tension artérielle en deçà d'un certain point, et si les données ont bien été entrées dans le DME.

Envisagez d'élargir le champ d'exercice réglementé aux professionnels de la santé compétents.

Que fait-on en Ontario?

- 170 équipes de santé familiale (ESF) permettent à 2,5 millions d'Ontariennes et d'Ontariens (dont 416 000 sans médecin de famille) d'accéder à des soins de santé primaires, et 30 autres équipes devraient ouvrir en août 2011⁵⁷.
- Le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation (PAMQI) fournit une formation aux ESF sur la façon de faciliter l'accès⁵⁸.
- 7 514 médecins ont soigné 9,35 millions de patients par l'entremise de modèles de soins de santé primaires en octobre 2010, comparativement à 2 034 en janvier 2004⁵⁹.
- Le ministère a financé des infirmières et infirmiers praticiens dans des cabinets de soins primaires et s'est engagé à financer jusqu'à 500 infirmières et infirmiers autorisés dans des cabinets médicaux axés sur le vieillissement chez soi, les soins de fin de vie et la santé mentale et les dépendances⁶⁰. Le MSSLD s'est donné comme objectif d'établir avant la fin de 2012 25 cliniques administrées par du personnel infirmier praticien, qui soignera plus de 40 000 personnes⁶¹.
- Les localités du Nord et rurales bénéficient de l'initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales, y compris la gratuité des droits de scolarité avec obligation de service, les programmes d'intervention et les services de soutien destinés aux médecins itinérants et les centres de santé⁶².

2.3 Temps d'attente pour un traitement et accès aux spécialistes

Parfois, lorsque les gens tombent malades, ils doivent consulter un spécialiste, se faire opérer, se soumettre à des tests d'imagerie diagnostique sophistiqués ou recevoir des soins spécialisés. L'accès à ces importants soins de santé devrait être organisé de façon à ce que les cas urgents soient traités le plus rapidement possible. La Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente⁶³, lancée en 2004 pour réduire les temps d'attente pour les interventions et les tests de diagnostic importants, établit des objectifs pour que les patients hautement prioritaires obtiennent les soins aussi rapidement que possible. De plus, Action Cancer Ontario a établi les temps d'attente recommandés pour les séances de radiothérapie et de chimiothérapie.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Personne ne doit attendre longtemps pour voir un spécialiste.	Les patients que des symptômes perturbants inquiètent peuvent souffrir inutilement d'anxiété en attendant de voir un spécialiste. Leur état risque aussi de se détériorer et de nécessiter une intervention chirurgicale ou des soins plus importants.	Les Ontariens qui doivent voir un spécialiste. Six personnes sur 10 qui ont un médecin de famille sont orientées vers un spécialiste chaque année.
Les attentes pour les arthroplasties de la hanche et du genou ne doivent pas dépasser les délais prescrits.	Les patients auront mal et souffriront plus longtemps ⁶⁵ . Ils risquent également de ne plus pouvoir s'adonner à leurs activités ou faire du sport ⁶⁶ , ce qui pourrait aggraver davantage les troubles dont ils sont atteints, comme le diabète, l'hypertension et la dépression.	Les 35 000 habitants de l'Ontario qui doivent subir une arthroplastie de la hanche ou du genou chaque année.
Les attentes pour les chirurgies de la cataracte ne doivent pas dépasser les délais prescrits.	Les personnes souffriront de problèmes de vision plus longtemps et risquent de faire davantage de chutes ⁶⁷ .	Les 139 000 habitants de l'Ontario qui doivent se faire opérer de la cataracte chaque année ⁶⁸ .
Les attentes pour les interventions cardiaques – angiographie, intervention coronarienne percutanée [†] ou pontage aorto-coronarien – ne doivent pas dépasser les délais prescrits.	Des attentes trop longues pour les interventions coronariennes accroissent le risque de décès ⁶⁹ .	Les 64 364 habitants de l'Ontario qui ont des angiographies, les 20 598 personnes qui doivent subir une intervention coronarienne percutanée et les 8 308 personnes qui doivent subir un pontage aorto-coronarien chaque année ⁷⁰ .
Les attentes pour les traitements du cancer – chirurgie, radiothérapie ou thérapie systémique (chimiothérapie) – ne doivent pas dépasser les délais prescrits.	Les patients qui attendent un diagnostic cancéreux dans l'anxiété peuvent ressentir des niveaux de stress élevés en attendant un traitement, ce qui rend les temps d'attente indésirables, même s'ils n'interviennent pas sur le taux de survie du point de vue statistique.	Les quelque 62 000 Ontariens qui recevront cette année un diagnostic de cancer et leur famille ⁷¹ .
Les attentes pour les examens par IRM ou tomodensitométries ne doivent pas dépasser les délais prescrits.	Si les examens par IRM/tomodensitométries ne sont pas effectués rapidement afin de détecter le cancer, les chirurgies peuvent être retardées et les patients peuvent souffrir inutilement d'anxiété en attendant leur diagnostic.	Le 1,8 million d'Ontariens qui doivent faire l'objet de tomodensitométries et les 570 000 autres qui doivent subir des examens par IRM chaque année ⁷³ .

Interventions	Priorité 1 * (immédiat)	Priorité 2 * (très urgent)	Priorité 3 * (mi-urgent)	Priorité 4 * (peu urgent)
Examen par IRM/tomodensitométrie	Immédiatement	2 jours	10 jours	4 semaines
Chirurgie de la cataracte	Immédiatement	6 semaines	12 semaines	26 semaines
Arthroplastie de la hanche et du genou	Immédiatement	6 semaines	12 semaines	26 semaines
Chirurgie du cancer	Immédiatement	2 semaines	4 semaines	12 semaines
Chirurgie générale	Immédiatement	2–4 semaines	12 semaines	26 semaines
Interventions cardiaques (pontage aorto-coronarien, angiographie, intervention coronarienne percutanée [†])	Les temps d'attente sont particuliers à chaque patient.			
Cancer – radiothérapie	Entre 1 et 14 jours selon l'état du patient.			

**HÔPITAUX****SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Interventions	Priorité 1* (immédiat)	Priorité 2* (très urgent)	Priorité 3* (mi-urgent)	Priorité 4* (peu urgent)
Cancer – de l'orientation à la consultation avec un spécialiste pour une chimiothérapie	14 jours			
Cancer – de la consultation avec un spécialiste pour commencer la chimiothérapie	14 jours			

Source de données :

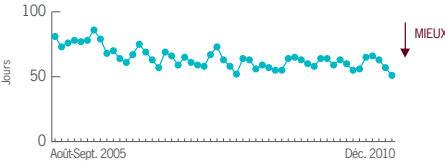
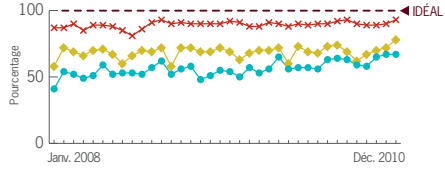
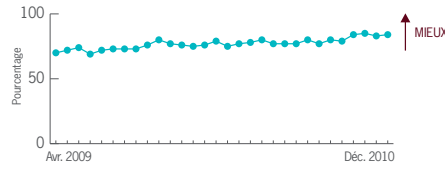
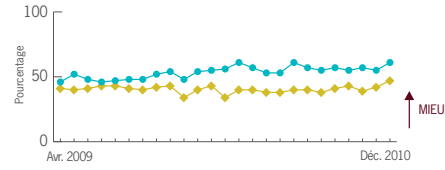
*MSSLD, Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente, données fournies par Action Cancer Ontario et le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. Le temps d'attente pour une chirurgie est défini comme la période qui commence le jour où le chirurgien décide d'opérer et le jour où patient accepte de se faire opérer, et se termine le jour de l'intervention chirurgicale. Les temps d'attente prescrits varient en fonction de la priorité et de la gravité de l'état, qui sont déterminées par le médecin traitant.

[†]Egalement appelée angioplastie par ballonnet, cette intervention consiste à traiter l'artère rétrécie au moyen d'une sonde munie d'un ballon gonflable à son extrémité. De manière générale, une endoprothèse (stent) est insérée pour dilater l'artère.

Indicateurs – temps d’attente avant de voir un spécialiste	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations																										
Pourcentage de personnes qui disent attendre quatre semaines ou plus avant d’obtenir un rendez-vous après qu’on leur a dit qu’elles doivent voir, ou qu’elles ont décidé de voir, un spécialiste (ou un consultant)	51 %**	<table><caption>Données du graphique à barres (approximatives)</caption><thead><tr><th>Pays</th><th>Pourcentage (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>CANADA</td><td>51</td></tr><tr><td>ONTARIO</td><td>51</td></tr><tr><td>NORVÈGE</td><td>45</td></tr><tr><td>FRANCE</td><td>45</td></tr><tr><td>AUSTRALIE</td><td>45</td></tr><tr><td>SUÈDE</td><td>45</td></tr><tr><td>NOUVELLE-ZÉLANDE</td><td>45</td></tr><tr><td>PAYS-BAS</td><td>35</td></tr><tr><td>ROYAUME-UNI</td><td>35</td></tr><tr><td>ÉTATS-UNIS</td><td>35</td></tr><tr><td>SWITZERLAND</td><td>35</td></tr><tr><td>ALLEMAGNE</td><td>35</td></tr></tbody></table>	Pays	Pourcentage (%)	CANADA	51	ONTARIO	51	NORVÈGE	45	FRANCE	45	AUSTRALIE	45	SUÈDE	45	NOUVELLE-ZÉLANDE	45	PAYS-BAS	35	ROYAUME-UNI	35	ÉTATS-UNIS	35	SWITZERLAND	35	ALLEMAGNE	35	La moitié de la population ontarienne indique attendre quatre semaines ou plus avant d’obtenir un rendez-vous avec un spécialiste (ou un consultant). Par rapport aux 10 autres pays participants à l’étude, le Canada et l’Ontario enregistrent les pires résultats en ce qui concerne les temps d’attente pour consulter un médecin spécialiste/consultant. Il y a beaucoup d’améliorations à faire.
Pays	Pourcentage (%)																												
CANADA	51																												
ONTARIO	51																												
NORVÈGE	45																												
FRANCE	45																												
AUSTRALIE	45																												
SUÈDE	45																												
NOUVELLE-ZÉLANDE	45																												
PAYS-BAS	35																												
ROYAUME-UNI	35																												
ÉTATS-UNIS	35																												
SWITZERLAND	35																												
ALLEMAGNE	35																												

Source de données : *D'après l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth intitulée Survey of Physician Practices, 2010.

2.3

Indicateurs – temps d'attente pour le cancer	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
90 ^e percentile de temps d'attente pour les chirurgies du cancer	51 jours*		Neuf personnes sur 10 attendent au maximum un peu moins de deux mois pour subir une chirurgie du cancer. Les temps d'attente ont diminué entre 2005 et 2008, mais il n'y a plus eu d'amélioration depuis deux ans. Il y a encore des améliorations à faire.
Pourcentage de chirurgies du cancer réalisées dans les délais prescrits : — Priorité 2 — Priorité 3 — Priorité 4	67 %* 78 % 93 %		Un tiers des patients nécessitant une chirurgie du cancer d'urgence (priorité 2) ne sont pas opérés dans le délai prescrit de deux semaines. C'est un problème important qui doit être résolu. Les résultats pour les personnes classées « priorité 2 » semblent s'être améliorés au cours de l'année écoulée, mais il est possible que cette amélioration soit essentiellement due aux changements apportés aux méthodes de codage. Le nombre de cas codés priorité 2 a diminué de 40 %, tandis que les cas de priorité 3 et 4 ont augmenté de 17 % et 25 % respectivement.
Pourcentage de patients dont la radiothérapie a commencé en temps voulu (à partir du moment où la personne est prête à se faire soigner jusqu'au moment où elle reçoit le traitement)	84 %**		Plus de huit patients sur 10 reçoivent des traitements par radiothérapie dans les délais prescrits. Cela s'est amélioré au cours des deux dernières années, mais il faut étudier d'autres possibilités d'améliorer la situation.
Pourcentage de traitements systémiques (chimiothérapie) réalisés dans les délais prescrits : — aiguillage — consultation pour traitement	61 %** 47 %		Près des deux tiers des patients nécessitant un traitement systémique sont vus par un spécialiste dans le délai de 14 jours prescrit. Cet indicateur s'est amélioré au cours des deux dernières années. Après avoir vu le spécialiste, près de la moitié des patients reçoivent un traitement dans un délai de 14 jours. Cependant, cette composante du temps d'attente des patients ne s'est pas améliorée. Il y a encore beaucoup d'amélioration à faire.

Sources de données :

*Action Cancer Ontario et Système d'information sur les temps d'attente; les valeurs représentent les données de décembre 2010

**Action Cancer Ontario; les valeurs représentent les données de décembre 2010.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateurs – temps d'attente pour les examens par IRM et les tomodensitométries	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
90^e percentile de temps d'attente pour les : ♦ tomodensitométries ● examens par IRM	29 jours* 113 jours		Neuf personnes sur 10 attendent au maximum un mois environ pour une tomodensitométrie. C'est une amélioration remarquable, en effet, en 2005, l'attente était de presque trois mois. Cependant, les temps d'attente pour les examens par IRM se maintiennent à quatre mois environ, comme en 2005. Les temps d'attente ont diminué en 2008, mais sont revenus à leur niveau antérieur. Le nombre de tomodensitométries a presque doublé au cours des sept dernières années, tandis que le nombre d'exams par IRM a presque triplé. Ces hausses du volume semblent avoir contribué à réduire les temps d'attente pour les tomodensitométries, mais pas pour les examens par IRM. À l'évidence, il y a des améliorations à faire, notamment en ce qui concerne les temps d'attente pour les examens par IRM.
Pourcentage de tomodensitométries effectuées dans les délais prescrits : ● Priorité 2 ♦ Priorité 3 ✕ Priorité 4	90 %* 64 % 81 %		Au cours des trois dernières années, le pourcentage de tomodensitométries effectuées dans les délais prescrits s'est amélioré pour tous les niveaux de priorité. Les patients hautement prioritaires ont tendance à subir cet examen dans les délais prescrits, ce qui est rassurant. Toutefois, même si cette amélioration est encourageante, il y a encore des améliorations à faire.
Pourcentage d'exams par IRM effectués dans les délais prescrits : ● Priorité 2 ♦ Priorité 3 ✕ Priorité 4	75 %* 51 % 30 %		Au cours des trois dernières années, les temps d'attente pour les examens par IRM se sont améliorés pour les cas à forte priorité (2), mais ont empiré pour les cas à faible priorité (4). Actuellement, les trois quarts des patients fortement prioritaires ont fait l'objet d'un examen par IRM dans les délais prescrits, mais seulement 30 % des patients de priorité 4 l'ont fait. Il y a encore beaucoup d'amélioration à faire.

Source de données : *Action Cancer Ontario et Système d'information sur les temps d'attente; les valeurs représentent les données de décembre 2010.

2.3

Indicateurs – temps d'attente pour les interventions cardiaques	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
90^e percentile de temps d'attente pour les : — pontages aorto-coronariens — angiographies — interventions coronariennes percutanées	33 jours* 17 jours 15 jours		Le 90^e percentile de temps d'attente pour chacune de ces interventions cardiaques est demeuré relativement constant ces trois dernières années. Les temps d'attente sont les plus élevés en janvier et en août, après les fêtes et les vacances.
Pourcentage de pontages aorto-coronariens effectués dans les délais prescrits : — urgents — moyennement urgents — non urgents	86 %* 94 % 99 %		Presque tous les pontages aorto-coronariens non urgents et moyennement urgents sont effectués dans les délais prescrits. Il y a encore des améliorations à faire pour les cas urgents, le taux étant de 86 %.
Pourcentage d'angiographies effectuées dans les délais prescrits : — urgents — moyennement urgents — non urgents	85 %* 70 % 98 %		Presque toutes les angiographies non urgentes et 85 % des angiographies urgentes sont effectuées dans les délais prescrits. Les choses se sont améliorées par rapport à l'année précédente pour les cas moyennement urgents; toutefois, il y a encore des améliorations à faire.
Pourcentage d'interventions coronariennes percutanées effectuées dans les délais prescrits : — urgents — moyennement urgents — non urgents	85 %* 79 % 98 %		En ce qui concerne les interventions coronariennes percutanées non urgentes, les résultats sont bons, le pourcentage de cas traités dans les délais prescrits se maintenant aux alentours de 100 %, alors que les résultats pour les cas urgents ont décliné. Il y a deux ans, 99 % des cas étaient réglés dans les délais prescrits; actuellement, le taux est de 85 %. Pour ce qui est des cas moyennement urgents, la situation demeure problématique, car les résultats actuels (79 %) ne se sont pas améliorés depuis deux ans. Il y a des améliorations à faire.

Source de données :

*Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, novembre 2010. Il convient de souligner que certains patients changent de catégorie, leur cas devenant plus ou moins urgent.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Autres indicateurs	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
90 ^e percentile de temps d'attente pour les : — arthroplasties de la hanche — arthroplasties du genou — chirurgies de la cataracte — chirurgies générales	206 jours* 200 jours 122 jours 97 jours		Neuf personnes sur 10 attendent au maximum un peu moins de sept mois pour les arthroplasties de la hanche ou du genou, et ils attendent quatre mois pour se faire opérer de la cataracte. C'est une amélioration remarquable, car les attentes sont deux fois moins longues qu'en 2005. Ces améliorations sont le résultat de la Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente⁶³, qui offrait des incitatifs pour réaliser ces interventions, a créé un système d'information pour surveiller les temps d'attente et a mis sur place des équipes d'encadrement pour aider les hôpitaux à réaliser ces interventions de façon plus efficiente. Il convient de souligner que ces temps d'attente ont atteint leur point le plus bas en 2009 et qu'en 2010, ils se sont accrus légèrement d'environ deux semaines; à l'avenir, il sera important de suivre ces résultats attentivement afin d'assurer que l'Ontario maintient les gains réalisés depuis quelques années. Les temps d'attente pour les interventions chirurgicales générales ne sont suivis que depuis trois ans et restent stables, à un peu plus de trois mois.
Pourcentage de cas réglés dans les délais prescrits : Chirurgie générale : — Priorité 2 — Priorité 3 — Priorité 4	83 %* 91 % 97 %		Plus de neuf personnes sur 10 nécessitant une intervention chirurgicale générale peu ou moyennement urgente sont traitées dans les délais prescrits. Les temps d'attente sont généralement stables. Les patients hautement prioritaires, qui représentent 6 % de l'ensemble des cas de chirurgie, ont plus de difficulté à se faire opérer en temps voulu alors que leurs besoins sont les plus pressants. Il y a des améliorations à faire pour les cas très urgents.
Chirurgie de la cataracte : — Priorité 2 — Priorité 3 — Priorité 4	66 %* 69 % 96 %		Presque toutes les chirurgies de la cataracte peu urgentes et près de sept chirurgies de la cataracte sur dix moyennement urgentes sont réalisées dans les délais prescrits. Ces cas représentent 97 % des chirurgies de la cataracte. Il y a encore des améliorations à faire pour les cas très urgents.
Arthroplastie de la hanche : — Priorité 2 — Priorité 3 — Priorité 4	74 %* 66 % 84 %		Plus d'un quart des personnes nécessitant une arthroplastie de la hanche et plus d'un tiers de celles nécessitant une arthroplastie du genou ne sont pas traitées dans les délais prescrits. Les patients hautement prioritaires continuent d'avoir le plus de difficulté à se faire opérer dans les délais prescrits. Les améliorations constatées au début ont stagné l'an dernier. Il y a des améliorations à faire.
Arthroplastie du genou — Priorité 2 — Priorité 3 — Priorité 4	63 %* 63 % 88 %		

Source :

* Action Cancer Ontario et Système d'information sur les temps d'attente; les valeurs représentent les données de décembre 2010.

2.3

Causes fondamentales Idées de changement

Les gens sont placés sur des listes d'attente pour des procédures dont ils n'ont pas besoin.

Selon une étude, la vision de 27 % de personnes ayant subi une chirurgie de la cataracte ne s'est pas améliorée et cette intervention n'était peut-être pas requise⁷⁵. Selon une autre étude, 26 % des tomodensitométries et des examens par IRM pour les maux de tête ne sont pas nécessaires⁷⁶. Les tomodensitométries peuvent être dangereuses, car chaque examen émet 100 fois plus de rayons que les radiographiques ordinaires⁷⁷.

Un recours excessif à ces examens peut s'expliquer par le fait que les fournisseurs ne tiennent pas compte des meilleures données probantes lorsqu'ils prescrivent un test ou une intervention ou que les patients exigent ces examens sans en connaître les risques ou les avantages.

Les personnes qui subissent une intervention pour un problème évitable grâce à une meilleure hygiène de vie.

Les listes d'attente peuvent varier d'un établissement à l'autre. Les personnes « bloquées » dans une longue liste risquent d'attendre très longtemps.

La demande varie naturellement et peut parfois grimper soudainement, pouvant entraîner une hausse considérable des temps d'attente.

Même si on harmonise l'offre et la demande de services, les listes d'attente qui existaient par le passé persisteront et se traduiront par des attentes inutiles.

Il y a des inefficiences dans la façon dont les chirurgies sont planifiées. Cela peut inclure des retards ou des erreurs lors de l'envoi des renseignements pour la prise de rendez-vous ou des retards dans l'agencement des tests ou des consultations préopératoires.

La demande est plus forte que l'offre de services, et dans de nombreux cas, s'accroît. Il arrive parfois que la demande en chirurgie ne soit pas évaluée et que la capacité pour l'intervention soit inadéquate.

Mettre en œuvre des critères adaptés afin de vérifier si les patients ont vraiment besoin d'être opérés ou de passer des examens. (Voir la section 6.3 pour en savoir plus sur la façon d'éviter les médicaments et les tests inutiles.)

Il existe certains critères objectifs pour déterminer l'urgence de certaines interventions (p. ex., arthroplastie de la hanche et du genou^{78, 79, 80, 81} chirurgie de la cataracte^{82, 83}), mais ils ne sont pas obligatoires pour l'instant. Des séances de formation et des outils destinés aux fournisseurs de soins qui appuient les décisions cliniques permettraient d'assurer que les patients subissent des tomodensitométries et des examens par IRM seulement en cas de nécessité absolue⁸⁴. Le MSSLD et le Réseau universitaire de santé, de concert avec le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, ont créé un outil de soutien en ligne que les fournisseurs de soins peuvent utiliser pour déterminer la nécessité des examens par IRM et des tomodensitométries⁸⁵.

Utiliser des outils pour établir les priorités. Ces outils sont conçus pour prioriser les patients inscrits sur une liste d'attente afin que ceux dont les besoins sont les plus élevés soient traités en priorité^{86, 87}.

Adopter des stratégies pour améliorer l'hygiène de vie (voir la section 9.1). Régler le problème de l'obésité, qui aggrave l'arthrite et peut nécessiter des arthroplasties de la hanche ou du genou⁸⁸. Réduire le tabagisme, susceptible d'entraîner des coronaropathies et d'accroître le nombre d'interventions cardiaques.

Rassembler plusieurs listes d'attente pour n'en faire qu'une. Les banques ont adopté le principe de file d'attente unique selon lequel les gens forment une seule queue et se dirigent vers le premier préposé disponible, ce qui est bien plus efficace qu'une file par préposé. Suivant ce principe de la théorie de la file d'attente⁸⁹, plusieurs RLSS ont mis en place un système centralisé pour les rendez-vous pour les interventions chirurgicales, les consultations de spécialistes et les tests de diagnostic afin de réduire les temps d'attente^{90, 91}.

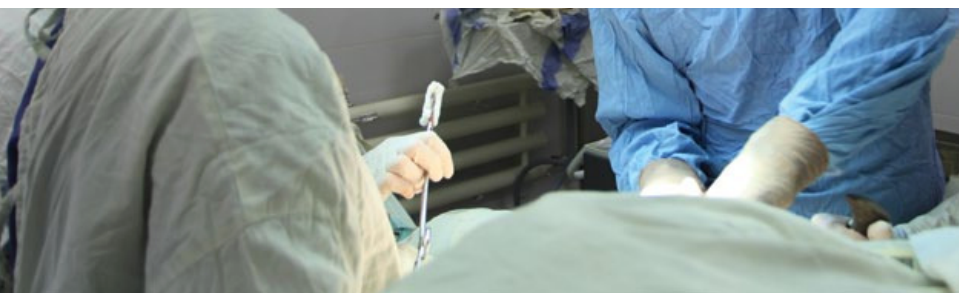
Selon les principes de gestion des files d'attente, pour faire face à la hausse de la demande, **il faut au moins une certaine latitude** pour maintenir les temps d'attente à un bas niveau⁹². Cela est vrai pour les chirurgies et les services pré et postopératoires. Les patients ayant subi une chirurgie complexe sont parfois placés dans un service de soins intensifs. Les solutions pourraient consister à innover les protocoles de désengorgement des services, à répartir des interventions chirurgicales et/ou à établir un service de soins intensifs pour les soins postopératoires de courte durée.

Éliminer la liste des patients en attente⁹³. Accroître temporairement le nombre des interventions jusqu'à l'élimination de cet engorgement, puis reprendre le rythme précédent des procédures⁹⁴.

Mettre en place des procédés normalisés de planification des chirurgies. Cela pourrait comprendre des outils de prise de rendez-vous en ligne (plutôt que d'utiliser des certificats sur papier qui peuvent être illisibles ou se perdre) ou des listes de vérification standard destinées aux patients et fournisseurs afin d'assurer que toutes les étapes ont été organisées bien à l'avance.

Évaluer la demande de services chirurgicaux et y répondre de manière appropriée. Il faudrait procéder ainsi de manière routinière afin que la capacité corresponde à la demande⁹⁵. Surveiller attentivement la demande, les demandes futures et planifier soigneusement le nombre d'interventions nécessaires maintenant et à l'avenir pour répondre à la demande⁹⁶.

Envisager tous les moyens possibles de mettre en place des efficacités avant d'accroître la capacité.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Que fait-on en Ontario?

- Le MSSLD s'est engagé à consacrer 53 millions de dollars aux projets d'immobilisations et 8,5 millions de dollars au financement annuel du Centre régional de cancérologie Stronach, qui devrait prodiguer des traitements par radiothérapie à quelque 2 400 patients par an⁹⁷. Le centre dispense actuellement 7 500 traitements par chimiothérapie par an, chiffre qui devrait augmenter de 10 à 15 % par an jusqu'en 2013. En 2012, il devrait recevoir 100 000 patients externes par an⁹⁸.
- Grâce au site Web sur les temps d'attente, les Ontariennes et Ontariens ont accès aux renseignements les plus complets qui soient sur les temps d'attente pour les chirurgies au Canada⁹⁹.
- Le nombre de spécialistes dans la province augmentera entre 2011-2012 et 2016-2017. L'Ontario créera 75 nouvelles places dans les programmes de formation médicale postdoctorale de première année dans les spécialités très demandées, entraînant une hausse de 83 % des postes de résidents spécialisés depuis l'exercice 2003-2004.
- Grâce au Programme d'amélioration des processus par IRM, 17 hôpitaux ont pu bénéficier de services d'encadrement et de formation sur place pour améliorer l'efficacité et l'accès aux services d'imagerie diagnostique et réduire les temps d'attente pour les examens par IRM. Ce programme appuiera tous les hôpitaux de la province au moyen d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique d'ici l'exercice financier 2011-2012¹⁰⁰.
- Grâce au Programme d'encadrement en matière de soins péri-opératoires, 61 hôpitaux ont pu bénéficier de séances d'encadrement sur place et à distance pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins pré et postopératoires et réduire les temps d'attente pour les chirurgies¹⁰¹.

2.4 Accès aux soins de longue durée et aux soins à domicile

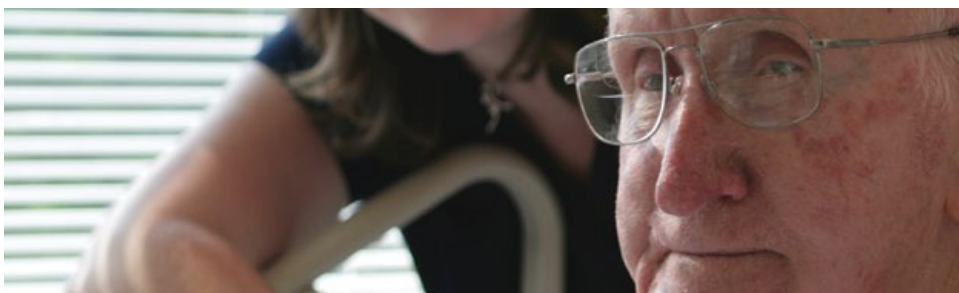
Le rôle central des soins à domicile est d'aider les personnes qui ont de la difficulté à se prendre en charge à continuer de vivre de manière autonome. En Ontario, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) coordonnent à leur intention des services (soins infirmiers, soutien personnel, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, travail social, conseils diététiques, fournitures et appareils médicaux)¹⁰². Lorsque les gens ne sont plus en mesure de vivre seuls, même en recevant des soins à domicile, les CASC prennent des dispositions pour les placer dans un foyer de soins de longue durée (SLD)¹⁰³. Normalement, la personne et ses proches peuvent choisir jusqu'à trois foyers par ordre de préférence. Une fois la décision de placer la personne dans un foyer de SLD prise, il est important qu'elle y entre le plus rapidement possible, car elle risquerait sinon de ne pas recevoir les soins voulus et de représenter, si son état empire, un fardeau trop lourd pour les personnes qui s'occupent d'elles.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Personne ne doit attendre trop longtemps avant d'être acceptée dans un foyer de SLD.	Une personne attendant son placement chez elle peut voir son état se détériorer et représenter un lourd fardeau pour les proches qui s'occupent d'elle. Une personne toujours hospitalisée, qui attend d'être placée dans un foyer de SLD, occupe inutilement un lit d'hôpital, ce qui risque de provoquer un engorgement aux urgences et le gaspillage de ressources.	Les 21 500 Ontariennes et Ontariens âgés inscrits tous les ans sur une liste d'attente qui espèrent, ainsi que leurs familles et leurs aidants ¹⁰⁴ , être placés dans un foyer de soins de longue durée.
Les gens devraient dans la mesure du possible être placés dans le foyer de SLD de leur premier choix ¹⁰⁵ .	Si une personne est placée dans un foyer qui constitue son deuxième ou troisième choix, elle risque d'être éloignée de ses proches ou de se retrouver dans un foyer inadapté à ses besoins ethniques, culturels ou médicaux. Certes, il est toujours possible aux résidents de déménager par la suite dans un autre foyer qu'ils préfèrent, mais le suivi de leurs soins peut alors devenir difficile et être perturbé.	
Personne ne doit attendre trop longtemps avant d'obtenir des soins à domicile.	Les personnes qui attendent de recevoir des soins à domicile peuvent voir leur état se détériorer, et cela peut être le résultat d'hospitalisations évitables.	Les plus de 585 000 ¹⁰⁶ clients des soins à domicile de l'Ontario qui reçoivent des services des CASC chaque année.

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Temps médian (en jours) d'attente avant le placement dans un foyer de SLD :			
globalement	103 jours*		Lest temps d'attente pour rentrer dans un foyer de soins de longue durée sont trop longs. Le temps d'attente médian est plus de trois mois. L'attente pour les personnes qui vivent chez elles est plus de cinq mois et de près de deux mois, pour celles qui sont hospitalisées. Les temps d'attente ont augmenté subitement entre 2005-2006 et 2008-2009 pour cesser de s'accroître au cours des 12 derniers mois, sans doute parce que la situation commence à se stabiliser. On n'en a pas encore déterminé la raison, mais il est possible que la stratégie provinciale Vieillir chez soi (voir ci-dessous) ait contribué à cette stabilisation. Toutefois, le problème est loin d'être réglé. Les temps d'attente globaux actuels restent près de trois fois supérieurs à ce qu'ils étaient au printemps 2005.
pour les personnes hospitalisées	56 jours		Les processus d'admission dans les foyers de SLD a changé récemment. L'an dernier, le nombre de personnes hospitalisées et placées dans un foyer de SLD a diminué de 19 %, tandis que le nombre de personnes vivant chez elles et placées dans un foyer de SLD a augmenté de 15 %¹⁰⁷. Cela pourrait s'expliquer par le fait que de nombreuses localités adoptent une approche « Home First »¹⁰⁸, selon laquelle les patients hospitalisés qui, par le passé, auraient pu être admis directement dans un foyer de SLD peuvent à la place recevoir des soins supplémentaires pour qu'elles puissent retourner chez elles et prendre une décision plus tard au sujet de leur placement dans un foyer de SLD.
pour les personnes habitant chez elles	161 jours		Les temps d'attente pour les personnes hospitalisées se sont accrus de 10 jours au cours de l'année écoulée, alors que moins de personnes ont été admises dans un foyer, peut-être parce que les patients ayant des besoins moins complexes sont de meilleurs candidats au programme « Home First », alors qu'il est plus difficile de placer celles qui restent. La réduction du nombre de patients admis dans un foyer de SLD est une bonne chose qui permet de régler le problème des patients « autres niveaux de soins » occupant des lits d'hôpitaux, mais il est important de veiller à ce le fardeau ne devienne pas trop lourd pour les aidants naturels.
nombre de placements dans les foyers de SLD			
globalement	3348		
pour les personnes hospitalisées	1179		
pour les personnes habitant chez elles	1860		

Sources de données :

*Base de données du MSSLD sur le profil des clients des foyers de soins de longue durée, avril à juin 2010.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de résidents placés du premier coup dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix.	39 %**	Le graphique illustre la tendance du pourcentage de résidents placés du premier coup dans leur foyer de soins de longue durée préféré. L'axe vertical représente le pourcentage (0 à 100) et l'axe horizontal les périodes (Avr. - Juin 2006 à Janv. - Mars 2010). La ligne bleue avec des points reste stable autour de 40%.	Seulement quatre personnes sur 10 en attente d'un placement dans un foyer de SLD ont été placées du premier coup dans le foyer de leur premier choix. La situation n'a pas évolué au cours des quatre dernières années. Actuellement, la province encourage les personnes qui attendent à l'hôpital à accepter le premier des foyers qu'elles ont choisis. Si cette approche permet de réduire les jours-lit « autres niveaux de soins » (voir la section 6.2), elle ne permet pas d'améliorer les choses pour cet indicateur.
Pourcentage de personnes âgées en Ontario qui reçoivent pour la première fois des soins infirmiers après leur sortie de l'hôpital, au moment où ils ont reçu leurs premiers soins infirmiers à domicile — 0-1 jours — 2-3 jours — 4 jours ou plus	62 %*** 19 % 19 %	Le graphique illustre la tendance du pourcentage de personnes âgées recevant des soins infirmiers pour la première fois après leur sortie de l'hôpital. L'axe vertical représente le pourcentage (0 à 100) et l'axe horizontal les périodes (Avr. - Juin 2005 à Janv. - Mars 2010). Trois lignes sont tracées : une bleue pour 0-1 jours (stable autour de 62%), une orange pour 2-3 jours (stable autour de 19%), et une rouge pour 4 jours ou plus (stable autour de 19%).	Plus de la moitié des personnes qui ont quitté l'hôpital et nécessitent des soins à domicile ont reçu leurs premiers soins dans les 24 heures. Au cours de quatre dernières années, aucun changement important n'a été constaté pour cet indicateur. Près de 20 % des personnes qui ont reçu des soins actifs et ont besoin de soins à domicile attendent plus de quatre jours pour les obtenir. Il y a sans doute des améliorations à faire.

Sources de données :

*Base de données du MSSLD sur le profil des clients des foyers de soins de longue durée, avril à juin 2010.

**Base de données du MSSLD sur le profil des clients des foyers de soins de longue durée, exercice 2009-2010. *

***Base de données sur les soins à domicile, base de données sur les congés des patients, base de données sur les personnes inscrites, exercice 2009-2010.

2.4

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Longues attentes pour un placement dans un foyer de SLD et personnes n'ayant pas vraiment besoin de SLD.

Les services requis sont supérieurs à ce que les soignants et les services de soins à domicile peuvent offrir. En voici quelques raisons :

- Les aidants naturels, qui assurent 80 % des soins à domicile pour les personnes atteintes de maladies chroniques¹¹⁰, risquent de s'épuiser ou de tomber malade et de ne plus pouvoir s'occuper de la personne.
- La personne est socialement isolée et n'a pas de famille.
- La personne n'a pas les moyens de payer des soins supplémentaires (p. ex., à domicile ou dans une maison de retraite).
- La personne ou les membres de la famille ne connaissent pas les options.
- Les CASC peuvent seulement offrir les services que leurs budgets leur permettent.

Il y a eu des occasions manquées d'empêcher une détérioration **de la santé** conduisant à un placement dans un foyer de SLD, par exemple :

- des chutes ou blessures qui peuvent être évitées
- une maladie chronique qui se détériore
- de mauvaises habitudes de vie
- le « déconditionnement » des patients hospitalisés; le fait de se trouver dans un cadre inconnu, comme un hôpital, peut accélérer la perte des capacités physiques.

Placement hâtif de personnes dans la catégorie de celles ayant besoin de SLD. Lorsqu'une personne est hospitalisée parce que son état s'aggrave, on peut lui conseiller d'être placée dans un foyer de SLD avant de lui permettre de se rétablir.

Craignant d'avoir à attendre trop longtemps, les gens s'inscrivent sur une liste d'attente « juste au cas où ». Selon des données récentes, 22 % des personnes placées dans un foyer de SLD affichent un score MaPLE faible ou pas très élevé, ce qui signifie qu'elles auraient pu être placées ailleurs (voir la section 6.2).

Voici quelques options autres qu'un placement dans un foyer de soins de longue durée :

Soins de relève pour les aidants naturels^{111, 112} (p. ex., permettre à la personne d'être hospitalisée temporairement pour soulager les aidants).

Soutiens communautaires ou programmes de jour.

Prolongation des heures ou des services de soins à domicile.

Par exemple : soins infirmiers et de réadaptation, tâches ménagères, repas servis à domicile et services de soutien personnel (p. ex., pour s'habiller, se laver, se déplacer, surveiller les médicaments et exécuter d'autres activités quotidiennes)¹¹³.

Logement supervisé / logement avec services de soutien. Il existe des options de logement financées par les deniers publics ou subventionnées qui permettent aux gens de vivre chez eux avec le soutien de diverses personnes. Les planificateurs de Lethbridge, en Alberta, ont utilisé ce modèle peu dispendieux pour réduire les temps d'attente à moins d'un mois, tout en utilisant un tiers de lits de SLD en moins par habitant qu'en Ontario¹¹⁴. Ces services sont actuellement offerts en Ontario^{115, 116}, et sont souvent gérés par des organismes sans but lucratif. Des subventions locatives sont offertes aux personnes âgées, mais les critères sont très stricts et les listes d'attente très longues¹¹⁷. De manière générale, l'Ontario n'a pas de plan coordonné pour les logements supervisés. C'est la troisième année que cette question est soulevée dans l'Observateur de la qualité.

Les maisons de retraite peuvent aussi offrir certains types de soutien supplémentaire, mais seulement les personnes qui en ont les moyens peuvent se les offrir.

Les moyens de préserver la santé comprennent les mesures suivantes :

- **Prévenir les chutes** (voir la section 4.5).
- **Mieux gérer les maladies chroniques** grâce à un meilleur suivi et aux bons médicaments ou traitements (voir la section 3.2).
- **Encourager les gens à avoir une bonne hygiène de vie** (voir la section 9.1).
- **Offrir des services de réadaptation et d'autres services afin de combattre le déconditionnement des personnes âgées frêles dans les hôpitaux**¹¹⁸. La Senior Friendly Hospital Strategy de l'Ontario offre des conseils pour rendre l'environnement plus attrayant, accroître l'utilisation d'accessoires fonctionnels (p. ex., canes et marcheurs), améliorer l'alimentation et la communication¹¹⁹.

Comme il est indiqué ci-dessus, l'approche « **Home First** » a pour but d'aider les personnes hospitalisées à revenir chez elles afin d'éviter qu'elles ne prennent la décision d'être placées dans un foyer de SLD pendant qu'elles sont à l'hôpital. Cette façon de procéder permet au patient de récupérer et aux soignants à domicile d'évaluer son niveau réel de fonctionnement.

Appliquer le score MaPLE¹²⁰ afin de déterminer objectivement les besoins d'un patient. Encourager les personnes qui n'ont pas des besoins élevés ou très élevés à envisager d'autres solutions que les foyers de SLD.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Les gens ne sont pas placés dans le foyer de SLD de leur premier choix.

Un nombre insuffisant de foyers au service de groupes particuliers.

Nombre insuffisant de foyers de soins de longue durée, dans la localité. Certaines personnes souhaitent rester dans la localité où vivent leurs proches ou là où elles ont du soutien, mais les capacités en soins de longue durée sont insuffisantes.

Prévoir des capacités accrues ou modifier la capacité actuelle en lits de soins de longue durée pour répondre aux besoins de groupes et communautés ethniques ou linguistiques pour lesquels les listes d'attente sont particulièrement longues. S'il existe davantage d'options, les personnes auront peut-être une plus grande chance d'obtenir le foyer de leur premier choix.

Établir des plans régionaux pour les SLD. Les patients ne devraient pas à avoir à déménager dans un foyer de SLD situé loin de leur communauté.

Établir des services plus spécialisés – par exemple, des programmes qui visent les personnes ayant des problèmes de comportement et médicaux complexes^{121, 122}.

Que fait-on en Ontario?

- La stratégie provinciale Vieillir chez soi^{123, 124}, est un investissement triennal de 700 millions de dollars (2008-2009 à 2010-2011) ayant pour but de permettre aux personnes âgées et à leurs aidants de vivre des vies saines et autonomes dans leur propre domicile et d'éviter les admissions prématurées dans les foyers de SLD. Les RLIS utilisent ce financement pour améliorer les soins à domicile et les services de soutien communautaires, et pour financer des projets innovateurs¹²⁵.
- Le MSSLD réaménage 4 183 lits et rénove les installations dans 37 foyers de SLD¹²⁶. Cette mesure s'inscrit dans le cadre d'un plan provincial d'aménagement de 35 000 lits plus vieux sur une période de 10 ans afin d'améliorer l'accès aux soins de SLD dans toute la province¹²⁷.
- Depuis 2003, le MSSLD a créé 8 032 nouveaux lits de SLD et ouvrira 1 942 lits supplémentaires au cours des prochaines années¹²⁸.
- En 2008, le MSSLD a annoncé la Stratégie de renforcement des soins à domicile qui repose sur quatre objectifs importants : améliorer la responsabilité pour la prestation de soins à domicile de qualité en publiant des rapports sur les mesures de qualité; améliorer les résultats pour la santé des Ontariens grâce au Projet d'intégration des soins; améliorer l'équité, la transparence et la communication pour les processus d'appel d'offres; et promouvoir l'innovation et la souplesse dans la prestation des services¹²⁹.

3.1 Prescription des traitements adéquats dans les hôpitaux

En général, les gens sont hospitalisés en raison d'une crise cardiaque, d'un AVC ou de l'aggravation d'une insuffisance cardiaque congestive¹³⁰, et l'administration appropriée de certains médicaments peut sauver des vies, empêcher de futures complications et préserver l'état de santé. En même temps, il est important que les services d'obstétrique offrent un cadre positif aux femmes enceintes afin qu'elles puissent accoucher en toute sécurité et dans les meilleures conditions. Les césariennes ne devraient être réalisées que lorsque cela est nécessaire.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
L'administration appropriée [†] des bêtabloquants ¹³¹ , des statines pour diminuer le cholestérol ¹³² et un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ¹³³ ou un antagoniste du récepteur de l'angiotensine (ARA) ¹³⁴ aux personnes qui ont eu une crise cardiaque, (infarctus aigu du myocarde – IAM).	Risques d'AVC et de crises cardiaques supplémentaires et de décès.	Les 20 000 personnes qui sont hospitalisées en Ontario chaque année pour crises cardiaques ¹³⁵ .
L'administration appropriée [†] d'IECA/ARA ¹³⁶ et d'un bêtabloquant ¹³⁷ pour la plupart des personnes qui souffrent d'insuffisance cardiaque congestive. Les patients atteints de dysfonctionnement systolique, forme d'insuffisance cardiaque un peu plus fréquente ¹³⁸ (le cœur ne peut effectuer correctement son travail de pompe) devraient prendre ces médicaments; on devrait envisager d'administrer ces médicaments aux personnes qui souffrent d'une forme de « dysfonctionnement diastolique » (paroi rigide) ^{139, 140} .	Hospitalisations à répétition, de détérioration de la santé et de décès.	Les 16 000 personnes qui sont hospitalisées en Ontario chaque année pour insuffisance cardiaque congestive ¹⁴¹ .
L'administration appropriée [†] d'acide acétylsalicylique (AAS, ou aspirine) ou d'un traitement anti-thrombotique (anticoagulant) ¹⁴² pour les personnes qui ont subi un AVC.	Risques d'AVC à répétition.	Les 16 000 personnes victimes d'un nouvel accident ischémique cérébral chaque année en Ontario ¹⁴³ .
L'administration appropriée [†] d'un médicament qui détruit les caillots pour les personnes qui ne peuvent pas se rendre dans un grand hôpital immédiatement après le début des symptômes ¹⁴⁴ .	Risques d'aggravation des handicaps (p. ex., perte de l'utilisation d'un bras ou de la jambe, ou de la parole) et décès.	
Une méthode efficace de faire accoucher les femmes. Les césariennes ne sont effectuées que si elles sont absolument nécessaires.	Les césariennes peuvent entraîner une hausse des infections ¹⁴⁵ , des insuffisances respiratoires pour le nouveau-né ¹⁴⁶ , une hospitalisation deux fois plus longue, un risque accru de réadmission à l'hôpital et une augmentation des coûts pour le système.	Les plus de 135 000 Ontariennes qui accouchent chaque année ¹⁴⁷ .

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients âgés ayant eu un IAM qui, dans les 90 jours qui suivent la sortie de l'hôpital, font remplir une ordonnance pour les médicaments recommandés : — statine — bêta- bloquant — IECA/ARA — les trois à la fois	87 %* 79 % 79 % 59 %		Au cours des sept dernières années, il y a eu une grande amélioration dans l'utilisation des statines après une crise cardiaque (67 % à 87 %). Cependant, on constate peu de changements en ce qui concerne les bêtabloquants et les IECA/ARA. La prise des trois médicaments à la fois s'est améliorée au cours des sept dernières années, mais le pourcentage s'est stabilisé ces deux dernières années. Il y a encore des améliorations à faire, car les lignes directrices suggèrent qu'il est possible de porter l'utilisation de ces médicaments à 90 %¹⁴⁸.
Pourcentage de patients âgés souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive qui, dans les 90 jours qui suivent la sortie de l'hôpital, font remplir une ordonnance pour les médicaments recommandés : — IECA/ARA — bêta-bloquants — les deux à la fois	71 %* 66 % 50 %		La prise de bêtabloquants pour une insuffisance cardiaque congestive à la sortie de l'hôpital s'est accrue au cours des sept dernières années, tandis que celle d'IECA/ARA a diminué au cours de la même période. Il y a probablement des améliorations à faire à cet égard, mais une conclusion définitive ne pourra être établie que lorsque l'Ontario disposera de données plus précises sur le type de patients souffrant d'insuffisance cardiaque (voir la section sur les données, 1.11).

Sources de données :

*Base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur les congés des patients, Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS); exercice financier 2009-2010. Ces indicateurs n'ont été calculés que pour les patients âgés de 66 ans et plus, car les données sur l'utilisation de médicaments n'existaient que pour ce groupe. L'indicateur suit de près les ordonnances remplies. Certains patients font remplir l'ordonnance, mais ne prennent pas les médicaments; le taux de prise réelle est peut-être par conséquent plus bas.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients avec un AVC en phase aiguë auxquels on prescrit un ASA ou un traitement anti-thrombotique à leur sortie de l'hôpital	92 %**		Environ neuf personnes sur 10 victimes d'un AVC reçoivent les anticoagulants appropriés à la sortie de l'hôpital. Cet indicateur n'a pas bougé au cours des quatre dernières années. Le taux typique d'allergie ou de sensibilité à ces médicaments ^{149, 150} est proche du taux de personnes qui ne prennent pas ces médicaments (8 %); ainsi, il y a peu d'amélioration à faire, voire aucune.
Pourcentage de patients victimes d'un AVC ischémique admissibles à une thrombolyse (traitement qui détruit les caillots) et qui reçoivent ce traitement dans l'heure qui suit leur arrivée aux urgences††	13 %**		Seulement un patient sur huit ayant subi un AVC et pouvant bénéficier d'un médicament pour détruire les caillots a reçu ce médicament dans l'heure qui a suivi son arrivée aux urgences. Malgré les progrès constatés ces six dernières années, il y a encore d'énormes améliorations à faire.
Taux d'accouchements par césarienne (pour 100 accouchements)	29***		Le taux de césariennes s'établit à 29 % en Ontario. Cela n'a pas changé au cours des quatre dernières années. Chez les femmes à faible risque, 15 % des accouchements sont effectués par césarienne.
Taux de femmes primipares accouchant à terme par césarienne (pour 100 accouchements)	15§		Le taux global de césariennes est plus élevé que le taux recommandé par l'Organisation mondiale de la santé qui est de 15 % ¹⁵¹ . Toutefois, la validité de cet objectif est contestée et il n'y a pas de consensus au Canada concernant le taux idéal. Néanmoins, ces taux doivent être surveillés soigneusement et on devrait étudier des moyens d'éviter les accouchements par césarienne inutiles.

Sources de données :

**Registre du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS. Cet indicateur s'intéresse aux patients victimes d'un AVC ischémique / accident ischémique transitoire (AIT) qui sont en vie à leur sortie des urgences ou de l'unité de soins actifs d'un centre régional pour accidents cérébrovasculaires (Remarque : Cette analyse n'englobe pas les AVC hémorragiques).

*** Base de données sur les personnes inscrites, calculé par l'IRSS, exercice 2009-2010. La méthodologie de l'indicateur est adaptée à partir du rapport POWER¹⁵². §Base de données périnatales Niday, exercice 2009-2010, fourni par BORN Ontario.

†Ces médicaments doivent être pris sauf contre-indication, comme une allergie au médicament.

††Cet indicateur s'intéresse aux patients victimes d'un AVC ischémique qui arrivent aux urgences d'un centre régional pour accidents cérébrovasculaires dans les 2,5 heures qui suivent les premiers symptômes. *Les femmes à faible risque sont celles qui ne présentent pas beaucoup de raisons de subir une césarienne. Étant donné qu'elles sont primipares, elles n'ont jamais eu de césarienne; Le bébé se présente par la tête; le bébé n'est pas prématuré; le travail était spontané; et c'est une seule et même grossesse (ce ne sont pas des jumeaux). Une césarienne peut encore être effectuée si le travail ne progresse pas.

3.1

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Gestion des médicaments

Les fournisseurs de soins de santé oublient parfois de commander les médicaments parce qu'ils sont **surchargés** – ils sont occupés, distraits par d'autres patients ou ont trop de choses auxquelles penser.

La mauvaise communication lorsque les soins sont transférés entre fournisseurs pourrait se traduire par l'absence de communication au sujet des bons traitements. Par exemple, il y a peut-être une bonne raison de retarder initialement l'administration de médicaments (p. ex., des bêta-bloquants pour une crise cardiaque), mais quelle que soit la personne qui traite le patient à une date ultérieure, elle doit savoir que le médicament doit être pris quand il n'y a plus de risque.

Les fournisseurs de soins ne savent pas dans quelle mesure ils suivent les lignes directrices.

Les patients ne font pas remplir les ordonnances qui leur sont remises à la sortie de l'hôpital, probablement parce qu'ils craignent les effets secondaires des médicaments ou qu'ils ne comprennent pas quand, pourquoi, comment ou pendant combien de temps ils doivent les prendre. Certains médicaments ont de petits effets secondaires auxquels le patient doit s'habituer; si ce dernier ne le sait pas, il ou elle peut cesser trop rapidement de prendre le médicament.

Patients risquant d'être victimes d'erreurs de médicament. Cela se produit lorsqu'une personne est hospitalisée ou sort de l'hôpital et qu'il y a une confusion quant aux médicaments qu'elle prenait auparavant.

Problème : Administration en temps voulu d'une thrombolyse aux patients victimes d'un AVC.

Le diagnostic d'AVC est retardé. Cela peut se produire lorsqu'un patient se rend dans un centre qui ne dispose pas du bon équipement ou du personnel compétent pour traiter les AVC.

Mauvaise coordination ou communication susceptible de retarder le traitement. Une étude américaine a déterminé qu'il s'écoule beaucoup de temps entre la rédaction de l'ordonnance et l'administration du traitement thrombolytique¹⁷¹.

Accroître la disponibilité et l'utilisation des ordonnances normalisées, des listes de vérification à la sortie de l'hôpital, des plans de soins normalisés ou des algorithmes pour décider s'il faut prescrire un médicament ou un examen.

Utiliser les systèmes d'aide à la décision clinique pour guider les prescriptions. Accroître l'utilisation des dossiers de santé électroniques (DSE) qui peuvent guider les décisions des cliniciens et générer des rappels¹⁵³. Ces systèmes formulent des recommandations sur le moment où il faut commencer, surveiller ou cesser les traitements et peuvent identifier les risques (p. ex., mélanges dangereux de médicaments). Ces systèmes peuvent avoir une influence utile sur le comportement¹⁵⁴ du fournisseur de soins et les résultats du patient¹⁵⁵, surtout lorsqu'ils produisent des renseignements opportuns et pertinents, répondent aux besoins locaux (éviter « une seule et unique approche pour tous ») et sont accompagnés par un soutien technique permanent¹⁵⁶.

Rétroaction régulière auprès des médecins. Par exemple, le Enhanced Feedback for Effective Cardiac Treatment (EFFECT) publie les données sur le rendement des hôpitaux pour les indicateurs relatifs au traitement des IAM et aux insuffisances cardiaques congestives¹⁵⁷. Ces données devraient être aussi fournies à chaque fournisseur de soins¹⁵⁸.

Encourager le personnel des hôpitaux à passer en revue les médicaments avec les patients avant leur sortie de l'hôpital^{159, 160} et veiller à ce que ces derniers partent munis d'une feuille de renseignements, comprenant une « liste des médicaments » facile à suivre où sont notés les principaux changements. Les fournisseurs peuvent demander aux patients ou aux aidants « **de répéter** » les instructions pour vérifier s'ils ont bien compris les renseignements^{161, 162}. Recommander aux patients de garder les listes de médicaments les encourage à se prendre en charge¹⁶³.

Les suivis par téléphone et les systèmes de réponse vocale interactive peuvent contribuer à déterminer les interactions entre médicaments et à encourager les patients qui viennent de sortir de l'hôpital à prendre leurs médicaments de la manière prescrite^{164, 165}.

Selon une étude, près de la moitié des patients ont été victimes d'au moins une erreur médicale à la sortie de l'hôpital¹⁶⁶. **Encourager les fournisseurs de soins primaires à prendre le temps de parcourir la liste de médicaments avec les patients lorsqu'ils sortent de l'hôpital**¹⁶⁷, et vérifier si le fournisseur a reçu ces renseignements au moment de la visite.

Veiller à ce que les victimes d'un AVC soient directement acheminées en ambulance vers un centre de traitement des AVC qui a le plus d'expérience dans le traitement de ces problèmes. Cette approche s'est traduite par des arrivées plus rapides à un centre de traitement des AVC de Toronto et quatre fois plus de patients bénéficiant d'un traitement thrombolytique¹⁶⁸. C'est aussi une recommandation que l'on trouve dans les lignes directrices canadiennes pour les soins des AVC¹⁶⁹.

Améliorer les capacités de télémédecine afin que dans les hôpitaux des localités rurales, où il y a peu de personnel spécialisé dans le traitement des AVC, les résultats des tomodensitométries peuvent être examinés par des neurologues et des spécialistes en traitement des AVC situés ailleurs¹⁷⁰.

Créer des processus standard et des prescriptions pour la mise en place d'une thrombolyse¹⁷².

Envisager de créer une équipe spécialisée pour administrer la thrombolyse, comme l'a fait un hôpital de Calgary¹⁷³.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Taux élevés de césariennes.

Davantage de femmes accouchent par césarienne sans raison médicale. Il n'y a pas de données sur la fréquence des césariennes en Ontario, mais le phénomène s'accroît dans le monde entier^{174, 175}. Les raisons peuvent être les suivantes : savoir à l'avance quand l'accouchement aura lieu; peur d'avoir mal et crainte de complications si l'accouchement se fait par voie vaginale (p. ex., incontinence ou prolapsus vaginal). De plus, une césarienne planifiée est plus pratique pour les fournisseurs de soins, qui peuvent ainsi planifier leur emploi du temps.

Préoccupations médico-légales. Les obstétriciens ont déjà les primes d'assurance pour erreurs médicales les plus élevées de tous les spécialistes canadiens¹⁸⁰.

Compétences du médecin – Les médecins n'ont peut-être pas l'habitude des interventions autres que les césariennes, p. ex. utilisation des forceps pour modifier la position du bébé pendant l'accouchement¹⁸², accouchement par voie vaginale pour les femmes ayant déjà subi une césarienne¹⁸³, ou accouchements par le siège¹⁸⁴.

Déclenchements inutiles. Lorsque l'accouchement est déclenché, le risque de césarienne est beaucoup plus élevé¹⁸⁶.

Absence de consensus entre médecins à propos des césariennes.

Taux d'obésité à la hausse. L'obésité est associée à un taux deux fois plus élevé de césariennes¹⁸⁹.

Informers le public et les fournisseurs de soins des risques associés aux césariennes planifiées. Bien que le risque global associé aux césariennes soit peu élevé, les césariennes planifiées comportent trois fois plus de risque de complications graves (p. ex. hémorragie nécessitant une hystérectomie, arrêt cardiaque, thrombo-embolie veineuse, infections graves) que pour les accouchements par voie vaginale¹⁷⁶, et des coûts plus élevés pour le système de santé¹⁷⁷. Les initiatives d'information peuvent comprendre des entretiens entre les patientes et les médecins, ainsi que les **campagnes de sensibilisation** publique. Par exemple, plusieurs hôpitaux du Nouveau-Jersey ont participé à une campagne intitulée « Worst to First » ayant pour but de réduire les taux de césariennes de 15 %¹⁷⁸. Les campagnes publiques peuvent aussi mettre l'accent sur le fait que la naissance est un processus physiologique naturel¹⁷⁹.

Une étude a permis de constater que lorsque les gens demandaient **une deuxième opinion** et que **des critères objectifs étaient appliqués**¹⁸¹, le taux de césariennes était réduit d'un tiers. Il est possible que ces approches persuadent les obstétriciens qu'ils prennent la bonne décision de ne pas effectuer de césarienne lorsqu'ils craignent d'éventuelles poursuites.

Envisager d'accroître **les normes de formation des obstétriciens, des médecins de famille et des sages-femmes quant à l'utilisation de ces méthodes**, ou de permettre aux praticiens qui le souhaitent de suivre des **séances de perfectionnement**. Les **exercices de crise et des cas simulés** permettent aux fournisseurs de soins de s'exercer à surmonter des situations difficiles en équipe (comme les simulateurs de vol pour les pilotes); on pourrait envisager l'utilisation de ces exercices en obstétrique¹⁸⁵.

Établir des protocoles pour les déclenchements. Les médecins d'un hôpital de Pittsburgh ont mis au point un protocole selon lequel les déclenchements facultatifs ne doivent être envisagés que si le fœtus a au moins 39 semaines et si le col de l'utérus est « mûr » par rapport à un score objectif. Le nombre de déclenchements a été réduit d'un tiers et le taux de césariennes chez les primipares a été considérablement réduit, passant de 35 % à 14 %¹⁸⁷.

Des mécanismes de vérification et de rétroaction permettent aux médecins d'examiner régulièrement leurs données sur les interventions, dont les taux de césariennes et de complications et l'application des lignes directrices, et de déterminer les domaines à améliorer¹⁸⁸.

Envisager d'appliquer **des stratégies pour réduire l'obésité** en général (p. ex., étiquetage des aliments, des communautés saines encourageant l'activité physique, etc., section 9.1).

Que fait-on en Ontario?

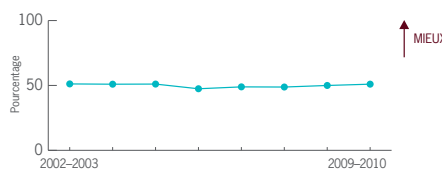
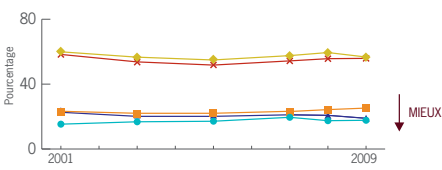
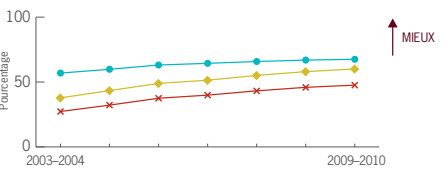
- Grâce à l'initiative *Get with the Guideline*, mise en place par le RLISS de Champlain, toutes les personnes hospitalisées pour une crise cardiaque ou présentant des symptômes de crise cardiaque reçoivent les meilleurs soins possibles¹⁹⁰. Les hôpitaux participants utilisent un outil lorsque les patients sortent qui comprend des cheminements de soins, des ordonnances standard, des listes de vérification, des rappels et un outil de collecte de données afin de surveiller si les patients sont traités conformément aux lignes directrices fondées sur des données scientifiques (p. ex., les bons médicaments sont prescrits pour les crises cardiaques). Les hôpitaux suivent aussi plusieurs jours de formation afin d'apprendre à bien utiliser ces outils.
- L'Étude *Ontario Mother and Infant*, à laquelle participent 2 500 femmes, a été entreprise dans plusieurs établissements afin d'évaluer les conséquences des césariennes planifiées par rapport aux accouchements par voie vaginale sur la santé de la mère et de l'enfant, l'utilisation des services et le coût des soins^{191, 91}.

3.2 Gestion des maladies chroniques

Les maladies chroniques, qui doivent être gérées sur de longues périodes, sont très répandues¹⁹². Elles touchent un Ontarien sur trois et près de quatre personnes âgées de 45 ans et plus sur cinq. Environ sept personnes sur 10 atteintes de maladies chroniques en ont deux ou plus¹⁹³. Ces maladies tendent s'aggraver au fil du temps et à causer des douleurs, des souffrances, des complications invalidantes, voire la mort prématurée¹⁹⁴. Elle représente également un fardeau économique énorme, les dépenses équivalant à 55 % des coûts de la santé directs et indirects en Ontario¹⁹⁵. Bien que les maladies chroniques ne puissent être entièrement guéries, de nouvelles habitudes, les traitements médicaux et un suivi attentif peuvent réduire les risques de maladie ou ralentir sa progression¹⁹⁶. Le rapport de cette année met l'accent sur le diabète, les maladies cardiaques et pulmonaires. Les futurs rapports incluront d'autres maladies.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Les personnes souffrant de maladies chroniques doivent être suivies régulièrement (p. ex., examens réguliers de la vue et des pieds chez les patients diabétiques) ¹⁹⁷ .	Les conséquences de ne pas se faire examiner régulièrement les yeux et les pieds peuvent comprendre la cécité ¹⁹⁸ , les ulcères cutanés ¹⁹⁹ et les amputations ²⁰⁰ .	Les 937 000 Ontariens diabétiques ²⁰¹ , les plus de 18 000 personnes qui ont subi une crise cardiaque l'an dernier et les près de 16 000 personnes hospitalisées l'an dernier en raison d'une insuffisance cardiaque congestive ²⁰² .
Les personnes atteintes de maladies chroniques doivent avoir une bonne hygiène de vie (p. ex., ne pas fumer, surveiller leur poids, avoir une bonne alimentation, avoir une activité physique et éviter de boire) ²⁰³ .	Les comportements malsains peuvent se traduire par une aggravation des maladies chroniques et accélérer le développement de complications à long terme ou d'autres troubles de santé ^{204,205} .	
Les personnes souffrant de maladies chroniques doivent prendre les bons médicaments et savoir gérer leurs maladies.	En ce qui concerne le diabète, les conséquences peuvent être un plus grand nombre de décès et de complications, comme les AVC, les crises cardiaques, les amputations et d'autres chirurgies pour une mauvaise circulation, une insuffisance rénale et la dialyse ^{206, 207, 208, 209} . Les autres conséquences peuvent comprendre des hospitalisations et des visites aux urgences, qui sont stressantes pour les patients et représentent un gaspillage des ressources de santé ²¹⁰ .	

Suivi et gestion des maladies chroniques

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de personnes diabétiques qui ont eu un examen de la vue au cours des 12 derniers mois	51 %*		Environ la moitié des patients diabétiques ont subi un examen de la vue au cours des 12 derniers mois. Ce taux est généralement stable depuis huit ans. Il y a d'énormes améliorations à faire; presque tous les patients diabétiques devraient se faire examiner les yeux régulièrement.
Mauvaises habitudes des personnes atteintes de maladies chroniques :†			Les taux de tabagisme ont augmenté considérablement chez les personnes atteintes de maladies chroniques au cours des neuf dernières années. Les taux d'inactivité physique et de consommation inadéquate de fruits et de légumes se sont améliorés légèrement, mais l'abus d'alcool et l'obésité augmentent. Tous ces taux signalés par les patients eux-mêmes sont encore trop élevés, et il y a encore beaucoup d'améliorations à faire, car il est extrêmement important que cette population adopte de bonnes habitudes.
Pourcentage de personnes âgées diabétiques (66 ans et plus) qui, au cours de l'année écoulée, ont régulièrement fait remplir une ordonnance pour :			Au fil du temps, l'Ontario enregistre des améliorations lentement, mais régulièrement en ce qui concerne l'utilisation des IECA/ARA et des statines chez les personnes diabétiques. Toutefois, il y a encore des améliorations à faire, car seulement la moitié des patients diabétiques âgés obtiennent ces deux médicaments et les spécialistes indiquent que la plupart des personnes âgées diabétiques devraient les prendre ^{211,212,213} .
- abus d'alcool - faible consommation de fruits et de légumes - inactivité physique - obésité - tabagisme	18 %** 57 % 56 % 25 % 19 %		
- IECA/ARA†† - statine - les deux à la fois	67 %** 60 % 48 %		

Sources de données :

*Base de données sur le diabète en Ontario, Régime Assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites, exercice 2009-2010, calculé par Institut de recherche en services de santé (IRSS). ** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009, calculé par l'IRSS. ***Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, Base de données sur le diabète en Ontario, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS. Cet indicateur suit de près les ordonnances remplies. Certains patients font remplir l'ordonnance, mais ne prennent pas les médicaments; il se peut donc que le taux de prise réelle soit plus bas.

†Comprend l'hypertension, le diabète, l'arthrite, les maladies cardiaques, le cancer, l'asthme, les problèmes respiratoires et la dépression.

††IECA = inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. ARA = antagonistes des récepteurs angiotensine.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Complications of chronic diseases

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients diabétiques depuis plus d'un an qui ont, dans l'année, une complication grave due au diabète : —●— toute complication grave —●— chirurgie en raison de troubles de la circulation (y compris l'amputation) —x— décès —■— crise cardiaque —▲— AVC —○— insuffisance rénale	4,30 %* 0,15 % 2,70 % 1,10 % 0,51 % 0,17 %		Un peu plus d'une personne diabétique sur 25 aura une complication grave due au diabète pendant l'année. L'an dernier, cela s'est établi à 40 000 personnes en Ontario. Les taux de complication ont diminué régulièrement dans la province, ce qui peut s'expliquer par une meilleure utilisation des médicaments comme les statines et les IECA ou une réduction du tabagisme (comme il est indiqué ci-dessus), ou un dépistage plus précoce du diabète. Malgré cette amélioration des taux de complication, on peut encore faire des progrès. Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, certains examens, dont ceux de la vue, ne sont pas effectués régulièrement et des études ponctuelles récentes entreprises en Ontario ont déterminé des écarts importants dans la façon dont l'hypertension, la glycémie et le cholestérol sont gérés²¹⁴. L'Ontario ne recueille pas ces données régulièrement et devra le faire à l'avenir (voir la section sur les données).
Taux de mortalité rajusté (possibilité de décès) dans l'année après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque congestive	35**		Plus d'un tiers des patients hospitalisés en raison d'une insuffisance cardiaque congestive décèdent au cours de l'année qui suit. Cet indicateur ne s'est pas amélioré au cours des six dernières années. Il y a probablement des progrès à faire.
Taux de mortalités rajusté pour 100 patients cardiaques de 30 jours à un an après leur première crise cardiaque	9,1**		Un patient sur 11 décède dans l'année qui suit une crise cardiaque. Le taux s'est amélioré au cours des trois dernières années, mais il y a encore des progrès à faire, par exemple, en réduisant encore davantage les taux de tabagisme.

Sources de données :

* Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la facturation des médecins à l'Assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) et Base de données sur le diabète en Ontario, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). Les taux de complications ont été rajustés en fonction de l'âge, du sexe et de la période écoulée depuis le diagnostic de diabète.

** BDGP; BDPI; exercice financier 2008-2009, calculé par l'IRSS. Taux de mortalité rajustés en fonction de l'âge et du sexe. La méthodologie de l'indicateur est adaptée à partir du rapport POWER²¹⁵.

3.2

Causes fondamentales

Il n'est pas facile pour les fournisseurs de soins de suivre les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires 100 % du temps. Cela peut s'expliquer par ce qui suit^{216,217,218,219} :

- **Une surcharge d'information.** Il est facile d'oublier de prescrire un médicament ou un examen ou de se tenir au courant des dernières lignes directrices.
- **Obstacles organisationnels** (p. ex., difficulté d'accéder à l'information sur le patient qui pourrait avoir une incidence sur une décision clinique)
- **Les fournisseurs de soins de santé ne savent peut-être pas que certains de leurs patients ne reçoivent pas les bons traitements conformément aux lignes directrices.**
- **Scepticisme au sujet de la validité des données scientifiques.**

Il est difficile pour les fournisseurs de soins de santé de gérer la santé des personnes âgées de santé fragile atteintes de plusieurs maladies chroniques. Il n'est pas facile de suivre les lignes directrices relatives aux méthodes exemplaires; les recommandations relatives à une maladie peuvent contredire celles se rapportant à une autre affection. La gestion de ces patients peut nécessiter un suivi plus intensif ou un savoir-faire plus spécialisé.

Les patients ne s'impliquent pas dans leurs propres soins. Ils ne sont pas motivés pour modifier leur comportement ou croient ne pas pouvoir le faire.

Idées de changement

Utiliser des organigrammes dans les dossiers des patients²²⁰. Un organigramme est un document d'une page qui comporte des cases à cocher dans lesquelles on consigne la conformité aux pratiques exemplaires à chaque visite d'un patient. L'Association canadienne du diabète recommande une version pour le diabète²²¹.

Des systèmes de rappel indiquent au fournisseur de soins de santé qu'il doit exécuter une mesure particulière (p. ex., se souvenir lorsqu'il est temps de prévoir un nouvel examen annuel de la vue); ces systèmes peuvent être sur papier ou électroniques^{222, 223}.

Avoir un système de dossiers médicaux électroniques (DME) bien conçu. Les DME comportent souvent des organigrammes et des fonctions de rappel intégrés au logiciel. **Les fonctions d'aide à la décision** des DME vont au-delà des rappels et aident les fournisseurs à faire un choix parmi les options de traitement, comme les médicaments recommandés dans certains cas cliniques (diabète)^{224, 225}. Un système d'aide à la décision clinique a permis d'améliorer de 32 % les taux de prescription de médicaments conformément aux lignes directrices sur l'hypertension²²⁶.

Fournir une rétroaction confidentielle sur le rendement d'une clinique ou d'un fournisseur de soins conformément aux lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires leur donne une idée de la manière dont ils se comportent et les aide à déterminer les domaines à améliorer^{227, 228}. Une étude a décelé une amélioration considérable (2,6 %) dans le contrôle du glucose chez les patients diabétiques grâce à la mise en place d'un système de DME qui fournissait une rétroaction sur le rendement conformément aux lignes directrices en matière de traitement²²⁹.

Les leaders d'opinion peuvent encourager l'adoption de pratiques fondées sur des données scientifiques. Identifiées par leurs pairs, ces « sommités » jouent un rôle important au sein de leur collectivité en enseignant et en facilitant le changement^{230, 231}.

Pour de meilleurs résultats, appliquer simultanément le plus grand nombre possible des idées de changement susmentionnées. Les interventions multiples ont les plus grandes chances d'avoir une influence positive sur le comportement des fournisseurs de soins²³².

Envisager d'établir des cliniques spécialisées pour les maladies chroniques, comme le diabète ou les insuffisances cardiaques congestives, dirigées par une équipe multidisciplinaire. Un examen des programmes de traitement des insuffisances cardiaques administré par des équipes multidisciplinaires (dans une clinique ou ailleurs) a déterminé que le risque de décès ou d'hospitalisation des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque et recevant ce type de soins était inférieur d'environ 25 %²³³. Une clinique de traitement anticoagulant de Peterborough a enregistré un taux de 80 % de patients prenant des médicaments anticoagulants dans des doses sécuritaires (par rapport à 55 % des patients suivant les traitements habituels)²³⁴.

Utiliser la technologie de télémedecine pour suivre les patients. Envisager d'utiliser les « télésoins à domicile » pour surveiller les patients et communiquer avec eux²³⁵, en particulier ceux qui sont confinés chez eux ou vivent dans des localités isolées^{236,237}.

Promouvoir l'autogestion par les patients des facteurs de risque associés aux comportements et aux maladies chroniques (section 9.1). Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive qui surveillent leur poids chaque jour peuvent déceler rapidement des symptômes de détérioration de leur état et faire modifier leurs médicaments avant de devoir être hospitalisés²³⁸.

Améliorer l'accès aux activités et aux documents d'information sur la santé et de promotion de la santé^{239, 240, 241}. Voir la section 9.1

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Que fait-on en Ontario?

- La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète vise deux objectifs : faire en sorte que toutes les personnes diabétiques aient accès à un fournisseur de soins de santé et que 80 % des personnes diabétiques âgées de 18 ans et plus se soumettent aux trois tests du diabète (cholestérol, examen de la rétine et le test hémoglobine A1C), comme le recommandent les lignes directrices pour une gestion optimale du diabète²⁴². Dans le cadre de cette stratégie, le MSSLD établit nouvelles équipes d'éducateurs spécialisés en diabète, élargit les services de traitement des maladies rénales, crée jusqu'à 14 centres de coordination régionaux et élargit les soins du diabète et les programmes et services de prévention²⁴³.
- Les fournisseurs de soins primaires et spécialisés de Peterborough ont mis en place un modèle de soins axés sur la population pour les maladies vasculaires appelé *Comprehensive Vascular Disease Prevention and Management Initiative* (CVDPMI). Cette initiative vise les patients asymptomatiques qui ne consultent pas et utilisent le dossier médical électronique et des protocoles de pratique pour dépister certains problèmes comme l'hypertension ou un taux de cholestérol élevé. Les personnes qui présentent des risques élevés d'accident vasculaire reçoivent des conseils au sujet de la nutrition, d'adopter de bonnes habitudes de vie et des médicaments à prendre, le cas échéant. Les premières conclusions cliniques indiquent que le risque de problèmes cardiaques est réduit de jusqu'à 50 % pour les patients participant à l'initiative CVDPMI²⁴⁴.
- Le MSSLD envisage de continuer à modifier le système de médicaments sur ordonnance en réduisant le coût des médicaments génériques d'au moins 50 %, en éliminant les paiements excessifs aux pharmacies de la part fabricants de médicaments génériques et en améliorant l'accès aux médicaments peu coûteux pour les patients des localités rurales. Ces changements rendent les médicaments plus abordables et entraînent des économies qui seront redirigées vers d'autres services de santé²⁴⁵.
- La Fondation des maladies du cœur a récemment lancé un rapport en ligne sur l'évaluation des risques de maladies du cœur pour l'autoévaluation à l'aide d'un petit questionnaire sur les antécédents médicaux de la famille, le sexe, l'âge, l'origine ethnique, les habitudes de vie, l'indice de masse corporelle et d'autres facteurs de risque pour les maladies cardiaques²⁴⁶. La Fondation a également lancé une initiative et un programme de gestion de l'hypertension pour aider les fournisseurs de soins primaires et les patients à mieux contrôler l'hypertension. Cela comprend des organigrammes et des outils de rappel, de vérification et de rétroaction, des brassards pour le contrôle automatique de l'hypertension et des aides pour mettre en œuvre ces idées, conçues pour améliorer la gestion et le contrôle de l'hypertension par les fournisseurs de soins primaires, y compris les médecins, les infirmières et infirmiers et les pharmaciens, et par les patient²⁴⁷.

3.3 Hospitalisations évitables

Les personnes de santé fragile atteintes de plusieurs maladies chroniques doivent être hospitalisées si leur état se détériore. Toutefois, ces hospitalisations peuvent souvent être évitées. L'indicateur des affections pouvant être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires est une mesure qui suit les hospitalisations qui auraient pu être évitées si le problème avait été pris en charge dans un cabinet de soins primaires. Le taux de réadmissions est une autre mesure des hospitalisations évitables lorsque la transition entre l'hôpital et les fournisseurs de soins ou primaires ou les soins à domicile est adéquate^{248, 249, 250}. Le taux de réadmissions est établi à l'aide de deux méthodes : la première sert à déterminer les réadmissions dues au même problème et repose sur une définition nationale permettant des comparaisons provinciales, la deuxième, qui suit les réadmissions pour toutes les causes, est actuellement celle qui est le plus souvent utilisée en Ontario.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
La meilleure gestion possible des maladies chroniques afin de réduire les risques d'hospitalisation.	L'aggravation d'une maladie chronique qui aurait pu être évitée avec hospitalisation. Cela pourrait entraîner une détérioration de la qualité de vie, davantage de stress, l'exposition à certains risques lors du séjour à l'hôpital (p. ex., infection nosocomiale), l'alourdissement du fardeau pour les et le gaspillage des ressources de santé ²⁵¹ .	Les Ontariennes et Ontariens à l'origine des plus de 34 000 hospitalisations évitables l'an dernier ²⁵² .
Traitement efficace à l'hôpital et soins de suivi adéquats après la sortie de l'hôpital pour éviter les réadmissions.	Lorsqu'un patient est réadmis à l'hôpital, sa santé peut se détériorer encore plus et, tout comme les membres de sa famille, peut subir une perte de temps et de productivité économique. De plus, les réadmissions inutiles accroissent le coût des soins hospitaliers ²⁵³ .	Les Ontariennes et Ontariens qui se rendent aux urgences ou à l'hôpital.

Affections qui auraient pu être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux d'hospitalisations, par tranche de 100 000 habitants, liés à des affections qui auraient pu être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires	278*		Au cours de l'exercice 2009-2010, environ 34 100 personnes ont été hospitalisées en Ontario en raison de complications attribuables à des maladies chroniques qui auraient pu être évitées grâce à de bons soins primaires. Le taux a diminué de 33 % au cours des sept dernières années et de 5,2 % par rapport à l'année précédente. Il y a encore des progrès à faire.
Comparaisons interprovinciales pour tous les cas d'affections qui auraient pu être pris en charge dans le cadre de soins ambulatoires	**		Pendant l'exercice 2008-2009, l'Ontario a enregistré le deuxième taux le plus bas de toutes les provinces pour les affections qui auraient pu être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires. Cependant, il y a d'autres régions au pays qui affichent des taux encore plus faibles, par exemple, à Richmond, en Colombie-Britannique, le taux est de 154 (presque deux fois moins qu'en Ontario), et le taux du RLSS du Centre s'établit à 183. Cela suggère qu'il y a des progrès à faire.
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour : — maladie respiratoire obstructive (p. ex., emphysème, bronchite chronique) — insuffisance cardiaque congestive — asthme — angine de poitrine — diabète	84* 52* 40* 36* 32*		Les MRO sont actuellement les affections les plus fréquentes pouvant être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires. Les taux d'admission n'ont pas bougé depuis l'exercice 2002 2003; il y a beaucoup de progrès à faire. Les ICC sont les deuxième affections les plus fréquentes pouvant être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires. Les taux d'admissions ont baissé entre l'exercice 2002 2003 et l'exercice 2006 2007, et une meilleure utilisation de certains médicaments (p. ex., les bêtabloquants) pourrait avoir contribué à cette tendance. La situation n'a pas évolué au cours depuis trois ans et il y a beaucoup de progrès à faire. Le taux d'admissions pour asthme s'est amélioré considérablement entre l'exercice 2005 2006 et l'exercice 2007 2008, mais la situation n'a pas évolué depuis deux ans. Il faut continuer à faire des progrès. Au cours des sept dernières années, le nombre d'hospitalisations pour angine de poitrine a diminué de 66 %, et de 13 % rien que pour l'an dernier. Ces améliorations pourraient s'expliquer par la réduction des taux de tabagisme (section 9.1), une meilleure utilisation des médicaments comme les statines (section 3.1), et l'emploi en temps voulu des procédures de revascularisation (p. ex., intervention coronaire percutanée/endoprothèse; section 2.3)²⁵⁴. C'est une bonne nouvelle et l'Ontario devrait continuer à faire des efforts pour que ce taux continue de diminuer. C'est une bonne nouvelle et l'Ontario devrait continuer à prendre des mesures pour réduire les taux.

Sources de données : * Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé. ** Institut canadien d'information sur la santé, indicateurs de santé, 2010. On a utilisé de petites variations dans les méthodologies pour calculer les taux globaux d'affections qui auraient pu être pris en charge dans le cadre de soins ambulatoires lors de la comparaison des tendances en matière de temps avec les comparaisons interprovinciales.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Readmissions

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux de réadmissions pour toutes raisons : - insuffisance cardiaque congestive (âge ≥ 45) - maladies pulmonaires obstructives (âge ≥ 45) - maladies gastro-intestinales (tous les âges) - diabète (tous les âges) - maladies cardiaques (âge ≥ 40) - pneumonie (tous les âges) - AVC (âge ≥ 45)	22 %* 19 % 16 % 14 % 12 % 12 % 8.2 %*		Les personnes qui quittent l'hôpital après avoir été hospitalisées pour une maladie pulmonaire obstructive ou une insuffisance cardiaque congestive affichent les taux de réadmissions les plus élevés pour toutes raisons en Ontario – plus élevés que les taux se rapportant aux personnes hospitalisées pour une pneumonie ou un AVC.
Taux de réadmissions pour des problèmes particuliers ou associés : - insuffisance cardiaque congestive - maladie pulmonaire obstructive - maladie gastro-intestinale - diabète - IAM (crise cardiaque) - asthme - AVC	11 %** 7,7 % 7,8 % 5,4 % 4,3 % 3,9 % 2,6 %		Au cours des sept dernières années, les taux de réadmissions ont diminué de près de la moitié pour les crises cardiaques. C'est une bonne nouvelle, néanmoins il y a très peu d'améliorations pour les MRO, les IAM, l'asthme, le diabète, les problèmes gastrointestinaux et les AVC. Il y a d'énormes progrès à faire.
Taux de réadmissions pour les problèmes de santé mentale particuliers ou associés : - dépression - maladies mentales et toxicomanie - schizophrénie et troubles bipolaires	3,9 %** 6,3 % 9,6 %		Près d'une personne sur 10 atteinte de schizophrénie ou de troubles bipolaires est réadmise dans les 30 jours qui suivent sa sortie de l'hôpital. Ce taux ne s'est pas amélioré au cours des trois dernières années. Les soins des maladies psychotiques sont beaucoup plus complexes que pour toute autre maladie et la non-observation des traitements compte parmi les plus grands facteurs de risque de réadmission²⁵⁵. Il y a des améliorations à faire.
Taux de réadmissions pour IAM (problèmes particuliers ou associés) à l'échelle du Canada	4,6 %[§]		L'Ontario affiche le deuxième taux le plus bas de réadmissions pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM. Toutefois, la province se situe toujours derrière l'Alberta, preuve qu'il y a peut-être encore des améliorations à faire.
Lien entre le taux de réadmissions pour IAM et le pourcentage de personnes âgées ayant pris les trois médicaments recommandés après avoir quitté l'hôpital[†].			Les hôpitaux dont les patients prennent plus de médicaments fondés sur des données scientifiques après une hospitalisation pour crise cardiaque ont aussi tendance à enregistrer des taux de réadmissions plus faibles.

Sources de données :

*Entente de rendement entre le MSSLD et les RLIS, exercice 2009-2010. **Base de données sur les congés des patients (BDP) et Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). Tous les chiffres représentent les taux de réadmission dans tous les hôpitaux de soins actifs dans les 28 jours qui suivent la sortie de l'hôpital, pour les personnes âgées de 15 à 84 ans, pour 100 sorties. [§]BDP, exercice 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé, indicateurs de santé, 2010. [†]Les trois médicaments sont les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ou antagonistes du récepteur de l'angiotensine) et les statines. Les médicaments devaient être achetés dans les 90 jours qui suivent la sortie de l'hôpital. Chaque point représente un groupe d'hôpitaux dans chaque catégorie.

3.3

Causes fondamentales

Les médicaments recommandés ne sont pas tous prescrits aux patients hospitalisés. (Voir le diagramme de dispersion de la page précédente qui montre que lorsque les bons médicaments ne sont pas utilisés le taux de réadmissions augmente.) Par exemple, les taux de réadmissions tendent à être plus élevés dans les hôpitaux où les patients sont moins nombreux à recevoir les bons médicaments pour une crise cardiaque (voir le graphique ci-après). Les fournisseurs de soins de santé risquent de ne pas prescrire les bons médicaments ou traitements car ils ont trop à faire, sont préoccupés par d'autres patients ou parce qu'ils ont trop de choses en tête.

Les administrateurs et les fournisseurs de soins de santé n'ont pas conscience du problème que constituent les réadmissions²⁵⁸. Dans les localités urbaines où plusieurs hôpitaux servent une population importante, les patients réadmis risquent de se retrouver dans un hôpital différent.

La nécessité de libérer des lits peut se traduire par une sortie prématurée suivie d'une réadmission subséquente.

Les gens ne reçoivent pas le suivi dont ils ont besoin.

Les renseignements à propos du plan d'admission et de sortie ne sont pas rapidement transmis aux fournisseurs de soins primaires ou aux services communautaires. Le fait de ne pas communiquer les renseignements pertinents peut avoir des conséquences négatives sur les soins^{262, 263}. Comme il est indiqué à la section 8.1, l'Ontario tarde à transmettre les résumés des sorties.

Les patients risquent de ne pas comprendre les instructions relatives à leurs soins après leur sortie de l'hôpital – la façon de prendre les médicaments, les symptômes à surveiller ou les services à appeler en cas de problèmes.

Idées de changement

Demandes d'admission normalisées, prescriptions pour les troubles cliniques communs, listes de vérification des congés, DSE qui génèrent des rappels cliniques²⁵⁷. Tous ces éléments aideront les médecins à prescrire les bons médicaments et à coordonner des soins intégrés à la sortie de l'hôpital. Voir la section 3.1.

Rétroaction de l'information sur les réadmissions, ou les données relatives aux lignes directrices devraient remises aux administrateurs, aux fournisseurs de soins et au personnel de l'hôpital²⁵⁹. Faire en sorte que ces données comprennent les taux de réadmissions dans d'autres hôpitaux. Dans la mesure du possible, fournir cette information aux fournisseurs de soins afin que chaque personne et chaque service puissent établir leurs propres plans d'amélioration de la qualité²⁶⁰.

Mettre en œuvre des stratégies pour réduire les demandes d'hospitalisation évitables. Voir les sections 2.1, 2.2 et 2.4.

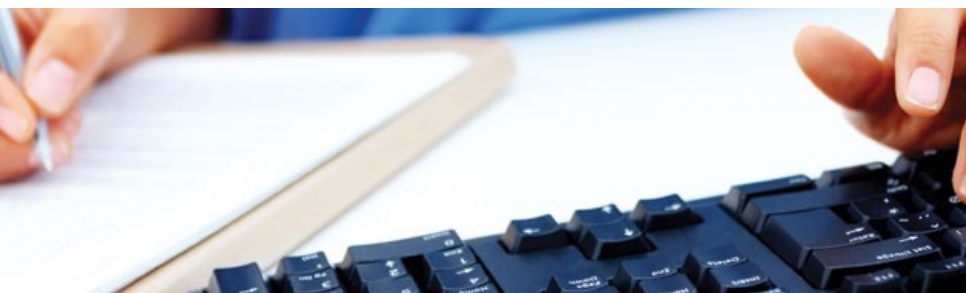
Procéder à une évaluation des risques afin d'identifier les patients qui risquent le plus d'être réadmis et prendre les dispositions nécessaires pour que ces personnes bénéficient d'un suivi attentif. Un outil de ce type, l'indice LACE, tient compte de la durée de l'hospitalisation (« D »); de la gravité de l'admission (« G »); de la comorbidité (« C »); et de l'utilisation récente des urgences (« U »)²⁶¹. Les patients à risque élevé pourraient faire l'objet d'un suivi plus intensif, p. ex. dans une clinique spécialisée ou au moyen de télésoins à domicile.

Envisager d'établir des résumés de sorties électroniques et d'autres stratégies présentées à la section 8.1 afin d'améliorer les soins lors de la transition de l'hôpital au domicile.

Utiliser un résumé de sortie structuré pour tous les patients âgés et de santé fragile, avec des éléments normalisés comprenant des renseignements que les fournisseurs de soins hors de l'hôpital recevant le résumé doivent connaître pour bien gérer le patient. Cette approche est utilisée par une équipe du Québec²⁶⁴.

Envisager de contacter les patients par téléphone 48 heures après la sortie afin de vérifier si le plan de traitement progresse bien²⁶⁵. Ou demander aux patients de revenir à l'hôpital pour des soins externes peu après avoir quitté l'hôpital.

Améliorer et élargir l'information fournie aux patients et aux soignants à la sortie, intégrer des méthodes exemplaires de communication²⁶⁶, et organiser des séances d'information à l'intention des patients et des familles à la sortie de l'hôpital. On a constaté que lorsqu'on fournit aux patients **des instructions écrites à la sortie de l'hôpital**, les taux de réadmission diminuent, en particulier pour les insuffisances cardiaques congestives²⁶⁷. La section 8.1 contient des détails sur la façon de demander aux patients de « répéter » les instructions et sur d'autres stratégies de communication afin d'aider les patients à mieux comprendre les soins et les instructions qui leur sont donnés lorsqu'ils quittent l'hôpital.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Mauvaise coordination de la transition de l'hôpital au domicile.

Les patients atteints de maladies chroniques ne bénéficient pas d'un suivi adéquat.

Les patients attrapent des infections à l'hôpital qui se manifestent seulement lorsqu'ils sont de retour chez eux.

Les patients n'obtiennent pas des services de réadaptation adéquats après leur sortie de l'hôpital.

Idées de changement

Assurer une meilleure coordination entre les hôpitaux, les services communautaires et les cabinets de soins primaires (section 2.4). **Instituer des protocoles normalisés de suivi**²⁶⁸ pour tous les patients de santé fragile, par exemple une visite à domicile par l'entremise d'un CASC le jour où le patient quitte l'hôpital. Afin d'assurer qu'un patient bénéficie d'une visite de suivi peu après sa sortie (p. ex., une semaine), demander au personnel de l'hôpital de demander ou de confirmer le rendez-vous.

Communiquer avec les patients. Un projet entrepris à Ottawa obtient de bons résultats grâce à des systèmes de réponse vocale interactive qui permettent de suivre les patients après leur sortie de l'hôpital²⁶⁹. Un message téléphonique informatisé pose des questions sur les symptômes ou l'utilisation des médicaments aux patients, qui entrent leur réponse. Si les réponses ne sont pas satisfaisantes, une infirmière rappelle le patient.

Promouvoir l'autogestion par les patients (section 9.1). Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive qui vérifient leur poids chaque jour peuvent détecter rapidement des signes précoces de détérioration de leur état et faire modifier leurs médicaments avant qu'il ne leur soit nécessaire d'aller à l'hôpital²⁷⁰.

Envisager d'établir des cliniques pour les maladies chroniques, comme les insuffisances cardiaques^{271, 272} le diabète^{273, 274} et les affections nécessitant un traitement anticoagulant²⁷⁵. La section 3.2 contient plus de détails sur la façon d'améliorer la gestion des maladies chroniques.

La section 4.1 contient des idées sur la manière d'améliorer le contrôle des infections.

Établir des soins à domicile adéquats afin de fournir des services de réadaptation et de suivi de l'état des patients.

Envisager de procéder à une **évaluation des risques de chute** par l'entremise d'un CASC peu après le retour du patient chez lui.

Que fait-on en Ontario?

- Le projet de « service hospitalier virtuel »²⁷⁶, financé par le MSSLD et entrepris à l'essai dans plusieurs localités, améliore la transition entre l'hôpital et le domicile en regroupant les meilleurs éléments de l'hôpital, des soins primaires et des soins à domicile après la sortie de l'hôpital. Lancé en mars 2010, le projet est un partenariat innovateur entre le CASC de Toronto Centre²⁷⁷, l'Hôpital St. Michael et le Women's College Hospital. Le RLIS de Toronto Centre²⁷⁸ participe également au projet. Les partenaires se sont associés pour créer une équipe intégrée, qui comprend un médecin et une infirmière ou un infirmier praticien de l'hôpital et un coordonnateur des soins, un pharmacien et une infirmière ou un infirmier praticien du CASC, chargés d'aider les personnes qui sortent de l'hôpital et présentent des risques élevés de réadmission. Cette équipe se rencontre chaque jour pour discuter de la gestion des soins des clients du service d'hospitalisation virtuel. Une fois la transition menée à bien et lorsque les clients n'ont plus besoin d'un suivi continu, ils sortent du service hospitalier virtuel. Un grand nombre de clients continuent de recevoir des services des CASC.
- Le MSSLD octroie depuis peu des incitatifs financiers aux cabinets qui offrent des services de soins primaires complets aux patients. La rémunération est fondée sur un modèle de paiements pondérés, fondé sur un certain nombre de patients inscrits et comprenant des incitatifs financiers supplémentaires pour les cabinets qui acceptent des patients sans médecin de famille et nécessitant des soins actifs et complexes²⁷⁹.

3.4 Veiller sur la santé des résidents des foyers de soins de longue durée

Les foyers de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario s'occupent des personnes qui ont du mal à se prendre en charge. Ces foyers peuvent prodiguer des services qui aident les résidents à devenir autonomes ou à préserver leur autonomie aussi longtemps que possible. Par exemple, les physiothérapeutes peuvent enseigner au personnel des foyers des exercices qui permettront aux résidents de continuer à être mobiles, et proposer des programmes spécialisés en fonction des besoins²⁸⁰. Les ergothérapeutes recommandent des appareils et des interventions qui aident les gens dans leurs activités quotidiennes²⁸¹, par exemple, s'habiller et se nourrir. De plus, un cadre attrayant et diverses activités récréatives et sociales peuvent empêcher les résidents de sombrer dans la dépression²⁸².

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que les résidents des foyers de SLD maintiennent leur bien-être et leur capacité de fonctionner aussi longtemps que possible grâce à des activités qui leur permettent de préserver leur fonction vésicale et leur mobilité physique, de contrôler la douleur, de préserver leurs capacités linguistiques, mnésiques et cognitives, de ne pas sombrer dans la dépression et de ne pas perdre de poids.	Sans fonction vésicale et mobilité physique, les résidents peuvent perdre leur autonomie, faire face à une qualité de vie amoindrie et à un plus grand risque de plaies de pression. Si on n'offre pas aux résidents des moyens de contrôler leur douleur et des activités stimulantes, ils risquent de souffrir inutilement, être incapables de participer à des activités et être socialement isolés. La dépression et la perte d'appétit peuvent entraîner une réduction de l'énergie, une altération de l'humeur et de la mobilité, voire un décès prématuré.	Les 75 000 résidents des plus de 600 foyers de soins de longue durée de l'Ontario ²⁸³ .

Indicateur	Valeur*	Constatations
Pourcentage de résidents dont la fonction vésicale s'est détériorée [†]	21 %	L'Ontario commence à peine à présenter des rapports sur ces indicateurs, de sorte qu'il est encore trop tôt pour dire si nous accomplissons des progrès et il n'existe toujours pas de points de référence internationaux. Bien que la tendance chez les résidents des foyers de SLD soit à un déclin de leur état de santé au fil du temps, des soins efficaces peuvent contribuer à ralentir ce déclin et les recherches montrent que des améliorations peuvent encore être faites dans ces domaines. Visiter www.ohqc.ca/fr/ltc_homes.php pour plus de détails sur chaque foyer.
Pourcentage de résidents éprouvant de plus en plus de difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne (s'habiller, se nourrir, faire sa toilette)	33 %	
Pourcentage de résidents dont les douleurs se sont récemment [†] aggravées	12 %	
Pourcentage de résidents dont les symptômes de dépression ou d'anxiété se sont aggravés [†]	26 %	
Pourcentage de clients chez qui est récemment apparu un déclin de leurs capacités linguistiques, mnésiques et cognitives [†]	13 %	
Pourcentage de clients ayant récemment ^{††} subi une perte de poids involontaire	7,1 %	

Source de données :

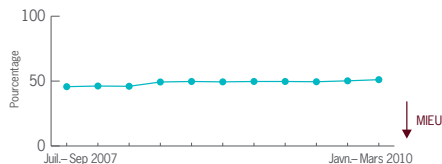
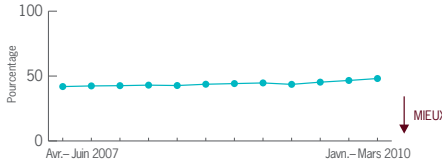
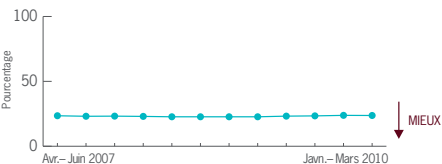
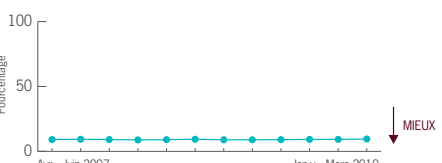
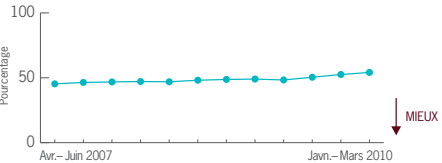
*Système d'information sur les soins de longue durée, avril 2009 à mars 2010, calculé par l'Institut canadien d'information sur la santé. Selon le système, la santé de chaque résident fait l'objet d'une évaluation détaillée à l'aide du système RAI-MDS 2.0 (Resident Assessment Instrument — Minimum Data Set) au moins une fois tous les trois mois de la part d'un membre du personnel du foyer ayant reçu une formation spécialisée pour recueillir cette information. Le MSSLD a instauré le système RAI-MDS dans tous les foyers de SLD de la province. Les résultats sont fondés sur 626 foyers disposant de suffisamment de données pour présenter un rapport.

†D'une période d'évaluation à l'autre — généralement, tous les trois mois. ††Une perte de 5 % sur une période de trois mois, ou de 10 % sur une période de six mois.

3.5 Maintenir l'état de santé des personnes nécessitant des soins à domicile

Les personnes qui souffrent de maladies chroniques ou ont des besoins complexes et nécessitent des soins de santé ou des services de soutien personnel (p. ex., pour les tâches ménagères) pendant 60 jours ou plus sont désignées comme étant des clients des soins à domicile de longue durée²⁸⁴. À mesure que les gens vieillissent, il leur devient de plus en plus difficile de garder leur autonomie. Cependant, les soignants à domicile peuvent ralentir ce processus pour certains clients.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que les clients des soins à domicile maintiennent leur bien-être et leur capacité de fonctionner aussi longtemps que possible grâce à des activités qui leur permettent de préserver leur fonction vésicale et leur mobilité physique, de contrôler la douleur, de préserver leurs capacités linguistiques, mnésiques et cognitives, de ne pas sombrer dans la dépression et de ne pas perdre de poids (section 3.4).	Sans fonction vésicale et mobilité physique, les clients des soins à domicile peuvent perdre leur autonomie, faire face à une qualité de vie amoindrie et à un plus grand risque de plaies de pression. Si on ne leur offre pas des moyens de contrôler leur douleur et des activités stimulantes, ils risquent de souffrir inutilement, être incapables de participer à des activités et être socialement isolés. La dépression et la perte d'appétit peuvent entraîner une réduction de l'énergie, une altération de l'humeur et de la mobilité, voire un décès prématuré.	Les 185 000 clients de l'Ontario qui reçoivent des services par l'entremise des CASC en tout temps ²⁸⁵ et les autres 600 000 ²⁸⁶ clients qui ont reçu des services de soins à domicile des CASC en 2009. Beaucoup de ces personnes sont des clients de longue durée.

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de clients dont la fonction vésicale s'est récemment dégradée ou ne s'est pas améliorée depuis la dernière évaluation	50 %		La fonction vésicale de la moitié des personnes qui reçoivent des services de soins à domicile ne s'est pas améliorée ou s'est détériorée par rapport à leur évaluation précédente. Cet indicateur ne s'est pas amélioré au cours des deux dernières années. Il existe de nombreuses techniques pour améliorer la fonction vésicale (section 3.4); il sera important de veiller à que toutes ces techniques soient bien utilisées.
Pourcentage de clients qui ont soit une nouvelle difficulté à accomplir les tâches normales de la vie quotidienne (s'habiller, manger, faire sa toilette), soit un problème existant qui ne diminue pas	46 %		Près de 50 % des clients des soins à domicile souffrent d'une affection qui les empêche de s'acquitter de leurs activités quotidiennes ou d'un trouble plus ancien qui s'est aggravé depuis leur dernière évaluation. Le problème du déclin des activités quotidiennes devient plus fréquent depuis trois ans. Étant donné que la difficulté de s'adonner aux activités quotidiennes fait partie des principaux facteurs permettant de prédire si une personne nécessitera des soins en établissement, des améliorations sont essentielles dans ce domaine.
Pourcentage de clients souffrant de douleurs mal contrôlées	24 %		Près du quart des clients des soins à domicile souffrent ou ont des douleurs qui ne sont pas bien gérées. Cela ne s'est pas amélioré au cours des trois dernières années. Il y a des progrès à faire.
Pourcentage de clients qui présentent des signes graves de dépression (par exemple, tristesse profonde, désintérêt par rapport aux activités normales)	9.2 %		Un client des soins à domicile sur 10 ressent de la tristesse et au moins deux symptômes de dépression. Nous n'avons constaté aucun changement depuis trois ans. Ces résultats sont meilleurs que ceux enregistrés dans plusieurs pays d'Europe (moyenne 12 %), mais la Finlande et la Suède affichent les meilleurs résultats (2,1% et 4,1% respectivement) ²⁸⁷ . Cela suggère qu'il y a encore des améliorations à faire.
Pourcentage de clients chez qui est récemment apparu un déclin de leurs capacités linguistiques, mnésiques et cognitives	51 %		La moitié des personnes qui reçoivent des services de soins à domicile ont subi un déclin de leurs capacités cognitives ou un problème existant ne s'est pas amélioré au cours des six mois précédents. Ce problème devient plus fréquent depuis trois ans. S'occuper des personnes dont les capacités cognitives sont réduites sera un problème qui ne fera que s'aggraver au fur et à mesure que la population vieillira. Il a des progrès à faire.

Prière de consulter la section 3.4 pour les causes fondamentales et les idées d'amélioration.

Sources de données : *Système d'information sur les soins à domicile, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut canadien d'information sur la santé. Selon le système, tous les clients des soins à domicile de longue durée font l'objet d'une évaluation détaillée à l'aide du système RAHIC (Resident Assessment Instrument — Home Care) au moins une fois tous les six mois par une personne ayant suivi spécialisée pour recueillir cette information. Les indicateurs RAHIC suivants ont été rajustés pour tenir compte de divers facteurs de risque : échec en ce qui concerne l'amélioration/l'incidence de l'incontinence vésicale; échec en ce qui concerne l'amélioration/l'incidence des difficultés à s'acquitter des activités de la vie quotidienne; prévalence d'un contrôle inadéquat de la douleur chez les personnes en souffrance; prévalence d'une humeur négative; échec en ce qui concerne l'amélioration/l'incidence du déclin des capacités cognitives; et prévalence de la perte de poids

3.5

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Incontinence

Les membres du personnel ne connaissent pas les stratégies pour réduire les problèmes d'incontinence, par exemple encourager les résidents à aller aux toilettes à des heures régulières²⁸⁸.

Les résidents ont du mal à aller aux toilettes à des heures régulières ou estiment que cela n'est pas naturel.

Problème : Perte de mobilité.

Les résidents n'utilisent pas suffisamment d'aides à la mobilité, p. ex., cannes ou marcheurs, même s'ils savent qu'ils préviennent les chutes^{292, 293}. C'est peut-être parce qu'ils ont honte d'utiliser de tels appareils, ne se sentent pas à l'aise, ne savent pas les utiliser, ou parce qu'on ne le leur a jamais proposé.

Manque d'exercice ou de soins de réadaptation, car ces services ne sont pas offerts, ne répondent pas aux besoins de la personne ou coûtent trop cher.

Problème : Douleur

Les fournisseurs de soins ont de la difficulté à reconnaître la douleur, notamment chez les résidents atteints de démence^{298, 299}.

Il a été prouvé que la formation du personnel et des protocoles normalisés afin d'encourager les gens à aller aux toilettes à des heures régulières améliorent les problèmes d'incontinence dans les foyers de SLD²⁸⁹. Ainsi, le personnel rappelle aux résidents d'aller aux toilettes à certaines heures de la journée, ce qui contribue à éviter les accidents. Il faut apprendre aux nouveaux membres du personnel ou aux travailleurs temporaires à connaître ces techniques ou à s'associer à ceux qui les connaissent. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario organise des ateliers et offre de la documentation pour appuyer ces stratégies^{290, 291}.

Encourager les résidents à utiliser des aides à la mobilité. Mettre les résidents avec d'autres personnes qui ont réussi à surmonter cette gêne et qui mènent maintenant des vies actives grâce aux aides à la mobilité. Veiller à ce que les résidents apprennent à bien utiliser ces appareils.

Évaluer la nécessité d'établir des routines pour les aides à la mobilité et inspecter systématiquement ces appareils afin de vérifier s'ils sont appropriés. Le système RAI-MDS 2.0 explique comment et quand il faut évaluer l'emploi des aides à la mobilité par les résidents^{294, 295}.

Vérifier si les résidents sont capables d'utiliser les appareils et qu'on leur a appris à le faire. Certains appareils nécessitent que l'utilisateur possède des fonctions cognitives et ait la force de les utiliser de manière appropriée; il faut aussi s'assurer que l'appareil n'accroît pas le risque de chute.

Offrir divers exercices ou thérapies de réadaptation²⁹⁶. Un examen systématique a permis de déterminer que les exercices réduisaient de 14 % le risque de chute chez les personnes âgées²⁹⁷.

Utiliser un outil validé d'évaluation de la douleur. Il existe plusieurs outils d'évaluation de la douleur qui se présentent sous forme de listes de vérification et utilisent des indices visuels, dont les expressions faciales et le changement de comportement, pour détecter la douleur^{300, 301, 302}. On peut trouver sur le site suivant une étude qui évalue les outils de reconnaissance de la douleur par validité, fiabilité et faisabilité; www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-6-3.pdf. Le système RAI-MDS 2.0 permet également une évaluation régulière de la douleur³⁰³.

Intégrer ces outils d'évaluation de la douleur aux évaluations routinières des résidents. Enseigner au personnel à les utiliser.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Certains résidents peuvent refuser de prendre des médicaments contre la douleur parce qu'ils craignent de ne plus pouvoir s'en passer, parce qu'ils ne les supportent pas ou en détestent les effets secondaires (p. ex., constipation).

Certains médecins hésitent à prescrire des médicaments contre la douleur.

Ils craignent que les résidents ne puissent plus s'en passer, ce qui arrive souvent avec les agents narcotiques.

L'âge peut avoir une incidence sur l'efficacité, la sensibilité et la toxicité d'un médicament, et il n'est pas toujours facile de prévoir les doses optimales et les effets secondaires potentiels³⁰⁴.

Problème : Dépression

Les résidents souffrent d'isolement sociale, surtout au moment où ils sont admis dans un foyer de SLD³¹².

Un déclin général de la santé ou des capacités physiques ou psychologiques peut être la cause de dépression chez les gens, surtout si leurs activités quotidiennes en sont entravées³²³.

Les changements du cerveau peuvent être la cause de dépression chez les personnes âgées³²⁴.

La mort d'amis ou de proches, ce qui arrive fréquemment quand on vieillit, peut être la cause de dépression³²⁵.

Le personnel risque de ne pas reconnaître les signes de dépression chez les personnes âgées, car ils sont généralement différents de ceux qui se manifestent chez les personnes plus jeunes, ou on peut croire que cela fait partie du processus de vieillissement^{326, 327}.

Idées de changement

Les lignes directrices aident les membres du personnel à gérer les douleurs persistantes et à évaluer un emploi responsable des médicaments. Mettre au point des protocoles normalisés pour contrôler la douleur, acceptés par tous les membres du personnel, décrivant comment utiliser des narcotiques à durée limitée et à durée prolongée.

Maximiser l'utilisation de médicaments sûrs, comme les acétaminophènes. Envisager d'ajouter des médicaments pour les douleurs chroniques qui n'entraînent pas de dépendance (p. ex., nortriptyline ou gabapentine à faibles doses)³⁰⁵. Envisager également des thérapies sans médicament pour contrôler la douleur, comme l'acupuncture³⁰⁶, les exercices ou les thérapies physiques³⁰⁷.

Envisager d'adopter une approche de « précautions universelles »³⁰⁸, évaluant tous les résidents pour les facteurs de risque associés aux dépendances en utilisant des outils de dépistage^{309, 310, 311}. L'utilisation de ces outils peut encourager les fournisseurs de soins à prescrire des médicaments et à surveiller l'utilisation des médicaments et à identifier les patients pour lesquels un suivi plus intensif s'impose.

Dépister les signes de dépression à l'aide du système RAHMDS 2.0 ou d'autres barèmes validés d'évaluation de la dépression^{313, 314, 315, 316}.

Offrir diverses activités sociales, comme des cours de gymnastique, des excursions, des cours de musique et d'art, des activités qui permettent aux résidents de rencontrer des personnes de tous les âges et la thérapie avec l'aide des animaux. Les activités de groupe permettent de surmonter le sentiment d'isolement et de solitude^{317, 318}. Les activités permettent de prévenir ou de soulager la dépression chez les résidents, si leur but est de les intéresser plutôt que de leur faire simplement passer du temps. Il est particulièrement important que les résidents puissent choisir eux-mêmes les activités qui les intéressent³¹⁹.

Offrir des séances de counseling ou des antidépresseurs^{320, 321, 322}.

Mieux équiper le personnel pour qu'il reconnaisse et gère la dépression chez les résidents. Il est essentiel de reconnaître les façons dont l'âge peut modifier les facteurs associés à la dépression et la présence de la dépression pour bien traiter les personnes âgées déprimées³²⁸.

Que fait-on en Ontario?

- L'initiative Priorité aux résidents : favoriser la qualité dans les foyers de soins de longue durée en Ontario, maintenant dans sa deuxième année, aide les foyers de SLD à utiliser des techniques d'amélioration de la qualité pour améliorer la prestation des soins. Environ 75 % des foyers de SLD participent au *Leading Quality Program*, qui aide les dirigeants à intégrer la qualité en tant qu'élément fondamental de sa stratégie organisationnelle³²⁹. Environ 20 % des foyers de SLD suivent une formation structurée sur l'amélioration de la qualité qui axée sur les soins prodigués aux résidents dans un certain nombre de domaines cliniques, comme la prévention des chutes et l'incontinence. On s'attend à ce qu'un nombre beaucoup plus élevé de foyers de la province profitent de ce programme de formation.
- Le MSSD met en place une nouvelle méthodologie d'inspection à l'intention des foyers de SLD. Ceux-ci peuvent procéder à une inspection complète de leurs façons de procéder pour améliorer les soins prodigués aux résidents³³⁰.

4.1 Les infections nosocomiales

Les infections contractées en milieu hospitalier gaspillent les ressources en santé. Elles peuvent entraîner des souffrances pour les patients et, dans certains cas, le décès³³¹. Les hôpitaux se doivent de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour prévenir les infections nosocomiales.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Le moins d'infections nosocomiales possible.	Si l'Ontario n'élimine pas les infections nosocomiales, la population continuera de porter le fardeau de décès qui pourraient être évités, de séjours prolongés à l'hôpital, de frais hospitaliers accrus, d'invalidités plus nombreuses et d'une augmentation des répercussions psychologiques ³³² .	Les patients hospitalisés en Ontario. Chaque année, près de 1,1 million d'hospitalisations sont recensées dans la province ³³³ .
Les hôpitaux doivent adopter des méthodes de prévention fondées sur des données probantes, y compris des méthodes efficaces de lavage des mains et des protocoles pour empêcher les infections des sites opératoires.	Sans l'adoption générale de pratiques efficaces de prévention, les Ontariens devront composer avec une augmentation des infections nosocomiales ^{334,335} .	

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Observation de l'hygiène des mains dans les hôpitaux avant tout contact avec des patients — Globalement — Hôpitaux universitaires — Grands hôpitaux communautaires — Petits hôpitaux communautaires — Chronique/réadaptation — Santé mentale	66 % 57 % 70 % 71 % 69 % 63 %	Le graphique à gauche est une ligne montrant une augmentation du pourcentage de l'hygiène des mains de 2008/09 à 2009/10. Le graphique à droite est un diagramme à barres montrant les pourcentages pour différents types d'hôpitaux.	En Ontario, deux fournisseurs de soins sur trois se lavent les mains avant de voir un patient; près de huit d'entre eux sur 10 se lavent les mains après un contact avec un patient (données non présentées). Les hôpitaux universitaires de soins actifs affichent un taux plus bas d'observation de l'hygiène des mains que les autres types d'hôpitaux. Il y a eu de l'amélioration, mais les taux d'observation sont encore trop bas. Il y a des progrès à faire.
Taux de nouvelles infections nosocomiales à <i>Clostridium difficile</i> par 1 000 jours-lit	0,30	Le graphique montre un taux stable d'environ 0,30 cas par 1 000 jours-lit de 2008 à 2011.	Le taux d'infections à <i>C. difficile</i> est demeuré stable tout au long de 2010, avoisinant 0,30 cas par 1 000 jours-lit. Cela correspond à environ 250 cas par mois dans l'ensemble de la province. Ces résultats représentent une amélioration par rapport à la fin de 2008, moment où les cas de <i>C. difficile</i> ont commencé à être signalés. Au nombre des mesures qui pourraient avoir contribué à cette baisse en Ontario, on compte l'établissement de protocoles normalisés³³⁶ et la formation d'équipes ressources de lutte contre les infections³³⁷ pour aider les hôpitaux à endiguer les épidémies. Les taux enregistrés en Ontario sont comparables à ceux d'autres endroits,³³⁸ mais il y a encore des progrès à faire.

Source de données : *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Voir aussi : www.ontario.ca/patientsafety. Valeurs les plus récentes : *C. difficile*, SARM, ERV – moyenne en 2010; PAV, ICC, ISO – octobre à décembre 2010. Hygiène des mains, exercice 2009-2010. Les cas d'infection au VRE comprennent uniquement ceux qui donnent lieu à une bactériémie (infection sanguine); les cas de PAV comprennent uniquement ceux qui se déclarent dans les unités de soins intensifs (USI) après au moins 48 heures de ventilation mécanique; les cas d'infections liées aux ICC comprennent uniquement ceux qui se déclarent dans les unités de soins intensifs au moins 48 heures après la pose d'un cathéter central. Le taux d'observation de l'hygiène des mains représente le pourcentage de cas où une bonne hygiène des mains a été pratiquée au moment voulu.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Nouveaux cas de pneumonie acquise sous ventilateur (PAV) par trimestre Nouveaux cas d'infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (ICC) par trimestre	77 53		Le nombre de cas de PAV et d'ICC a diminué régulièrement au cours des deux dernières années. De nombreux hôpitaux de l'Ontario ont participé à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, initiative qui aide les hôpitaux à appliquer des pratiques exemplaires destinées à prévenir ces infections³³⁹, ce qui pourrait avoir joué un rôle dans la diminution des cas. Il s'agit d'une amélioration louable, car ces infections sont associées à un taux de mortalité élevé^{340, 341}. Cependant, il y a encore des progrès à faire, puisqu'il est possible d'éliminer complètement ces infections, ce qu'ont déjà fait de nombreux hôpitaux^{342, 343}.
Nouveaux cas de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) contracté à l'hôpital par trimestre Nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) contracté à l'hôpital par trimestre	53 6		En 2010, on a dénombré 210 cas de SARM et moins de 24 cas d'ERV dans les hôpitaux de l'Ontario. Les infections à SARM n'ont pas changé au cours des deux dernières années, mais les cas d'ERV ont diminué par rapport aux données de 2009. Une vigilance constante et le respect des pratiques de lavage des mains et de lutte contre les infections sont nécessaires pour faire en sorte que ces taux n'augmentent pas.
Pourcentage d'arthroplasties de la hanche et du genou pour lesquelles des antibiotiques ont été prescrits au moment opportun pour empêcher une infection du site opératoire	97 %		L'utilisation des bons antibiotiques en temps voulu pour les arthroplasties de la hanche et du genou est passée de 85 % à 97 % au cours des deux dernières années. De nombreux hôpitaux ont atteint un taux de 100 % en utilisant des protocoles normalisés avant les opérations³⁴⁴. Tous les hôpitaux devraient appliquer des protocoles normalisés et veiller à ce que les antibiotiques soient donnés en temps voulu pour d'autres types de chirurgies.

Source de données : *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Voir aussi : www.ontario.ca/patientsafety. Valeurs les plus récentes : *C. difficile*, SARM, ERV – moyenne en 2010; PAV, ICC, ISO – octobre à décembre 2010. Hygiène des mains, exercice 2009-2010. Les cas d'infection au VRE comprennent uniquement ceux qui donnent lieu à une bactériémie (infection sanguine); les cas de PAV comprennent uniquement ceux qui se déclarent dans les unités de soins intensifs (USI) après au moins 48 heures de ventilation mécanique; les cas d'infections liées aux ICC comprennent uniquement ceux qui se déclarent dans les unités de soins intensifs au moins 48 heures après la pose d'un cathéter central. Le taux d'observation de l'hygiène des mains représente le pourcentage de cas où une bonne hygiène des mains a été pratiquée au moment voulu.

4.1

Causes fondamentales

L'organisation ou le personnel n'a pas pleinement conscience de l'urgence ou de l'importance que revêt la prise en charge des infections nosocomiales.

Les fournisseurs de soins peuvent oublier de suivre toutes les procédures recommandées pour prévenir les infections.

On constate un manque d'expérience.

Les fournisseurs ignorent à quel point ils s'écartent des lignes directrices sur la prévention des infections.

Idées d'amélioration

Exercer un leadership ferme pour mettre en place une culture de la sécurité. Cette initiative peut inclure les mesures suivantes :

- Les dirigeants peuvent transmettre fréquemment au personnel des messages sur l'importance de la sécurité et de l'engagement de l'organisation à l'égard de l'amélioration. Il se peut qu'il soit plus efficace de communiquer ces messages en personne (p. ex., par des rondes auprès du personnel)³⁴⁵ que de les transmettre sous forme de document imprimé.
- Les dirigeants peuvent aussi insister sur l'importance de signaler les incidents de sécurité et les lacunes, ainsi que sur le fait que les membres du personnel qui y veilleront seront soutenus plutôt que punis.
- Offrir des récompenses ou de la reconnaissance aux unités et aux programmes qui atteignent certains jalons en matière de lutte contre les infections et veiller à ce que ceux qui réussissent à améliorer la sécurité soient promus à des postes d'avant-plan.
- Les dirigeants peuvent mener régulièrement des sondages auprès des employés pour surveiller la solidité de la culture de la sécurité au sein de l'organisation³⁴⁶.

Utiliser des listes de vérification et des organigrammes pour inciter à l'action. Pour les pneumonies acquises sous ventilateur, utiliser des listes de vérification pour rappeler à tout le monde de garder la tête du lit à 45 degrés, essayer de procéder à des interruptions quotidiennes de la sédation et mettre en œuvre les autres pratiques exemplaires^{347, 348}. Pour prévenir une infection des sites opératoires, utiliser une liste de vérification avant l'intervention chirurgicale pour que les antibiotiques adéquats soient administrés en temps opportun^{349, 350}. Donner au personnel de nettoyage une liste de vérification des éléments à nettoyer tous les jours et de ceux qu'il faut nettoyer lorsqu'un patient sort de l'hôpital³⁵¹.

Au Michigan, le projet Keystone ICU prévoyait l'intégration d'une liste de vérification en cinq étapes pour réduire les infections sanguines liées aux cathéters, une initiative qui a aidé à faire passer le taux d'infections de 2,7 cas par 1 000 jours-cathéter à zéro³⁵².

S'assurer que seul le personnel qui a reçu la formation voulue pour dispenser des soins médicaux d'urgence travaille au service des soins intensifs^{353, 354, 355}.

S'assurer que tous les nouveaux employés et tous les employés temporaires suivent une séance d'orientation sur les procédures de lutte contre les infections. Élaborer un processus pour vérifier leurs compétences ou leur observation des protocoles peu après leur arrivée au sein de l'organisation.

Superviser régulièrement la conformité aux protocoles et rendre compte du rendement^{356, 357}. La province exige la production de rapports destinés au public relativement à de nombreux indicateurs clés. Les dirigeants pourraient prévoir l'affichage bien en évidence de cette information dans l'hôpital, ou la division des statistiques par service³⁵⁸ ou type de fournisseur (p. ex., conformité aux pratiques d'hygiène des mains chez les médecins, le personnel infirmier, etc.). Certains indicateurs, notamment ceux se rapportant au *C. difficile*, doivent être recueillis tous les mois. La production de rapports sur l'hygiène des mains, elle, est exigée une seule fois par année en Ontario. Les hôpitaux qui cherchent à accélérer l'amélioration au sein de leur établissement gagneraient à recueillir ces données et à en rendre compte au personnel plus fréquemment.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Les fournisseurs pourraient hésiter à suivre les lignes directrices sur la prévention des infections s'ils doutent de leur bien-fondé ou ne se sentent pas touchés par le problème.

Idées d'amélioration

Explorer des stratégies susceptibles de rallier les fournisseurs de soins de santé. Repérer des dirigeants ou des champions³⁵⁹ occupant différents postes dans l'hôpital (p. ex., médecins, personnel infirmier, membres de l'administration) pour travailler avec ceux qui refusent de se conformer.

Passer en revue les preuves cliniques. Étudier les statistiques de l'hôpital sur les infections et prôner le changement. Utiliser les outils existants fondés sur des données probantes³⁶⁰ et tenir compte de toutes les idées exprimées par les fournisseurs pour rendre le processus aussi efficace que possible. Travailler avec l'équipe de gestion et le conseil d'administration pour révoquer les privilèges du personnel et des professionnels qui se refusent à exercer leurs fonctions avec la diligence appropriée³⁶¹.

Problème : faible observation des protocoles d'hygiène des mains.

Absence de responsabilité claire à l'endroit du patient.

Encourager les patients et leur famille à jouer un rôle actif dans la promotion de l'hygiène des mains. Créer des outils (p. ex., brochures, affiches, vidéos, macarons) afin de leur apprendre quand, pourquoi et où les pratiques d'hygiène des mains doivent être mises en application et leur permettre explicitement de demander ou de rappeler au fournisseur de soins de santé de suivre le protocole d'hygiène des mains^{362, 363}.

Les fournisseurs de soins de santé pourraient avoir l'impression qu'ils n'ont pas le temps de se laver les mains³⁶⁴.

Faire en sorte que le lavage des mains devienne une habitude, avant de se présenter aux patients, par exemple.

Les postes d'hygiène des mains ne sont pas installés aux bons endroits.

Installer les postes de lavage de mains à des endroits commodes³⁶⁵, notamment dans la chambre des patients, à l'entrée des chambres, à l'entrée des services et à côté des portes des ascenseurs. Mettre du désinfectant pour les mains à base d'alcool au chevet des patients. Passer régulièrement les postes en revue pour veiller à ce qu'ils ne soient pas vides.

Les solutions de nettoyage des mains et les gels à base d'alcool peuvent irriter la peau et provoquer des gerçures³⁶⁶.

Prévoir des savons et des produits désinfectants contenant un agent hydratant³⁶⁷.

Que fait-on en Ontario?

- Les hôpitaux sont tenus de signaler immédiatement les éclosions de *C. difficile* à leur bureau de santé publique. Ainsi, les médecins hygiénistes disposent de l'information dont ils ont besoin pour surveiller l'apparition des épidémies et prendre les mesures nécessaires³⁶⁸. Des équipes-ressources de lutte contre les infections ont été formées pour aider les hôpitaux à prendre des mesures en cas d'éclosions.
- Le programme d'hygiène des mains des hôpitaux de l'Ontario – *Lavez-vous les mains* – a été lancé en mars 2008. Les hôpitaux sont tenus de rendre compte publiquement de l'observation de l'hygiène des mains par les travailleurs de la santé.
- Il existe 14 réseaux régionaux de lutte contre les infections dispersés dans toute la province. Ils font la promotion des meilleures approches de prévention et de lutte contre les infections³⁶⁹.
- Depuis 2008, l'Ontario encourage les hôpitaux à présenter des rapports publics sur les indicateurs d'infections nosocomiales³⁷⁰.
- Trois hôpitaux de l'Ontario participent au projet Canadian Positive Deviance à titre d'essai³⁷¹. Le projet identifie les personnes qui observent des pratiques exemplaires contrairement à la plupart des autres, dévoile le secret de ce comportement et en informe les autres.

4.2 Événements indésirables dans les hôpitaux de soins actifs

Quand un changement inattendu et non souhaité, causé par les soins ou les services prodigués survient dans l'état de santé d'un patient, on parle d'« événement indésirable »^{372, 373}. D'après une étude canadienne, 37 % des événements indésirables peuvent être évités, car ils résultent souvent d'une erreur médicale³⁷⁴. Citons, à titre d'exemple, le fait d'oublier de prescrire un médicament ou un traitement, d'administrer un traitement inadéquat, d'appliquer une technique incorrecte pour effectuer une procédure, de ne pas reconnaître les signes précoces d'un état pathologique ou de poser un diagnostic erroné^{375, 376}.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Le moins possible d'embolies pulmonaires (caillots pulmonaires) ou de thromboses veineuses profondes (TVP; caillots sanguins dans la jambe) chez les patients ayant subi une chirurgie. Pour ce faire, il faudrait recourir à des anticoagulants et encourager les patients à se lever et à se déplacer, dans la mesure du possible ³⁷⁷ .	Un caillot sanguin peut se former dans la jambe, aller jusqu'aux poumons et provoquer une embolie pulmonaire. Le risque de décès est de 5 % pour les TVP et de 33 % pour les embolies pulmonaires ³⁷⁸ . L'embolie pulmonaire est la cause la plus courante de décès évitables dans les hôpitaux ³⁷⁹ , et les TVP peuvent provoquer des troubles persistants de la circulation du sang dans les jambes ³⁸⁰ . La TVP et l'embolie pulmonaire augmentent également les dépenses de l'hôpital ³⁸¹ .	Les patients ayant subi une chirurgie en Ontario. Au cours de l'exercice 2009-2010, on a recensé 1 207 000 chirurgies ambulatoires ³⁸² et 285 000 chirurgies associées à des hospitalisations de courte durée ³⁸³ en Ontario.
Appliquer les pratiques exemplaires, comme la liste de vérification de chirurgie, pour assurer que les 26 tâches clés sont toujours accomplies par les équipes opératoires.	Il a été démontré que l'utilisation de la liste de vérification de chirurgie réduit les taux de mortalité et de complications après une intervention chirurgicale ³⁸⁴ .	
Aucune « erreur médicale » (p. ex. au cours d'une intervention, se tromper de côté à opérer ou opérer un patient à la place d'un autre ³⁸⁵) découlant d'un manquement aux procédures normalisées. Le présent rapport se penche sur un type d'erreur médicale en particulier : l'oubli d'objets dans le corps des patients après une intervention.	Les erreurs médicales ont des conséquences dévastatrices pour les patients. Lorsqu'un objet est oublié dans le corps du patient lors d'une chirurgie, cela peut entraîner une infection, des douleurs, une nouvelle intervention, voire le décès du patient. Les patients, leur famille et la collectivité réagissent notamment par de la colère et une perte de confiance. Cela coûte cher aux hôpitaux qui doivent payer pour les soins supplémentaires nécessaires et faire face à d'éventuelles poursuites. Le personnel hospitalier, quant à lui, vit une culpabilité terrible à la suite de tels événements.	Le 1,1 million de personnes qui sont hospitalisées chaque année en Ontario ³⁸⁶ .
Éviter les événements indésirables associés aux soins médicaux prodigués à tous les patients en milieu hospitalier, par exemple : chutes, plaies de pression, infections urinaires et pneumonies. La fréquence de tels événements diminue quand le niveau approprié de soins infirmiers est fourni ³⁸⁷ .	Les erreurs médicales peuvent conduire à de la douleur et de la souffrance, des blessures involontaires, des invalidités, des séjours prolongés à l'hôpital et à une hausse du risque de décès ^{388, 389, 390} .	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux rajusté des embolies pulmonaires et des TVP nosocomiales pour 100 interventions chirurgicales —●— TVP —◆— Embolie pulmonaire —×— TVP et embolie pulmonaire combinées	0,20* 0,32* 0,52*		Après une intervention chirurgicale, un patient sur 200 développe un caillot sanguin grave. Depuis deux ans, la situation ne s'est pas améliorée. En fait, le taux des embolies pulmonaires a augmenté, ce qui pourrait s'expliquer par un meilleur processus de déclaration des cas et le surcroît d'attention prêtée à ce problème. Cela dit, il y a des progrès à faire.
Pourcentage de chirurgies pour lesquelles la liste de vérification de sécurité a été suivie	98 %**		Près de 100 % des équipes opératoires utilisent la liste de vérification de chirurgie, ce qui est très encourageant. Il faudra maintenant surveiller l'incidence de cette façon de procéder sur la baisse des taux de mortalité et de complications.
Taux d'événements indésirables pour 1 000 patients ayant subi une intervention médicale ou chirurgicale en milieu hospitalier —●— Plaies de pression —◆— Fractures —×— Infections urinaires —■— Pneumonies	2,1*** 0,8 15 10		Au cours des deux dernières années, les taux d'événements indésirables ont augmenté ou sont restés stables, ce qui pourrait s'expliquer par un meilleur processus de déclaration des cas. Cela dit, il y a des progrès à faire.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Cas d'oubli d'un objet dans le corps du patient pour 100 000 chirurgies	9,9***		En Ontario, un objet est laissé dans le corps du patient lors d'environ une chirurgie sur 10 000. Ce taux augmente depuis quelques années, ce qui pourrait s'expliquer par une hausse des déclarations à propos de tels événements. Bien que rares, ces événements peuvent entraîner de graves préjudices. Ils ne devraient jamais se produire.

Sources de données : * Base de données sur les congés des patients (BDCP), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé. ** Web-enabled Reporting System (WERS) ou * Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux, données auto-déclarées par les hôpitaux, juillet à décembre 2010, fournies par le MSSLD. *** BDCP, exercice 2009-2010, fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), exercice 2009-2010.

Causes fondamentales

Il peut arriver que les fournisseurs de soins de santé ne suivent pas les pratiques exemplaires, car ils sont occupés, distraits par les problèmes d'autres patients ou ont trop de choses auxquelles penser.

Les fournisseurs ne saisissent pas la gravité du problème que représentent les événements indésirables.

Les fournisseurs de soins de santé font des erreurs de jugement à cause de la fatigue⁴⁰⁰.

Le personnel n'a pas temps de suivre toutes les procédures recommandées.

Idées de changement

Utiliser des ordonnances normalisées, des listes de vérification, de séries de prescriptions ou des outils d'aide à la prise de décisions³⁹¹. En voici quelques exemples :

- Fiche de pointage normalisée permettant de cibler les patients qui présentent un risque élevé de thrombo-embolie veineuse^{392, 393} de chute ou de plaies³⁹⁴.
- Listes de vérification visant à rappeler au personnel de se conformer aux pratiques recommandées en matière de prévention des chutes auprès des patients à risque élevé³⁹⁵ (p. ex., lit placé très bas, placer la sonnette ou la chaise d'aisance à proximité du patient, fournir des chaussures antidérapantes, enlever les objets encombrants, fournir du matériel de physiothérapie ou des appareils fonctionnels pour marcher; sections 4.5 et 4.6).
- Listes de vérification des pratiques exemplaires pour prévenir les plaies de pression (p. ex., matelas spéciaux ou coussins; tourner régulièrement les patients immobiles; placer une étiquette dans le dossier des patients pour informer le personnel du risque élevé de plaies de pression)^{396, 397}.
- Rappels et repères visuels pour aider le personnel à détecter les nouvelles plaies de pression dans leur service³⁹⁸ (section 4.5).

Assurer une surveillance régulière et fournir des rétroactions³⁹⁹. Fournir aux chirurgiens des rétroactions au sujet des taux d'embolies pulmonaires et de TVP et des taux d'utilisation d'anticoagulants dans leur service. Fournir régulièrement des rétroactions au personnel infirmier sur les événements indésirables dus aux soins infirmiers.

Limiter les heures de garde. Les hôpitaux peuvent établir des politiques pour limiter le nombre d'heures de garde consécutives ou exiger une période de repos après la garde.

Veiller au bien-être des fournisseurs de soins de santé⁴⁰¹. Cela consiste notamment à les encourager à s'alimenter et à boire régulièrement pendant leur quart de travail⁴⁰².

Accroître le temps de disponibilité du personnel. Il est prouvé que de nombreux événements indésirables se produisent lorsqu'il y a moins d'infirmières et d'infirmiers en service⁴⁰³. Bien qu'il soit possible d'augmenter le temps que passe le personnel infirmier au chevet des malades en ajoutant des infirmières et infirmiers, il est aussi important de voir d'abord comment le personnel peut consacrer plus de temps aux patients en éliminant les tâches inutiles ou en rationalisant leurs fonctions⁴⁰⁴. Ainsi, des programmes comme « Releasing Time to Care » en place au Royaume-Uni, ont permis, dans certains établissements pilotes, de réduire de 18 % le temps passé par le personnel infirmier aux tâches administratives pour le consacrer à la prestation des soins des patients⁴⁰⁵.

Que fait-on en Ontario?

- La Loi sur l'excellence des soins pour tous, entrée en vigueur en juin 2010, exige du conseil d'administration de l'hôpital qu'il ordonne à l'administrateur de mettre en place un système d'analyse des incidents signalés et d'établir un plan comprenant des mesures systématiques pour éliminer ou réduire de tels incidents⁴⁰⁶.

4.3 La mortalité hospitalière

Les hôpitaux s'efforcent de fournir aux patients des services en temps opportun, de leur procurer une expérience positive et de les aider à se rétablir. L'essentiel, néanmoins, reste leur aptitude à sauver des vies. Malgré des circonstances complexes et difficiles, les hôpitaux ont la responsabilité de prodiguer des traitements adéquats et d'éviter les décès dus aux erreurs médicales. La mortalité se mesure principalement de deux manières : le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH[†]), qui compare le nombre réel de décès survenus dans un hôpital au nombre auquel on pourrait s'attendre compte tenu des types de cas que voit l'hôpital, et les taux de mortalité pour certains états pathologiques.

Que veulent les Ontariens?

Les taux de mortalité les plus faibles possible dans le cas des patients hospitalisés pour :

- une crise cardiaque;
- une chirurgie ou une intervention, comme un pontage aorto-coronarien ou une intervention coronarienne percutanée;
- d'autres problèmes médicaux communs, par exemple, insuffisance cardiaque congestive, pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique, septicémie, cancer du poumon, AVC, insuffisance respiratoire, fracture de la hanche.

Les Ontariens veulent que les hôpitaux fassent leur possible pour prévenir les décès, y compris :

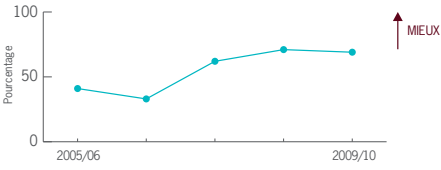
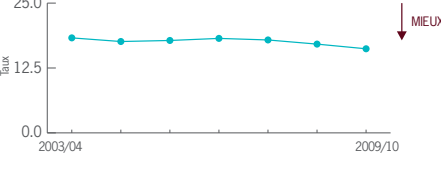
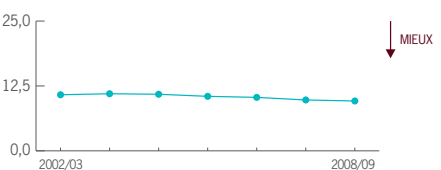
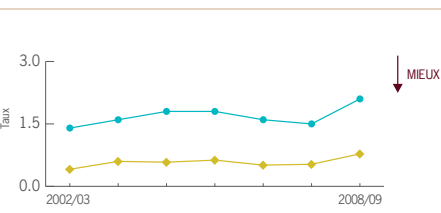
- prescrire les bons médicaments, examens et traitements aux patients;
- observer les pratiques courantes de lavage des mains, les protocoles de prévention des infections des sites opératoires⁴⁰⁷ et des caillots sanguins⁴⁰⁸ et les listes de vérification de chirurgie⁴⁰⁹;
- réaliser des interventions complexes uniquement si le personnel hospitalier est chevronné en la matière;
- ne pas retarder les traitements urgents, comme l'administration de médicaments pour éliminer les caillots en cas de crise cardiaque ou d'AVC⁴¹⁰ ou d'antibiotiques en cas d'infection grave;
- mettre en place des systèmes informatisés et d'établissement de bilans comparatifs des médicaments pour éviter les erreurs de médication⁴¹¹.

Et si cela ne se produit pas?

Les taux de mortalité élevés sont, de toute évidence, indésirables.

Qui en profite le plus?

Le 1,1 million de personnes qui sont hospitalisées chaque année en Ontario⁴¹².

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage d'hôpitaux qui ont présenté un rapport et dont le RNMH a baissé par rapport à l'année précédente	69 %*		L'an dernier, près de sept hôpitaux sur dix ayant présenté un rapport ont enregistré une baisse de leur RNMH. Il y a eu des améliorations substantielles au cours des quatre dernières années. Cependant, il y a encore des progrès à faire.
Taux rajusté de décès à l'hôpital dans les 30 jours par 100 patients admis pour un AVC	16*		Environ un patient sur six meurt dans les 30 jours qui suivent un AVC. Il y a eu une légère amélioration au cours des quatre dernières années, peut-être attribuable à mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux ⁴¹³ (voir page suivante). Néanmoins, il y a encore des progrès à faire.
Taux rajusté des décès à l'hôpital dans les 30 jours par 100 patients admis pour une crise cardiaque	9,6**		Environ un patient sur 10 meurt dans le mois qui suit une crise cardiaque. La baisse constante de la mortalité observée depuis six ans pourrait être attribuable aux nouveaux traitements (p. ex., pontage ou pose d'endoprothèses coronaires après une crise cardiaque) et à une utilisation accrue de médicaments salvateurs comme les statines (section 3.1).
Taux rajusté des décès à l'hôpital dans les 30 jours par 100 ● pontages aorto-coronariens ◆ interventions coronariennes percutanées	2,1** 0,78**		Environ un patient sur 50 meurt après un pontage aorto-coronarien, et un sur 135 après une intervention coronarienne percutanée. Les taux de mortalité liés à ces interventions étaient plus élevés en 2008-2009 qu'au cours des années précédentes. Cela pourrait découler d'une augmentation du nombre de patients présentant un risque élevé qui subissent de telles interventions et en bénéficient ^{††} . Il sera important de faire un examen approfondi des causes de cette hausse récente et de veiller à ce que les lignes directrices soient respectées.

Source des données : * Institut canadien d'information sur la santé, exercice 2009-2010. ** Base de données sur les congés des patients, Base de données sur les personnes inscrites, exercice 2008-2009, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.

† Le RNMH est le rapport entre les décès réels (observés) et les décès prévus. Il met l'accent sur les groupes de diagnostics dans lesquels se produisent la plupart des décès en milieu hospitalier. Il est rajusté, au moyen d'un modèle de régression logistique, en fonction de plusieurs facteurs qui influencent la mortalité en milieu hospitalier, notamment l'âge, le sexe, la durée du séjour, la catégorie d'admission, le groupe de diagnostics, les comorbidités et le transfert depuis un autre établissement de soins de courte durée. Un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité à l'échelle locale et le taux de mortalité moyen à l'échelle du Canada, étant donné les types de patients pris en charge. Un ratio supérieur à 100 indique que le taux de mortalité à l'échelle locale est supérieur au taux de mortalité moyen à l'échelle du Canada, tandis qu'un ratio inférieur à 100 signifie que le taux de mortalité à l'échelle locale est inférieur au taux de mortalité moyen à l'échelle du Canada. Aller à secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=hsmr_results_home_f.

†† Cet indicateur porte sur divers cas et a été rajusté en fonction de plusieurs facteurs, dont l'âge, le sexe et la présence de certains problèmes de santé (p. ex., diabète, insuffisance cardiaque congestive, crise cardiaque ou insuffisance rénale), mais pas en fonction de facteurs comme l'urgence de l'intervention. Les futures versions de cet indicateur seront conçues pour comprendre cette information.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Voir les sections 3.1, 4.1 et 4.2 pour des idées d'amélioration concernant la prise en charge des crises cardiaques, des AVC, de l'insuffisance cardiaque congestive, des infections nosocomiales et des embolies pulmonaires qui risquent d'avoir une incidence sur les taux de mortalité.

Causes fondamentales Idées de changement

Il est parfois difficile pour les fournisseurs de soins de santé de constamment suivre toutes les pratiques exemplaires pour la préservation de la vie. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils ont trop à faire ou sont occupés ou submergés par une trop grande quantité d'information, ou qu'ils oublient ou ne connaissent pas les derniers résultats.

Les établissements et les fournisseurs de soins n'ont parfois pas l'expérience nécessaire pour traiter certains problèmes. Les taux de mortalité baissent quand les interventions chirurgicales pour un cancer de l'œsophage, du pancréas et du foie⁴¹⁹, pour une embolie pulmonaire⁴²⁰, une maladie cardiaque⁴²¹, un anévrisme abdominal⁴²² et une endartériectomie carotidienne⁴²³ sont exécutées par des chirurgiens chevronnés exerçant dans des hôpitaux spécialisés⁴²⁴.

La prestation de soins urgents est retardée. Dans le cas de crises cardiaques, il est essentiel que les patients reçoivent une thrombolyse ou soient opérés rapidement⁴³²; la thrombolyse s'impose aussi pour les patients victimes d'un AVC⁴³³; et des antibiotiques doivent être prescrits le plus vite possible aux patients atteints d'une pneumonie.

Défaut de venir en aide au patient. Des signes de détérioration rapide ne sont pas reconnus, car les indices susceptibles de conduire au diagnostic sont subtils et apparemment sans liens⁴³⁵, ou ils ne sont pas traités assez vite en raison d'une mauvaise communication, de changements de postes, d'une surcharge de travail ou de distractions.

Accroître l'utilisation d'ordonnances normalisées, de listes de vérification des congés, de séries de prescriptions ou d'outils d'aide à la prise de décisions⁴¹⁴. Outre les outils mentionnés aux sections 4.1 et 4.2 (p. ex., listes de vérification pour les chirurgies, les chutes, les plaies, les thromboses veineuses profondes), les hôpitaux peuvent recourir à des « séries de soins », c'est-à-dire des listes de vérification de lignes directrices acceptées imprimées sur des formulaires mis à la disposition des cliniciens. Des hôpitaux du Royaume-Uni ont utilisé ces séries de soins pour les AVC, les insuffisances cardiaques congestives et les maladies pulmonaires obstructives chroniques afin de réduire la mortalité⁴¹⁵. Il existe différents groupes de soins pour les septicémies, et on a constaté que leur utilisation doublait les chances de survie^{416, 417}. L'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!⁴¹⁸ prônent de tels groupes de soins au Canada, qui englobent des sujets comme les pneumonies acquises sous ventilateur, les infections liées aux cathéters intravasculaires centraux et les bilans comparatifs des médicaments.

Créer des centres spécialisés pour l'excellence des soins. Les lignes directrices canadiennes en matière d'AVC recommandent que les patients soient, dans la mesure du possible, envoyés dans des centres voués au traitement des accidents vasculaires cérébraux⁴²⁵, car ces derniers obtiennent de meilleurs résultats⁴²⁶. Le système ontarien de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux suit ce modèle (voir ci-après). Ce principe peut être appliqué pour d'autres diagnostics.

Envisager que les chirurgies présentant un risque élevé soient exécutées seulement dans des établissements qui maintiennent un « volume seuil » de cas^{427, 428, 429, 430} et uniquement par des chirurgiens qui effectuent un nombre minimum d'interventions par année. Actuellement, en matière de soins cardiaques, les établissements respectent les normes de base en vigueur. Action Cancer Ontario a publié une norme sur le volume minimum requis de chirurgies hépato-biliaires et pancréatiques pour améliorer les résultats chez les patients atteints d'un cancer nécessitant une chirurgie. Ces normes prévoient un minimum de chirurgies, un minimum de chirurgiens et un minimum de ressources essentielles disponibles (physiques et humaines).⁴³¹

Mettre en place des processus ou des cheminements cliniques normalisés. Améliorer les processus de triage aux urgences⁴³⁴. Déterminer à l'avance qui fait quoi, quand et dans quel ordre. Par exemple, le Windsor Essex District Stroke Centre est doté d'un protocole pour les AVC en phase aiguë qui facilite le recours à la thrombolyse, d'un cheminement clinique pour les AVC en phase aiguë et d'une liste de prescriptions soutenant les pratiques exemplaires récentes, d'un service multidisciplinaire de soins pour les AVC, d'un service de neurologie où des experts fournissent des soins multidisciplinaires de haut niveau, d'un service de tomodensitométrie, d'IRM et de radiologie interventionnelle sur place, de services de chirurgie neurologique et vasculaire, d'une infirmière ou d'un infirmier spécialisé dans les AVC en phase aiguë qui s'occupe de la gestion des cas, et de programmes de formation destinés aux professionnels et aux patients.

Envisager de recourir à des équipes d'intervention d'urgence⁴³⁶ et prévoir des lignes directrices claires sur les circonstances dans lesquelles il convient de faire appel à leurs services. Les équipes d'intervention d'urgence sont des équipes cliniques ayant de l'expérience en matière de soins aigus que qui- conque peut appeler à tout moment pour évaluer et stabiliser un patient dont l'état se détériore^{437, 438}.

Envisager de renforcer la capacité de raisonnement critique⁴³⁹ et d'enseigner des techniques de communication (p. ex., « situation-contexte-évaluation-recommandation ») afin d'aider le personnel infirmier à décrire avec exactitude le caractère critique d'une situation à un médecin ou à une infirmière praticienne ou un infirmier praticien⁴⁴⁰. Envisager également d'enseigner l'approche du langage critique « préoccupé-indisposé-inquiet-effrayé », qui aide les fournisseurs de soins à soulever les problèmes relatifs à la sécurité des patients⁴⁴¹.

Que fait-on en Ontario?

- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! est une initiative populaire pancanadienne visant à réduire le nombre de lésions et de décès liés aux événements indésirables. En Ontario, plus de 500 équipes de soins de santé issues de 161 organismes se sont inscrites. Cela représente près de la moitié de toutes les équipes inscrites au Canada. Sa plus grande initiative vise l'établissement de bilans comparatifs des médicaments dans les services de soins actifs (162 équipes) et la prévention des infections des sites opératoires (159 équipes)⁴⁴². D'autres équipes travaillent à réduire les infections nosocomiales par la création d'équipes d'intervention d'urgence, la prévention des caillots sanguins, la réduction des chutes et l'optimisation des soins prodigués en cas de crise cardiaque.
- Le système ontarien de lutte contre les AVC comprend neuf centres régionaux et 18 centres de district. Chacun possède le savoir-faire et les ressources nécessaires pour prodiguer des soins spécialisés aux victimes d'une crise cardiaque⁴⁴³. Les ambulances vont directement à ces centres plutôt que d'aller aux hôpitaux.

4.4 L'utilisation sécuritaire des médicaments dans les soins de longue durée

Les médicaments sauvent des vies et améliorent la qualité de vie, mais ils ont aussi des effets secondaires. Ces effets secondaires tendent à être plus graves chez les personnes âgées, qui ont souvent des problèmes médicaux complexes qui sont en interaction avec la médication⁴⁴⁴, situation qui fait de l'utilisation sécuritaire des médicaments un enjeu très important dans les établissements de soins de longue durée (SLD). De nombreux effets indésirables des médicaments peuvent être évités⁴⁴⁵ – par exemple, en s'abstenant de prescrire des médicaments dont on sait qu'ils sont dangereux pour les personnes âgées⁴⁴⁶, en évitant la confusion quant aux médicaments ou doses qu'un résident doit prendre et en assurant le suivi de la médication lorsque ce dernier reçoit les traitements appropriés⁴⁴⁷.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que les médicaments ayant de graves effets secondaires chez les personnes âgées ne soient pas prescrits lorsque des options plus sûres sont à disposition. Le personnel des foyers de SLD peut consulter la liste Beers des médicaments à éviter ⁴⁴⁸ et la liste de médicaments interdits de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ⁴⁴⁹ .	Les médicaments qui apparaissent sur les listes Beers et de l'AHRQ peuvent accroître le risque de chutes et causer des étourdissements, de la confusion, voire le décès du résident. Ils risquent également de provoquer des effets secondaires irritants, comme la sécheresse buccale.	Les 75 000 résidents des 626 foyers de SLD de l'Ontario ⁴⁵⁰ .
Que les antipsychotiques et les anxiolytiques aux résidents des foyers de SLD ne soient pas prescrits sans raison valable.	Les antipsychotiques et les anxiolytiques risquent d'accroître le risque de chutes ⁴⁵¹ et de causer des étourdissements, de la confusion, un AVC, voire le décès du résident ⁴⁵² .	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de personnes âgées résidentes d'un foyer de SLD à qui a été prescrit : — un médicament qui ne devrait pas être prescrit à une personne âgée (liste Beers) — un médicament qui ne devrait en aucun cas être prescrit à une personne âgée (liste de l'AHRQ)	19 %* 0 %		Environ un résident d'un foyer de SLD sur cinq se voit prescrire un médicament qui ne devrait pas être prescrit à une personne âgée (liste Beers). L'utilisation de ces médicaments a graduellement diminué au cours des sept dernières années, mais il y a encore du progrès à faire. La bonne nouvelle : l'utilisation de médicaments qui ne devraient en aucun cas être prescrits à une personne âgée reste à 0 %.
Pourcentage de nouveaux résidents d'un foyer de SLD (âgés de 66 ans et plus) auxquels sont prescrits sans raison claire des : — antipsychotiques — benzodiazépines	14 %** 24 %		Peu après son arrivée dans un foyer de SLD, un résident sur six se voit prescrire un médicament antipsychotique qu'il ne prenait pas auparavant (c'est donc le médecin du foyer de SLD qui l'a prescrit et non pas le médecin de famille du patient). Un nouveau résident sur quatre se voit prescrire un médicament contre l'anxiété ou des troubles du sommeil qu'il ne prenait pas auparavant. Au cours des trois dernières années, il n'y a pas eu de changement en ce qui a trait à la prescription de nouveaux antipsychotiques, et seulement une très faible baisse de l'utilisation de nouvelles benzodiazépines. Bien qu'il n'y ait pas de minimum visé pour l'utilisation de ces médicaments, il y a de toute évidence des progrès à faire à ce chapitre.

Sources de données : *Base des données des personnes inscrites (BDPI), Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (BDPMO), Base de données sur les congés des patients (BDGP), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). **BDPI, BDPMO, Banque de données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, BDGP, Base de données sur le profil des clients, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.

Causes fondamentales

Certains comportements inappropriés des résidents, comme l'agressivité, conduisent à la prescription d'antipsychotiques ou de sédatifs hypnotiques.

Idées de changement

Favoriser les approches non médicamenteuses pour gérer les comportements inappropriés⁴⁵³, notamment en appliquant des méthodes de « désescalade » des conflits et de communication efficace, en établissant un bon contact visuel, en utilisant des phrases simples, en donnant des instructions une étape à la fois et en évitant que le résident se sente pressé par le temps⁴⁵⁴. La thérapie cognitivo-comportementale pourrait se révéler utile pour éliminer la cause sous-jacente de l'anxiété chez certaines personnes âgées⁴⁵⁵.

Consulter le protocole d'évaluation des résidents de l'instrument RAI-MDS 2.0, conçu pour guider la planification des soins des résidents qui présentent un comportement agressif.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Il est difficile d'interrompre l'administration d'un médicament lorsque le patient le prend depuis plusieurs années, en raison d'une accoutumance ou d'une tolérance au médicament. Lors de l'interruption de la prise d'un médicament, un syndrome de sevrage accompagné d'insomnie ou de maux de tête peut apparaître⁴⁵⁶.

Certains foyers de SLD sont dotés d'une norme interne selon laquelle la prescription massive de médicaments représente un soin normal. Selon une étude menée aux États-Unis, à leur arrivée dans un foyer de SLD affichant un taux élevé de prescription d'antipsychotiques, les résidents sont plus susceptibles de se voir prescrire un antipsychotique sans indication claire⁴⁶⁰.

Les médecins prescrivent parfois des médicaments dangereux, car ils n'en connaissent pas les risques, ignorent les autres solutions à disposition ou doutent des preuves selon lesquelles ces médicaments sont jugés dangereux.

Le sentiment de solitude, de perte d'autonomie et de désœuvrement peut provoquer de l'anxiété ou se traduire par des comportements difficiles.

Le personnel sent qu'il n'a pas le temps de fournir les soins directs qui lui permettraient d'aider les résidents à surmonter les problèmes à l'origine de l'anxiété et des comportements difficiles.

À leur arrivée dans un foyer de SLD, les résidents vivent parfois une période d'ajustement difficile.

Un milieu étranger, des habitudes différentes, un nouvel entourage peuvent aggraver la confusion ou provoquer l'anxiété, l'insomnie, la peur ou l'agressivité. Il se peut que ces symptômes, par ricochet, entraînent une plus grande utilisation d'antipsychotiques ou d'anxiolytiques.

Idées de changement

Sevrer graduellement les résidents de ces médicaments sur une période de plusieurs semaines. Les protocoles normalisés⁴⁵⁷ pourraient aider les fournisseurs à y arriver.

Administrer des médicaments plus sûrs. Pour l'anxiété, certains antidépresseurs, par exemple, sont préférables à un sédatif hypnotique⁴⁵⁸.

Si l'arrêt progressif se révèle difficile, **envisager l'administration d'un traitement pour atténuer les effets secondaires du syndrome de sevrage (p. ex., de la carbamazépine pour atténuer le syndrome de sevrage à la benzodiazépine)**⁴⁵⁹.

Présenter des rapports publics sur l'utilisation de ces médicaments pour chaque foyer de SLD pourrait inciter ceux qui présentent des taux anormalement élevés de prescription à s'attaquer au problème.

Fournir anonymement de la rétroaction individuelle aux médecins des foyers de SLD sur leurs taux d'administration de médicaments associés à un risque élevé, à des fins de perfectionnement personnel.

Supprimer les médicaments les plus dangereux de la liste de médicaments du foyer de SLD.

Mettre en place un système de dossiers médicaux électroniques (DME) bien conçu, capable de signaler les ordonnances potentiellement nocives⁴⁶¹. **Utiliser un système informatique de saisie des commandes du médecin couplé à de l'aide au processus de prise des décisions cliniques**⁴⁶². Quand certains médicaments sont sélectionnés, le système peut demander à l'auteur de l'ordonnance si les listes de vérification d'autres stratégies ont été remplies au préalable⁴⁶³.

Envisager des programmes de formation continue en pharmacothérapie dans le cadre desquels des intervenants spécialement formés (habituellement des pharmaciens ou des infirmières ou infirmiers) visitent des médecins pour promouvoir des pratiques éprouvées de prescription de médicaments. Ces intervenants parviennent à changer les pratiques de prescription^{464, 465}. Contrairement aux représentants des compagnies pharmaceutiques, ils donnent des renseignements impartiaux.

Passer régulièrement en revue les médicaments. Bien que les foyers de SLD de l'Ontario soient déjà tenus de procéder à un tel examen,⁴⁶⁶ celui-ci pourrait être renforcé si les pharmaciens se servaient de listes de vérification ou de critères adaptés, ou si une équipe interdisciplinaire examinait les médicaments.^{467, 468}

Proposer des activités sociales et récréatives aux résidents pour contrer l'isolement et la solitude^{469, 470} et prévenir ou soulager la dépression⁴⁷¹ (section 3.4).

Aider le personnel à augmenter le temps consacré aux rapports directs avec les résidents. Le programme Releasing Time to Care aide les équipes cliniques à cibler et à rationaliser les processus dans le but de libérer du temps de disponibilité, ce qui permet au personnel de prendre part à des activités représentant une valeur ajoutée pour les résidents⁴⁷².

Envisager l'amélioration des programmes d'orientation des nouveaux résidents. Pour le personnel de l'établissement, cela pourrait se traduire par plus de temps passé sur le terrain à apprendre à connaître le résident et sa famille et à se familiariser avec leurs préoccupations, ou par l'amélioration de la communication avec les travailleurs de la santé qui s'occupaient du patient avant son arrivée à l'établissement pour comprendre ses besoins médicaux et psychosociaux.

Que fait-on en Ontario?

- L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments travaille avec le MSSLD et d'autres organismes pour fournir des outils et du soutien en vue de l'établissement de bilans comparatifs des médicaments, optimiser l'utilisation des données du rapport sur les incidents médicamenteux, mettre au point des indicateurs de l'utilisation sûre des médicaments et mettre en œuvre le programme d'Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments⁴⁷³.
- L'Ontario étend le programme MedsCheck, qui offre aux Ontariens des consultations individuelles avec le pharmacien de leur quartier afin de s'assurer qu'ils prennent leurs médicaments de façon sécuritaire et efficace. Trois nouveaux services sont maintenant offerts : MedsCheck pour le diabète, MedsCheck pour les résidents des foyers de SLD et MedsCheck à domicile⁴⁷⁴.
- Le Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la *Loi sur les foyers de longue durée* est entré en vigueur en mars 2010. Il exige que les établissements documentent les incidents médicamenteux, les portent à la connaissance des résidents et les passent en revue régulièrement dans le but d'éviter qu'ils ne se reproduisent⁴⁷⁵.

4.5 Éviter les préjudices dans les établissements de soins de longue durée

En général, les personnes qui s'installent dans un foyer de SLD ne sont pas capables de vivre de manière autonome et ont besoin de soins de soutien⁴⁷⁷. Un handicap physique et une perte des fonctions cognitives (mémoire, langage et aptitudes à la réflexion) peuvent contribuer à faire en sorte qu'ils réagissent à certaines situations par de la peur, de l'agressivité, de l'errance et de l'insomnie. Ces facteurs exposent les résidents à des risques élevés de préjudice involontaire. Les fournisseurs de soins de santé doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire les risques de préjudice, tant pour les résidents que pour les fournisseurs de soins.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Éviter les chutes.	Les chutes peuvent entraîner des blessures, des fractures, voire le décès du résident. Elles peuvent aussi accroître le nombre de visites au service d'urgence et d'hospitalisations ⁴⁷⁸ .	Les 75 000 résidents des 626 foyers de SLD de l'Ontario ⁴⁷⁹ .
Éviter les nouvelles plaies de pression.	Les plaies de pression peuvent entraîner de la douleur et des préjudices, l'aggravation d'une infection, des risques d'amputation, voire le décès du résident ⁴⁸⁰ .	
Éviter le recours à la contention physique.	La contention physique peut donner lieu à un sentiment de perte de contrôle et la dépression. Paradoxalement, elle peut aussi accroître le risque de chutes, sans compter que la contention elle-même peut représenter un risque pour la sécurité du résident (p. ex., en causant l'asphyxie) ⁴⁸¹ .	
Éviter l'aggravation des troubles du comportement (p. ex., agressivité ou errance).	L'aggravation des troubles du comportement peut causer des souffrances physiques ou psychologiques pour le résident concerné, les autres résidents et le personnel.	
Éviter les infections urinaires.	Les infections urinaires peuvent entraîner des infections graves, voir le délire ⁴⁸² .	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de résidents d'un foyer de SLD avec une nouvelle [†] plaie de pression (stade 2 ou supérieur)	2,7 %*		Un résident sur 36 développe une nouvelle plaie de pression grave sur une période de trois mois, ce qui équivaut à un résident sur neuf tous les ans. Il y a des progrès majeurs à faire à ce chapitre. L'Ontario peut s'efforcer d'atteindre un pourcentage avoisinant zéro.
Pourcentage de résidents d'un foyer de SLD dont les troubles du comportement se sont récemment [†] aggravés	14 %*		QSSO commence à peine à faire rapport sur ces indicateurs et il n'existe toujours pas de points de référence internationaux. Cela dit, il y a très probablement des progrès à faire. De plus amples renseignements peuvent être obtenus à l'adresse suivante : http://www.ohqc.ca/fr/ltc_landing.php.
Pourcentage de résidents d'un foyer de SLD qui ont récemment [†] eu une infection urinaire	5,4 %*		
Pourcentage de résidents d'un foyer de SLD qui étaient sous contention	17 %*		Près d'un résident sur six a été sous contention au cours des trois derniers mois. De nombreux foyers de SLD adoptent des politiques interdisant l'usage de la contention, et certains pays affichent des taux inférieurs à ceux de l'Ontario (p. ex., 8 % aux É.-U. et 6 % en Suisse)⁴⁸³. Bien que ces comparaisons méritent d'être interprétées avec prudence en raison des définitions variables de la contention, il est raisonnable de conclure qu'il y a d'importants progrès à faire à ce chapitre.
Pourcentage de résidents d'un foyer de SLD qui ont fait une chute au cours des 30 jours	14 %*		Les chutes sont courantes. Un résident d'un foyer de SLD sur sept est tombé au cours du dernier mois. Depuis quelques années, aucun changement de taille n'a été enregistré dans les taux d'hospitalisation et de visite au service d'urgence par suite d'une chute. Les importantes variations des taux de chutes dans les foyers de SLD de l'Ontario laissent entendre qu'il y a des progrès à faire. De plus amples renseignements peuvent être obtenus à l'adresse suivante : http://www.ohqc.ca/fr/ltc_landing.php.
Taux de chutes chez les résidents d'un foyer de SLD (65 ans et plus) par 100 années-résident donnant lieu : ● à une visite au service d'urgence révélant une fracture ● à une visite au service d'urgence ne révélant pas de fracture — à une hospitalisation	1,8** 8,8 3,0		

Sources de données : *RAI-MDS (instrument d'évaluation des résidents – jeu de données minimum), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut canadien d'information sur la santé. En vertu de ce système, un bilan de santé détaillé est administré à tous les résidents au moins une fois tous les trois mois par un membre du personnel du foyer ayant reçu une formation spéciale pour recueillir ce genre d'information.
 **Base de données des personnes inscrites, Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé. †D'une période d'évaluation à l'autre; en général, tous les trois mois.

4.6 Éviter les préjudices dans les soins à domicile

Les personnes atteintes d'affections chroniques qui ont des besoins complexes exigeant des soins de santé (comme des soins infirmiers ou de réadaptation) ou des services de soutien pendant une période prolongée pourraient devenir des clients des soins de longue durée à domicile. Ces personnes ont souvent des handicaps physiques qui les rendent plus vulnérables aux chutes, aux blessures, aux plaies de pression et à divers autres problèmes. Les fournisseurs de soins à domicile jouent un rôle important dans la réduction des dangers auxquels ces personnes sont exposées.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Éviter les chutes ou autres causes de blessures.	Les chutes et les autres blessures risquent de provoquer une incapacité temporaire ou permanente, voire le décès du patient. Elles peuvent également accroître le nombre de visites aux urgences et d'hospitalisations.	Les 185 000 patients de l'Ontario qui reçoivent des services par l'entremise des CASC à tout moment et les 603 535 ⁴⁸⁴ patients qui ont reçu des soins à domicile grâce aux CASC en 2009. Nombre de ces patients sont des clients des soins de longue durée à domicile.
Éviter les plaies de pression.	Les plaies de pression peuvent entraîner de la douleur et des préjudices, l'aggravation d'une infection, des risques d'amputation, voire le décès du patient. En raison des soins de santé qu'elles nécessitent, elles entraînent également des dépenses qu'il est possible d'éviter.	
Éviter la négligence et les mauvais traitements.	La négligence et les mauvais traitements peuvent provoquer la détérioration de la santé physique et psychologique.	
Éviter le délire (confusion soudaine ou baisse de la vivacité d'esprit).	Le délire peut accroître le risque de blessures ou accélérer la détérioration et conduire à l'hospitalisation, voire au décès du patient.	

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients recevant des soins à domicile qui ont déclaré avoir fait une chute dans les 90 derniers jours	25 %	Le graphique illustre le pourcentage de patients ayant subi une chute au cours des 90 derniers jours. L'axe vertical représente le pourcentage (0,0 à 25,0) et l'axe horizontal les périodes (Avr.-Juin 2007 à Janv.-Mars 2009). Les données sont représentées par des points bleus reliés par une ligne, montrant une stabilité constante à environ 25%. Une flèche rouge pointe vers le haut avec l'inscription 'MIEUX'.	Un patient recevant des soins à domicile sur quatre a signalé une chute au cours des 90 derniers jours. Depuis trois ans, aucun changement majeur n'a été enregistré. Il y a donc des progrès à faire.
Pourcentage de patients recevant des soins à domicile chez lesquels une nouvelle plaie de pression est apparue (de stade 2 à 4)	1,6 %	Le graphique illustre le pourcentage de patients chez lesquels une nouvelle plaie de pression (stade 2 à 4) est apparue. L'axe vertical représente le pourcentage (0 à 10) et l'axe horizontal les périodes (Avr.-Juin 2007 à Janv.-Mars 2009). Les données sont représentées par des points bleus reliés par une ligne, montrant une stabilité constante à environ 1,6%. Une flèche rouge pointe vers le haut avec l'inscription 'MIEUX'.	On dénote l'apparition d'une nouvelle plaie de pression chez 1,6 % des patients des soins de longue durée à domicile (de stade 2 à 4), au cours des six derniers mois. Depuis trois ans, aucun changement majeur n'a été enregistré. Il y a donc des progrès à faire.
Pourcentage de patients recevant des soins à domicile qui ont des lésions, brûlures ou fractures inexplicables	12 %	Le graphique illustre le pourcentage de patients ayant subi des lésions, brûlures ou fractures inexplicables. L'axe vertical représente le pourcentage (0,0 à 25,0) et l'axe horizontal les périodes (Avr.-Juin 2007 à Janv.-Mars 2009). Les données sont représentées par des points bleus reliés par une ligne, montrant une stabilité constante à environ 12%. Une flèche rouge pointe vers le haut avec l'inscription 'MIEUX'.	Environ un patient recevant des soins à domicile sur 15 a signalé des blessures inexplicables au cours des 90 derniers jours. Depuis trois ans, des améliorations modestes ont été réalisées. Ces événements tendent à n'être ni signalés, ni même divulgués. Quand ils le sont, il est donc important d'y porter une attention particulière. Il y a encore des progrès à faire.
Pourcentage de patients recevant des soins à domicile et montrant des signes de négligence ou de mauvais traitements	1,2 %*	Le graphique illustre le pourcentage de patients montrant des signes de négligence ou de mauvais traitements. L'axe vertical représente le pourcentage (0 à 10) et l'axe horizontal les périodes (Avr.-Juin 2007 à Janv.-Mars 2009). Les données sont représentées par des points bleus reliés par une ligne, montrant une stabilité constante à environ 1,2%. Une flèche rouge pointe vers le haut avec l'inscription 'MIEUX'.	On dénote des signes de négligence ou de mauvais traitements chez 1,2 % des patients recevant des soins à domicile. Depuis six ans, aucun changement majeur n'a été enregistré. Ces événements aussi tendent à n'être ni signalés, ni même divulgués. Quand ils le sont, il est donc important d'y porter une attention particulière. Il y a des progrès à faire.

Source de données : *Instrument d'évaluation des résidents – soins à domicile, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut canadien d'information sur la santé. En vertu de ce système, un bilan de santé détaillé est administré à tous les résidents au moins une fois tous les trois mois par un membre du personnel du foyer ayant reçu une formation spéciale pour recueillir ce genre d'information. Les clients des soins à domicile susmentionnés sont des patients nécessitant des soins de longue durée.

Causes fondamentales

Les résidents courant un risque élevé d'être victime d'un événement indésirable ne sont pas ciblés assez tôt. L'identification rapide des résidents les plus à risque peut faire en sorte que ceux-ci bénéficient de soins plus diligents.

Il se peut que le personnel ne soit **pas au courant de l'ampleur du problème.**

Les membres du personnel pourraient **oublier de mettre en application l'ensemble des pratiques exemplaires** parce qu'ils se sentent submergés par l'information ou sont distraits par d'autres tâches.

Compétences, formation ou expérience insuffisantes. Savoir repérer les premiers signes d'une plaie de pression et déplacer un résident fragile sans lui écorcher la peau sont des exemples de tâches qui exigent de la formation.

Il se peut que le personnel juge qu'il **manque de temps** pour mettre en application toutes les pratiques exemplaires.

Équipement incomplet. Les matelas à réduction de pression peuvent prévenir les plaies de pression. Les lits à hauteur réglable qui peuvent s'abaisser contribuent à réduire les blessures résultant des chutes.

Problème : Utilisation de la contention physique.

La famille ou le personnel craignent que les résidents errent sans supervision s'ils ne sont pas sous contention.

Problème : Chutes.

Certains états pathologiques entraînent des chutes fréquentes et extrêmement difficiles à éviter.

Les effets secondaires des médicaments, comme la confusion et les étourdissements, peuvent provoquer des chutes. L'âge influe sur l'efficacité, la réactivité et la toxicité d'un médicament. Il se peut alors qu'il soit difficile d'en prévoir les effets secondaires potentiels⁴⁹³ (section 4.4).

Idées de changement

Effectuer des évaluations du risque. Ces évaluations sont habituellement faites à l'arrivée du résident au foyer de SLD, mais il est important de les tenir à jour. Par exemple, l'Échelle de Braden et l'échelle de risque de plaies de pression (Pressure Ulcer Risk Scale)⁴⁸⁵, intégrées aux données du RAI-MDS, sont maintenant utilisées dans tous les foyers de SLD. Pour les chutes, il existe de nombreux outils d'évaluation du risque⁴⁸⁶. Le RAI-MDS génère aussi des protocoles d'évaluation des résidents qui peuvent servir à l'évaluation du risque⁴⁸⁷.

Fournir de la rétroaction en temps réel aux fournisseurs de soins. L'Ontario se prépare déjà à la production de rapports publics sur les chutes et les plaies de pression chez les résidents des foyers de SLD. Les administrateurs peuvent aller plus loin et afficher dans leur établissement l'information se rapportant à chacun des services.

Accroître l'utilisation **des listes de vérification, des rappels, des ordonnances normalisées ou des outils d'aide au processus** décisionnel. Par exemple, le « cadran ajustable » affiché sur la porte du résident rappelle au personnel la position dans laquelle le résident doit être à chaque moment de la journée⁴⁸⁸.

Fournir la formation appropriée. Envisager des modèles de **mentorat** jumelant le personnel peu expérimenté et le personnel d'expérience. **Vérifier que les techniques adéquates sont employées par l'observation directe du personnel.** Cela peut se révéler particulièrement important pour les nouveaux membres du personnel et les employés temporaires.

Éliminer les activités qui font perdre du temps, comme la reproduction de documents, pour que le personnel puisse passer plus de temps à prodiguer des soins aux résidents⁴⁸⁹. Le programme Releasing Time to Care, conçu au R.-U., aide les équipes cliniques à cibler et à rationaliser les processus dans le but de libérer du temps de disponibilité, ce qui permet au personnel de prendre part à des activités représentant une valeur ajoutée pour les résidents⁴⁹⁰.

Préparer une analyse de rentabilité pour montrer qu'à long terme, de tels investissements se rentabilisent.

Faire de la sensibilisation aux dangers de la contention. La contention peut accroître le risque de chutes, de plaies de pression et d'asphyxie, aggraver une blessure en cas de chute et intensifier la dépression⁴⁹¹.

Employer d'autres solutions pour surveiller un résident qui se lèverait sans supervision, comme un système d'alarme près du lit ou de la porte pour signaler le départ inattendu du résident.

Essayer d'utiliser de l'équipement spécial pour protéger le résident en cas de chute, comme un protecteur de hanche, un casque, des chaussures antidérapantes. Maintenir le lit abaissé et étendre un tapis matelassé au sol, à côté du lit, au cas où le résident tomberait en se levant ou en se couchant⁴⁹².

Éviter certains médicaments. Éviter les médicaments figurant sur la liste Beers^{494,495} et utiliser des substituts plus sûrs. Faire passer en revue les médicaments pour dépi-ster une éventuelle interaction médicamenteuse (section 4.4).

Utiliser un dossier médical électronique bien conçu pour faire le suivi de l'administration des médicaments et réduire le recours aux psychotropes, qui risquent de favoriser les chutes⁴⁹⁶.

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Causes fondamentales

Les résidents ont de la difficulté à se déplacer. Cela augmente le risque de chutes.

Les résidents tombent quand ils se dépêchent d'aller aux toilettes.

Idées de changement

Présenter aux résidents des aides à la mobilité. Les résidents devraient être munis d'aides à la mobilité adéquates (cannes, ambulateurs et triporteurs)^{497, 498}. Les résidents devraient pouvoir essayer ces aides avant de les acheter. Envisager des manières de mettre leur usage au goût du jour, en particulier pour ceux qui pourraient être gênés d'avoir à s'en servir.

Envisager la physiothérapie et la réadaptation. Certains programmes d'exercices comme le tai-chi sont efficaces pour réduire les chutes⁴⁹⁹.

Envisager le recours aux mictions sollicitées – les résidents vont aux toilettes à heures fixes et évitent ainsi l'incontinence (section 3.4).

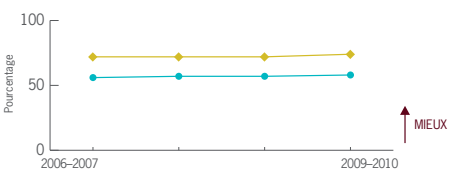
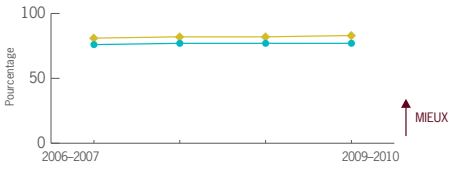
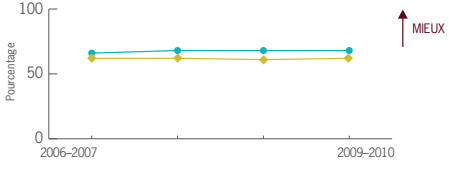
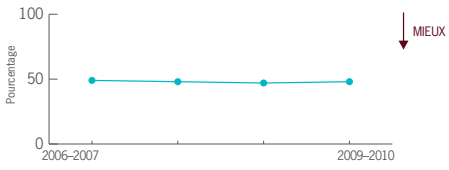
Que fait-on en Ontario?

- L'initiative Priorité aux résidents aide les foyers de SLD à réduire les préjudices subis par les résidents et à améliorer l'expérience de ces derniers par la mise en œuvre de pratiques exemplaires et l'utilisation d'outils visant l'amélioration de la qualité. À ce jour, la priorité a été accordée, notamment, à la réduction des chutes et des plaies de pression et à la modification des processus qui gaspillent le temps du personnel pour lui permettre de consacrer davantage de temps aux soins directs. L'initiative est maintenant dans sa deuxième année. Presque tous les foyers de SLD de l'Ontario participent au Leading Quality Program, une initiative qui permet aux dirigeants d'acquérir des compétences et des outils qui aident à intégrer l'amélioration de la qualité en tant que stratégie organisationnelle fondamentale⁵⁰⁵.
- Une nouvelle méthode d'inspection, la Resident Quality Inspection, est mise en œuvre dans les foyers de SLD de l'Ontario. Elle comprend des entrevues avec au plus 40 résidents dans chaque établissement et un examen préliminaire visant à cibler les secteurs où des inspections approfondies sont requises. Les foyers de SLD peuvent reproduire eux-mêmes cette évaluation exhaustive dans leurs efforts pour améliorer les soins prodigués aux résidents⁵⁰⁶.
- Le RLISS de Simcoe Nord Muskoka met en œuvre dans tout son réseau un projet de soins des plaies qui entend réduire la fréquence des plaies de pression dans les soins de longue durée, les soins actifs et les soins à domicile⁵⁰⁷. Le RLISS a également établi un partenariat avec la Société Alzheimer de l'Ontario et l'Alzheimer Knowledge Exchange dans le cadre du projet Behavioural Support System, qui cherche à améliorer les soins pour les personnes âgées qui ont des comportements complexes et nerveux couplés à des déficiences cognitives⁵⁰⁸.
- Le projet de soins intégrés aux patients présente de nouveaux modèles de soins intégrés soutenant les personnes qui ont des besoins cliniques et psychosociaux complexes et qui nécessitent une aide soutenue pour vivre au sein de la collectivité. Le modèle de prestation des soins intégrés à domicile s'associe et s'accorde à d'autres secteurs pour intégrer les soins dans tout le continuum de soins de santé. En 2010, quatre CASC ont inauguré les premiers sites de mise en œuvre, en mettant l'accent sur le soin des plaies dans le but d'améliorer les résultats pour les patients et d'augmenter la valeur pour le système de soin de santé⁵⁰⁹.
- En 2008, le MSSLD a dévoilé la stratégie de renforcement des services de soins à domicile en Ontario. Celle-ci vise quatre résultats clés : renforcer la reddition de comptes sur les services de soins à domicile en instaurant des mesures de la qualité et un système de divulgation publique; améliorer les résultats obtenus au chapitre de la santé par l'entremise du projet de soins intégrés aux patients (voir ci-dessus); accroître la transparence, l'équité et la communication dans le processus d'appel d'offres; favoriser l'innovation et la souplesse dans la prestation des services⁵¹⁰.

5.1 Expériences vécues par les patients dans les hôpitaux de soins actifs et aux urgences

En 2009, près de 1,1 million de personnes sont sorties d'un hôpital de soins actifs, et il y a eu 5,4 millions de visites aux services des urgences en Ontario⁵¹⁴. Si on examine les visites aux hôpitaux et aux urgences du point de vue des patients, il est possible de déterminer les points forts et les domaines à améliorer dans le système de santé.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Des expériences positives pour les personnes hospitalisées ou qui vont aux urgences.	Lorsque les soins ne sont pas adéquats, cela signifie que le système de santé ne répond pas aux attentes de la population. Cela nuit à la confiance que les gens ont dans le système et peut saper le moral du personnel ⁵¹⁵ . De plus, les personnes qui ont vécu des expériences déplorables peuvent hésiter à se faire soigner quand il le faut ⁵¹⁶ .	Tous les Ontariens et Ontariennes qui vont aux urgences ou à l'hôpital.
Que les patients reçoivent tous les renseignements dont ils ont besoin et puissent participer à la prise de décisions.	Si les gens n'obtiennent pas toutes les réponses à leurs questions, ils risquent de ne pas bien comprendre les instructions qui leur sont données sur la manière de veiller sur leur santé ^{517, 518} . Lorsque les gens ne participent pas à la prise de décisions, ils ont moins tendance à respecter les instructions se concernant les médicaments à prendre ⁵¹⁹ , les examens à effectuer, ou d'autres conseils.	
Un système de santé dans lequel on peut facilement s'orienter et qui répond rapidement aux besoins des patients et contrôle les douleurs de la meilleure façon qui soit.	Les attentes inutiles peuvent entraîner une baisse du taux de satisfaction envers les soins. Une mauvaise gestion des douleurs peut entraîner des souffrances inutiles et, dans certains cas, nuire au rétablissement ^{520, 521} .	

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients qui recommanderaient sans hésitation leur hôpital à leurs amis et famille : — hôpital — service des urgences	74 % 58 %		En Ontario, 74 % des patients recommanderaient définitivement l'hôpital où ils ont été soignés. C'est plus que la moyenne aux États-Unis (69 %) mais les plus grands hôpitaux américains enregistrent des taux d'environ 85 % ⁵²² . Les résultats sont beaucoup plus faibles pour les patients qui vont aux urgences; ils sont seulement 58 % à recommander définitivement le service où ils sont allés à d'autres personnes. Ces indicateurs n'ont pas beaucoup évolué au cours des quatre dernières années et, de toute évidence, il y a beaucoup de progrès à faire.
Pourcentage de patients qui estiment avoir été traités avec respect et dignité : — hôpital — service des urgences	83 % 77 %		La plupart des patients hospitalisés et qui sont allés aux urgences estiment avoir été traités avec dignité et respect; une personne sur cinq n'est pas de cet avis. Il n'y a pas eu beaucoup de changement au cours des cinq années et il y a des progrès à faire.
Pourcentage de patients hospitalisés qui : — ont reçu promptement de l'aide pour se rendre aux toilettes — n'ont pas attendu trop longtemps après avoir appuyé sur la sonnette	68 % 62 %		Environ un patient hospitalisé sur trois dit avoir attendu trop longtemps après avoir demandé de l'aide – soit pour aller aux toilettes ou après avoir appuyé sur un bouton d'appel. La situation ne s'est pas améliorée au fil du temps. Il y a des améliorations à faire.
Pourcentage de patients qui se sont rendus aux urgences et ont dit avoir attendu trop longtemps avant de voir un médecin	48 %		Environ la moitié des patients qui vont aux urgences ont dit avoir attendu trop longtemps avant de voir un médecin. La situation ne s'est pas améliorée au cours des cinq dernières années. Il y a des améliorations à faire.

Source de données : *Enquête sur la satisfaction des patients de NRC-Picker, fourni par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, exercice 2009-2010.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients qui pensent que le personnel a tout fait pour les aider à contrôler leur douleur : — hôpital — service des urgences	78 % 52 %	2006-2007 2009-2010	Près de trois patients hospitalisés sur quatre, mais seulement un patient qui s'est rendu aux urgences sur deux estime que le personnel fait tout en son pouvoir pour l'aider à contrôler sa douleur. Cet indicateur ne s'est pas amélioré au cours des cinq dernières années. Il y a beaucoup de progrès à faire.
Pourcentage de patients ayant reçu des réponses compréhensibles après avoir posé des questions importantes à : — une infirmière à l'hôpital — une infirmière aux urgences — un médecin à l'hôpital — un médecin aux urgences	70 % 66 % 73 % 70 %	0 50 100 MIEUX	Le personnel des hôpitaux et des urgences ne répond pas aux questions ou ne donne pas d'explications compréhensibles pour les patients près d'une fois sur trois. La situation ne s'est pas améliorée au cours des quatre dernières années (données non disponibles). Il est incontestable qu'il y a des améliorations à faire.
Pourcentage de patients qui ont compris les explications qu'on leur a données sur les résultats des examens : — hôpital — service des urgences	69 % 65 %	0 50 100 MIEUX	

Source de données : *Enquête sur la satisfaction des patients de NRC-Picker, fourni par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, exercice 2009-2010.

5.1

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Faible taux de satisfaction globale à l'égard des urgences

Les patients ne veulent pas attendre trop longtemps aux urgences⁵²³.

Améliorer le flux des patients aux urgences. Régler le problème des autres niveaux de soins dans les hôpitaux et du temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (voir la section 2.1, Temps d'attente dans les salles des urgences, et la section 2.4, Accès aux soins de longue durée et aux soins à domicile).

Informar les patients au sujet du temps d'attente prévu et de la raison de l'attente⁵²⁴. Une bonne communication avec les patients, en particulier lorsqu'ils arrivent aux urgences, facilite la gestion des attentes. On a constaté qu'il était plus important pour les patients que le temps d'attente soit adéquat ou plus court que prévu que la durée réelle de l'attente⁵²⁵.

Lorsque les patients pensent ne pas être traités avec respect ou courtoisie, ou que le personnel ne répond pas à leurs besoins, leur taux de satisfaction globale est plus bas^{526, 527, 528}.

Améliorer la façon dont les membres du personnel et les fournisseurs de soins traitent les patients ainsi que les habiletés en communications interpersonnelles, au moyen de séances de formation en service à la clientèle axé sur les soins cliniques⁵²⁹. Voici quelques exemples dont le service à la clientèle peut être amélioré : saluer les gens lorsqu'ils arrivent, les regarder dans les yeux, rester poli en dépit du stress, avoir une attitude positive et informer les gens à l'avance de ce va arriver et quand.

Fournir une formation en savoir-faire culturel afin d'aider le personnel à comprendre le rôle de la culture dans les interactions entre le personnel et les patients et les familles⁵³⁰.

Problème : Faible taux de satisfaction à l'égard de la maîtrise de la douleur

La douleur n'est pas reconnue de manière adéquate.

Surveiller la douleur comme si elle était le « cinquième signe vital »⁵³¹. Mettre en place des pratiques routinières comme l'utilisation d'échelles analogues visuelles ou de notation numérique pour évaluer la douleur⁵³².

Le médecin tarde à prescrire des médicaments antidouleur.

Envisager des techniques comme l'**anesthésie contrôlée par le patient**, pour laquelle celui-ci détermine, dans certaines limites, la quantité de médicaments antidouleur dont il a besoin⁵³³.

Les médecins craignent d'encourager les patients à demander des médicaments ou à créer des dépendances⁵³⁴.

Renseigner les prescripteurs sur une gestion adéquate de la douleur⁵³⁵, afin qu'ils comprennent mieux ce qui conduit les gens à demander des médicaments et à veiller à ce qu'ils ne surestiment pas le risque de dépendance.

Utiliser des protocoles normalisés de maîtrise de la douleur. Par exemple, un protocole aide les fournisseurs à déterminer les différents types de douleur (p. ex., aiguë, chronique, somatique, viscérale ou neuropathique) et recommander les meilleurs médicaments pour chaque scénario⁵³⁶.

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES****Causes fondamentales Idées de changement****Problème : Les patients n'obtiennent pas des réponses compréhensibles****Les patients risquent d'oublier les explications verbales, surtout s'ils sont stressés par leur maladie.****Parfois, les patients ne comprennent pas les instructions.****Certains patients ont du mal à s'exprimer, en particulier si l'anglais n'est pas leur langue maternelle.****Les fournisseurs de soins utilisent parfois un jargon médical incompréhensible.****Parfois, les patients et les familles sont gênés de poser des questions pour demander des explications.** Peut-être par crainte de paraître idiots ou ignorants, parce qu'ils sont gênés de poser des questions ou qu'ils croient que le fournisseur de soins est pressé et qu'ils ne veulent pas le déranger.**Fournir des instructions par écrit à tous les patients lorsqu'ils quittent l'hôpital ou les urgences^{537, 538}.** Ces instructions devraient être simples et faciles à comprendre et traduites au besoin (voir ci-dessous).**Fournir aux patients et aux familles des instructions simplifiées, écrites en langage simple⁵³⁹;** les instructions pourraient être aussi accompagnées d'images. Les outils d'information des patients peuvent être normalisés à l'échelle de la province pour des affections communes.**Recourir aux services d'interprètes ayant suivi une formation en terminologie médicale⁵⁴⁰** pour les langues pratiquées dans la localité. Fournir aussi des renseignements traduits dans des langues diverses, rédigés en termes simples.**Utiliser des médias différents (p. ex., des vidéos pour expliquer des renseignements complexes aux patients.****Demander aux patients de répéter ce qu'on vient de leur dire pour vérifier s'ils ont bien compris les instructions les plus importantes⁵⁴¹.****Donner aux patients et aux familles le temps de poser des questions.** Prévoir suffisamment de temps pour que les patients et les familles puissent lire la documentation, assimiler l'information et poser ensuite des questions⁵⁴². Les fournisseurs de soins ne devraient pas s'en aller tout de suite après avoir demandé si les gens ont des questions à poser.**Rassurer les gens en leur disant qu'il n'y a pas de « mauvaises » questions à poser⁵⁴³.****Remettre aux patients et aux familles une feuille indiquant les réponses aux questions les plus fréquemment posées.****Que fait-on en Ontario?**

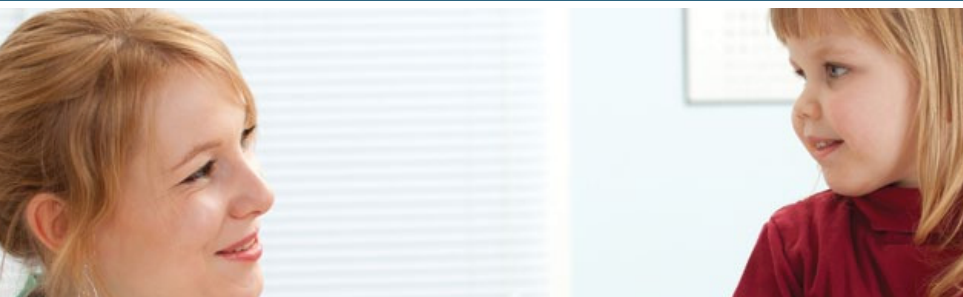
- La *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, proclamée en juin 2010, exige que chaque hôpital mette en place un processus de relation avec les patients pour résoudre les problèmes que connaissent les patients⁵⁴⁴. En vertu de la Loi, les organismes de soins de santé doivent mener des enquêtes sur les expériences vécues par les patients. La plupart des hôpitaux le font déjà volontairement et les hôpitaux plus petits qui n'ont pas encore établi un questionnaire devront le faire l'an prochain. Au cours des prochaines années, cette disposition s'appliquera à tous les organismes de soins de santé. La Loi exige également que les hôpitaux soumettent des plans annuels d'amélioration de la qualité et les hôpitaux sont tenus d'inclure dans leurs plans au moins un objectif relatif aux expériences vécues par les patients⁵⁴⁵.
- Le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 2011-2015, établi par Action cancer Ontario, décrit comment les Ontariennes et Ontariens atteints du cancer seront représentés par un conseil consultatif de patients, chargé de fournir des conseils sur les initiatives susceptibles d'améliorer l'expérience des patients et de leur permettre d'accéder à des outils qui les aideront à s'orienter dans le système et à gérer leur cheminement. D'autres renseignements sont disponibles à ocp.cancercare.on.ca.

5.2 Expériences vécues par les patients au chapitre des soins primaires

Les cabinets de soins primaires sont souvent le premier endroit où les gens se rendent pour obtenir des soins en Ontario. Il est important que les patients vivent de bonnes expériences au niveau des soins primaires afin de maintenir un point de vue positif à l'égard de l'ensemble du système de santé. Toutefois, il ne suffit pas que les gens soient satisfaits des soins qu'ils ont reçus pour vivre une bonne expérience; ils doivent aussi avoir l'impression que les soins ont été conçus en fonction de leurs besoins, que la communication est claire et que le droit de prendre ses propres décisions est respecté.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que les fournisseurs de soins de santé communiquent clairement et donnent des explications compréhensibles.	Recevoir des explications claires aux réponses est un droit inhérent et une mauvaise communication engendre un taux de satisfaction globale plus bas envers les soins. Une meilleure communication peut aider les gens à comprendre pourquoi il est important de prendre certains médicaments, de suivre certains traitements ou de modifier ses habitudes de vie, afin d'obtenir de meilleurs résultats pour la santé ^{546, 547} .	Tous les Ontariens et Ontariennes.
Participer aux décisions en matière de traitement.	On a constaté que les comportements et les résultats pour la santé s'amélioraient lorsqu'on encourageait les gens à gérer eux-mêmes leurs maladies chroniques et qu'ils avaient le sentiment de gérer eux-mêmes leur santé ⁵⁴⁸ .	
Des services bien coordonnés afin que les gens ne perdent pas leur temps.	Une mauvaise organisation et la perte de temps génèrent de la confusion, des pertes de temps pour les patients et les familles, un taux de satisfaction globale réduit et une perte de productivité économique.	

Indicateur	Valeur *	Tendances et comparaisons	Constatations																										
Pourcentage d'adultes qui ont un médecin traitant ou un lieu de soins et qui jugent la qualité globale des soins médicaux qu'ils ont reçus au cours des 12 mois précédents comme étant excellente ou très bonne.	77 %	<table><thead><tr><th>Pays</th><th>Pourcentage (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>SUÈDE</td><td>45</td></tr><tr><td>ALLEMAGNE</td><td>50</td></tr><tr><td>PAYS-BAS</td><td>55</td></tr><tr><td>NORVÈGE</td><td>60</td></tr><tr><td>FRANCE</td><td>65</td></tr><tr><td>SUISSE</td><td>70</td></tr><tr><td>CANADA</td><td>75</td></tr><tr><td>ÉTATS-UNIS</td><td>78</td></tr><tr><td>AUSTRALIE</td><td>80</td></tr><tr><td>ONTARIO</td><td>82</td></tr><tr><td>ROYAUME-UNI</td><td>83</td></tr><tr><td>NOUVELLE-ZÉLANDE</td><td>84</td></tr></tbody></table>	Pays	Pourcentage (%)	SUÈDE	45	ALLEMAGNE	50	PAYS-BAS	55	NORVÈGE	60	FRANCE	65	SUISSE	70	CANADA	75	ÉTATS-UNIS	78	AUSTRALIE	80	ONTARIO	82	ROYAUME-UNI	83	NOUVELLE-ZÉLANDE	84	Environ trois adultes sur quatre en Ontario qui ont un médecin traitant ou un lieu de soins ont indiqué que la qualité générale des soins médicaux reçus au cours des 12 mois précédents était excellente ou très bonne. L'Ontario affiche de bons résultats pour cet indicateur. La province affiche de meilleurs résultats que le Québec et beaucoup de pays européens et est à égalité avec l'Ouest du Canada et le Canada atlantique, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie. Seulement la Nouvelle-Zélande produit de meilleurs résultats (84 %).
Pays	Pourcentage (%)																												
SUÈDE	45																												
ALLEMAGNE	50																												
PAYS-BAS	55																												
NORVÈGE	60																												
FRANCE	65																												
SUISSE	70																												
CANADA	75																												
ÉTATS-UNIS	78																												
AUSTRALIE	80																												
ONTARIO	82																												
ROYAUME-UNI	83																												
NOUVELLE-ZÉLANDE	84																												
Pourcentage d'adultes ayant un médecin traitant ou un lieu de soins qui ont indiqué que leur fournisseur de soins leur donne toujours des explications compréhensibles.	74 %	<table><thead><tr><th>Pays</th><th>Pourcentage (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>SUÈDE</td><td>45</td></tr><tr><td>NORVÈGE</td><td>55</td></tr><tr><td>ROYAUME-UNI</td><td>60</td></tr><tr><td>FRANCE</td><td>65</td></tr><tr><td>ALLEMAGNE</td><td>70</td></tr><tr><td>CANADA</td><td>75</td></tr><tr><td>ÉTATS-UNIS</td><td>78</td></tr><tr><td>ONTARIO</td><td>80</td></tr><tr><td>AUSTRALIE</td><td>82</td></tr><tr><td>PAYS-BAS</td><td>83</td></tr><tr><td>NOUVELLE-ZÉLANDE</td><td>84</td></tr><tr><td>SUISSE</td><td>85</td></tr></tbody></table>	Pays	Pourcentage (%)	SUÈDE	45	NORVÈGE	55	ROYAUME-UNI	60	FRANCE	65	ALLEMAGNE	70	CANADA	75	ÉTATS-UNIS	78	ONTARIO	80	AUSTRALIE	82	PAYS-BAS	83	NOUVELLE-ZÉLANDE	84	SUISSE	85	74 % des adultes ontariens ont indiqué qu'ils obtiennent toujours des explications compréhensibles de leur médecin traitant ou à l'endroit où ils se font soigner. Par rapport à d'autres pays, l'Ontario et le Canada se situent au centre. L'Ontario pourrait essayer d'obtenir de meilleurs résultats, comme la Suisse (82 %) et la Nouvelle-Zélande (80 %).
Pays	Pourcentage (%)																												
SUÈDE	45																												
NORVÈGE	55																												
ROYAUME-UNI	60																												
FRANCE	65																												
ALLEMAGNE	70																												
CANADA	75																												
ÉTATS-UNIS	78																												
ONTARIO	80																												
AUSTRALIE	82																												
PAYS-BAS	83																												
NOUVELLE-ZÉLANDE	84																												
SUISSE	85																												
Pourcentage d'adultes ayant un médecin traitant ou un lieu de soins qui ont indiqué que leur fournisseur de soins leur dit toujours quelles sont les options de traitement et les font participer aux décisions au sujet des meilleurs traitements.	66 %	<table><thead><tr><th>Pays</th><th>Pourcentage (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>SUÈDE</td><td>40</td></tr><tr><td>NORVÈGE</td><td>50</td></tr><tr><td>FRANCE</td><td>55</td></tr><tr><td>ALLEMAGNE</td><td>60</td></tr><tr><td>ROYAUME-UNI</td><td>65</td></tr><tr><td>PAYS-BAS</td><td>70</td></tr><tr><td>CANADA</td><td>75</td></tr><tr><td>ONTARIO</td><td>78</td></tr><tr><td>SUISSE</td><td>80</td></tr><tr><td>ÉTATS-UNIS</td><td>82</td></tr><tr><td>AUSTRALIE</td><td>83</td></tr><tr><td>NOUVELLE-ZÉLANDE</td><td>84</td></tr></tbody></table>	Pays	Pourcentage (%)	SUÈDE	40	NORVÈGE	50	FRANCE	55	ALLEMAGNE	60	ROYAUME-UNI	65	PAYS-BAS	70	CANADA	75	ONTARIO	78	SUISSE	80	ÉTATS-UNIS	82	AUSTRALIE	83	NOUVELLE-ZÉLANDE	84	Seulement deux adultes sur trois ayant un médecin traitant ou un lieu de soins ont dit que leur fournisseur de soins leur décrit toujours les options de traitement et les font participer aux décisions relatives aux traitements recommandés. Les résultats pour cet indicateur sont mauvais dans le monde entier. Comparativement à d'autres pays, l'Ontario et le Canada se situent au centre. L'Ontario pourrait aspirer à égaler la Nouvelle-Zélande (80 %).
Pays	Pourcentage (%)																												
SUÈDE	40																												
NORVÈGE	50																												
FRANCE	55																												
ALLEMAGNE	60																												
ROYAUME-UNI	65																												
PAYS-BAS	70																												
CANADA	75																												
ONTARIO	78																												
SUISSE	80																												
ÉTATS-UNIS	82																												
AUSTRALIE	83																												
NOUVELLE-ZÉLANDE	84																												
Pourcentage d'adultes ayant un médecin traitant ou un lieu de soins qui ont indiqué que leur fournisseur de soins passe toujours assez de temps avec eux.	58 %	<table><thead><tr><th>Pays</th><th>Pourcentage (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>SUÈDE</td><td>40</td></tr><tr><td>NORVÈGE</td><td>45</td></tr><tr><td>FRANCE</td><td>50</td></tr><tr><td>ROYAUME-UNI</td><td>55</td></tr><tr><td>ONTARIO</td><td>60</td></tr><tr><td>CANADA</td><td>65</td></tr><tr><td>ALLEMAGNE</td><td>70</td></tr><tr><td>ÉTATS-UNIS</td><td>75</td></tr><tr><td>AUSTRALIE</td><td>80</td></tr><tr><td>PAYS-BAS</td><td>82</td></tr><tr><td>SUISSE</td><td>83</td></tr><tr><td>NOUVELLE-ZÉLANDE</td><td>84</td></tr></tbody></table>	Pays	Pourcentage (%)	SUÈDE	40	NORVÈGE	45	FRANCE	50	ROYAUME-UNI	55	ONTARIO	60	CANADA	65	ALLEMAGNE	70	ÉTATS-UNIS	75	AUSTRALIE	80	PAYS-BAS	82	SUISSE	83	NOUVELLE-ZÉLANDE	84	Seulement 58 % des Ontariennes et Ontariens ont dit que leur médecin traitant passait toujours assez de temps avec eux. Il y a beaucoup d'autres pays qui enregistrent de meilleurs résultats que l'Ontario et le Canada dans ce domaine. Encore une fois, l'Ontario pourrait aspirer à égaler les résultats de la Nouvelle-Zélande (80 %). Les meilleurs résultats obtenus pour cet indicateur et les deux précédents expliquent probablement pourquoi ce pays enregistre le meilleur taux de satisfaction pour les soins reçus.
Pays	Pourcentage (%)																												
SUÈDE	40																												
NORVÈGE	45																												
FRANCE	50																												
ROYAUME-UNI	55																												
ONTARIO	60																												
CANADA	65																												
ALLEMAGNE	70																												
ÉTATS-UNIS	75																												
AUSTRALIE	80																												
PAYS-BAS	82																												
SUISSE	83																												
NOUVELLE-ZÉLANDE	84																												



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage d'adultes qui ont dit avoir perdu leur temps parce que les soins étaient mal organisés ou coordonnés.	18 %		Près d'un adulte sur cinq estime perdre son temps parce que les soins médicaux sont mal organisés ou coordonnés. L'Ontario et le Canada enregistrent quelques-uns des pires résultats dans ce domaine. Des améliorations sont indispensables.

Source de données : *Étude internationale des adultes du Fonds du Commonwealth, 2010.

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Les médecins ne passent pas assez de temps avec leurs patients

Les fournisseurs de soins gaspillent du temps à chercher des choses et dans des tâches administratives inutiles, et ont moins de temps à consacrer à leurs patients.

Utiliser un DME bien conçu qui contient tous les renseignements sur le patient et peut gagner du temps en facilitant l'accès aux résultats des examens ou à d'autres renseignements en temps réel^{549, 550}.

Améliorer l'efficacité du cabinet⁵⁵¹. De simples étapes peuvent faire gagner quelques minutes ou secondes à chaque visite, et plusieurs jours ou semaines dans une année. Voir la section 2.2 pour plus de renseignements.

Parfois, les médecins perdent du temps à faire des tâches que d'autres employés peuvent réaliser.

Continuer de **promouvoir des modèles de soins en équipe**, comme les équipes de santé familiale, au sein desquels les médecins partagent les tâches avec d'autres fournisseurs de soins afin que tous les soignants puissent consacrer plus de temps aux patients. Voir la section 2.2 pour plus de renseignements.

Problème : Les explications ne sont pas toujours compréhensibles. Voir la section 5.1 pour plus de renseignements sur la façon d'améliorer la communication

Les patients ne comprennent pas toujours les questions ou les instructions.

Demander aux patients de répéter ce qu'on vient de leur dire pour vérifier s'ils ont bien compris les instructions les plus importantes⁵⁵².

Les patients et les familles ont parfois gênés de poser des questions.

Permettre aux patients et aux familles de poser des questions⁵⁵³. Donner aux patients et aux familles le temps de consulter la documentation et d'assimiler l'information. La section 5.1 contient plus de détails à ce sujet.

Problème : Les patients ne participent pas toujours aux décisions concernant le traitement

Il faut du temps pour énumérer les options de traitement ou de dépistage et les avantages et inconvénients de chaque procédure et pour déterminer ce qui est important pour les patients (p. ex., effets secondaires des médicaments, coût des diverses options, etc.).

Établir des outils normalisés pour les fournisseurs de soins afin de les aider à expliquer les options aux patients, ainsi que les avantages et inconvénients de chaque option. Par exemple, Action Cancer Ontario remet une trousse d'information aux patients conçue pour les aider à prendre des décisions éclairées sur les méthodes de dépistage du cancer. Les outils comprennent des renseignements compréhensibles sur les facteurs de risque, les méthodes de dépistage, les avantages et les inconvénients des diverses approches et des personnes à contacter pour plus de renseignements. Les documents sont disponibles à : www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=44184&contextId=1377

Problème : Les patients ont connu des expériences négatives au niveau du service à la clientèle

Lorsque les patients pensent ne pas être traités avec respect ou courtoisie, ou que le personnel ne s'occupe pas d'eux, leur taux de satisfaction diminue^{554, 555}.

Améliorer les habiletés en communications interpersonnelles du personnel et le service à la clientèle au moyen de programmes comme des formations axées sur le service à la clientèle et la communication⁵⁵⁶. Voici quelques exemples de la façon dont le service à la clientèle peut être amélioré : saluer les gens à leur arrivée, garder le contact visuel, rester poli même en situation de stress, avoir une attitude positive et expliquer à l'avance ce à quoi les gens peuvent s'attendre et quand.

Que fait-on en Ontario?

- Le ministère a demandé une étude longitudinale de cinq ans pour évaluer l'efficacité des équipes de santé familiale, y compris les expériences vécues par les patients et leur taux de satisfaction⁵⁵⁷.

6.1 Coût des services prodigués

Il est important que les hôpitaux et les organismes communautaires fonctionnent de manière efficiente en éliminant les gaspillages ou en utilisant les options de traitement les plus efficaces afin d'offrir les meilleurs soins qui soient au coût le plus bas possible. Pour être efficaces, tous les organismes doivent bien gérer leurs finances afin d'éviter les déficits ou se retrouver sans les liquidités nécessaires pour payer les factures. On dispose de peu de données provinciales sur la rentabilité et il est difficile d'évaluer les inefficiences à l'échelle du système. Par conséquent, il est nécessaire de disposer de meilleures données (section sur les données).

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que les hôpitaux disposent de suffisamment de revenus pour payer leurs factures.	Lorsque les hôpitaux dépensent plus que ce qu'ils reçoivent, ils doivent emprunter – et lorsque cela se produit, l'argent des contribuables sert à payer les intérêts plutôt qu'à acheter du matériel ou à prodiguer des soins.	Tous les contribuables de l'Ontario qui souhaitent savoir que leur argent est bien géré.
Que les hôpitaux puissent payer leurs factures en temps voulu à l'aide de liquidités (espèces).	Nous le répétons, lorsque les hôpitaux sont obligés d'emprunter pour payer leurs factures, l'argent des contribuables sert à payer les intérêts plutôt qu'à financer les biens et services.	
Que les coûts des soins prodigués soient les plus bas possible sans compromettre la qualité des soins.	Lorsqu'on compare des hôpitaux et que certains dépensent beaucoup plus que d'autres qui traitent le même type de patients, il est possible que les hôpitaux moins efficaces utilisent leurs ressources de manière non adéquate.	

Indicateur	Valeur *	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage d'hôpitaux en déficit : [†] — province — petit hopitaux communautaire — grand hopitaux communautaire — hopitaux universitaire — soins chroniques/réadaptation	27 % 28 % 36 % 14 % 20 %		Près de 30 % des hôpitaux de la province ont enregistré un déficit pendant l'exercice 2009-2010. Le nombre d'hôpitaux ayant fait état d'un déficit s'est accru d'un tiers au cours de l'année écoulée. Il est possible d'éviter les déficits.
Ratio ^{††} actuel des hôpitaux (capacité de payer les factures sans emprunter) : — province — petits hôpitaux communautaires — grands hôpitaux communautaires — hôpitaux universitaires — soins chroniques/réadaptation	0,81 1,7 0,7 0,81 1,1		Le ratio courant idéal des hôpitaux en Ontario devrait être entre 1 et 2. Les petits hôpitaux communautaires avaient un ratio courant trop élevé (plus de liquidités possible que nécessaire, mais leur nombre a diminué au cours des cinq dernières années et a maintenant atteint le niveau souhaitable. Les hôpitaux d'enseignement avaient un ratio trop bas, mais le nombre a augmenté au cours des cinq dernières années, bien qu'il soit encore en deçà du niveau idéal. Les hôpitaux de soins chroniques/réadaptation se maintiennent au niveau souhaitable. Pour ce qui est des grands hôpitaux communautaires, les résultats se sont détériorés au cours des cinq dernières années. Le fait est qu'il y a encore des améliorations à faire, notamment en ce qui concerne les grands hôpitaux et les hôpitaux d'enseignement.

Source de données :

* MSSLD, exercice 2009-2010.

[†] Techniquement, un « budget en position négative » D'après les ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers. (Total des revenus – Amortissement des subventions des installations) – (Total des charges – Amortissement des installations).

^{††} D'après les ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers. Le numérateur comprend les actifs à court terme plus le solde des passifs débiteurs à court terme, sauf les revenus reportés. Autrement dit, il s'agit du montant des liquidités ou d'autres actifs qui peuvent être transformés rapidement en liquidités. Le dénominateur comprend les passifs à court terme sauf les revenus reportés plus les actifs créditeurs à court terme, sauf les comptes correspondants. Autrement dit, il s'agit du montant des dettes à court terme.

^{†††} Méthodologie de regroupement Resources Utilization Groups III. L'information sur les cas pondérés de patients internes permet de comparer les hôpitaux, quelle que soit la gravité des maladies et la complexité des cas soignés par ces établissements. Les coûts n'ont pas été rajustés en fonction de l'inflation.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur *	Tendances et comparaisons	Constatations
Coût par cas ^{†††} pondéré dans les hôpitaux : — petits hôpitaux communautaires — grands hôpitaux communautaires — hôpitaux universitaires	5 542 \$ 5 262 \$ 6 072 \$		Même après rajustement pour tenir compte de la complexité des cas, le coût réel d'une hospitalisation dans un hôpital communautaire s'est accru de plus de 20 % au cours des quatre dernières années (plus que le taux d'inflation). Cependant, les hôpitaux universitaires ont enregistré une hausse moins importante de 13 % au cours de la même période. Il y a des progrès à faire.
Coût par jour-patient ^{†††} pondéré dans les hôpitaux de soins continus complexes : — petits hôpitaux communautaires — grands hôpitaux communautaires — hôpitaux universitaires — hôpitaux de soins chroniques/réadaptation	705 \$ 522 \$ 490 \$ 481 \$		Le coût de l'hospitalisation d'un patient nécessitant des soins continus complexes par jour dans un petit hôpital communautaire est près de 200 \$ de plus que dans les autres hôpitaux. Au cours des quatre dernières années, le coût réel d'une hospitalisation pour soins chroniques a augmenté plus que l'inflation.

Source de données :

* MSSLD, exercice 2009-2010.

† Techniquement, un « budget en position négative ». D'après les ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers. (Total des revenus – Amortissement des subventions des installations) – (Total des charges – Amortissement des installations).

†† D'après les ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers. Le numérateur comprend les actifs à court terme plus le solde des passifs débiteurs à court terme, sauf les revenus reportés. Autrement dit, il s'agit du montant des liquidités ou d'autres actifs qui peuvent être transformés rapidement en liquidités. Le dénominateur comprend les passifs à court terme sauf les revenus reportés plus les actifs créditeurs à court terme, sauf les comptes correspondants. Autrement dit, il s'agit du montant des dettes à court terme.

††† Méthodologie de regroupement Resources Utilization Groups III. L'information sur les cas pondérés de patients internes permet de comparer les hôpitaux, quelle que soit la gravité des maladies et la complexité des cas soignés par ces établissements. Les coûts n'ont pas été rajustés en fonction de l'inflation.

6.1

Cause fondamentale Idées de changement

Problème : La demande de services hospitaliers s'accroît au-delà de ce que les hôpitaux peuvent offrir en fonction de leurs budgets.⁵⁵⁸

Prévenir les hospitalisations évitables.

Améliorer la gestion des maladies chroniques dans la collectivité (section 3.2). Les coûts des soins actifs prodigués aux malades hospitalisés pour les maladies chroniques sont élevés, les infarctus aigus du myocarde (IAM) et les maladies cérébrovasculaires représentant deux des affections les plus coûteuses au Canada⁵⁵⁹. Des études ont démontré qu'en améliorant les soins prodigués aux personnes atteintes de maladies chroniques avant qu'elles ne soient obligées d'être hospitalisées, on peut réduire les coûts hospitaliers associés à ces affections^{560, 561, 562, 563, 564}.

Améliorer l'accès aux soins de longue durée (SLD) et aux soins à domicile et veiller sur la santé des gens et leur prodiguer des soins appropriés pour prévenir les hospitalisations évitables (sections 2.4, 4.5 et 4.6).

Améliorer l'accès aux soins primaires (section 2.2). Des études ont démontré qu'un meilleur accès aux soins primaires se traduisait par moins de visites aux urgences et d'hospitalisation^{565, 566}.

Coordonner les services de santé, comme les soins primaires, les soins de spécialistes et hospitaliers, afin d'améliorer les résultats et l'utilisation des ressources⁵⁶⁷.

Réadmissions évitables.

Faire en sorte que les patients quittent l'hôpital munis des bons médicaments (section 3.1) et de tous les renseignements dont ils ont besoin. Envisager d'établir des cliniques de soins externes spécialisés (p. ex., pour les insuffisances cardiaques congestives^{568, 569, 570}) ou des services similaires qui ont prouvé qu'ils réduisaient les réadmissions (voir section 3.3).

Veiller à ce que les patients soient bien traités à l'endroit le plus approprié (sections 2.4 et 6.2).

Les patients occupent des lits/sont hospitalisés alors que cela n'est pas nécessaire. Ces patients n'ont pas besoin des ressources ou des services importants fournis dans les hôpitaux et pourraient être mieux soignés ailleurs⁵⁷¹.

Certains services hospitaliers, dont le dépistage diagnostique et les interventions chirurgicales, sont parfois utilisés de manière non appropriée.

Éliminer les examens ou les interventions inutiles, comme les examens à répétition ou les examens précédant une petite intervention (section 6.3). Une étude des médecins ontariens a révélé que l'utilisation des tomodensitométries et des examens par IRM n'est pas toujours justifiée⁵⁷². Envisager d'appliquer des critères aux tomodensitométries et aux examens par IRM⁵⁷³, et aux interventions comme les arthroplasties^{574, 575, 576} de la hanche et du genou et les opérations de la cataracte⁵⁷⁷.

Duplication inutile des examens en raison de la fragmentation des soins. Les résultats des examens demandés par les fournisseurs de soins primaires ne sont souvent pas transmis au personnel hospitalier.

Mettre en place des dossiers de santé électroniques (DSE) intégrés, qui facilitent l'accès aux résultats des examens prescrits par d'autres fournisseurs et d'autres établissements⁵⁷⁸. Cela pourrait contribuer à réduire les examens répétitifs inutiles effectués parce que les résultats obtenus ailleurs pour les mêmes examens ne sont pas communiqués.

Complications évitables entraînant un gaspillage de ressources. Les infections nosocomiales⁵⁷⁹ et d'autres complications qui se développent pendant l'hospitalisation accroissent la durée du séjour et les coûts globaux.

S'attarder sur les domaines pour lesquels les analyses de rentabilité indiquent une bonne qualité⁵⁸⁰. Les analyses de rentabilité peuvent être effectuées lorsque les investissements dans l'amélioration de la qualité sont plus que compensés par la baisse des coûts de cet organisme dans un délai raisonnable. Les analyses de rentabilité sont bien établies dans des domaines comme les pneumonies acquises sous ventilateur⁵⁸¹ et la prévention des plaies de pression⁵⁸².

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Cause fondamentale

Idées de changement

Les processus inefficaces appliqués dans les hôpitaux entraînent un gaspillage de temps et de ressources.

Améliorer la façon dont le temps du personnel est utilisé et éliminer les chevauchements (section 2.1)⁵⁸³.

Améliorer l'efficacité du processus de sortie de l'hôpital⁵⁸⁴. Envisager des options pour améliorer le taux de sortie, par exemple, fixer les dates de sortie à l'avance, échelonner les heures de sortie durant la journée et donner l'heure et le jour de la sortie au patient et aux familles pour qu'ils puissent se préparer. L'utilisation d'un logiciel de gestion peut aider la prise de décisions en ce qui concerne le moment où un patient peut quitter l'hôpital. (Voir la section 8.1 pour plus de détails sur l'amélioration des communications et de la collaboration entre hôpitaux et les personnes chargées de soigner le patient après sa sortie de l'hôpital, et la section 2.1 pour plus de renseignements sur la façon de mieux coordonner les soins afin d'assurer que les patients soient placés au bon endroit le plus rapidement possible afin qu'ils n'occupent pas des lits inutilement.)

Que fait-on en Ontario?

- Le MSSLD a entrepris une importante réforme du financement des hôpitaux. À l'heure actuelle, les hôpitaux sont financés essentiellement au moyen de budgets globaux fixes principalement déterminés par des facteurs historiques. Souvent, ce financement ne reflète pas la population ou les types de patients desservis. Par conséquent, un hôpital situé dans une région à forte croissance peut avoir de la difficulté à fournir des services à cette population si son budget global n'augmente pas en même temps que la demande. Le MSSLD a établi la stratégie de paiement axée sur les patients⁵⁸⁵, qui applique une approche en vertu de laquelle les « fonds suivent le patient » et fonde le financement versé aux hôpitaux sur le niveau de services et à la qualité des soins prodigués. La stratégie s'inspire du Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) qui détermine les coûts prévus de la prestation des soins en tenant compte des différences dans l'âge, la situation socioéconomique et l'état de santé des populations desservies.

6.2 Les bons services au bon endroit

Les gens devraient être traités dans les établissements qui répondent le mieux à leurs besoins plutôt que dans ceux qui coûtent plus cher et ne sont pas conçus pour les recevoir. L'exemple le plus évident est celui des patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS)⁵⁸⁶. Ces personnes (souvent de santé fragile, âgées et atteintes de plusieurs maladies chroniques) peuvent être hospitalisées en raison d'un trouble aigu nécessitant une attention immédiate, puis se rétablir tout en ayant de la difficulté à être autonomes. Le médecin peut refuser de renvoyer le patient chez lui s'il juge qu'il ne recevra pas les soins dont il a besoin. Le patient peut alors être dirigé vers un foyer de soins de longue durée (SLD), mais doit attendre à l'hôpital, souvent pendant des semaines ou des mois à titre de patient ANS, avant qu'un lit ne se libère (section 2.4).

Un autre exemple concerne les personnes placées dans un foyer de SLD alors qu'elles pourraient être soignées ailleurs. Parfois, les gens sont placés dans un foyer de SLD alors qu'ils n'ont pas besoin de tous les services offerts parce qu'il n'y a pas d'autres solutions. L'algorithme MAPLe (Méthode d'attribution des niveaux de priorité) permet aux planificateurs d'identifier ces personnes⁵⁸⁷.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que les personnes qui n'ont plus besoin de rester à l'hôpital soient placées dans un établissement plus approprié.	Il est plus dispendieux de soigner un patient ANS à l'hôpital que dans un autre cadre mieux approprié, comme un foyer de soins de longue durée. De plus, le personnel des foyers de SLD a suivi une formation spécialisée lui permettant de s'occuper des personnes de santé fragile nécessitant de nombreux services de soutien; ainsi, les résidents peuvent recevoir des soins plus adéquats. Une autre conséquence du problème associé aux ANS est que les lits occupés par de tels patients ne sont pas disponibles pour les personnes qui attendent aux urgences et engorgent ainsi le service. Les chirurgies non urgentes risquent aussi d'être retardées. Enfin, lorsque les personnes âgées sont hospitalisées pour des maladies aiguës, elles risquent de perdre leur autonomie et de devoir être placées dans un foyer de SLD ^{588, 589, 590, 591} .	Les 2 800 personnes hospitalisées pour recevoir des soins actifs et les 1 900 patients placés dans un autre cadre hospitalier (p. ex., soins psychiatriques, de réadaptation) qui, à un moment donné, sont désignés comme des patients ANS ⁵⁹² .
Que les personnes dont les besoins peuvent être satisfaits par d'autres solutions que les soins de longue durée (p. ex., soins à domicile ou logement supervisé) peuvent continuer de vivre dans la communauté – les lits de soins de longue durée étant réservés à celles qui en ont vraiment besoin.	Gaspillage des ressources de santé alors qu'il existe des solutions moins coûteuses de qualité comparable ou supérieure.	Les 170 000 ⁵⁹³ clients recevant des soins à domicile qui pourraient avoir besoin plus de soins plus dans un proche avenir.

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de jours-lits de soins actifs désignés ANS	16 %*	Le graphique illustre une légère augmentation du pourcentage de jours-lits de soins actifs désignés ANS, passant de 10 en 2006-2007 à 14,5 en 2008-2009. Une flèche rouge pointe vers le bas avec l'inscription 'MIEUX'.	Un lit d'hôpital sur six en Ontario est occupé par un patient qui devrait être soigné ailleurs. Ce problème s'est aggravé entre l'exercice 2006-2007 à l'exercice 2008-2009 et ne s'est pas amélioré au cours de l'année écoulée, l'exercice 2009-2010, malgré les énormes investissements effectués dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi (voir la page suivante). Il s'agit là d'un domaine que l'Ontario doit améliorer de toute urgence.
Corrélation entre les ANS et les jours-lit et les temps d'attente pour des soins de longue durée		Le graphique montre une corrélation positive entre le pourcentage de lits d'hôpitaux ANS au sein d'un RLSS (axe des ordonnées, 0 à 30) et les temps d'attente médians avant un placement dans un foyer de SLD pour les patients hospitalisés au sein d'un RLSS (axe des abscisses, 0 à 140 jours). Les données sont représentées par des points bleus et une ligne de tendance rouge ascendante.	Il y a un lien [†] étroit entre l'attente avant un placement dans un foyer de SLD pour les patients hospitalisés et le pourcentage de jours-lits ANS au sein d'un RLSS. Chaque hausse d'environ 5,6 jours d'attente se traduit par une augmentation de 1 % du pourcentage de lits désignés ANS au sein de ce RLSS.
Pourcentage de personnes placées dans un foyer de SLD qui n'ont pas des besoins élevés ou très élevés et pourraient être prises en charge ailleurs	22 %**	Le graphique illustre une légère diminution du pourcentage de personnes placées dans un foyer de SLD qui n'ont pas des besoins élevés ou très élevés et pourraient être prises en charge ailleurs, passant de 28 en 2008 à 25 en 2010. Une flèche rouge pointe vers le bas avec l'inscription 'MIEUX'.	Une personne sur cinq placée dans un foyer de SLD n'a pas de besoins élevés ou très élevés. Ces personnes pourraient être soignées ailleurs dans la collectivité (p. ex., soins à domicile, logement supervisé). Cet indicateur s'est amélioré au cours des deux dernières années; toutefois, il y a encore des progrès à faire.

Sources de données :

* Base de données sur les congés des patients (BDGP), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), avril 2006 à mars 2010, données fournies par Action Cancer Ontario.

** Fondé sur le score MAPLe⁵⁸⁷. Base de données sur le profil des clients, MSSLD, janvier à mars 2010, données fournies par le CASC de Toronto Centre.

[†] R au carré = 0,86, indique une forte corrélation.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales Idées de changement

Les soins dont les gens ont besoin ne sont pas évalués de manière adéquate.

Une hospitalisation peut entraîner un « déconditionnement » chez certains patients dont l'état de confusion peut se détériorer davantage lorsqu'ils se retrouvent dans un cadre non familial.

Les gens sont prématurément désignés comme nécessitant des soins de SLD ou placés dans un foyer de SLD avant d'en avoir besoin.

D'autres solutions que les foyers de soins de longue durée ne sont pas entièrement utilisées ou favorisées.

Nombre insuffisant de services de soins à domicile.

Hospitalisations pour maladies mal soignées, qui pourraient être évitées grâce aux soins primaires.

Identifier promptement les personnes qui risquent d'être hospitalisées et placées ensuite dans un foyer de SLD – par exemple, les personnes de santé fragile ou atteintes de démence qui vivent chez elles et ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin^{594, 595, 596}. Si ces personnes sont identifiées rapidement et qu'elles reçoivent les soins dont elles ont besoin à domicile, on pourrait éviter que leur santé ne se détériore et leur permettre de revenir chez elles après une hospitalisation.

Le RLSS de Mississauga Halton a créé un programme pour que toute personne âgée d'au moins 75 ans en visite aux urgences fasse l'objet d'une évaluation afin de déterminer si elle a besoin de soins à domicile⁵⁹⁷. Les organismes communautaires qui utilisent l'outil interRAI Community Health Assessment sont mieux en mesure de déterminer des niveaux de risque plus objectifs chez ces personnes.

En 2007, on a créé des **programmes de soins de transition** afin de permettre aux personnes ayant été hospitalisées de reprendre leurs esprits dans une maison de retraite avant de retourner chez elles⁵⁹⁸.

Le RLSS de Champlain a mis en place un programme pilote de 22 lits qui permet aux personnes hospitalisées dont l'état est stable et en attente d'un lit de SLD de recevoir d'autres niveaux de soins. Ce programme a permis d'éliminer les situations où les salles des urgences sont engorgées et des chirurgies annulées⁵⁹⁹.

Les patients peuvent bénéficier de soins actifs, de réadaptation à l'hôpital et de soins intensifs, à long terme et de suivi pour améliorer leurs chances de rétablissement et de retrouver les capacités qu'ils possédaient avant leur hospitalisation⁶⁰⁰.

Utiliser des critères objectifs pour déterminer qui a vraiment besoin de soins de longue durée. Évaluer soigneusement les besoins des patients afin que seuls ceux dont les besoins sont les plus urgents soient placés en liste d'attente. On pourrait ainsi éliminer le problème des personnes qui s'inscrivent sur une liste d'attente juste au cas où elles en auraient besoin. Des outils comme le score MAPLe⁶⁰¹ peuvent aider les planificateurs des soins à décider si les besoins d'une personne sont suffisamment urgents pour être inscrite sur la liste.

Appliquer l'approche « Home First » selon laquelle on envisage de renvoyer les gens chez eux après une hospitalisation avant de les placer dans un foyer de SLD⁶⁰² (section 2.4).

Envisager d'autres solutions que les foyers de soins de longue durée, comme les logements supervisés ou avec services de soutien⁶⁰³, où les personnes de santé fragile peuvent recevoir des soins continus, mais moins intensifs que ceux prodigués dans un foyer de soins de longue durée (section 2.4).

L'Alberta a créé un système de soins continus qui inclut des logements supervisés dans sa stratégie^{604, 605}. En 2009, QSSO a mentionné la région de Lethbridge, en Alberta, où grâce à cette stratégie, il a été possible de réduire la liste d'attente pour les SLD à seulement 29 jours alors que la province utilise un tiers de lits de SLD en moins que l'Ontario. Cette région permet aux gens nécessitant des soins moins intensifs que ceux offerts dans les foyers de SLD, mais plus importants que les soins à domicile, de vivre dans un logement supervisé avec services de soutien où ils peuvent recevoir une aide 24 heures sur 24⁶⁰⁶.

Envisager d'élargir les soins à domicile. Par le passé, le nombre d'heures auxquelles avaient droit les clients était plafonné; cette restriction a été récemment supprimée, ce qui signifie que certains clients n'auront pas à s'inscrire sur une liste d'attente pour des soins de longue prolongé. Toutefois, pour les personnes ayant des besoins très lourds, d'autres options, p. ex., logement avec services de soutien, seraient sans doute plus économiques que les soins à domicile.

Améliorer les services de soins primaires. Améliorer l'accès aux soins primaires (section 2.2), notamment après les heures de bureau et la gestion des maladies chroniques (section 3.2), afin que les patients ne soient pas hospitalisés inutilement.

Que fait-on en Ontario?

- L'Ontario a investi plus de 700 millions de dollars au cours des trois dernières années dans la stratégie Vieillir chez soi⁶⁰⁷, qui reconnaît la nécessité de fournir un continuum de services aux personnes âgées et aux aidants, de permettre aux personnes âgées de continuer à mener des vies saines autonomes, et à celles qui souhaitent rester chez elles de vivre dans la sécurité, dignement et de manière indépendante. La stratégie avait pour but d'alléger les pressions qui s'exercent sur les hôpitaux et les foyers de SLD en trouvant des solutions plus appropriées pour les patients qui sortent de l'hôpital.⁶⁰⁸ Elle avait également pour but d'éviter les visites inutiles à l'hôpital, de réduire les temps d'attente aux urgences⁶⁰⁹ et, en fin de compte, de réduire les ANS. Toutefois, la situation ne s'est pas encore améliorée au chapitre des ANS et il est important d'évaluer les conséquences de cette stratégie (voir la section sur les données).

6.3 Visites aux urgences évitables

Un grand nombre de personnes viennent aux urgences parce qu'elles ne connaissent pas les autres options qui leur sont offertes. Alors que les urgences ont pour but de traiter des maladies et des blessures graves nécessitant des soins très spécialisés rapidement, les gens y vont souvent pour de petits problèmes qui pourraient être traités par un médecin ou dans une clinique après les heures de bureau. La présente section examine le taux des visites aux urgences évitables en Ontario.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que les personnes qui ont de petits troubles de santé (rhume, mal de gorge, otite, infections urinaires) ou doivent renouveler leur ordonnance n'aillent pas aux urgences, mais plutôt dans un cabinet médical, une clinique après les heures de bureau ou un centre de soins d'urgence.	Nonobstant le coût des soins dispensés aux urgences, les patients ne bénéficient pas des soins que pourrait leur prodiguer un médecin de soins primaires qui les connaît bien, ainsi que leurs antécédents médicaux. Il faut souligner toutefois que la situation est différente dans les localités rurales. Les petites villes ayant rarement les moyens d'avoir une clinique après les heures de bureau, il est normal que les gens se rendent aux urgences pour des problèmes moins urgents.	En Ontario, un résident sur cinq qui va aux urgences chaque année ⁶¹⁰ (on enregistre chaque année quelque 5,5 millions de visites aux urgences dans les grandes villes de la province ⁶¹¹).
Que les résidents des foyers de soins de longue durée qui souffrent d'affections diverses (p. ex., diabète, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive) soient diagnostiqués et traités sans attendre afin que leur état ne se détériore pas au point de devoir se rendre aux urgences.	S'ils ne sont pas diagnostiqués et traités rapidement, les résidents de foyers de SLD pourraient voir leur état se détériorer et devoir aller aux urgences ⁶¹² alors que cette situation pourrait être évitée ⁶¹³ .	Les 75 000 résidents des 626 foyers de SLD de l'Ontario ⁶¹⁴ .
Que les résidents de foyers de SLD souffrant de maladies ne nécessitant pas de soins d'urgence reçoivent les soins dont ils ont besoin afin de ne pas devoir se rendre aux urgences.	Les résidents de foyer de SLD qui doivent aller aux urgences alors que cette situation pourrait être évitée se retrouvent dans un cadre qui leur est étranger ⁶¹⁵ , et s'ils sont atteints de démence, leur état risque de se détériorer ⁶¹⁶ . Les autres conséquences négatives comprennent la fatigue que cela représente pour le résident (longue attente) et les coûts pour la province (le transport se fait souvent par ambulance).	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de personnes qui estiment qu'elles auraient pu être soignées par le médecin ou le personnel du cabinet où elles vont habituellement si ces personnes avaient été joignables la dernière fois qu'elles sont allées aux urgences	48 %*		En Ontario, près d'une personne sur deux estime qu'elle aurait pu être soignée par son fournisseur de soins primaires s'il avait été joignable la dernière fois qu'elle est allée à l'hôpital ou aux urgences. L'Ontario est à égalité avec le reste du Canada, les États-Unis et la Suisse, la province affichant les résultats les plus faibles pour cet indicateur par rapport à huit autres pays. Les ressources des hôpitaux et des urgences pourraient être mieux utilisées si les personnes pouvaient se faire soigner dans un cadre plus adéquat.
Taux de visites aux urgences évitables pour 100 résidents de foyers de SLD, par an	21**		Les visites aux urgences évitables sont fréquentes chez les résidents des foyers de SLD. La situation n'a pas beaucoup évolué au cours des sept dernières années à cet égard. On peut encore faire beaucoup de progrès.
Taux de visites aux urgences pour des problèmes non urgents pour 100 résidents de foyers de SLD, par an	7,8***		Au cours des sept dernières années, le taux des visites aux urgences par les résidents des foyers de SLD n'a cessé de s'améliorer pour des troubles peu urgents. C'est une bonne nouvelle, mais il y a encore des progrès à faire.

Sources de données :

* Enquête internationale sur les adultes du Fonds du Commonwealth, 2010.

** Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

*** Base de données sur les personnes inscrites, Assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients, SNISA, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.

† Les visites non urgentes sont placées dans la catégorie 4 ou 5 par l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ECTG), niveau auquel la personne réintègre le foyer de SLD.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Visites aux urgences pour les problèmes non urgents

Les gens ne comprennent pas la raison d'être des services des urgences ou ne connaissent peut-être les autres options, comme les cliniques après les heures de bureau ou sans rendez-vous⁶¹⁷.

Accès limité aux soins primaires. Les gens vont aux urgences s'ils n'ont pas de fournisseur de soins primaires, ne peuvent pas consulter leur fournisseur de soins quand ils en ont besoin ou s'il n'y a pas de service après les heures de bureau^{621, 622}.

Les personnes âgées et de santé fragile et celles dont les maladies chroniques sont mal gérées sont sujettes à des problèmes de santé aigus. Parfois, les gens ne suivent pas les conseils de leur fournisseur de soins ou celui-ci ne leur prodigue pas le traitement fondé sur des données cliniques dont ils ont besoin.

Envisager de lancer des campagnes d'information et de sensibilisation sur le rôle des services des urgences. Envisager également d'encourager les gens à faire davantage appel au numéro sans frais de Télésanté Ontario, pour parler avec une infirmière ou un infirmier qui leur dira s'ils doivent ou non aller aux urgences^{618, 619}. Les systèmes de triage téléphonique par du personnel infirmier, notamment Télésanté Ontario, permettent de réduire les visites inutiles aux urgences.⁶²⁰

Améliorer l'accès aux soins primaires. Envisager une meilleure organisation des cabinets de soins primaires et des rendez-vous pour réduire les temps d'attente et offrir des services de consultation après les heures de bureau (section 2.2).

Les patients des médecins de famille exerçant au sein d'un groupe ou d'une équipe qui offrent des services de consultation après les heures de bureau et des conseils de la part d'un clinicien sont moins susceptibles d'aller aux urgences⁶²³. L'établissement d'équipes de santé familiale à Peterborough a permis de réduire de 15 000 le nombre de visites aux urgences.⁶²⁴

Mieux gérer les patients atteints de maladies chroniques. Les patients souffrant de maladies chroniques doivent s'impliquer davantage dans la gestion de leurs soins et de leurs problèmes de santé. On devrait gérer soigneusement les soins primaires destinés à ces patients afin d'éviter les situations nécessitant une attention immédiate (section 3.2).

Problème : Visitez aux urgences nécessaires par les résidents des foyers de SLD pour des troubles non urgents.

Le personnel des foyers de SLD ne sent parfois pas apte à s'occuper d'affections peu importantes et envoie les résidents à l'hôpital dès les premiers signes de complications ou de régression.

Il n'y a pas de fournisseur de soins primaires pour examiner le résident

Le foyer de SLD n'a pas de matériel de diagnostic (p. ex., appareil de radiographie, services de laboratoire d'urgence), de sorte que les résidents doivent aller à l'hôpital pour se faire examiner.

Accroître la formation du personnel des foyers de SLD afin qu'il apprenne à traiter et à évaluer les troubles de santé non urgents. Le personnel infirmier praticien des foyers de SLD peut fournir un soutien clinique aux patients et aux employés afin de réduire le nombre de visites inutiles aux urgences.

Envisager de recourir à la télémedecine pour obtenir des conseils d'experts grâce à un lien vidéo⁶²⁵.

Envisager de réorganiser l'emploi du temps du personnel de garde – par exemple, un médecin, une infirmière ou un infirmier praticien ou un adjoint au médecin de garde peut s'occuper de plusieurs foyers de SLD proches les uns des autres.

Envisager de faire appel à du personnel infirmier praticien et à des infirmières et infirmiers autorisés de garde ou chargés d'encadrer d'autres employés. Par exemple, le Toronto Western Hospital a créé une équipe d'urgence composée d'infirmières et infirmiers autorisés qui se rendent visite aux résidents des foyers de SLD afin d'éviter les visites aux urgences. Au cours de l'année qui a suivi la création de ce programme, l'équipe a pu traiter 78 % des résidents qui auraient dû aller aux urgences pour se faire examiner et traiter si l'équipe n'avait pas été là⁶²⁶. Le RLISS du Centre-Est⁶²⁷ et le RLISS du Centre-Ouest offrent des programmes similaires.

6.3

Causes fondamentales Idées de changement

Les membres de la famille insistent pour que le résident soit examiné aux urgences. Ce genre de situation se présente lorsque la famille doute de la capacité du personnel de faire face à la situation.

Rassurer les familles en leur expliquant que les stratégies susmentionnées ont été établies afin que les résidents puissent être examinés dans le foyer. Leur expliquer également les risques associés aux visites aux urgences (infections nosocomiales, détérioration de l'état de confusion, errance, risque de chute dans un cadre non familial).

Que fait-on en Ontario?

- Le site Vos options de soins de santé (www.health.gov.on.ca/en/public/programs/hco/default.aspx), lancé en 2009, fournit des renseignements sur les diverses façons d'accéder aux soins de santé (cliniques sans rendez-vous, centres de soins d'urgence et équipes de santé familiale)⁶²⁸. De plus, les campagnes de sensibilisation du public continuent d'encourager l'utilisation des services sans frais de Télésanté Ontario, que les gens peuvent consulter pour savoir s'ils doivent se rendre aux urgences ou non⁶²⁹.
- Pendant l'exercice 2010-2011, le financement de nouveaux centres de santé communautaire (CSC) permettra la prestation de services médicaux 24 heures sur 24, afin d'éviter que les gens ne se rendent inutilement aux urgences⁶³⁰.
- Le programme GAIN (Geriatric Assessment and Intervention Network), dont le budget s'élève à 4,8 millions de dollars, établit quatre cliniques d'urgence/de soins émergents dans les plus grands hôpitaux communautaires du RLISS du Centre-Est à l'intention des personnes âgées. Les médecins d'urgence et communautaires peuvent orienter les patients vers ces cliniques, dont le personnel comprend une équipe spécialisée en gériatrie dirigée par un gériatre et chargée de procéder à des évaluations et interventions spécialisées. Au besoin, les patients sont admis dans un service conçu pour s'occuper des personnes âgées de santé fragile et/ou associé aux services de soutien communautaires. Les quatre cliniques devraient accueillir près de 8 000 visites par an après leur ouverture en avril 2011⁶³¹.
- Les médecins participant aux modèles de soins de santé primaires admissibles offrent des services « après les heures de bureau » et des conseils de santé par téléphone aux patients inscrits, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé familiale et d'éviter les visites au service des urgences des hôpitaux pour les problèmes non urgents⁶³².

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES



6.4 Éviter les médicaments et les examens inutiles

Dans le domaine de la santé, il arrive souvent que les décisions d'administrer des médicaments ou de faire faire des examens soient inutiles, ou qu'il soit possible de remplacer certains médicaments par d'autres moins dispendieux tout aussi efficaces. Nous étudions ici deux exemples : les examens inutiles effectués avant une chirurgie de la cataracte⁶³³ et l'utilisation de médicaments plus dispendieux que les thiazidiques pour traiter l'hypertension⁶³⁴.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Éliminer les examens qui ne servent pas à améliorer la sécurité du patient, y compris les électrocardiogrammes et les radiographies pulmonaires avant des interventions mineures (p. ex., chirurgies de la cataracte) ^{635, 636} .	Gaspillage d'argent et de temps ⁶³⁷ . Exposition inutile aux radiations en cas de radiographie pulmonaire.	Les 13 millions d'Ontariennes et Ontariens, y compris les quelque 140 000 personnes qui se font opérer de la cataracte chaque année ⁶³⁸ .
Utiliser des médicaments moins dispendieux s'ils sont aussi efficaces que les médicaments plus nouveaux et plus chers, par exemple, les thiazidiques, qui sont un type de diurétique ⁶³⁹ .	L'utilisation de médicaments plus dispendieux, alors qu'il en existe des moins chers, constitue un gaspillage d'argent ⁶⁴⁰ .	Les Ontariennes et Ontariens qui ont reçu l'an dernier un diagnostic d'hypertension sans complication, y compris plus de 14 000 personnes âgées ⁶⁴¹ .

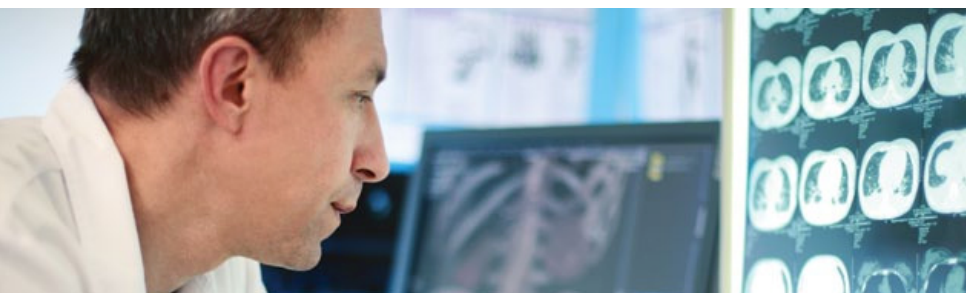
Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux d'ECG préalables pour 100 chirurgies de la cataracte	29*		Environ trois patients sur 10 qui se font opérer de la cataracte passent un ECG inutile. De plus, environ une personne sur 25 a aussi passé une radiographie pulmonaire. L'Ontario a réussi à réduire le nombre d'examens inutiles au cours des sept dernières années. Depuis, ces services ont été ôtés des services couverts; toutefois, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire.
Taux de radiographie pulmonaire pour 100 chirurgies de la cataracte	3,9*		
Pourcentage de personnes âgées souffrant d'hypertension sans complication†, qui ont reçu un thiazidique comme premier traitement au cours de l'année qui suit le diagnostic	17 %**		Seulement une personne âgée sur six souffrant d'hypertension sans complication reçoit un diurétique comme les thiazidiques au cours de l'année qui suit le diagnostic – et cet indicateur s'est régulièrement dégradé ces cinq dernières années. Il y a des progrès à faire.

Sources de données :

* Base de données sur les personnes inscrites (RPD), Base de données sur les congés des patients, Base de données sur les chirurgies ambulatoires, Banque de données de l'assurance-santé de l'Ontario; exercice financier 2009-2010, calculées par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

** BDPI, Base de données sur le diabète en Ontario, Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, BDCP, Base de données sur les demandes de règlement à l'Assurance-santé de l'Ontario, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.

† L'hypertension sans complication est définie comme de l'hypertension non accompagnée de diabète, d'insuffisance rénale, de coronaropathie, d'AVC, de migraines, ou d'insuffisance hépatique, pour laquelle un autre médicament serait plus approprié. Les lignes directrices suggèrent que dans de tels cas, les thiazidiques sont le médicament à privilégier.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Les fournisseurs de soins ne connaissent pas toujours ou oublient les détails des lignes directrices relatives aux pratiques, ou les critères applicables, surtout si ces critères sont complexes et comportent de multiples recommandations et exceptions.

On peut continuer d'effectuer des examens obsolètes simplement par habitude.

Les fournisseurs de soins ne savent pas s'ils suivent les lignes directrices de manière appropriée et ne se rendent peut-être pas compte qu'il y a un problème.

Les fournisseurs de soins peuvent avoir des doutes au sujet de la validité des lignes directrices ou des critères d'applicabilité.

Il n'y a pas d'incitatif encourageant les gens à cesser de prescrire des examens ou des services non nécessaires.

Les fournisseurs de soins de santé sont influencés par les représentants des sociétés pharmaceutiques⁶⁵¹. Les fournisseurs de soins de santé n'ont parfois pas le temps d'étudier la documentation sur les médicaments plus chers et font confiance aux représentants des sociétés pharmaceutiques. Les campagnes de marketing font souvent la promotion de médicaments qui coûtent cher qui ne sont pas nécessairement plus efficaces que des médicaments plus anciens et moins dispendieux.

Il n'est pas facile de modifier un système de santé complexe, où toutes les causes fondamentales susmentionnées se renforcent les unes les autres.

Idées de changement

Intégrer l'information sous forme de critères applicables à des arbres de décision ou algorithmes. Les critères applicables identifient souvent de nombreux scénarios cliniques et les examens adéquats ou non à chaque cas^{642, 643}. Ces critères sont rarement suivis⁶⁴⁴, peut-être parce que la façon dont ils sont conçus ne facilite pas la recherche du bon scénario clinique. Un format arbre de décision peut aider l'utilisateur à trouver plus facilement les recommandations dont il a besoin.

Intégrer des algorithmes d'aide à la décision au processus de prescription des examens et émettre des alertes ou demander la confirmation si l'examen n'est pas adéquat. Ces algorithmes posent des questions aux fournisseurs de soins de santé sur les symptômes ou l'état du patient et relient cette information aux critères d'applicabilité. Si l'examen n'est pas recommandé, l'algorithme émet une alerte, proposant d'autres options ou alors il demande la confirmation que la procédure doit quand même être effectuée. Ces algorithmes fonctionnent le mieux pour les systèmes de prescription par voie électronique. Le Massachusetts General Hospital, grâce à ce type de système, a réussi à réduire de plus de la moitié le nombre de tomodensitométries non nécessaires⁶⁴⁵. Le programme Medicare des États-Unis mène actuellement des essais pilotes pour ces systèmes⁶⁴⁶.

Éliminer la possibilité de choisir une option en cochant une case ou les prescriptions standard pour certains examens devant être prescrits de façon exceptionnelle seulement. Après avoir procédé ainsi pour les analyses de l'urée et de la VS en Ontario dans les années 1990, le nombre de ces analyses a diminué de 58 %⁶⁴⁷.

Évaluer régulièrement les taux d'utilisation des examens adéquats ou d'autres services afin que les fournisseurs de soins et les organismes puissent avoir une idée de leur performance et déterminer les domaines où ils peuvent s'améliorer⁶⁴⁸.

Les décideurs peuvent encourager l'adoption de données cliniques. Désignées par leurs collègues comme des « sommités », ces personnes enseignent et facilitent le changement^{649, 650}.

Ne pas rembourser les services qui ne remplissent pas les critères d'applicabilité. La section « Que fait-on en Ontario? » contient des exemples à cet égard. Lorsque de telles politiques sont adoptées, il existe généralement des mécanismes autorisant les remboursements dans des circonstances exceptionnelles.

Des programmes auxquels participaient des détaillants ayant suivi une formation (souvent des pharmaciens ou du personnel infirmier), qui rendent visite aux fournisseurs de soins primaires pour les informer des pratiques de prescription de médicaments fondées sur des données cliniques et une évaluation objective de la littérature, ont réussi à améliorer les méthodes de prescription^{652, 653, 654, 655}.

Les interventions multiples sont les plus aptes à modifier les comportements des fournisseurs de soins. À titre d'exemple, le Comité consultatif des guides de pratiques cliniques et l'Institut de recherche en services de santé ont entrepris un projet qui a permis de réduire de 13 % l'utilisation des radiographies pulmonaires avant des chirurgies mineures dans les hôpitaux ontariens, les changements les plus importants ayant été observés dans les établissements dont les taux de radios pulmonaires avant ces chirurgies étaient les plus élevés⁶⁵⁶. Cette initiative comprenait comportait la mise en place d'ateliers pour diffuser l'information, l'établissement d'une liste de vérification des examens préalables aux interventions et l'identification de leaders d'opinion, auxquels on a demandé conseil au sujet des obstacles aux changements et qui avaient suivi une formation pour faciliter le changement. Une rétroaction particulière se rapportant aux taux des tests et examens effectués avant les chirurgies a été fournie à tous les hôpitaux de la province.

Que fait-on en Ontario?

- Le 3 juin 2010, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* a été adoptée. En vertu de cette loi, Qualité des services de santé Ontario fera des recommandations à propos des changements qui peuvent être apportés à la façon dont les soins de santé sont couverts et remboursés afin d'assurer qu'ils tiennent compte des meilleures données cliniques⁶⁵⁷.
- Le 1^{er} juillet 2010, le barème de tarification de l'Assurance-santé de l'Ontario a été modifié de façon à cesser de rembourser certains services jugés non nécessaires, dont les ECG et les radiographies pulmonaires avant une chirurgie de la cataracte (à moins qu'une autre région le justifie) et les études de sommeil qui se répètent trop rapidement⁶⁵⁸.

7.1 Dépenses totales et optimisation des ressources

Le système de santé est un système vaste et complexe qui nécessite des ressources financières importantes. Calculer les dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut provincial (valeur totale de tous les produits et services que produit l'Ontario) est un moyen de quantifier l'investissement de la province. Toutefois, un chiffre inférieur ou supérieur ne signifie pas nécessairement que la province a trouvé le bon ou meilleur niveau de dépenses de santé. Les Ontariens seraient prêts à payer plus s'ils pouvaient avoir la certitude de recevoir des soins de santé de meilleure qualité. En même temps, les dépenses de santé doivent être équilibrées par rapport aux dépenses dans d'autres domaines, comme l'éducation, les services sociaux et l'infrastructure.

Que veulent les Ontariens?

Une saine gestion des deniers publics, notamment des soins de santé de qualité supérieure en échange de l'argent des contribuables.

Et si cela ne se produit pas?

Lorsque la population paie trop cher pour les soins de santé, elle a moins d'argent pour d'autres dépenses importantes.

Qui en profite le plus?

Les 13 millions d'habitants de l'Ontario.

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Dépenses totales de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) [†] — Ontario — Canada	12,2 %* 11,7 %*		En 2010, l'Ontario a consacré 12,2 % de son PIB total à la santé, ce qui représente une hausse de 38 % par rapport à 2000. Historiquement, l'Ontario a dépensé une part moins importante de son PIB sur la santé comparativement au reste du Canada; aujourd'hui, toutefois, la province dépense davantage. Le sommet constaté en 2009 ne signifie pas nécessairement que les dépenses de santé ont augmenté, mais est plutôt le résultat du déclin économique en général. En période de difficultés économiques, il est souvent difficile de maîtriser les dépenses. En 2008, le Canada s'est classé à la cinquième place au chapitre des dépenses de santé, par rapport à d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).^{**} L'Ontario semble consacrer une part supérieure de son PIB à la santé comparativement aux autres pays, hormis les États-Unis et la France.
Dépenses de santé en pourcentage de dépenses totales de santé — Dépenses publiques — Dépenses privées	67 %* 33 %*		Actuellement, les deux tiers des dépenses de santé sont couverts par les deniers publics. Cette proportion est stable depuis 1996. Entre 1992 et 1996, il y a eu un changement important vers la privatisation des dépenses; auparavant, près des trois quarts des dépenses de santé étaient prises en charge par les fonds publics.
Total des dépenses de santé en Ontario — Dépenses totales — Dépenses publiques — Dépenses privées	75 milliards \$* 50 milliards \$* 24 milliards \$*		En 2010, les dépenses totales de santé de l'Ontario étaient projetées à 75 milliards de dollars, soit une hausse appréciable de 91 % depuis 2000. Les dépenses de santé ont augmenté en moyenne de 9,1 % par an depuis 2000.
Total des dépenses de santé en Ontario par habitant — Dépenses totales — Dépenses publiques — Dépenses privées	5 641 \$* 3 800 \$* 1 841 \$*		Les dépenses de santé de l'Ontario étaient projetées à 5 641 \$ par habitant en 2010, soit une hausse de 69 % depuis 2000. Depuis 2000, les dépenses de santé par habitant ont augmenté en moyenne de 6,9 % par an.

Sources de données : [†]Institut canadien d'information sur la santé, 2010.⁶⁵⁹ Les données de l'année civile 2009 et 2010 sont des prévisions. ^{**}Organisation de coopération et de développement économiques, 2008. Le calcul de l'OCDE est différent, donnant lieu à des chiffres légèrement plus bas.⁶⁶⁰

**HÔPITAUX****SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES**

Les dépenses par rapport à l'optimisation des ressources

L'Ontario consacre plus d'argent à la santé que beaucoup d'autres pays industrialisés, mais quel avantage la province tire-t-elle de cet investissement supplémentaire? Malheureusement, comme le tableau suivant l'indique, l'Ontario obtient des notes moins élevées pour plusieurs des indicateurs de qualité clés choisis que huit pays qui dépensent moins. Lorsque les chercheurs⁶⁶¹ ont comparé la performance du Canada à celle de pays européens pour une liste d'indicateurs beaucoup plus détaillée, ils ont constaté que la qualité des traitements prodigués au Canada égalait celle de la plupart des pays européens, mais les temps d'attente et les droits des patients étaient moins bons. Ils ont classé le Canada à la dernière place parmi 32 pays pour l'indice du rendement de l'investissement.

Indicateur	ON	R.-U.	P.-B.	NOR	SUÈ	AUS	N.-Z.	É.-U.	FRA
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 2008*	11,2 % [†]	8,7 % ^{††}	9,9 % ^{††}	8,5 % ^{††}	9,4 %	8,5 %	9,9 %	16 %	11 %
Pourcentage total des dépenses de santé publiques, 2008*	68 %	83 %	s.o.	84 % ^{††}	82 %	s.o.	80 %	47 %	78 %
Pourcentage de médecins de famille utilisant des dossiers médicaux électroniques (DME), 2009**	43 %	96 %	99 %	97 %	94 %	95 %	97 %	46 %	68 %
Pourcentage d'adultes capables de voir un médecin le même jour ou le lendemain, 2010***	48 %	69 %	69 %	42 %	48 %	65 %	77 %	54 %	60 %
Pourcentage d'adultes qui ont attendu quatre semaines ou plus pour voir un spécialiste, 2010***	51 %	28 %	30 %	48 %	45 %	46 %	38 %	17 %	47 %
Pourcentage d'adultes qui notent la qualité globale des soins médicaux reçus au cours des 12 mois dans le cabinet de leur médecin ou une clinique comme étant excellente ou très bonne, 2010***	77 %	79 %	54 %	59 %	43 %	76 %	84 %	74 %	67 %
Taux de mammographies, 2008 [§]	73 %	75 %	85 %	98 %	84 %	s.o.	s.o.	s.o.	78 %
Espérance de vie (âge), 2007 ^{§§}	81	80	80	81	81	82	81 ^{††}	78	81 ^{††}
Taux de mortalité infantile par tranche de 1 000 enfants, 2007 ^{§§§}	5,2	4,8	4,1	3,1	2,5	4,2	4,8	s.o.	3,8

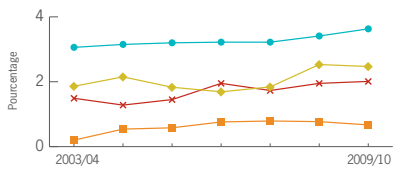
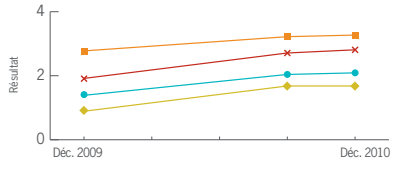
Sources de données : *Organisation de coopération et de développement économiques, 2010.⁶⁶² **Enquête internationale du fonds du Commonwealth intitulée Survey of Physician Practices, 2009. ***Enquête internationale du fonds du Commonwealth intitulée Survey of Adults, 2010. §Indice européen des consommateurs de soins de santé (Euro Health Consumer Index), 2008⁶⁶³; taux de l'Ontario fournis par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008. §§Organisation mondiale de la Santé⁶⁶⁴; données de l'Ontario fournies par Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques), CANSIM, tableau 102-4307, les résultats de l'Ontario correspondent à une moyenne de trois ans de 2005 à 2007. §§§Organisation de coopération et de développement économiques, 2010, chiffres de l'Ontario fournis par Statistique Canada, CANSIM, tableau 102-0504 et catalogue n° 84F0211X.

[†]Estimations, rajustées selon la méthode de calcul de l'Organisation de coopération et de développement économiques. ^{††}Résultats estimatifs.

7.2 Les technologies de l'information

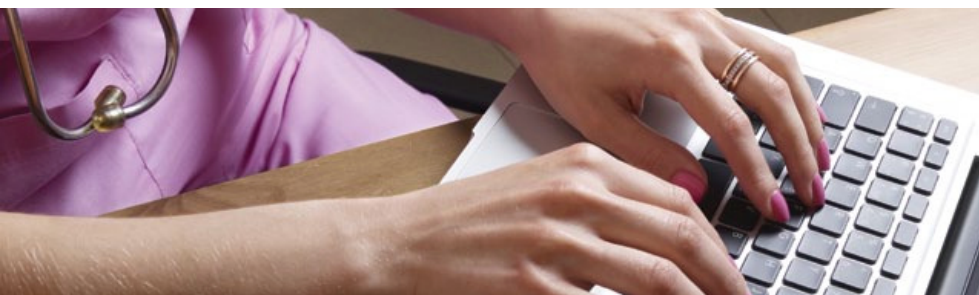
Les technologies de l'information (TI) peuvent améliorer l'efficacité et fournir des outils qui permettent des soins de qualité supérieure. Le gouvernement de l'Ontario a créé cyberSanté Ontario en 2008 pour donner suite à sa promesse de mettre en place un dossier de santé électronique d'ici 2015. Les systèmes informatisés de l'avenir devraient faciliter le partage de l'information à l'échelle du système de santé, et appuyer la prise de décisions cliniques. Les TI dans le domaine de la santé se rapportent à des systèmes informatisés sécurisés, conçus pour recueillir, gérer et rapporter les renseignements sur la santé aux fournisseurs de soins de santé. Un dossier de santé électronique (DSE) est généralement défini comme un dossier sécurisé et privé et confidentiel qui renferme des renseignements sur l'historique médical d'une personne et des soins prodigués à l'échelle du système, disponible par voie électronique aux fournisseurs de soins de santé autorisés. Par comparaison, les dossiers médicaux électroniques (DME) sont des systèmes intégrés moins sécurisés, utilisés au sein d'un cabinet de soins et non accessibles à l'extérieur.⁶⁶⁵ Les DME comprennent souvent des fonctions de niveau supérieur qui offrent des capacités d'aide à la décision aux fournisseurs, par exemple, les systèmes de rappel.⁶⁶⁶

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Un système permettant de saisir et de mémoriser électroniquement les notes et les ordonnances.	Erreurs en raison d'une écriture illisible ou de transcription. Perte de temps à chercher des renseignements manquants ou classés au mauvais endroit.	Les 13 millions d'Ontariennes et Ontariens et les professionnels de la santé.
Un système de technologie de l'information qui détecte les erreurs et rappelle à quel moment une visite de suivi ou un traitement s'impose.	Prescription de médicaments inappropriés, erreurs de posologie, interactions ou allergies médicamenteuses qui risquent de ne pas être signalées. Les fournisseurs de soins de santé risquent d'oublier des tests ou des visites de suivi.	
L'échange entre fournisseurs, en toute sécurité, des antécédents médicaux et de données, comme les résultats des tests.	Le travail et d'équipe et la communication entre fournisseurs risquent de ne pas être aussi efficaces. Les tests peuvent être répétés inutilement et des traitements inadéquats risquent d'être recommandés si le fournisseur ne dispose pas de renseignements récents, et pertes de temps dues aux opérations d'entrée répétitives.	
Accès aux renseignements médicaux pour aider les gens à mieux gérer leurs soins.	Les retards dans la communication avec un fournisseur de soins de santé primaires ou le fait que les patients ne peuvent pas accéder aux renseignements médicaux risquent de les empêcher de s'autogérer, d'entraîner des visites inutiles chez le médecin et un gaspillage de temps passé à prendre des rendez-vous.	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage du budget consacré aux systèmes d'information, dans les : ● hôpitaux ● centres d'accès aux soins communautaires (CASC) ● centres de traitement pour enfants ● centres de santé mentale et de toxicomanie	3,6 %* 2,5 % 2,0 % 0,7 %		Ces deux dernières années, les dépenses en TI ont augmenté peu à peu dans tous les secteurs de la santé, sauf pour les centres de santé mentale et de toxicomanie. Dans l'ensemble toutefois, le secteur de la santé continue de dépenser beaucoup moins que le secteur bancaire (7 %).^{667, 668} Il y a des améliorations à faire.
Total de l'EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model SM) [†] (stade 0 à 7), mesurer les progrès des hôpitaux en ce qui concerne l'adoption des TI : ● Ontario ● petits hôpitaux communautaires ● grands hôpitaux communautaires ● hôpitaux universitaires	2,1** 1,7 2,8 3,3		Les hôpitaux de l'Ontario ont fait des progrès dans l'adoption des TI, mais on peut encore progresser. Les petits hôpitaux communautaires sont à la traîne derrière la moyenne provinciale, tandis que les grands hôpitaux communautaires et universitaires dépassent la moyenne provinciale. Seulement 6 % de tous les hôpitaux ont atteint le stade 4 de l'EMRAM, et l'Hôpital général de North York est le premier et le seul hôpital de la province à atteindre le stade 5.

Sources de données : *Système d'information ontarien sur les hôpitaux, exercice 2009-2010, données fournies par le MSSLD. **Base de données HIMSS AnalyticsTM, décembre 2010, données fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario; ***D'après l'enquête internationale du fonds du Commonwealth intitulée Survey of Adults, 2010. [†]Données cumulatives de 2006-2010 au 24 novembre 24, 2010, incluant les données du programme de soins primaires (mis en place en 2005) et du programme New Adopters (mis sur pied en novembre 2009), fournies par OntarioMD. Les données d'avril à juin 2006 comprennent les données cumulatives de juillet à septembre 2005, et le total de chaque trimestre comprend les données du ou des trimestres précédents.

[†]Le total⁶⁷⁰ de l'Electronic Medical Record Adoption ModelSM est une propriété exclusive et confidentielle de HIMSS Analytics et comprend les catégories suivantes : 1 – TI de base pour les pharmacies, laboratoires médicaux et laboratoires de radiologie; 2 – données regroupées; les médecins peuvent vérifier les résultats en ligne; 3 – organigrammes électroniques des soins infirmiers; indique les erreurs; 4 – entrée informatisée des ordonnances médicales; protocoles cliniques électroniques; numérisation des radiographies pour envoi par courriel à l'extérieur de l'hôpital; 5 – outils de pointe pour assurer l'innocuité des médicaments (administration de médicaments en boucle fermée); 6 – Informatisation des notes cliniques des médecins; 7 – hôpital sans papier.⁶⁷¹



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage d'hôpitaux qui utilisent des systèmes informatisés pour : ● envoyer des aiguillages informatisés ◆ stocker les dossiers médicaux des patients ✕ prescrire des ordonnances médicales par voie électronique ■ stocker et extraire des images numériques	21 %** 60 % 13 % 89 %		En Ontario, plus d'un hôpital sur cinq peut envoyer des aiguillages par voie électronique, tandis qu'un hôpital sur six est doté d'un système d'entrée informatisée pour les ordonnances. Presque tous les hôpitaux indiquent avoir la capacité de stocker et d'extraire des images numériques; toutefois, seulement six hôpitaux sur 10 peuvent stocker les dossiers médicaux électroniques. Il y a encore des améliorations à faire, car la capacité de diffuser les renseignements électroniques entre les hôpitaux est faible.
Pourcentage d'adultes qui ont envoyé des questions par voie électronique à leur médecin traitant.	3,4 %***		En Ontario, seulement 3,4 % d'adultes ont envoyé des questions à leur médecin de famille par voie électronique. L'Ontario et le Canada sont à la traîne derrière plusieurs pays; le Royaume-Uni affiche les meilleurs résultats (9,4 %). Il y a beaucoup d'améliorations à faire.
Nombre de médecins de soins primaires qui se sont inscrits aux programmes provinciaux d'adoption des DME.	4 303 [§]		En septembre 2010, plus de 4 300 médecins de soins primaires s'étaient inscrits aux programmes provinciaux d'adoption de DME qui aident les médecins dans leurs efforts d'utiliser les DME et d'en bénéficier. Le but est de faire en sorte que 9 000 médecins de soins primaires et spécialistes s'inscrivent d'ici mars 2012. ⁶⁶⁹

Sources de données : *Système d'information ontarien sur les hôpitaux, exercice 2009-2010, données fournies par le MSSLD. **Base de données HIMSS Analytics™, décembre 2010, données fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario; ***D'après l'enquête internationale du fonds du Commonwealth intitulée Survey of Adults, 2010. §Données cumulatives de 2006-2010 au 24 novembre 2010, incluant les données du programme de soins primaires (mis en place en 2005) et du programme New Adopters (mis sur pied en novembre 2009), fournies par OntarioMD. Les données d'avril à juin 2006 comprennent les données cumulatives de juillet à septembre 2005, et le total de chaque trimestre comprend les données du ou des trimestres précédents.

¹Le total⁶⁷⁰ de l'Electronic Medical Record Adoption ModelSM est une propriété exclusive et confidentielle de HIMSS Analytics et comprend les catégories suivantes : 1 – TI de base pour les pharmacies, laboratoires médicaux et laboratoires de radiologie; 2 – données regroupées; les médecins peuvent vérifier les résultats en ligne; 3 – organigrammes électroniques des soins infirmiers; indique les erreurs; 4 – entrée informatisée des ordonnances médicales; protocoles cliniques électroniques; numérisation des radiographies pour envoi par courriel à l'extérieur de l'hôpital; 5 – outils de pointe pour assurer l'innocuité des médicaments (administration de médicaments en boucle fermée); 6 – Informatisation des notes cliniques des médecins; 7 – hôpital sans papier.⁶⁷¹

7.2

Causes fondamentales

Inquiétudes à propos des coûts associés à la mise en œuvre d'un DME⁶⁷². Les coûts comprennent le matériel, les licences d'utilisation des logiciels, la formation, l'entretien et les mises à niveau.

Préoccupations au sujet de la perte de productivité lors de la mise en place d'un DME.^{683, 684}

Certains médecins indiquent que la mise en place d'un DES peut prendre des mois, voire des années. Les fournisseurs de soins de santé peuvent penser que les frais et les tracas associés à une telle mise en place n'en valent pas la peine.

Gêne associée à la mise en place d'un nouveau système et la crainte de problèmes, comme les pannes, la perte de données ou les infractions à la sécurité.⁶⁸⁹

Absence de connaissances techniques et informatiques générales,⁶⁹² par exemple, ne pas savoir naviguer à l'aide d'une souris ou dactylographier.

Les systèmes ne sont pas très conviviaux et leurs interfaces sont parfois mal conçues – par exemple, l'utilisateur doit parcourir un trop grand nombre de menus avant d'accéder à l'information.

Idées de changement

Offrir des programmes incitatifs consistant soit à subventionner les cabinets de soins de santé pour les coûts associés au DME ou à leur verser des primes s'ils améliorent la qualité des soins de santé prodigués.⁶⁷³ En septembre 2010, Inforoute Santé du Canada a promis de verser 380 millions de dollars pour accélérer la mise en place de DME partout au Canada.⁶⁷⁴ Le programme ontarien d'adoption du DME octroie des fonds pour encourager les médecins communautaires à utiliser des DME.⁶⁷⁵

Effectuer une analyse de rentabilisation des DME. Par exemple, au Brigham and Women's Hospital de Boston, la mise en place d'un système informatisé d'entrée des ordonnances a abouti à des économies nettes de 16,7 millions de dollars sur une période de 10 ans.⁶⁷⁶ Étudier comment un DME peut réduire le gaspillage, par exemple en éliminant les tests répétitifs, passer moins de temps à chercher des résultats ou à entrer des renseignements et réduire le personnel de bureau.^{677, 678}

Étudier les avantages pour la santé et les réductions de coûts attribuables à une amélioration des soins – par exemple, réduire les disparités, améliorer les résultats et assurer une meilleure continuité de soins.^{679, 680, 681} Les systèmes d'aide à la décision peuvent améliorer les méthodes de prescription, réduire les erreurs dans l'administration des médicaments et avvertir les fournisseurs lorsqu'un dépistage doit être effectué.⁶⁸²

Promouvoir la capacité du DME d'améliorer la productivité. Une fois intégré au cabinet et à son fonctionnement, le DME peut accroître la productivité en simplifiant les processus et en réduisant les doubles emplois, comme les répétitions de tests inutiles.^{685, 686}

Réduire au minimum les perturbations du déroulement du travail et de la productivité lorsqu'on met en œuvre un DME en établissant des procédures et des politiques appropriées dès le début du processus.⁶⁸⁷ Le programme d'aide à la transition de l'Ontario appuie les groupes tout au long du processus.⁶⁸⁸

Il existe des protocoles normalisés relatifs au moment et à la façon de sauvegarder les données, la façon de prévenir les erreurs du système et la perte de données et de veiller aux questions de sécurité et de confidentialité.⁶⁹⁰

Identifier des champions ou des leaders.⁶⁹¹ Les fournisseurs de soins de santé qui ont de l'expérience dans l'administration d'un DME peuvent rassurer leurs collègues en leur expliquant qu'il existe des protocoles normalisés pour éviter les problèmes d'informatique (p. ex., systèmes de secours, pare-feu, etc.) ou leur donner des conseils pour mettre en place un DME de façon à ce que tout se passe bien.

Envisager d'utiliser un logiciel de reconnaissance vocale⁶⁹³ ou un système de technologie de dialogue pour entrer les données et naviguer plus facilement.

Poursuivre la mise en œuvre avec l'aide des utilisateurs finaux⁶⁹⁴ afin d'améliorer la fonctionnalité et l'application des systèmes pour les utilisateurs qui se sentent plus ou moins à l'aise avec la TI et dont les niveaux de connaissance varient.

HÔPITAUX**SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE****SOINS À DOMICILE****SOINS PRIMAIRES****Causes fondamentales**

Incertitude quant au type de système à utiliser et crainte qu'il ne devienne obsolète.

Incertitude quant au logiciel à utiliser.

Préoccupations au sujet du transfert des données d'un DME à un autre si le cabinet doit adopter un système différent – par exemple, si le fournisseur du DME n'est plus en activité ou souhaite adopter un nouveau système.

Difficulté à utiliser les données dans les DME pour en vérifier la qualité.

Préoccupations en ce qui a trait aux avantages potentiels associés à la construction d'autres parties du système et à la mise en place d'un DSE. Si d'autres établissements, p. ex., un laboratoire ou un cabinet de radiographie, ne peuvent pas envoyer des données par voie électronique, le personnel devra numériser l'information dans chaque DME, ce qui n'est pas efficace.

Idées de changement

Préconiser des normes communes pour l'échange de données au niveau provincial ou national afin que, si une société de logiciel cesse d'être en activité, les données clés puissent être transférées à un autre système. En 2006, Inforoute Santé du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé ont instauré une unité collaborative de normalisation pour créer des normes canadiennes pour les DSE.⁶⁹⁵

Établir des normes qui indiquent comment les DME devraient capturer, rassembler et exporter les données se rapportant à l'évaluation de la qualité.

Poursuivre les investissements dans les registres des maladies, les systèmes d'information sur les laboratoires, et les systèmes de communication et d'archivage des images pour l'imagerie diagnostique, comme le font beaucoup d'autres pays et provinces, dont l'Alberta.^{696, 697} S'assurer que les fournisseurs ont accès à l'Internet à haute vitesse afin qu'ils puissent recevoir et envoyer des dossiers.

Que fait-on en Ontario?

Le MSSLD se concentre sur des initiatives précises relatives au DSE, notamment :

- Un registre des cas de diabète qui aidera les patients et les fournisseurs de soins de santé à mieux contrôler et gérer la maladie afin de réduire les complications et les coûts associés.
- Un système de gestion des médicaments en ligne qui minimisera les effets secondaires évitables des médicaments.
- Un système d'information unique (le Système d'information de laboratoire de l'Ontario) qui permettra à tous les renseignements sur les tests de laboratoire d'être échangés par voie électronique entre les praticiens et les fournisseurs de services de laboratoire autorisés.

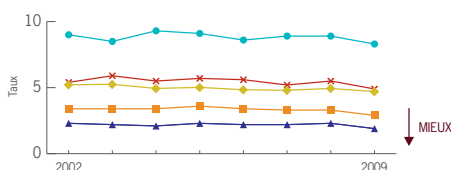
– En septembre 2010, Inforoute Santé du Canada a promis de verser 380 millions de dollars pour accélérer la mise en place des DME.⁶⁹⁸

7.3 Un milieu de travail sain

Les lieux de travail sains mettent l'accent sur la sécurité, la formation en sécurité, le matériel approprié (p. ex., lève-personnes pour soulever les patients) et procèdent régulièrement à des inspections afin de maintenir des normes de sécurité élevées. Un lieu de travail sûr et bien géré se traduit généralement par un personnel en meilleure santé, moins d'accidents du travail et davantage d'employés satisfaits; les recherches indiquent que, lorsque les travailleurs et travailleuses de la santé sont satisfaits et en bonne santé, ils sont plus aimables et respectueux et font moins d'erreurs à cause de la fatigue ou du stress.^{699, 700}

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Les taux d'accidents les plus faibles possible chez les travailleuses et travailleurs de la santé.	Lorsque des employés se blessent au travail et doivent s'absenter, leurs collègues qui doivent absorber leur charge de travail sont surmenés et souffrent de stress. En retour, ces absences peuvent provoquer un roulement du personnel, entravant le suivi des soins et accroissant les frais de recrutement. L'organisme peut avoir de la difficulté à engager du personnel compétent. De plus, lorsque les demandes d'indemnisation à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) se multiplient, les primes peuvent augmenter.	Les 709 000 travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux de l'Ontario, qui représentent 9,9 % de la main-d'œuvre de la province. ⁷⁰¹ Leur santé nous tient à cœur.
Les taux d'absentéisme et d'inactivité les plus faibles possible pour les travailleuses et travailleurs de la santé.	Des taux élevés d'absentéisme perturbent l'organisation du travail et entravent le rendement et coûtent cher aux organismes et à la société en général. L'absentéisme et l'inactivité indiquent aussi parfois un niveau élevé de stress et un faible taux de satisfaction au travail. ⁷⁰²	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux d'accidents avec et sans arrêt de travail pour 100 travailleurs équivalent plein temps :			
foyers de soins de longue durée	8,3*		
hôpitaux [†]	4,7		
services infirmiers (soins à domicile et ailleurs) ^{††}	4,9		
cliniques de traitement ^{†††}	2,9		
cabinets professionnels et laboratoires ^{††††}	1,9		

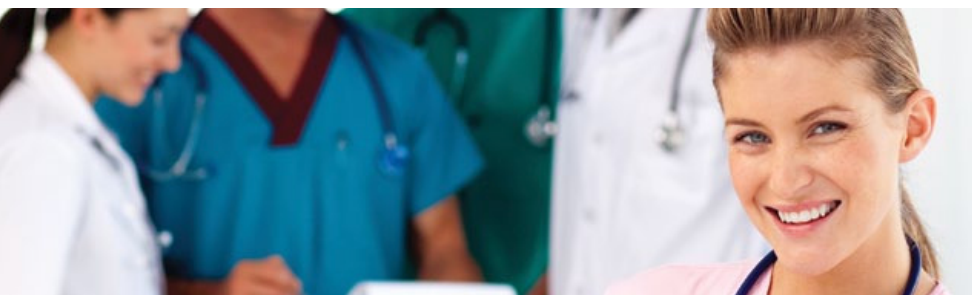


Après plusieurs années de stagnation, les taux de blessures avec et sans arrêt de travail ont diminué en 2009 pour tous les travailleurs de la santé dans divers établissements. En 2008 et 2009, les taux de blessures ont diminué de 7 % dans les foyers de SLD, de 5 % dans les hôpitaux, de 11 % dans les services infirmiers, de 14 % dans les cliniques de traitement et de 17 % dans les cabinets professionnels et les laboratoires. Ces baisses sont comparables aux réductions constatées dans les taux de blessures pour tous les secteurs de l'Ontario.⁷⁰³

La raison de la baisse du taux de blessures dans tous les secteurs n'est pas claire, mais on constate souvent une réduction des demandes d'indemnisation en période de récession.⁷⁰⁴ Cela pourrait s'expliquer par le fait que les gens évitent de se mettre en arrêt de travail par crainte de perdre leur emploi, ou que les débutants sont souvent les premiers à être licenciés et que les risques de blessures sont en général plus élevés chez ces personnes. Il faudra vérifier si la baisse des demandes d'indemnisation constatée représente une réelle amélioration des conditions de sécurité ou est simplement une conséquence de la récession.

Sources des données : *Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, 2009; cet indicateur représente le nombre total d'accidents entraînant une absence (temps perdu) ou non (pas de temps perdu, ce qui comprend les situations où l'employeur modifie les tâches de l'employé) pour 100 travailleurs par an. **Statistique Canada, totalisations spéciales, données non publiées, Enquête sur la population active, 2005 à 2009.

[†]Comprend les hôpitaux de soins actifs et de réadaptation, les hôpitaux psychiatriques et pédiatriques et d'autres hôpitaux spécialisés. ^{††}Ce groupe comprend les organismes qui dispensent des services de soins infirmiers, de réadaptation et de soutien personnel (p.ex., aide aux tâches ménagères) aux programmes provinciaux de soins à domicile ainsi qu'aux hôpitaux ou à d'autres organismes ayant besoin de personnel à court terme pour combler les trous dans le calendrier des horaires. ^{†††}Comprend les cliniques de santé mentale et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes, de réadaptation et de santé publique ainsi que les centres de santé communautaire. ^{††††}Comprend les cabinets de médecin, de dentistes, de physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé; les laboratoires médicaux, les laboratoires de radiologie, les agences œuvrant dans le domaine de la recherche, de la promotion de la santé, de la sécurité des travailleurs ou de la gestion des services sociaux. ^{†††††}Comprend toutes les absences (p. ex., d'une heure, d'un jour ou d'une semaine). ^{††††††}Tient compte de l'incidence et de la durée de l'absence. ^{†††††††}Calculé en multipliant le taux d'inactivité par jours ouvrables par an (250).



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
● Incidence des absences (pourcentage de travailleurs qui ont indiqué avoir été en arrêt de travail au cours de la semaine précédente^{††}) ◆ Taux d'inactivité (heures perdues en pourcentage des heures hebdomadaires normales des employés à temps plein^{†††})	9,1%** 4,9%		Les travailleuses et travailleurs de la santé ontariens indiquent s'absenter du travail 12 jours par an, et 9,1 % d'entre eux se sont absentés au cours de la semaine précédente. Ce taux est plus élevé que celui de l'ensemble de la main-d'œuvre de la province (7,8 %).⁷⁰⁵ Les taux se rapportant aux travailleurs de la santé ont peu bougé ces quatre dernières années et peuvent encore s'améliorer.
Nombre de jours perdus par travailleur dans une année^{††††}	12		

Sources des données : *Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, 2009; cet indicateur représente le nombre total d'accidents entraînant une absence (temps perdu) ou non (pas de temps perdu, ce qui comprend les situations où l'employeur modifie les tâches de l'employé) pour 100 travailleurs par an. ** Statistique Canada, totalisations spéciales, données non publiées, Enquête sur la population active, 2005 à 2009.

[†]Comprend les hôpitaux de soins actifs et de réadaptation, les hôpitaux psychiatriques et pédiatriques et d'autres hôpitaux spécialisés. ^{††}Ce groupe comprend les organismes qui dispensent des services de soins infirmiers, de réadaptation et de soutien personnel (p.ex., aide aux tâches ménagères) aux programmes provinciaux de soins à domicile ainsi qu'aux hôpitaux ou à d'autres organismes ayant besoin de personnel à court terme pour combler les trous dans le calendrier des horaires. ^{†††}Comprend les cliniques de santé mentale et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes, de réadaptation et de santé publique ainsi que les centres de santé communautaire. ^{††††}Comprend les cabinets de médecin, de dentistes, de physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé; les laboratoires médicaux, les laboratoires de radiologie, les agences œuvrant dans le domaine de la recherche, de la promotion de la santé, de la sécurité des travailleurs ou de la gestion des services sociaux. ^{†††††}Comprend toutes les absences (p. ex., d'une heure, d'un jour ou d'une semaine). ^{††††††}Tient compte de l'incidence et de la durée de l'absence. ^{†††††††}Calculé en multipliant le taux d'inactivité par jours ouvrables par an (250).

7.3

Causes fondamentales

Manque de connaissances sur la sécurité. Le personnel n'est peut-être pas conscient des risques d'accident de travail ou ne connaît pas les moyens de les éviter, notamment les normes de contrôle des infections.

Absence de « culture de sécurité ».⁷¹² Si la culture de sécurité est faible, le personnel n'accorde pas suffisamment d'attention à la sécurité quand il estime que ce n'est pas pratique et une perte de temps ou que ce n'est pas important. Dans un organisme où il n'y a pas de culture de sécurité, le personnel risque de ne pas signaler les problèmes par crainte de représailles et n'apprend pas alors de ses erreurs.

De mauvaises habitudes de vie augmentent les maladies et l'absentéisme.

Des charges de travail trop lourdes peuvent se traduire par de la fatigue, du stress ou de l'épuisement,⁷¹⁶ qui peuvent aussi accroître les risques d'accident du travail et l'absentéisme.

Idées de changement

Sensibiliser le personnel et les superviseurs aux risques d'accident et leur offrir une formation pour réduire les risques.⁷⁰⁶ Apprendre au personnel et aux superviseurs à faire attention aux risques d'accident (p. ex., encombrement, mauvais éclairage et endroits glissants) et insister sur les protocoles pour soulever des poids, l'utilisation appropriée du matériel de sécurité et la prévention des infections.

Évaluations des risques. Demander au personnel d'utiliser des listes de vérification normalisées pour détecter les risques environnementaux, les mouvements répétitifs pouvant entraîner des blessures, et le matériel défectueux.⁷⁰⁷

Prévention de la maltraitance du personnel.⁷⁰⁸ Mettre en place des protocoles de zéro tolérance pour la maltraitance. Instaurer un système de sécurité, fournir des interrupteurs de secours au personnel à haut risque, utiliser un système de surveillance mutuelle, enseigner au personnel les techniques de « désescalade » en cas de conflit.^{709, 710, 711}

Leadership manifeste en matière de sécurité au travail.⁷¹³ Établir des objectifs et des dates limites pour réduire les accidents au travail et les diffuser dans tout l'organisme. Afficher des tableaux indiquant les progrès accomplis et les mettre à jour régulièrement. Les chefs de la direction et les directeurs devraient « circuler » pour parler sécurité et écouter les inquiétudes du personnel à cet égard.

Surveiller les statistiques de sécurité, comme les taux de blessures, au niveau du conseil. Le Duke Health and Safety Surveillance System a été mis au point pour déceler et surveiller les problèmes de santé et de sécurité, ainsi que les maladies professionnelles.⁷¹⁴

Encourager les employés à adopter de bonnes habitudes de vie au travail.⁷¹⁵ Encourager les pauses d'étirement pendant les réunions, les collations nutritives aux assemblées, dans les distributrices et à la cafétéria, organiser des campagnes encourageant les employés à utiliser des podomètres et les escaliers, à venir travailler en vélo, installer des supports à bicyclettes ainsi que des douches. Offrir des programmes de cessation du tabagisme et la vaccination contre la grippe pour tous.

Autoriser le personnel à prendre souvent des pauses pour récupérer, et à manger et à boire pour garder de l'énergie.⁷¹⁷

Réorganiser les tâches autrement pour alléger les contraintes de temps, par exemple, en améliorant le travail d'équipe et les processus de travail, en éliminant les tâches inutiles ou redondantes et en définissant bien les rôles.

Envisager d'engager du personnel, mais seulement après épuisement de toutes les solutions susceptibles d'améliorer l'efficacité.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Manque de matériel de sécurité. Le personnel ne dispose pas toujours du matériel apte à réduire les risques de blessure dans l'exercice de leurs fonctions. Les facteurs inhérents aux établissements de santé (p. ex., outils tranchants, maladies infectieuses) peuvent aussi provoquer des blessures ou des maladies.

Prévalence élevée du travail par roulement. La santé est un domaine où les gens travaillent souvent par roulement. On constate un taux supérieur d'accidents du travail lorsque les heures de travail sont longues, la nuit en particulier.⁷²²

Idées de changement

Faire en sorte que le personnel dispose de matériel de sécurité adéquat et qu'il ait reçu une formation pour bien s'en servir. Par exemple, les blessures musculo-squelettiques causées lorsqu'on soulève des objets lourds (p. ex., les patients) sont très fréquentes dans le secteur de la santé.⁷¹⁸ Utiliser des élévateurs mécaniques pour faciliter le transfert des patients. Les systèmes de transfusion sans aiguille permettent de réduire les blessures par piqûre d'aiguille.⁷¹⁹ Songer à établir des postes de travail ergonomiques pour réduire les blessures associées aux microtraumatismes répétés.^{720, 721} Faire en sorte que tous les fournisseurs de soins et les membres du personnel suivent une formation sur le contrôle des infections et disposent du matériel nécessaire (p. ex., lavabos à proximité, gants et masques).

Mettre en place des stratégies pour atténuer les effets du travail par roulement.⁷²³ Renseigner les employés sur l'hygiène du sommeil et encourager des stratégies de réduction de la fatigue, p. ex., la sieste.⁷²⁴ Songer à modifier les postes de travail pour qu'ils soient plus compatibles avec les rythmes circadiens et donner aux employés le temps de récupérer entre les périodes de travail, notamment lors du roulement des postes de nuit.⁷²⁵

Que fait-on en Ontario?

- Le Projet de loi 168, qui modifiait la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* afin de prévenir la violence et le harcèlement au travail, est entré en vigueur le 15 juin 2010.⁷²⁶ La dernière étape du Règlement sur la sécurité des aiguilles, qui oblige tous les établissements de santé à utiliser des aiguilles de sécurité, a pris effet le 1^{er} juillet 2010.⁷²⁷ En outre, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, qui oblige les établissements de santé, en commençant par les hôpitaux, à mener des sondages sur la satisfaction des employés, a été adoptée le 3 juin 2010.⁷²⁸
- Le Programme de subventions du Fonds d'innovation pour des milieux de travail sains a consacré 2,8 millions de dollars, pendant l'exercice 2009-2010, au financement de 18 projets, qui ont servi à mettre au point outils et des ressources pour promouvoir des milieux de travail sains.
- En 2010, ProfessionsSantéOntario s'est associée à l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour lancer les Quality Healthcare Workplace Awards afin de récompenser ceux qui créent des milieux de travail sains et productifs en Ontario.⁷²⁹ ProfessionsSantéOntario a également lancé une initiative de médias sociaux pendant l'été 2010, y compris un compte Twitter (@HFO_HWE), pour promouvoir des milieux de travail sains.⁷³⁰

7.4 Ressources humaines dans le domaine de la santé

De toute évidence, il faut suffisamment de personnel pour dispenser des soins de santé de qualité supérieure, mais les chercheurs et les planificateurs ont du mal à déterminer la composition, la répartition et les nombres idéaux. Les variables comprennent la demande de soins de santé, le modèle de soins choisi, la productivité des travailleurs et le nombre d'heures que les gens sont prêts à travailler. À mesure que de nouveaux modèles sont mis au point et que la structure du travail s'améliore, les objectifs en matière de ressources humaines peuvent changer. Le MSSLD n'ayant pas encore établi des objectifs de planification officiels à cet égard, le rapport ne contiendra pas de commentaire sur la nécessité ou non d'accroître le nombre de professionnels. Toutefois, il indiquera si l'Ontario semble se diriger vers des pratiques de soins primaires davantage axés sur le travail d'équipe – facteur essentiel à la prestation de soins excellents et efficaces.

Que veulent les Ontariens?

Le bon nombre et le bon type de professionnels de la santé disponibles lorsque les gens en ont besoin.

Et si cela ne se produit pas?

Si le nombre de professionnels de la santé est insuffisant, les temps d'attente risquent d'augmenter, les gens doivent parcourir de plus longues distances pour obtenir des soins et risquent même de ne pas pouvoir se faire soigner du tout. La charge de travail et le stress des soignants qui doivent compenser cette insuffisance risquent alors s'intensifier.

Qui en profite le plus?

Les 13 millions de personnes qui vivent en Ontario.

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Nombre de postes du premier échelon pour étudiants : — infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés — infirmières et infirmiers autorisés — infirmières et infirmiers praticiens	3 226* 4 345* 176*		Ces quatre dernières années, le nombre de nouveaux diplômés dans le secteur de la santé s'est accru régulièrement en Ontario. Les hausses les plus fortes ont été constatées dans le nombre de postes d'infirmières et infirmiers praticiens (76 %), de pharmaciens (61 %), de sages-femmes (41 %) et d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (52 %). De plus, le nombre de postes pour les médecins diplômés à l'étranger a augmenté de 42 % ces quatre dernières années.
— Étudiants en médecine de premier cycle — Médecins diplômés à l'étranger suivant une formation postdoctorale et soumis à une évaluation† — Médecins diplômés au Canada suivant une formation en résidence financée par le MSSLD — Pharmaciens — Sages-femmes	876* 221 849** 387* 90*		
Nombre de : — médecins de famille — infirmières et infirmiers praticiens — infirmières et infirmiers autorisés — infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés — spécialistes pour 100 000 habitants.	88** 11*** 712*** 231*** 99**		Entre 2005 et 2009, le nombre de médecins de famille (3,4 %), de spécialistes (6,4 %) et d'infirmières et infirmiers praticiens (83 %) a augmenté pour 100 000 habitants. Toutefois, il n'y a toujours qu'une infirmière praticienne ou un infirmier praticien pour huit médecins de famille dans la province. De plus, de vastes écarts régionaux sont constatés dans le nombre de fournisseurs de soins de santé à l'échelle de la province (voir les analyses des RLIS, chapitre 11).

Data sources: *Postes de premier échelon pour étudiants, données fournies par le MSSLD et le MFCU pour l'année universitaire 2009-2010. **Ontario Physician Human Resources Data Centre, 2009. ***Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2010. §Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, Ontario Physician Human Resources Data Centre, 2009, calculé par QSSO. †Ces données reflètent uniquement les étudiants financés par le MSSLD; celui-ci a établi un objectif de 200 diplômés de médecine formés à l'étranger inscrits par an, et continue de dépasser cet objectif.

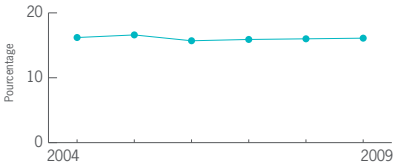


HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations														
Pourcentage de médecins capables de fournir des services en français.	16 % [§]	 <table border="1"><caption>Données du graphique : Pourcentage de médecins fournissant des services en français (2004-2009)</caption><thead><tr><th>Année</th><th>Pourcentage (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>2004</td><td>15,5</td></tr><tr><td>2005</td><td>16,0</td></tr><tr><td>2006</td><td>15,5</td></tr><tr><td>2007</td><td>15,5</td></tr><tr><td>2008</td><td>15,5</td></tr><tr><td>2009</td><td>15,5</td></tr></tbody></table>	Année	Pourcentage (%)	2004	15,5	2005	16,0	2006	15,5	2007	15,5	2008	15,5	2009	15,5	En Ontario, près de 5 % des habitants parlent français⁷³¹ et près d'un médecin sur six est capable de fournir des services en français. De plus, 8,8 % de l'ensemble des professionnels de la santé, comme les dentistes et les optométristes, peuvent aussi fournir des services en français[§]. Ainsi, la proportion de fournisseurs de soins de santé qui parlent français est supérieure au pourcentage de francophones dans la province. Ces statistiques sont encourageantes, mais il faudra vérifier si les professionnels qui parlent français exercent dans les régions où vivent les francophones. De plus, près de un professionnel de la santé sur cinq dit pouvoir prodiguer des services dans une autre langue que le français ou l'anglais[§].
Année	Pourcentage (%)																
2004	15,5																
2005	16,0																
2006	15,5																
2007	15,5																
2008	15,5																
2009	15,5																

Data sources: *Postes de premier échelon pour étudiants, données fournies par le MSSLD et le MFCU pour l'année universitaire 2009-2010. ** Ontario Physician Human Resources Data Centre, 2009. ***Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2010. §Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, Ontario Physician Human Resources Data Centre, 2009, calculé par QSSO. 'Ces données reflètent uniquement les étudiants financés par le MSSLD; celui-ci a établi un objectif de 200 diplômés de médecine formés à l'étranger inscrits par an, et continue de dépasser cet objectif.

Que fait-on en Ontario?

- Le MSSLD a créé plus de 10 000 postes de soins infirmiers depuis 2003. Pendant l'exercice 2009-2010, le ministère a dépassé son objectif de créer 900 postes de soins infirmiers.⁷³² Au cours des sept dernières années, le ministère a également investi plus de 1 milliard de dollars dans des initiatives pour améliorer la formation, le recrutement et le maintien en poste des infirmières et infirmiers en Ontario.⁷³³
- La Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers, programme lancé en 2007, donne aux nouveaux diplômés en soins infirmiers en Ontario la possibilité de travailler à temps plein dans la province et, jusqu'ici, 9 600 infirmières et infirmiers ont participé au programme.⁷³⁴
- Le MSSLD a nommé six entités de planification des services de santé en français pour travailler avec les RLSS afin d'assurer que la planification de santé à l'échelon local reflète les besoins des communautés francophones.⁷³⁵
- Les 21 adjoints aux médecins de l'Ontario ont obtenu leur diplôme le 19 novembre 2010 à l'Université McMaster,⁷³⁶ et l'Université de Toronto offre désormais un programme de formation d'adjoints aux médecins de deux ans. Les adjoints aux médecins, qui travaillent sous la supervision d'un médecin, sont maintenant déployés dans les équipes de santé familiale, les centres de santé communautaire, les services des urgences et les hôpitaux.^{737, 738}

8.1

Sortie de l'hôpital/transition après une hospitalisation ou des soins primaires

Lorsqu'une personne change de médecin ou passe d'un établissement médical à un autre, par exemple, quand elle quitte l'hôpital pour retourner chez elle, le manque de communication peut entraîner des erreurs⁷³⁹ susceptibles de nuire aux soins et à la santé du patient. Pour atténuer ce risque, les fournisseurs de soins doivent se communiquer tous les renseignements importants en temps voulu et prendre des dispositions pour assurer les soins de suivi nécessaires.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que tous les renseignements pertinents soient fournis aux patients à la sortie de l'hôpital ou des urgences, comme les signes inquiétants à surveiller, les effets secondaires des nouveaux médicaments et à qui s'adresser en cas de problème.	Lorsque les patients ne reçoivent pas ou ne comprennent pas les renseignements dont ils ont besoin, ils risquent de ne pas bénéficier du suivi dont ils ont besoin ou de ne pas savoir ce qu'ils doivent faire pour se soigner. Le cas échéant, leur état peut se détériorer et ils risquent de devoir retourner à l'hôpital. ⁷⁴⁰	Les 20 % d'Ontariennes et Ontariens qui vont aux urgences ⁷⁴¹ et les plus d'un million de personnes qui sont hospitalisées chaque année. ⁷⁴²
Un suivi médical dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital des personnes admises pour des problèmes de santé mentale.	Lorsque les personnes ayant des problèmes de santé mentale quittent l'hôpital, elles risquent de se retrouver en état de stress, de subir les effets secondaires de leurs médicaments, ou de cesser de prendre leurs médicaments prématurément. Un suivi précoce permet de déceler ces problèmes et de les résoudre avant qu'ils ne s'intensifient. Sans suivi, il est probable que ces personnes devront être hospitalisées de nouveau. ⁷⁴³	Les quelque 42 000 Ontariennes et Ontariens qui ont été hospitalisées pour des problèmes psychiatriques ou de toxicomanie pendant l'exercice 2009-2010. ⁷⁴⁴
Des services de réadaptation pour la plupart des patients après une hospitalisation pour un AVC. ⁷⁴⁵	Si les gens ne reçoivent pas des soins de réadaptation après un AVC, ils risquent d'avoir de la difficulté à s'exprimer ou à se mouvoir. ⁷⁴⁶	Les 90 000 Ontariennes et Ontariens qui subissent les séquelles d'un AVC. ⁷⁴⁷

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de patients au courant de ce qui suit :			Une grande proportion de patients ne reçoit pas les renseignements dont ils ont besoin après une hospitalisation ou une visite aux urgences. Par exemple, seulement la moitié des personnes hospitalisées savent quand elles peuvent reprendre leurs activités normales. Seulement la moitié des patients qui sont allés aux urgences connaissent les signes inquiétants à surveiller de retour à la maison. Environ un patient sur trois ne connaît pas les effets secondaires des médicaments qui doivent être surveillés. Ces taux n'ont pas changé au cours des trois dernières années (données fournies sur demande). Il y a d'énormes améliorations à faire.
signes inquiétants à surveiller après le retour à la maison			
■ hôpital	59 %*		
■ service des urgences	51 %		
raison des médicaments			
■ hôpital	80 %		
posologie des médicaments à prendre			
■ service des urgences	83 %		
effets secondaires des médicaments à surveiller			Une grande proportion de patients ne reçoit pas les renseignements dont ils ont besoin après une hospitalisation ou une visite aux urgences. Par exemple, seulement la moitié des personnes hospitalisées savent quand elles peuvent reprendre leurs activités normales. Seulement la moitié des patients qui sont allés aux urgences connaissent les signes inquiétants à surveiller de retour à la maison. Environ un patient sur trois ne connaît pas les effets secondaires des médicaments qui doivent être surveillés. Ces taux n'ont pas changé au cours des trois dernières années (données fournies sur demande). Il y a d'énormes améliorations à faire.
■ hôpital	64 %		
■ service des urgences	70 %		
quand ils peuvent reprendre les activités normales			
■ hôpital	52 %		
qui appeler s'ils ont besoin d'aide			
■ hôpital	80 %		
■ service des urgences	61 %		

Sources de données : *Enquêtes sur la satisfaction des patients, données fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, exercice 2009-2010. **D'après l'Étude internationale des adultes du Fonds du Commonwealth, 2010. ***Base de données sur les congés des patients (BDP), Système d'information ontarien sur la santé mentale, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). La méthodologie de l'indicateur est adaptée à partir du rapport POWER⁷⁴⁹. ⁷⁴⁰BDP, Système national d'information sur la réadaptation, exercice 2009-2010, calculé par l'IRRS; comprend uniquement les patients soignés dans les centres de traitement des AVC en Ontario.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage d'adultes qui indiquent que leur médecin traitant/généraliste semble être au courant des soins reçus à l'hôpital, et des nouveaux médicaments prescrits	68 %**		Seulement 68 % des adultes ontariens hospitalisés estiment que leur médecin traitant semble être au courant des soins qu'ils ont reçus à l'hôpital. Par rapport aux autres pays, l'Ontario se situe au centre dans ce domaine; les États-Unis affichent les meilleurs résultats (92 %). Il y a beaucoup de progrès à faire.
Pourcentage d'adultes qui indiquent que leur médecin traitant/généraliste semble être au courant des soins reçus aux urgences	61 %**		Seulement 61 % des adultes ontariens qui sont allés aux urgences estiment que leur médecin traitant semble être au courant des soins reçus aux urgences. L'Ontario et le Canada affichent des résultats similaires à ceux de plusieurs autres pays. C'est un problème qui persiste partout dans le monde. Il y a beaucoup de progrès à faire.
Taux de consultations médicales 30 jours après une hospitalisation ou une visite aux urgences en raison : — d'un problème de santé mentale ou de toxicomanie — d'une dépression — d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire	61*** 71 70		Près de 4 patients sur 10 ne reçoivent pas le suivi recommandé de la part de leur médecin de soins primaires dans les 30 jours après qui suivent la sortie de l'hôpital ou une visite aux urgences pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie. On n'a pas constaté de changement important au cours des trois dernières années et des progrès sont nécessaires.
Pourcentage de personnes qui quittent l'hôpital après un AVC et sont admis dans un centre de réadaptation	29 %§		Partout en Ontario, 29 % des patients ayant subi un AVC ne reçoivent pas de soins de réadaptation après traitement de leur AVC. Ce pourcentage est probablement trop faible, Ce taux est probablement trop bas, car le pourcentage de patients victimes d'un AVC dont le niveau d'invalidité nécessite une hospitalisation pour services de réadaptation est d'environ 40 %. ⁷⁴⁸ Il n'y a pas eu de changement au cours des quatre dernières années et il y a probablement des progrès à faire.

Sources de données : *Enquêtes sur la satisfaction des patients, données fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, exercice 2009-2010. **D'après l'Étude internationale des adultes du Fonds du Commonwealth, 2010. ***Base de données sur les congés des patients (BDGP), Système d'information ontarien sur la santé mentale, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). La méthodologie de l'indicateur est adaptée à partir du rapport POWER⁴⁹. §BDGP, Système national d'information sur la réadaptation, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS; comprend uniquement les patients soignés dans les centres de traitement des AVC en Ontario.

8.1

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Les patients ne reçoivent pas ou ne comprennent pas les instructions à suivre après une hospitalisation

Les fournisseurs de soins de santé oublient parfois de donner aux patients tous les renseignements dont ils ont besoin sur leurs soins après une hospitalisation.

Quelquefois, les patients, trop stressés par leurs problèmes médicaux, oublient les instructions à suivre après une hospitalisation.

Le personnel donne les instructions en des termes que les patients ne comprennent pas, ou les patients ne parlent pas bien anglais.⁷⁵⁴

Les patients reçoivent parfois des instructions différentes de différents fournisseurs de soins.

Les patients et les familles sont parfois gênés de poser des questions et de demander des explications. Voir la section 5.1 pour plus de détails.

Fournir des instructions à tous les patients après une hospitalisation ou une visite aux urgences.^{750, 751} On devrait en faire plusieurs copies, en remettre une au patient et garder les autres dans le dossier. Utiliser une feuille standard pour certains troubles communs (p. ex., gastro-entérite, traumatisme crânien), en prévoyant un espace pour les détails propres aux patients. Structurer le formulaire de façon à toujours y inclure les renseignements importants (p. ex., posologie, symptômes ou surveillance des effets secondaires des médicaments, qui appeler en cas de problème).

Demander au patient de répéter les instructions^{752, 753} afin de vérifier s'il les a bien comprises. Sinon, expliquer les erreurs et répéter les explications. Envisager de demander au personnel d'indiquer dans le dossier médical si le patient a répété les instructions et s'il a bien compris les instructions fournies.

Recourir aux services d'interprètes ayant suivi une formation en terminologie médicale⁷⁵⁵ pour les langues pratiquées dans la localité. Fournir aussi des renseignements traduits dans des langues diverses, rédigés en termes simples.

Fournir aux patients et aux familles des instructions simplifiées rédigées en termes simples; les feuilles d'information devraient comporter des illustrations pour renforcer les instructions.⁷⁵⁶

Envisager de demander **au médecin de l'hôpital en charge d'appeler le médecin de famille du patient** pour discuter d'un plan de sortie, en particulier pour les cas de médecine interne ou de psychiatrie complexes.

Donner aux patients et aux familles le temps de poser des questions.⁷⁵⁷ Prendre le temps de dissiper les malentendus et de leur demander s'ils ont des questions ou s'il leur semble que certaines instructions sont difficiles à suivre.

Problème : Les instructions ne sont pas communiquées au fournisseur de soins primaires ou sont incomplètes après une hospitalisation

Certains médecins ne dictent pas les instructions dès la sortie de l'hôpital. Cela ralentit le transfert des renseignements aux fournisseurs de soins primaires, et contribue au problème du manque de renseignements sur l'hospitalisation.

Envisager de mettre en place une base de données de production des instructions, selon laquelle l'essentiel des renseignements est produit à l'aide d'un formulaire standard plutôt que d'être dicté. Selon certaines études, le fait de produire des instructions par voie électronique est dans certains cas plus rapide que de les dicter et permet de saisir des renseignements plus utiles; de plus, les fournisseurs de soins trouvent que les rapports sont plus faciles à lire.^{758, 759}

Surveiller si les instructions ne sont pas dictées en temps voulu et, le cas échéant, communiquer les renseignements aux médecins de famille ou aux fournisseurs de soins.

Établir des normes pour les instructions dictées en retard. En dernier recours, révoquer les privilèges hospitaliers des médecins qui ont l'habitude de produire les instructions en retard.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Retard dans le transfert de l'information au fournisseur de soins.

Idées de changement

Envoyer les rapports par télécopieur ou par courriel plutôt que par la poste.⁷⁶⁰ L'idéal serait que **cette information soit transmise par voie électronique** de l'hôpital au dossier médical électronique du cabinet de soins primaires. Utiliser un système de communication normalisé sur le Web afin que l'information sur les visites des patients soit transmise au médecin de famille plus rapidement et qu'elle soit complète.⁷⁶¹

Établir des normes et évaluer la mesure dans laquelle l'information est transmise en temps voulu entre le médecin de l'hôpital et le fournisseur de soins primaires. Selon une source, les diagnostics, les médicaments, les résultats des interventions, les analyses à faire, les examens de suivi et les étapes suivantes suggérées devraient être communiqués aux fournisseurs de soins primaires le jour où le patient sort de l'hôpital et des instructions détaillées devraient parvenir au médecin de soins primaires dans la semaine qui suit la sortie de l'hôpital.⁷⁶²

Problème : Transfert à un centre de soins de réadaptation après un AVC

Il n'y a pas assez de places dans les centres de soins réadaptation internes et externes pour les patients victimes d'AVC.

Faire en sorte qu'il y ait suffisamment de soins de réadaptation prodigués aux personnes victimes d'un AVC, notamment des unités de réadaptation et des programmes de réadaptation externes.⁷⁶³

Que fait-on en Ontario?

L'Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (ACASC) est en voie de procéder à un sondage des clients des soins à domicile qui lui permettra d'établir dans quelle mesure les soins sont intégrés entre la sortie de l'hôpital et le retour à la maison.

9.1 Des comportements nuisibles pour la santé

Un bon état de santé repose sur des habitudes de vie saine⁷⁶⁷. Il est important de ne pas fumer et de ne pas consommer trop d'alcool, de maintenir un bon rythme d'activité physique, de prévenir l'obésité et d'avoir une bonne alimentation avec beaucoup de fruits et de légumes. Il est important d'adopter un mode de vie sain pour éviter d'avoir des maladies chroniques plus tard dans la vie⁷⁶⁸. Pour être en meilleure santé, il faut également être bien entouré, et mettre en place des politiques et des ressources permettant aux gens d'atteindre leur plein potentiel⁷⁶⁹.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Pas de tabagismes et pas d'exposition à la fumée secondaire.	L'usage du tabac accroît le risque de cancer, de maladies pulmonaires, de crises cardiaques, d'AVC, d'emphysème, de complications pendant la grossesse et d'autres troubles de la santé ⁷⁷⁰ . Le tabac tue plus de 13 000 personnes en Ontario chaque année ⁷⁷¹ et est la cause de mortalité prématurée. Il est également responsable d'au moins 500 000 jours d'hospitalisation par an ⁷⁷² . Les coûts annuels du tabagisme comprennent 1,9 milliard dollars consacrés aux soins de santé et 5,8 milliards de dollars en perte de productivité ⁷⁷³ .	Les 13 millions de personnes qui vivent en Ontario.
Pas d'alcoolisme aigu.	L'alcoolisme aigu augmente le risque de cirrhose du foie, de pancréatite et de gastrite chronique (irritation et saignements abdominaux) ⁷⁷⁴ , ainsi que de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, du côlon et du sein ⁷⁷⁵ . L'alcoolisme aigu est également associé à un risque plus grand de blessures et de comportements violents ⁷⁷⁶ .	
Un poids sain pour tout le monde.	L'obésité accroît les risques de maladies cardiaques, d'AVC, de diabète, de plusieurs sortes de cancer (dont le cancer du sein, du côlon, de l'œsophage, du pancréas de l'endomètre et des reins) ⁷⁷⁷ , d'arthrite du genou et de nombreuses autres affections ⁷⁷⁸ . L'obésité coûte à l'Ontario 1,6 milliard de dollars : 647 millions de dollars en coûts directs et 905 millions de dollars en coûts indirects ^{779, 780} .	
Que tout le monde soit plus actif physiquement.	L'inactivité physique accroît le risque de cancer ⁷⁸¹ , d'obésité, de maladies cardiaques, de diabète, d'ostéoporose et de perturbations du sommeil ⁷⁸² . L'inactivité physique coûte chaque année 1,8 milliard de dollars à l'Ontario ^{783, 784} .	
Que tout le monde consomme suffisamment de fruits et de légumes.	Chez les personnes qui consomment moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour, les risques de maladies cardiaques, d'AVC, d'obésité ⁷⁸⁵ et de cancer de l'estomac, de l'œsophage, des poumons et du côlon sont plus élevés ⁷⁸⁶ .	

Indicateur	Valeur*	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de la population qui : — fume — est exposée à la fumée secondaire	19 % 18 %		Les taux de tabagisme ont diminué brusquement en Ontario au cours des huit dernières années, passant de 25 % à 19 %. Cela représente une baisse relative de 25 %. Le taux de tabagisme secondaire a diminué encore plus, passant de 27 % en 2003 à 18 % en 2009. Les lois antitabac adoptées par les gouvernements provincial, municipaux et fédéral au cours des 15 dernières années ont probablement contribué à ces baisses. Ces lois comprennent l'interdiction de faire de la publicité⁷⁸⁷, de commanditer des événements, de vendre du tabac aux mineurs⁷⁸⁸, de fumer au travail, ainsi que des étiquettes sur les paquets de cigarettes comportant des photos-chocs⁷⁸⁹. La <i>Loi de 2006 favorisant un Ontario sans fumée</i> a élargi l'interdiction de fumer à tous les espaces publics fermés, y compris les restaurants et les bars⁷⁹⁰. Malgré la baisse du tabagisme, il y a encore des améliorations à faire. L'Ontario pourrait essayer d'égaliser les taux enregistrés en Colombie-Britannique (16 %)⁷⁹¹ ou à Toronto (13 %). Le taux de réussite enregistré à Toronto s'explique peut-être par une expérience plus longue de règlements municipaux antitabac (p. ex., il est interdit de fumer dans les restaurants à Toronto depuis 1999)⁷⁹². Les personnes ayant un bas niveau d'instruction, un faible revenu ou celles qui vivent en région rurale ont davantage tendance à fumer (p. ex., 30 % des personnes sans diplôme d'études secondaires fument). Des mesures visant ces groupes pourraient être prises pour réduire davantage le taux de tabagisme (section 10.2).

Source de données :

* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les répondants sont âgés de 12 ans et plus, la population se compose de répondants âgés de 12 ans et plus, 2009, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.

† Défini comme la consommation en une seule occasion de cinq verres ou plus, au moins une fois pendant l'année.

†† Défini comme un indice de masse corporelle de 30 ou plus.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur *	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de personnes souffrant d'alcoolisme aigu [†] 	22 %		Plus d'une personne sur cinq vivant en Ontario indique souffrir d'alcoolisme aigu. Ce taux s'est accru légèrement entre 2001 et 2003, mais n'a plus bougé depuis. L'Ontario enregistre le taux le plus bas du Canada à ce chapitre⁷⁹³, mais il y a encore des progrès à faire. Les hommes et les habitants des régions rurales sont les plus touchés et on pourrait prendre des mesures visant ces groupes (section 10.2).
Pourcentage de personnes obèses ^{††} 	18 %		En 2009, 18 % des Ontariens ont indiqué être obèses. Puisque cette information est auto-déclarée, le taux réel est sans doute plus élevé. Le taux d'obésité a légèrement augmenté au cours des huit dernières années et il y a d'énormes progrès à faire. L'Ontario pourrait aspirer à égaler les taux d'obésité enregistrés en Suède, en Norvège, en Italie, aux Pays-Bas et en France, qui s'établissent entre 10 et 11 %⁷⁹⁴. Les taux d'obésité sont plus élevés chez les personnes qui n'ont pas fait des études secondaires (23 %) et vivent en région rurale (22 %; section 10.2). Bien que des efforts visant ces groupes puissent améliorer la situation, le problème est tellement répandu que des stratégies visant l'ensemble de la population sont aussi nécessaires.
Pourcentage de la population inactive physiquement 	49 %		La moitié des Ontariens ne font pas assez d'exercice. Étant donné que cette information est auto-déclarée, le taux réel d'inactivité physique est probablement encore plus élevé. Il n'y a pas eu de changement important ces huit dernières années et il y a beaucoup de progrès à faire. L'Ontario affiche un taux similaire à la moyenne nationale (48 %), mais beaucoup plus élevé qu'en Colombie-Britannique (40 %, ce qui est) loin de l'objectif de 45 % déclaré en 2005⁷⁹⁵. Les taux d'inactivité physique sont plus bas chez les personnes ayant un bas niveau d'éducation (70 %) et un faible revenu (61 %; section 10.2). Des mesures ciblant ces groupes et l'ensemble de la population sont requises.
Pourcentage de la population qui ne consomme pas suffisamment de fruits et de légumes 	56 %		56 % des Ontariennes et Ontariens ne consomment pas assez de fruits ou de légumes chaque jour (au moins cinq portions). La situation ne s'est pas beaucoup améliorée depuis 2003. Les résultats de l'Ontario sont similaires à ceux de la moyenne nationale, mais plus élevés qu'au Québec (46 %)⁷⁹⁶ Il y a des progrès à faire.

Source de données :

* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les répondants sont âgés de 12 ans et plus, la population se compose de répondants âgés de 12 ans et plus, 2009, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.

[†] Défini comme la consommation en une seule occasion de cinq verres ou plus, au moins une fois pendant l'année.

^{††} Défini comme un indice de masse corporelle de 30 ou plus.

9.1

Causes fondamentales Idées de changement

Les substances nocives, en particulier le tabac, engendrent de fortes dépendances.

De mauvaises habitudes de vie sont la norme du quartier.

Il y a des problèmes de motivation ou de faible estime de soi. Les gens ne se sentent pas motivés pour modifier leurs choix de vie ou pensent qu'ils n'ont pas le pouvoir de le faire.

La pauvreté ou un faible niveau d'éducation peut contribuer à des comportements nuisibles pour la santé. Les personnes qui ont du mal à s'en sortir chaque jour n'ont peut-être pas le temps ou l'énergie d'avoir une bonne hygiène de vie.

Absence de connaissances et de sensibilisation. Si la plupart des gens savent que les comportements nuisibles pour la santé sont à éviter, ils ne savent peut-être pas comment des choix différents peuvent avoir des répercussions sur la santé ou ne pas connaître les mesures à prendre.

Les aliments mauvais pour la santé font l'objet de campagnes de publicité agressives.

Encourager l'utilisation de **thérapies de remplacement de la nicotine**, comme les gommes à mâcher, les vaporisateurs, les timbres ou les losanges à la nicotine⁷⁹⁷. Envisager d'accroître l'accès à ces produits pour tous, quels que soient les régimes d'assurance-médicaments.

« **Dénormariser les comportements nuisibles pour la santé**⁷⁹⁸. » L'interdiction de fumer dans les lieux publics a permis de réduire le tabagisme^{799, 800}. De même, envisager de **limiter les aliments malsains** dans les cafétérias des écoles et des entreprises⁸⁰¹ et de supprimer les distributeurs automatiques d'aliments vides dans les écoles⁸⁰².

Encourager des milieux de travail sains. Les employeurs peuvent offrir des programmes, des ateliers, des classes d'activités physiques et d'autres ressources au travail⁸⁰³. Ils peuvent aussi servir des fruits et des légumes pendant les réunions plutôt que des pâtisseries ou des sucreries.

Promouvoir l'autogestion par les patients^{804, 805, 806}, préférablement par l'entremise d'un conseiller ayant reçu une formation certifiée dans ces techniques^{807, 808, 809}. Les patients apprennent au sujet de leur état et reçoivent des conseils pour se fixer des objectifs raisonnables pour s'améliorer (p. ex., commencer par perdre deux livres au cours des trois semaines suivantes) et qui correspondent à leur mode de vie (p. ex., boire du thé vert au lieu d'un café double crème au jeu de bridge). Puis, progresser graduellement après chaque amélioration.

Établir des activités d'approche ciblée à l'intention des groupes socio-économiques à faible revenu pour les aider à surmonter les défis sous-jacents de maintenir des modes de vie sains. Voir la section 10.2 pour plus de détails.

Les fournisseurs de soins peuvent **diriger les gens vers des programmes de cessation du tabagisme, des lignes d'information sur le tabac ou les aliments sains (voir ci-dessous)**.

« **Prescrire des exercices**⁸¹⁰, et en préciser la fréquence, l'intensité, le type et la durée en tenant compte de la forme physique de la personne. »

Réfuter le mythe qu'une bonne alimentation coûte cher. Encourager la consommation d'aliments sains à faible coût, comme les œufs, le lait, les pommes de terre, le pain et les pâtes de blé complet, l'avoine, le gruau, les haricots secs, les pommes, les bananes, le brocoli, les épinards, les melons d'eau et les courges⁸¹¹.

Indiquer le nombre de calories et le contenu en sodium dans les menus des restaurants et dans les cafétérias des écoles et des entreprises, pour aider les consommateurs à faire des choix éclairés⁸¹².

Simplifier les routines. Rédiger des instructions ou des listes de vérification en termes simples (p. ex., liste d'aliments sains, programme de marche) à l'intention des patients.

Créer des documents de promotion de la santé, y compris des affiches, des dépliants, des vidéos et d'autres matériels pédagogiques utilisant des termes simples en plusieurs langues afin de répondre aux besoins des patients^{813, 814}. Afficher les documents dans les établissements médicaux, les centres communautaires, les bibliothèques et d'autres lieux publics où les populations vulnérables se rendent.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales Idées de changement

Des options meilleures pour la santé ne sont peut-être pas accessibles.

Les fournisseurs de soins de santé n'ont pas le temps de parler des comportements bénéfiques pour la santé⁸¹⁸.

Faciliter les environnements sains et des styles de vie actifs grâce à la planification et au développement communautaire. Assurer la sécurité des quartiers et créer des zones piétonnières afin de permettre aux gens, quel que soit leur revenu, d'accéder à des installations récréatives^{815, 816}. Intégrer l'activité physique et les loisirs au curriculum scolaire⁸¹⁷ (section 10).

Utiliser des aides à la prise de décisions, des organigrammes et des systèmes de rappel informatisés^{819, 820}, pour surveiller les activités de promotion de la santé.

Faire participer tous les membres de l'équipe de soins de santé (p. ex., demander au personnel infirmier et aux éducateurs en promotion de la santé de conseiller les patients sur les bonnes habitudes de vie à adopter⁸²¹).

Mettre en place le **protocole « demander, conseiller, aider, organiser »** que le personnel infirmier ou d'autres praticiens peuvent appliquer lorsqu'ils rencontrent des patients afin de les conseiller sur le tabagisme. Trois minutes suffisent⁸²².

Faire en sorte que les systèmes de remboursement des fournisseurs encouragent les conseils sur les comportements risqués et d'autres activités de prévention.

Que fait-on en Ontario?

- Saine Alimentation Ontario (www.eatrightontario.ca/DoorwayFR.aspx, 1-877-510-5102) est un service téléphonique et de courrier électronique sans frais offrant des renseignements sur les aliments et la nutrition, la préparation des repas, des conseils pour bien manger et des recettes⁸²³. Le site <http://teleassistancepourfumeurs.ca/> de la Société canadienne du cancer (877 513-5333) offre un service similaire pour le tabac⁸²⁴.
- L'initiative Promotion de l'acquisition de compétences essentielles chez les jeunes Autochtones (PLAY) est un programme pilote mis au point par Right To Play, en partenariat avec la province et d'autres organismes, afin d'aider les jeunes autochtones à être en meilleure santé, à avoir une meilleure estime de soi et à acquérir des compétences de leadership grâce aux activités sportives et récréatives⁸²⁵.
- En 2009, l'Ontario a lancé un programme après les heures de classe pour offrir aux enfants des quartiers à risque des programmes de nutrition et d'activités physiques⁸²⁶.
- À partir du printemps 2011, les équipes de santé familiale participantes offriront gratuitement des produits sans nicotine et des conseils aux personnes qui souhaitent cesser de fumer⁸²⁷.

9.2 Santé de la mère et du nourrisson

La période allant de sa conception jusqu'à ses trois ans occupe une place essentielle dans le développement d'un enfant^{828, 829}. Il est important pendant cette période de faire attention à la santé de la mère et de l'enfant, car des problèmes non décelés et non traités peuvent entraîner des conséquences pendant des années, voire pendant toute la vie⁸³⁰.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Que toutes les mesures soient prises afin d'éviter les décès infantiles (p. ex., syndrome de mort subite du nourrisson, blessures).	Davantage de décès infantiles.	Les quelque 138 000 Ontariennes qui ont donné naissance l'an dernier et leur famille ⁸³¹ .
Des bébés d'un poids normal.	Un faible poids à la naissance accroît le risque de décès, à la naissance ⁸³² et à toutes les étapes de l'existence ⁸³³ . Il est aussi corrélé à des difficultés d'apprentissage ⁸³⁴ , et accroît le risque d'hypertension artérielle, des maladies cardiaques ⁸³⁵ , de diabète ^{836, 837} , d'asthme ainsi que de déficiences auditives et visuelles ⁸³⁸ plus tard dans la vie.	
Que les femmes ne fument pas pendant la grossesse.	Lorsque les femmes enceintes fument, le risque de complications pendant la grossesse et de problèmes très importants pour le fœtus s'accroît, p. ex. : faible poids à la naissance, mort fœtale in utero, avortement spontané, retard de croissance intra-utérin, naissance prématurée, décollement prématuré du placenta et syndrome de mort subite du nourrisson ^{839, 840} .	
Allaitement maternel pendant au moins six mois après la naissance.	Lorsque les mamans n'allaitent pas pendant au moins six mois après la naissance, cela peut entraîner des liens affectifs moins forts entre la mère et le nourrisson ⁸⁴¹ , des risques d'infection et d'allergie ⁸⁴² , et possiblement un risque plus élevé de diabète plus tard dans la vie ⁸⁴³ . Par ailleurs, les mères qui allaitent sont moins susceptibles d'avoir le cancer des ovaires ou du sein, ou de souffrir d'ostéoporose ⁸⁴⁴ .	

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux de mortalité chez les nourrissons [†] (pour 1 000 nourrissons)	*5,2	Le taux de mortalité infantile est resté stable en Ontario au cours des dernières années, étant de 5,2 pour 1 000 naissances, soit plus qu'en Colombie-Britannique (4,0)⁸⁴⁵, au Japon (2,5), en Norvège, en Suède et en Finlande (2,7)⁸⁴⁶. Il y a des progrès à faire.	
Pourcentage de bébés dont le poids est insuffisant à la naissance	6,2%**	En Ontario, près d'un nourrisson sur 17 ayant un faible poids pèse moins de 5,5 livres. En 2007, l'Ontario, comme le Nunavut, s'est placé troisième pour le taux le plus élevé de bébés ayant un faible poids à la naissance, après l'Alberta (6,5 %) et le Yukon (6,4 %). Ce taux a augmenté d'un dixième de point au cours des sept dernières années. Cela peut s'expliquer par la hausse de l'âge maternel, l'utilisation de la technologie de reproduction assistée et les naissances multiples^{847, 848}.	
Pourcentage de femmes qui ont fumé pendant la grossesse	12 %***	Environ une femme sur huit fume pendant la grossesse. Aucun changement n'a été constaté au cours des trois dernières années. Il y a de grandes variations à l'intérieur de la province (le RLIS du Centre affiche le taux le plus bas à 4 %). Il y a donc des progrès à faire.	
Pourcentage de mères qui allaitent : — tout de suite après la naissance — exclusivement pendant six mois	88 % [§] 23 %	Environ neuf mères sur 10 allaitent après la naissance. Toutefois, beaucoup de femmes cessent d'allaiter trop vite. Seulement une femme sur quatre continue d'allaiter son enfant exclusivement pendant six mois après la naissance, comme le recommande l'Organisation mondiale de la santé⁸⁴⁹. Les taux d'allaitement ont diminué au cours de l'année écoulée et l'Ontario est à la traîne par rapport à la moyenne nationale et la Colombie-Britannique (34 %)⁸⁵⁰. Il y a des progrès à faire.	

Sources de données :

* Statistique Canada, 2008, tableau CANSIM 102-0504. On entend par taux de mortalité infantile, le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.

** Statistique Canada, tableau CANSIM 102-4005. Faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) et taux de naissances à la limite de la viabilité avec faible poids à la naissance (de 500 grammes à moins de 2 500 grammes), selon le sexe, Canada, province et territoires, par an.

*** Exercice 2009-2010, Base de données périnatales Niday, données fournies par BORN Ontario.

§ Statistique Canada, 2009, tableau CANSIM 105-0501. *Comprend les décès survenus à l'âge d'un an ou moins.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Mortalité infantile⁸⁵¹

Les parents ne sont peut-être pas au courant des mesures à prendre pour éviter la mort subite du nourrisson ou ne font pas ce qu'il faut pour prévenir les blessures.

Informar les parents de l'importance d'utiliser des sangles de maintien dans les poussettes, sur les balançoires et les chaises hautes, au sujet de l'utilisation correcte des sièges de voiture; et de la façon de sécuriser la maison une fois que l'enfant commence à se déplacer. En ce qui a trait à la mort subite du nourrisson, éliminer la fumée secondaire et les objets encombrants dans le berceau et éviter de trop habiller l'enfant⁸⁵². Des séances d'information publiques peuvent être offertes par les bureaux de santé publique, et dans le cadre de soins primaires et de cours prénatals.

Les aides cliniques, comme le Rourke Baby Record⁸⁵³, rappellent aux fournisseurs de soins de poser des questions et de noter les renseignements importants lors de chaque visite au sujet des questions de sécurité. Voir ci-dessous.

Faible poids à la naissance.

Complications pendant la grossesse.

Organiser des cours prénatals afin de réduire les complications, dont les infections à streptocoques du groupe B, les maladies transmissibles sexuellement (MTS) à l'enfant, etc. Traiter les problèmes de dépendance, de mauvaise alimentation et les comportements nuisibles pour la santé.

Détecter les anomalies congénitales pendant la grossesse. Si la grossesse est poursuivie, l'information peut contribuer à prévenir les problèmes lors de l'accouchement.

Anomalies congénitales.

Inégalités au chapitre de la santé. Les taux de mortalité infantile sont plus élevés chez les Autochtones^{854, 855, 856} et les mères ayant un faible niveau d'éducation⁸⁵⁷ ou revenu^{858, 859}.

Envisager d'offrir des programmes ciblés avec de la documentation sur la sécurité. Les fournisseurs peuvent encourager les personnes à risque à suivre des cours prénatals ou les appeler lorsqu'elles manquent leurs rendez-vous.

Problème : Faible poids à la naissance.

Le nombre de bébés prématurés s'accroît, en raison de la hausse des traitements de l'infertilité, surtout chez les femmes plus âgées, et des grossesses multiples⁸⁶⁰.

Envisager d'informer le public sur les risques associés aux grossesses tardives pour aider les femmes et les familles à prendre des décisions éclairées. Trouver des moyens **d'aider les femmes à avoir des enfants plus tôt sans que cela ne nuise à leurs carrières** pourrait réduire le recours aux traitements de l'infertilité.

Une mauvaise santé ou une mauvaise gestion des maladies chroniques comme le diabète.

Assurer l'accès universel aux services de soins primaires (section 2.2). Offrir des programmes de soins prénatals visant les besoins précis des populations, comme beaucoup de centres de santé communautaire^{861, 862}.

Tabagisme et toxicomanie.

Poser des questions au sujet des dépendances et offrir des **conseils**.

Une mauvaise alimentation, plus fréquente chez les femmes ayant un faible niveau d'éducation ou revenu (section 10).

Offrir des **programmes d'information sur la nutrition** proposant des conseils diététiques et des suppléments aux femmes enceintes défavorisées. Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) finance ces initiatives⁸⁶³.

Problème : Faible taux d'allaitement.

Les gens ne connaissent pas les recommandations en faveur de l'allaitement exclusif pendant six mois (au lieu des quatre recommandés auparavant)⁸⁶⁴.

Actualiser la documentation de façon à tenir compte des nouvelles recommandations (allaitement pendant six mois). Envisager d'intégrer des **rappels dans les dossiers médicaux électroniques** pour que les fournisseurs de soins continuent d'encourager les mamans à allaiter pendant six mois.

Les nouvelles mamans se découragent parfois et cessent d'allaiter trop rapidement⁸⁶⁵.

Faciliter l'accès à des conseillères en lactation, des cliniques ou aux visites à domicile pour aider les femmes à apprendre les bonnes techniques et les conseiller sur la façon de traiter les mamelons douloureux ou les mastites⁸⁶⁶. **Parler des groupes de soutien** (Ligue La Leche)⁸⁶⁷.

Les gens désapprouvent les femmes qui allaitent en public ou au travail.

Encourager les lieux publics (p. ex., centres commerciaux) à prévoir des endroits pour les femmes qui allaitent et les employeurs à autoriser les femmes à prendre une pause pour qu'elles puissent tirer leur lait à l'abri des regards⁸⁶⁸.

Que fait-on en Ontario?

- Les sages-femmes ont pratiqué plus de 10 % des accouchements en Ontario pendant l'exercice 2009-2010, aidant environ 14 400 femmes.
- En partenariat avec le Comité canadien pour l'allaitement, l'Ontario Breastfeeding Committee met en œuvre l'initiative Baby-friendly Hospital de l'Organisation mondiale de la santé/UNICEF, afin d'aider les hôpitaux et les services de santé communautaires à obtenir la désignation « baby-friendly »⁸⁶⁹. La BFHI comprend un cours pour le personnel des services de maternité et des outils d'auto-évaluation, de surveillance et de réévaluation⁸⁷⁰.

9.3 Santé sexuelle

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité »⁸⁷¹. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires sans coercition, discrimination ou violence⁸⁷². Dans cette section, nous nous penchons sur trois indicateurs types de la santé sexuelle. Dans les futurs rapports, QSSO envisage de fournir une perspective plus vaste sur ce sujet important.

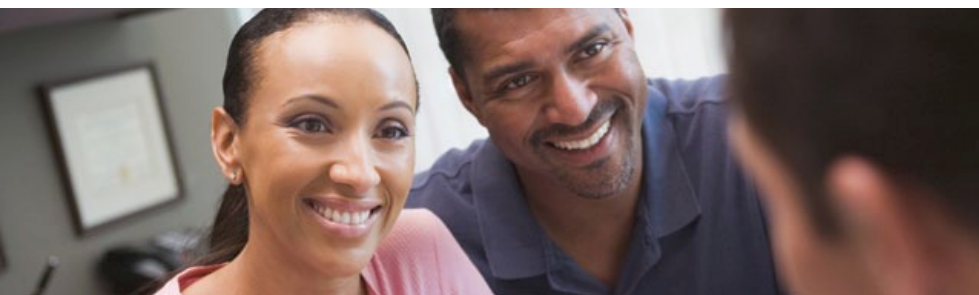
Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Réduire le taux des maladies transmises sexuellement, y compris la gonorrhée, la syphilis et le VIH.	Chez les femmes, une gonorrhée non traitée peut provoquer une maladie pelvienne inflammatoire pouvant conduire à des douleurs pelviennes chroniques et à des adhérences et cicatrices dans les tubes de Fallope, à l'infertilité et à un risque accru de grossesse extra utérine⁸⁷³. Les infections peuvent entraîner l'infertilité masculine⁸⁷⁴. La syphilis commence par une plaie ouverte et peut être suivie par des éruptions, de la fièvre et des douleurs musculaires et articulaires. Plus tard, la syphilis peut s'attaquer au cerveau, aux vaisseaux sanguins, au cœur et aux os, et finir par entraîner la mort⁸⁷⁵. Le VIH est une infection chronique qui affecte le système immunitaire et peut conduire à des infections⁸⁷⁶, au cancer⁸⁷⁷, à la démence⁸⁷⁸, à d'autres troubles physiques importants et au sida⁸⁷⁹.	Tous les Ontariens et Ontariennes (y compris ceux qui sont sexuellement actifs) bénéficient de la réduction de l'incidence en raison de l'allègement du fardeau de ces infections sur le système de santé.
Une réduction du taux de grossesses chez les adolescentes.	Chez les adolescentes, la grossesse est associée à un risque accru d'anémie, d'hypertension, d'éclampsie et de dépression⁸⁸⁰. Les mères adolescentes ont tendance à quitter l'école, à être tributaires de l'aide sociale et à vivre dans la pauvreté⁸⁸¹. De plus, les grossesses chez les adolescentes comportent un risque accru de faible poids à la naissance et de naissances prématurées. Pour les bébés, il peut y avoir un risque plus élevé de décès, de problèmes de développement, de difficultés d'apprentissage, de troubles de l'audition et de la vision et de problèmes respiratoires chroniques⁸⁸². Lorsqu'ils grandissent, les enfants de mères adolescentes risquent davantage de devenir à leur tour des parents adolescents, et de perpétuer ainsi le cycle⁸⁸³.	Les 409 000 Ontariennes âgées de 15 à 19 ans ⁸⁸⁴ .

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux de gonorrhée pour 100 000 habitants	27*	Taux 2004 2009	En 2009, il y avait environ 3 500 cas confirmés de gonorrhée. La majorité de ces cas concernent les personnes âgées de 15 à 34 ans, quoique l'âge soit plus élevé pour les hommes que pour les femmes. On n'a pas constaté de changement important au cours des cinq dernières années. Des progrès sont nécessaires.
Taux de syphilis infectieuse pour 100 000 habitants	6,0*	Taux 2004 2009	Il y avait près de 800 cas confirmés de syphilis infectieuse en 2009. Plus de 95 % de ces cas étaient des hommes et plus de la moitié d'entre eux étaient âgés de 25 à 44 ans. Ce taux s'est accru au cours des cinq dernières années. Des progrès sont nécessaires.
Taux de VIH pour 100 000 habitants	7,8**	Taux 2004 2009	Un peu plus de 1 000 Ontariens et Ontariennes ont été diagnostiqués comme ayant le VIH l'an dernier. Le taux de VIH a baissé de 18 % au cours des cinq dernières années dans la province. Selon les Nations Unies, le taux de VIH a aussi baissé partout dans le monde ⁸⁸⁵ . Les raisons de cette baisse ne sont pas claires; cela pourrait s'expliquer par le fait que les populations à risque prennent davantage de précautions (p. ex., pratiques sexuelles sans risque). Bien que ces améliorations soient les bienvenues, il y a encore d'énormes possibilités de réduire encore plus le taux de VIH.

Source de données :

* Division de la santé publique, MSSLD, 2009.

** Laboratoire de santé publique Toronto, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2009.⁸⁸⁶



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Manque de connaissances sur la santé sexuelle.

Il se peut que les gens n'aient ni les connaissances ni les compétences et l'attitude nécessaires pour prendre des décisions afin de promouvoir et de préserver leur santé sexuelle et de prévenir les grossesses non désirées et les maladies transmissibles sexuellement.

Les gens, surtout les jeunes, croient souvent qu'ils sont invulnérables et sous-estiment les risques⁸⁸⁷ associés aux MTS et aux grossesses non désirées – l'attitude « cela ne m'arrivera jamais ».

Manque de communication entre les partenaires.

Les gens sont parfois gênés ou craignent de parler ouvertement de sexe avec leurs partenaires.

Les besoins uniques en matière d'éducation sur la santé sexuelle des groupes « difficiles à atteindre » ne sont pas pris en compte.

Les facteurs comportementaux/psychosociaux peuvent prédisposer certaines personnes à s'adonner à des comportements sexuels à risque. Cela comprend le manque de confiance et d'estime de soi, la maltraitance, les relations abusives et la santé mentale.

Manque d'accès aux moyens de contraception.

Si les jeunes n'ont pas les moyens d'acheter des moyens de contraception ou ne savent pas où se les procurer parce qu'ils sont gênés, ils risquent de ne pas se protéger.

La collectivité ne sait pas que l'infection se propage. Les infections non décelées risquent de se propager. De plus, elles ne seront pas décelées si les personnes touchées ne disent pas à leur fournisseur de soins de santé qui est leur partenaire sexuel; les dirigeants de la santé publique sont ainsi dans l'incapacité de retrouver ces personnes pour les faire tester.

Idées de changement

Accès à des programmes d'éducation sexuelle complets, pertinents et exacts appropriés à l'âge, qui tiennent compte des cultures, de la diversité sexuelle, des capacités et des choix des gens⁸⁸⁸. Ces programmes sont offerts depuis longtemps dans les écoles et les centres communautaires et produisent de bons résultats⁸⁸⁹. Envisager également des campagnes de sensibilisation publique (p. ex., radio, télévision, babillards) et de fournir des renseignements sur le Web, qui offre plus d'anonymat et des renseignements plus actuels et interactifs que les brochures (consulter le site « masexualité.ca » de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)⁸⁹⁰.

Préparer les parents à parler ouvertement à leurs enfants de santé sexuelle⁸⁹¹. Les parents doivent parler tôt et souvent de la sexualité à leurs enfants, toujours savoir où se trouve leur enfant adolescent, connaître ses amis et leurs familles, encourager les activités de groupe plutôt que d'avoir une relation suivie, décourager leur adolescent de sortir avec quelqu'un de plus de deux ans plus vieux que lui, savoir ce qu'il lit, regarde ou écoute et être conscients des messages sexuels inappropriés diffusés dans les médias populaires⁸⁹².

Renforcer les aptitudes à la prise de décisions et à la communication assertive. Sensibiliser davantage les gens aux avantages d'agir pour prôner la santé sexuelle et réduire les dénouements malheureux. Les faire participer au processus décisionnel afin que leurs valeurs, besoins et préoccupations entrent en ligne de compte et qu'ils ne soient pas poussés à se livrer à des actes sexuels non désirés⁸⁹³.

Adapter la documentation et les programmes aux besoins des groupes « difficiles à atteindre », comme les nouveaux immigrants, les collectivités des Premières nations, Inuits et Métis, ou les personnes victimes de coercition ou d'abus sexuel⁸⁹⁴. Encourager la coordination et la collaboration entre les organismes fédéraux, provinciaux et locaux offrant ces services. Tenir compte des besoins des lesbiennes, des gais, des bisexuels, des transsexuels et des bi-spirituels en matière d'éducation sur la santé sexuelle⁸⁹⁵.

Offrir des programmes pour aider les gens à surmonter une faible estime de soi ou un état dépressif, dont des séances de psychothérapie et de counselling, ainsi que des activités visant à aider les sujets à s'impliquer dans des activités familiales, scolaires, communautaires ou bénévoles.

Offrir des programmes de prévention de la consommation de drogues illicites, qui est associée à une conduite sexuelle à risque⁸⁹⁶.

Promouvoir des stratégies afin de prévenir la violence dans les relations ainsi que les abus sexuels. La violence dans les relations peut conduire à des activités sexuelles non souhaitées, à des MTS et à des grossesses non désirées. Les stratégies comprennent : identifier les personnes susceptibles d'être victimes de violence sexuelle (p. ex., antécédents d'abus dans la famille, faible estime de soi) et dire aux adolescents que les comportements abusifs ne sont pas la norme.

Assurer l'accès aux moyens de contraception, notamment aux personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires attiré. Certaines cliniques offrent gratuitement des moyens de contraception (p. ex., pilules contraceptives) aux personnes qui n'ont pas les moyens de les acheter ou ont du mal à se les procurer pour des raisons culturelles.

S'assurer que les jeunes femmes se font examiner régulièrement pour dépister les MTS et se soumettent à des tests Pap (voir la section 9.4 pour des idées spécifiques).

Prodiguer des traitements et un suivi aux personnes atteintes de MTS et à leurs partenaires afin de réduire la propagation des infections⁸⁹⁷. Les stratégies pour encourager les gens à nommer leurs partenaires sexuels comprennent : souligner l'importance de retrouver la personne concernée, respecter l'anonymat, prêter l'oreille et répondre aux craintes de violence ou de représailles si le partenaire est désigné.

Que fait-on en Ontario?

- Le gouvernement de l'Ontario finance plus de 90 programmes et services partout dans la province afin d'offrir des programmes de prévention du VIH/SIDA, des séances d'information et un soutien aux personnes à risque élevé ou à celles atteintes du VIH/SIDA. Des examens de dépistage anonymes du VIH, de dépistage du VIH dans les cabinets de soins et de dépistage du VIH avant la naissance sont offerts partout en Ontario. Dix-sept cliniques du VIH de la province prodiguent des soins multidisciplinaires aux personnes atteintes du VIH/SIDA, et deux programmes de logement – Casey House et Fife House – offrent des soins palliatifs et un logement supervisé⁸⁹⁸.
- La ligne Info sur le sida et la santé sexuelle offre des services d'information, de counselling et d'orientation à l'échelle de la province aux personnes qui ont besoin d'aide⁸⁹⁹.
- Le MSSLD verse aux conseils de santé de la province 75 % du financement des programmes de santé publique nécessaires pour prévenir et contrôler les MTS et prôner la santé sexuelle auprès des populations prioritaires, des personnes atteintes et des partenaires. En vertu des Normes de santé publique de l'Ontario, les conseils sont tenus de fournir aux populations prioritaires des services cliniques, des moyens de contraception, des tests de grossesse, des conseils complets en matière de maternité et après un avortement, du matériel gratuit pour la « réduction des dommages » et d'autres services se rapportant aux MTS et aux infections transmissibles par le sang⁹⁰⁰.

9.4 Mesures de prévention

Les mesures de prévention contribuent à maintenir la population en bonne santé. Par exemple, les vaccins protègent contre les infections et les tests de dépistage détectent les maladies tôt afin qu'elles puissent être traitées avant qu'elles ne s'aggravent ou ne deviennent incurables.

Que veulent les Ontariens	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Des vaccins antigrippaux pour tous, en particulier pour les personnes âgées.	Sans la protection du vaccin contre la grippe, un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens auront la grippe, qui peut conduire à une hospitalisation et au décès chez certaines personnes malades ⁹⁰³ , et l'Ontario fera face à une hausse des dépenses de santé.	Les 13 millions de personnes qui vivent en Ontario, en particulier les personnes âgées et celles atteintes de maladies chroniques.
Le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon (mammographie, test Pap et test de recherche de sang occulte dans les selles, respectivement) pour les personnes admissibles.	Sans le dépistage du cancer, un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens risquent de décéder prématurément ^{904, 905} et de subir des souffrances causées par le traitement de formes de cancer avancées, et l'Ontario fera face à une hausse des dépenses de santé et au fardeau économique associé à une perte de productivité.	Les habitants de l'Ontario qui risquent d'avoir le cancer du sein (femmes âgées de 50 à 69 ans), le cancer du col de l'utérus (femmes jusqu'à l'âge de 69 ans) et le cancer du côlon (hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans). Au cours de sa vie, une femme sur neuf a le cancer du sein ⁹⁰⁶ et un homme ou une femme sur 15 a le cancer du côlon ⁹⁰⁷ .
Dépistage de l'ostéoporose pour toutes les personnes admissibles ⁹⁰⁸ .	Sans le dépistage de l'ostéoporose, un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens subiront des fractures pouvant conduire à une invalidité, à la pneumonie, au décès, à l'hospitalisation et/ou à l'admission dans un foyer de soins de longue durée (SLD), et l'Ontario fera face à une hausse des dépenses de santé ^{909, 910} .	Les Ontariennes de plus de 55 ans et les hommes âgés présentent certains facteurs de risque.

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus ayant indiqué qu'elles se sont fait vacciner contre la grippe au cours de l'année précédant l'enquête	72 %*		En 2009, 72 % de la population a indiqué se faire vacciner contre la grippe au cours de l'année écoulée. Cela représente une baisse par rapport à 2005, année où l'Ontario a enregistré sa meilleure performance (78 %). L'Ontario, comme la Nouvelle-Écosse, a les meilleurs résultats au Canada ⁹¹¹ , et a des taux similaires à ceux des pays de l'OCDE qui affichent les meilleurs résultats (Royaume-Uni, Corée et Mexique) ⁹¹² . Les territoires les plus performants sont le Chili (82 %) ⁹¹³ et une région de la Nouvelle-Écosse (80 %) ⁹¹⁴ . Il y a encore des progrès à faire.
Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont eu une mammographie au cours d'une période de deux ans	67 %**		Environ les deux tiers des femmes âgées de 50 à 69 ans ont passé une mammographie au cours des deux dernières années. Cela représente une hausse d'un dixième au cours des sept dernières années. Près des trois quarts des femmes adultes ont passé un test Pap au cours des trois années précédentes. La situation a peu évolué en sept ans.
Pourcentage d'Ontariennes âgées de 20 à 69 ans qui ont passé un test Pap sur une période de trois ans	73 %***		Il y a des progrès à faire dans ces deux domaines. Idéalement, presque toutes les femmes admissibles devraient passer ces tests.
Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans ayant indiqué qu'elles ont passé un test de recherche de sang occulte dans les selles sur une période de deux ans	35 %*		Plus d'une personne sur trois âgées de 50 à 74 ans a passé un test de recherche de sang occulte dans les selles en 2009. Au cours des quatre dernières années, ces taux se sont améliorés, passant de 21 % à 35 %. Cette évolution s'explique probablement par le programme ContrôleCancerColorectal mis en œuvre par la province en 2008 ⁹¹⁵ . Depuis, l'Ontario constate une hausse régulière au niveau de cet indicateur et progresse vers son objectif de 40 % en 2011 ⁹¹⁶ .

Sources de données :

* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). Les chiffres auto-déclarés ont tendance à être supérieurs aux taux réels.

** Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données des personnes inscrites (BDPI), 2008-2009, calculé par l'IRSS, données fournies par Action Cancer Ontario (ACO).

*** Cytobase, Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario, Assurance-santé de l'Ontario, BDPI, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les congés des patients, 2007-2009, calculé par l'IRSS, données fournies par ACO.

§ Assurance-santé de l'Ontario, fichiers sur la population de Statistique Canada, BDPI, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage de femmes de 65 ans ayant passé une densitométrie osseuse depuis l'âge de 55 ans	81 % ^s	2002-2003 2009-2010 MIEUX	Environ une femme âgée sur cinq n'a pas fait de densitométrie osseuse pendant l'exercice 2009-2010. Cela dit, de grands progrès ont été réalisés au cours des sept dernières années, le nombre de femmes plus âgées ayant fait cet examen au cours des sept dernières années a augmenté régulièrement, passant de 58 % à 81 %. Les progrès ont ralenti au cours de l'année écoulée, et il y a encore des améliorations à faire.

Sources de données : ^sAssurance-santé de l'Ontario, fichiers sur la population de Statistique Canada, BDPI, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.

Causes fondamentales

Les gens ne savent pas ou oublient quand ils doivent passer un test de dépistage.

Les gens ne connaissent pas l'importance des activités de prévention ou sous-estiment les risques (p. ex., vaccins contre la grippe).

Obstacles ethnoculturels⁹²³. Dans certaines cultures, il est honteux ou embarrassant de se faire examiner les organes sexuels. Dans d'autres cultures, il existe des mythes sur le dépistage (les tests Pap sont inutiles après un accouchement)⁹²⁴. Parfois, les barrières linguistiques font qu'il est difficile d'expliquer pourquoi le test est important. Dans certaines cultures, les femmes sont séparées des hommes ne faisant pas partie de la famille⁹²⁵.

Un faible niveau d'éducation et un revenu modeste sont associés à des taux inférieurs d'activités de prévention.

Les patients de passer des examens de prévention, parce qu'ils sont gênés.

Les fournisseurs de soins de santé oublient de prescrire des examens de dépistage, car ils sont trop occupés ou distraits.

Les gens n'ont pas accès à un cabinet de soins primaires, où sont prodigués de nombreux services de prévention.

Idées de changement

Mettre au point des registres provinciaux pour informer les gens des activités de prévention de routine. Actuellement, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein⁹¹⁷ et le programme ContrôleCancerColorectal⁹¹⁸ envoient des rappels écrits aux personnes qui doivent passer un test de dépistage. La recherche suggère que les patients apprécient ces rappels^{919, 920}. Ces programmes pourraient être élargis à d'autres activités de prévention.

Lancer des campagnes de sensibilisation publiques pour encourager le dépistage⁹²¹. Utiliser divers médias (brochures, affiches, vidéos et publicité) pour diffuser le message. Utiliser un langage simple adapté à la population visée⁹²².

Toujours offrir aux patients le choix entre un fournisseur de soins de santé de sexe masculin ou féminin pour les tests de prévention.

Préparer de la documentation tenant compte des cultures dans diverses langues. Par exemple, demander à des porte-parole crédibles de la communauté visée de diffuser le message; dissiper les mythes directement et reconnaître le sentiment de gêne lors de la présentation des avantages du test.

Envisager des programmes de proximité ciblés. Voir la section 10.1 pour plus de détails.

Suivre des pratiques exemplaires pour rendre les procédures moins inconfortables. Expliquer chaque étape du processus⁹²⁶ avant et pendant la procédure afin d'apaiser l'anxiété. Pour les tests Pap, chauffer le spéculum à une température proche du corps et utiliser des étriers spéciaux plus confortables ou une technique sans étriers⁹²⁷.

Utiliser les dossiers médicaux électroniques (DME) pour produire des rappels afin d'informer le patient quand il doit passer un test de dépistage⁹²⁸. Utiliser les données du DME pour fournir une **rétroaction au cabinet de soins primaires** sur la qualité des processus concernant les dépistage et les vaccins⁹²⁹.

Faire en sorte que **les tests de dépistage soient effectués par d'autres professionnels de la santé** que les médecins.

Améliorer l'accès aux soins primaires (section 2.2)

Effectuer les vaccinations ailleurs que dans les cabinets de soins primaires, par exemple, cliniques de vaccination des bureaux de santé publique, lieux de travail ou lieux publics comme les centres commerciaux. Vacciner en priorité les personnes à risque élevé.

Apporter les tests de dépistage jusque chez les gens. Par exemple, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein dispose d'une camionnette qui circule dans les petites localités du Nord de l'Ontario.⁹³⁰

Que fait-on en Ontario?

- Selon l'Ontario Cancer Plan 2011–2015 d'Action Cancer Ontario, d'ici 2015, l'Ontario aura mis en place une stratégie de dépistage du cancer intégrée pour le cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon, étayée par un seul système de gestion de l'information et de technologie de l'information⁹³¹.
- Le MSSLD offre des documents d'information sur la vaccination en 22 langues autres que l'anglais et le français⁹³².

9.5 Décès et préjudices évitables grâce à la prévention

De nombreux décès et préjudices peuvent être évités grâce à une bonne hygiène de vie⁹³³, au dépistage précoce du cancer⁹³⁴, à l'amélioration des soins de santé mentale⁹³⁵ et à des activités de prévention des blessures⁹³⁶. Si ces stratégies de prévention étaient mises à profit, l'Ontario pourrait avoir une population en meilleure santé et réduire ses dépenses de santé.

Que veulent les Ontariens	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Réduire au minimum les maladies découlant de comportements nuisibles pour la santé, dont le tabagisme (y compris le cancer du poumon et les crises cardiaques).	Si l'Ontario n'intervient pas dans le cas des maladies et des blessures évitables, un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens seront victimes d'invalidité, de décès devront s'absenter du travail et être hospitalisés, et la province fera face à des dépenses de santé plus importantes.	Les 13 millions de personnes qui vivent en Ontario.
Éviter certaines blessures (y compris les accidents de la circulation, les chutes, les blessures causées par le sport et les accidents du travail) ⁹³⁷ .		
Minimiser les décès par cancer lorsqu'un dépistage précoce est possible (y compris le cancer du sein et du côlon).	Les suicides et les automutilations ont un impact dévastateur non seulement pour la personne concernée, mais aussi la famille et la collectivité. De plus, un suicide peut entraîner d'autres ⁹³⁸ .	Les 13 millions de personnes qui vivent en Ontario, en particulier celles en proie à la dépression ⁹³⁹ , la schizophrénie ⁹⁴⁰ ou la toxicomanie ⁹⁴¹ .
Minimiser les suicides et les automutilations grâce à des programmes de sensibilisation du public, à un dépistage précoce des signes alarmants, et à des services et programmes de soutien social pour les personnes souffrant de dépression.		

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Incidence du cancer du poumon pour 100 000 habitants : — x Globalement — ● hommes — ● femmes	51* 60 44		En 2007, environ une personne sur 2 000 a été diagnostiquée avec un cancer du poumon en Ontario. Les taux d'incidence chez les hommes ont décliné considérablement au cours des trois dernières décennies. Les taux ont augmenté graduellement chez les femmes entre 1982 et 1998, mais se sont stabilisés depuis. La baisse globale des taux du cancer du poumon s'explique probablement par la baisse du tabagisme (section 9.1), mais il y a encore beaucoup de progrès à faire car le tabagisme n'est pas encore entièrement éliminé.
Relation entre le cancer du poumon et les taux de tabagisme			Il y a une forte corrélation entre le tabagisme et le cancer du poumon. Pour chaque hausse de 5 % du pourcentage de personnes qui fument au sein d'un RLIS, il y a une hausse associée du taux de cancer du poumon de 10 pour 100 000 personnes pour ce RLIS.
— ● Taux de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes — ● Taux de mortalité par cancer du côlon pour 100 000 personnes	22* 19*		En 2007, on a recensé 1 951 décès par cancer du sein en Ontario. Le taux de mortalité par cancer du sein chez les Ontariennes a diminué pendant les deux dernières décennies, probablement en raison de l'amélioration des traitements^{942, 943}. En 2007, il y a eu plus de 3 100 décès par cancer du côlon en Ontario. Au cours des 25 dernières années, le taux de mortalité par cancer du côlon a diminué de 33 %. Le dépistage peut améliorer les taux de survie et réduire les taux de mortalité; en conséquence, il y a encore des progrès à faire.

Sources de données :

* Action Cancer Ontario, 2007.

** Base de données sur les congés des patients (BDP), Base de données des personnes inscrites (BDPI), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

*** Statistique Canada, tableau CANSIM 102-0552, Taux de décès et de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel.

§ Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), BDPI, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.

§§ BDCP, SNISA, BDPI, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Taux d'infarctus aigu du myocarde (IAM) pour 100 000 personnes âgées de 20 ans et plus	197**		Environ 21 000 Ontariennes et Ontariens âgés de 20 ans et plus ont eu une crise cardiaque l'an dernier. Le taux de crises cardiaques a diminué de 23 % au cours des sept dernières années; la baisse du tabagisme a probablement contribué à cette tendance. Il y a encore des progrès à faire. Réduire le taux d'IAM en Ontario au niveau atteint dans le RLISS de Toronto Centre (149) entraînerait d'énormes avantages. Environ 21 000 Ontariennes et Ontariens âgés de 20 ans et plus ont eu une crise cardiaque l'an dernier. Le taux de crises cardiaques a diminué de 23 % au cours des sept dernières années; la baisse du tabagisme a probablement contribué à cette tendance. Il y a encore des progrès à faire. Réduire le taux d'IAM en Ontario au niveau atteint dans le RLISS de Toronto Centre (149) entraînerait d'énormes avantages.
Lien entre les taux d'IAM et de tabagisme			Le lien entre les crises cardiaques et le tabagisme est très étroit. Pour chaque hausse de 5 % du pourcentage de personnes qui fument au sein d'un RLISS, il y a une hausse associée du taux de crises cardiaques de 50 pour 100 000 personnes pour ce RLISS.
Taux d'automutilations (suicides) pour 100 000 personnes : — Globalement — hommes — femmes	8,0*** 12 3,9		En 2007, environ 1 000 Ontariennes et Ontariens se sont suicidés. Le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le suivi des suicides est mal assuré et il se peut que les chiffres signalés ne correspondent pas à la réalité. L'Ontario a le deuxième taux de suicides le plus bas au Canada après le Yukon (7,1)⁹⁴⁴, mais ce taux n'a pas évolué en sept ans. Il est possible d'améliorer les méthodes de rapport et de prévention des suicides.
Taux de visites aux urgences pour automutilation pour 100 000 personnes âgées de 12 ans et plus	88§		Il y a eu un peu moins d'une visite aux urgences pour automutilation pour 1 000 Ontariens âgés de 12 ans et plus pendant l'exercice 2009-2010. Malgré la baisse de 24 % enregistrée pour cet indicateur depuis sept ans, il y a encore des progrès à faire.
— Taux de visites aux urgences pour blessures pour 100 000 personnes — Taux d'hospitalisations pour blessures pour 100 000 personnes	8 845§ 404§§		Pendant l'exercice 2009-2010, il y a eu environ neuf visites aux urgences pour blessures pour 100 Ontariens et environ quatre hospitalisations pour blessures pour 1 000 Ontariens. Ces taux ont légèrement baissé au cours des cinq dernières années. Il y a encore des progrès à faire.

Sources de données :

*Action Cancer Ontario, 2007.

** Base de données sur les congés des patients (BDP), Base de données des personnes inscrites (BDPI), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

*** Statistique Canada, tableau CANSIM 102-0552, Taux de décès et de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel.

§Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), BDPI, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.

§§ BDCP, SNISA, BDPI, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.

9.5

Pour plus de détails sur les stratégies de prévention des décès ou des blessures liés à des comportements nuisibles pour la santé (p. ex., cancer du poumon et crises cardiaques), voir la section 9.1 Pour les stratégies de prévention des décès ou des blessures liés à un dépistage précoce (p. ex., cancer du sein), consulter la section 9.4.

Causes fondamentales Idées de changement

Problème : Suicide ou automutilation

Les gens risquent de ne pas chercher à obtenir de l'aide à cause des stigmates associés à la maladie mentale. Ils craignent d'être mis à l'index ou de perdre leur emploi si on sait qu'ils souffrent de maladie mentale.

Les signes alarmants ne sont pas détectés. Les familles, les amis et les collègues risquent de ne pas reconnaître les problèmes de santé mentale jusqu'à ce qu'il soit trop tard.

Les gens ont de la difficulté à accéder aux soins psychiatriques. Ils ne savent pas où obtenir des soins, attendent trop longtemps pour être admis dans un programme ou sont dirigés vers des programmes qui ne leur conviennent pas.

Le chômage, la pauvreté ou le manque de logement peut accroître le stress et mener au suicide.

L'isolation sociale peut conduire à la solitude et au suicide. Les **communautés faibles** où les gens ont l'impression de ne pas avoir d'avenir peuvent engendrer le désespoir.

Des « suicides en série » ont été constatés chez les adolescents⁹⁵⁶ et les collectivités des Premières nations.

Les campagnes d'information publique peuvent servir à informer les gens que les problèmes de santé mentale sont beaucoup plus fréquents qu'on le croit et à éliminer des stéréotypes courants (p. ex., les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont dangereuses ou irresponsables⁹⁴⁵). Une campagne communautaire entreprise aux États-Unis encourage les radiodiffuseurs et les publicitaires à ne plus utiliser ces stéréotypes négatifs⁹⁴⁶.

Créer des outils de dépistage pour identifier les facteurs de risque, les signes alarmants et les comportements à risque. Les personnes à risque élevé peuvent ensuite être orientées vers des services de counselling ou d'autres services. Certains programmes scolaires comportent du personnel formé pour identifier les élèves à risque⁹⁴⁷. Des outils similaires existent dans l'armée⁹⁴⁸. Envisager d'autres outils pour les parents, les membres de la famille, les amis, les collègues de travail et les fournisseurs de soins de santé⁹⁴⁹.

Faciliter l'accès aux fournisseurs de soins primaires (section 2.1.)

Faire connaître les lignes d'information de prévention des suicides et les services d'intervention d'urgence.

Envisager des programmes centralisés ou des systèmes d'aiguillage « à guichet unique » pour tous les services de santé mentale et de toxicomanie dans une région. Ces programmes orientent les personnes vers les services les plus appropriés (p. ex., psychothérapie, counselling, thérapie de groupe, groupes de parole ou programmes de traitement des dépendances) et éliminent la nécessité de faire plusieurs appels à différents programmes. Cette démarche a permis de réduire les temps d'attente à Thunder Bay⁹⁵⁰.

Créer des programmes destinés aux populations vulnérables aptes à répondre à la demande. Les personnes vulnérables au suicide sont les jeunes⁹⁵¹, les personnes âgées, les victimes de maltraitance, les personnes incarcérées, les minorités sexuelles et les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide⁹⁵². Les communautés autochtones sont particulièrement vulnérables⁹⁵³.

Assurer l'accès équitable aux services sociaux et aux gestionnaires de cas. Ces services peuvent aider les gens à trouver des logements sûrs et abordables ou du travail, à suivre une formation ou à obtenir une aide sociale.

Édifier des collectivités fortes et positives. Il y a de plus en plus de preuves que « l'engagement communautaire » peut contribuer à réduire le nombre de suicides⁹⁵⁴. Les exemples dans les collectivités inuites comprennent l'établissement d'associations contre le suicide des jeunes, les marches communautaires de prévention du suicide et les jeunes faisant du kayak vers des pairs d'autres localités pour diffuser un message « Live Life »⁹⁵⁵.

Encourager les couvertures médiatiques responsables; éviter le sensationnalisme dans les médias afin de ne pas encourager les épidémies de suicide⁹⁵⁷.

Mettre en place une série d'interventions communautaires après un suicide. Ces interventions peuvent comprendre des conseils pour les membres de la collectivité ou l'utilisation de guérisseurs traditionnels dans les collectivités des Premières nations⁹⁵⁸.

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales Idées de changement

Problèmes : Blessures

Blessures liées au sport

Programmes de prévention des blessures liée au sport.

Par exemple, *Pensez d'abord* est un organisme national sans but lucratif qui collabore avec les bureaux de santé publique et les organismes communautaires de sports et de loisirs afin d'enseigner aux enfants et aux jeunes comment prévenir les blessures graves et les plus courantes associées au hockey, à la bicyclette, au soccer, à la plongée, au ski et à la planche à neige⁹⁵⁹.

Envisager de rendre obligatoire le matériel de sécurité.

Voir les sections 4.5 et 4.6 pour les stratégies visant à réduire le risque de chute dans la collectivité et chez les résidents des foyers de SLD et les personnes qui reçoivent des soins à domicile.

Chutes chez les personnes âgées

La section 7.3 propose des idées de changement pour des lieux de travail sains.

Accident du travail

Accidents de la circulation

Campagne de sensibilisation du public à la prudence au volant. Appliquer ou renforcer les lois existantes contre l'alcool au volant⁹⁶⁰, l'utilisation de téléphones cellulaires au volant ou concernant la bonne façon d'utiliser les sièges de voiture pour les nourrissons et les enfants. Une meilleure planification au niveau municipal peut réduire les blessures associées aux accidents de la circulation, grâce aux mesures de réduction de la vitesse dans les quartiers fréquentés par de nombreux piétons⁹⁶¹.

Agressions

Aider les fournisseurs de soins de santé à identifier les personnes qui risquent d'être victimes de violence familiale. Malgré le débat que cette question suscite chez les spécialistes en ce qui concerne la fréquence des interventions⁹⁶², le fournisseur de soins de santé peut poser des questions lors des examens de routine et utiliser certains outils d'évaluation pour les personnes plus vulnérables^{963, 964, 965, 966}. Assurer que **les fournisseurs de soins de santé sont au courant des programmes de soutien communautaires et dirigent les gens vers ces services lorsque des actes de violence sont détectés.**

Veiller sur la sécurité des travailleurs qui risquent d'être agressés (p. ex., chauffeurs de taxi, livreurs, travailleurs de la santé), notamment au moyen de programmes d'information, de boutons de panique ou du matériel spécial (p. ex., barrières physiques dans les taxis).

Empoisonnements accidentels

Préconiser la sécurité des enfants lors des visites aux cabinets de soins primaires et la vaccination des nourrissons (section 9.2)⁹⁶⁷.

Que fait-on en Ontario?

- L'Ontario Cancer Plan 2011–2015 d'Action Cancer Ontario a pour but, d'ici 2015, d'établir une stratégie de dépistage intégrée pour le cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon, étayée par un seul système de gestion de l'information et de technologie de l'information, et de fournir aux fournisseurs de soins primaires des rapports, des outils, des séances d'encadrement et des soutiens afin d'améliorer leur performance en matière de dépistage.⁹⁶⁸

10.1

Soins primaires – Accès et efficacité

Les gens devraient tous pouvoir accéder à des services de santé sur un pied d'égalité, quels que soient leur revenu, leur niveau d'éducation, leur âge, leur sexe, le lieu où ils vivent ou qu'ils soient immigrants ou nés au Canada. Cette section traite de la question de savoir si le système de santé ontarien est équitable, et porte sur l'accès aux soins primaires, le suivi approprié des maladies chroniques, les bonnes habitudes de vie, les mesures de prévention et les maladies qui pourraient être évitées grâce à des programmes de santé ciblant la population.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Élimination des obstacles à l'accès à des soins de qualité supérieure associés au revenu, au niveau d'éducation, à l'âge, au sexe, au fait que les gens vivent en milieu urbain ou rural, ou qu'ils soient immigrants ou nés au Canada. Que tous les Ontariens vivent des modes de vie sains, quels qu'ils soient.	La santé peut se détériorer lorsque les gens défavorisés n'obtiennent pas les services dont ils ont besoin ou s'adonnent à des comportements nuisibles pour la santé. Un cercle vicieux se crée lorsque la santé se détériore, conduisant à une baisse du revenu ou au sous-emploi et la situation des personnes défavorisées risque de se détériorer encore plus, les poussant à recourir à l'aide sociale. Ce n'est pas une bonne chose pour la personne et les membres de la famille et les personnes à charge. Les employeurs peuvent aussi être touchés, car des travailleurs en mauvaise santé signifient davantage d'absences ou de rotation de personnel ⁹⁶⁹ .	Les 13 millions de personnes qui vivent en Ontario.

Indicateur	Comparaisons						Constatations																																										
	Revenu	Éducation	Sexe	Lieu de résidence	Âge	Statut d'immigrant																																											
Accès aux soins primaires : – pourcentage d'adultes sans médecin traitant *	<table><tr><th>Revenu</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Faible</td><td>9,5</td></tr><tr><td>Méd.</td><td>5,2</td></tr><tr><td>Élevé</td><td>5,1</td></tr></table>	Revenu	Pourcentage	Faible	9,5	Méd.	5,2	Élevé	5,1	<table><tr><th>Éducation</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Inf. sec.</td><td>7,2</td></tr><tr><td>Ét. sec.</td><td>6,9</td></tr><tr><td>Ét. postsec.</td><td>6,1</td></tr></table>	Éducation	Pourcentage	Inf. sec.	7,2	Ét. sec.	6,9	Ét. postsec.	6,1	<table><tr><th>Sexe</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>F</td><td>4,8</td></tr><tr><td>H</td><td>8,2</td></tr></table>	Sexe	Pourcentage	F	4,8	H	8,2	<table><tr><th>Lieu de résidence</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Z. urb.</td><td>6,4</td></tr><tr><td>Z. rur.</td><td>6,6</td></tr></table>	Lieu de résidence	Pourcentage	Z. urb.	6,4	Z. rur.	6,6	<table><tr><th>Âge</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>18-64</td><td>7,1</td></tr><tr><td>65+</td><td>3,3</td></tr></table>	Âge	Pourcentage	18-64	7,1	65+	3,3	<table><tr><th>Statut d'immigrant</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Né au Can</td><td>6,4</td></tr><tr><td>10+ ans</td><td>5,4</td></tr><tr><td>0-9 ans</td><td>15,2</td></tr></table> ↑ MIEUX	Statut d'immigrant	Pourcentage	Né au Can	6,4	10+ ans	5,4	0-9 ans	15,2	6,5 % des adultes ontariens n'avaient pas de médecin traitant pendant l'exercice 2009-2010. Il s'agit en général de personnes à faible revenu, d'hommes et d'immigrants arrivés au Canada au cours des 10 dernières années. Les personnes âgées ont davantage tendance à avoir un médecin traitant que les adultes âgés de 18 à 64 ans. Vu que ces personnes ont plus de besoins, il est encourageant de savoir qu'elles ont généralement accès à des soins primaires. Il n'y avait pas de différence significative au niveau de l'accès aux soins primaires selon l'éducation ou le fait que les gens vivent en milieu urbain ou rural.
Revenu	Pourcentage																																																
Faible	9,5																																																
Méd.	5,2																																																
Élevé	5,1																																																
Éducation	Pourcentage																																																
Inf. sec.	7,2																																																
Ét. sec.	6,9																																																
Ét. postsec.	6,1																																																
Sexe	Pourcentage																																																
F	4,8																																																
H	8,2																																																
Lieu de résidence	Pourcentage																																																
Z. urb.	6,4																																																
Z. rur.	6,6																																																
Âge	Pourcentage																																																
18-64	7,1																																																
65+	3,3																																																
Statut d'immigrant	Pourcentage																																																
Né au Can	6,4																																																
10+ ans	5,4																																																
0-9 ans	15,2																																																
Suivi des maladies chroniques : – pourcentage de patients diabétiques qui, au cours des 12 derniers mois, ont passé un examen de la vue **†	<table><tr><th>Revenu</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Faible</td><td>49,9</td></tr><tr><td>Méd.</td><td>51,1</td></tr><tr><td>Élevé</td><td>51,8</td></tr></table>	Revenu	Pourcentage	Faible	49,9	Méd.	51,1	Élevé	51,8		<table><tr><th>Sexe</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>F</td><td>52,2</td></tr><tr><td>H</td><td>50</td></tr></table>	Sexe	Pourcentage	F	52,2	H	50	<table><tr><th>Lieu de résidence</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Z. urb.</td><td>50,5</td></tr><tr><td>Z. rur.</td><td>54,8</td></tr></table>	Lieu de résidence	Pourcentage	Z. urb.	50,5	Z. rur.	54,8	<table><tr><th>Âge</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>20-64</td><td>40,5</td></tr><tr><td>65+</td><td>64,7</td></tr></table>	Âge	Pourcentage	20-64	40,5	65+	64,7	<table><tr><th>Statut d'immigrant</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td><50 %</td><td>52,1</td></tr><tr><td>>=50 %</td><td>47,3</td></tr></table> ↑ MIEUX	Statut d'immigrant	Pourcentage	<50 %	52,1	>=50 %	47,3	Pendant l'exercice 2009-2010, seulement environ la moitié (51 %) des Ontariens diabétiques ont passé un examen de la vue. Les personnes qui n'ont pas passé d'examen de la vue sont celles âgées entre 20 et 64 ans. Le taux d'examen de la vue était légèrement plus faible chez les personnes à faible revenu, les hommes et les personnes vivant en zone urbaine et dans les quartiers ayant de fortes concentrations d'immigrants.										
Revenu	Pourcentage																																																
Faible	49,9																																																
Méd.	51,1																																																
Élevé	51,8																																																
Sexe	Pourcentage																																																
F	52,2																																																
H	50																																																
Lieu de résidence	Pourcentage																																																
Z. urb.	50,5																																																
Z. rur.	54,8																																																
Âge	Pourcentage																																																
20-64	40,5																																																
65+	64,7																																																
Statut d'immigrant	Pourcentage																																																
<50 %	52,1																																																
>=50 %	47,3																																																

Légende : Faible = 1^{er} quintile de revenu; Médian = 3^e quintile de revenu; Élevé = 5^e quintile de revenu. DES = diplôme d'études secondaires; <DES = niveau inférieur au secondaire; ÉPS = quelques études postsecondaires. F = femme; H = homme. Urb. = urbain; Rur. = rural. Né = Né au Canada. 0-9 = immigrant au Canada depuis neuf ans ou moins; 10+ = immigrant au Canada depuis 10 ans ou plus. Faible taux d'imm. = quartier à faible concentration d'immigrants; Taux élevé d'imm. = quartier à forte concentration d'immigrants. †Pour ces indicateurs, le revenu n'est pas mesuré directement, mais établi à partir du revenu moyen du quartier de la personne correspondant au code postal. Un quartier à forte concentration d'immigrants est défini comme une zone ou aire de diffusion autour du code postal indiquant que la population est constituée à plus de 50 % par des immigrants, selon les déclarations faites à Recensement Canada.

Sources de données :

* Enquête sur l'accès aux soins primaires, exercice 2009-2010, données fournies par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

** Base de données sur le diabète en Ontario, Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS.

10.2

Comportements nuisibles pour la santé

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Comparaisons						Constatations
	Revenu	Éducation	Sexe	Lieu de résidence	Âge	Statut d'immigrant	
Pourcentage de la population qui fume*							En 2009, 19 % des Ontariens fumaient, 18 % étaient obèses, 49 % étaient inactifs, 56 % ne consommaient pas assez de fruits et de légumes et 22 % souffraient d'alcoolisme aigu. Plus le revenu est faible, plus les gens fument, sont inactifs et ne consomment pas assez, à être physiquement inactifs et à ne pas consommer assez de fruits et de légumes. Il y avait peu de différence de revenu chez les personnes obèses, sauf que le taux d'obésité était le plus bas pour le groupe à revenu élevé. Contrairement aux autres comportements, la probabilité d'alcoolisme aigu s'accroît avec le revenu. Un faible niveau d'éducation est associé à de mauvais résultats pour tous les comportements ayant une incidence sur la santé, sauf l'alcoolisme aigu. La vie en zone rurale est associée à des taux plus élevés de tabagisme, d'obésité et d'alcoolisme aigu, mais à des taux plus faibles d'inactivité physique. Les adultes entre 18 et 64 ans fument et boivent plus que les personnes âgées et les adolescents. Les personnes âgées disent être obèses et inactives, mais consommer plus de fruits et de légumes et boire moins. Il n'y a pas d'écart entre groupes d'âges pour la consommation de fruits et de légumes. Les hommes fument plus, consomment moins de fruits et de légumes et boivent plus que les femmes, mais sont plus actifs. Les immigrants ont moins tendance à fumer, à être obèses, mais sont moins actifs. Les personnes au Canada depuis moins de 10 ans consomment plus de fruits et de légumes. RÉSUMÉ : Les professionnels de la santé doivent cibler les groupes suivants : • Tabagisme – Niveau inférieur au secondaire, faible revenu, habitants des régions rurales, entre 18 et 64 ans, hommes, nés au Canada • Obésité – Niveau inférieur au secondaire, habitants des régions rurales, 65 ans et plus, nés au Canada • Inactivité physique – Niveau inférieur au secondaire, faible revenu, immigrants, 65 ans et plus, femmes; les personnes âgées ont davantage tendance à être inactives, mais il est aussi important de cibler l'inactivité physique à un âge plus jeune • Consommation insuffisante de fruits et de légumes – Niveau inférieur au secondaire, faible revenu, hommes • Alcoolisme aigu – Hommes, habitants des régions rurales, nés au Canada, entre 18 et 64 ans, revenu élevé
Pourcentage de la population qui est obèse*							
Pourcentage de la population qui n'est pas actif physiquement*							
Pourcentage de la population ne consommant pas suffisamment de fruits et de légumes*							
Pourcentage de la population qui souffre d'alcoolisme aigu*							

Légende : Faible = 1^{er} quintile de revenu; Médian = 3^e quintile de revenu; Élevé = 5^e quintile de revenu. DES = diplôme d'études secondaires; <DES = niveau inférieur au secondaire; ÉPS = quelques études postsecondaires. F = femme; H = homme. Urb. = urbain; Rur. = rural. Né = Né au Canada. 0-9 = immigrant au Canada depuis neuf ans ou moins; 10+ = immigrant au Canada depuis 10 ans ou plus.

Source de données : *Enquête sur l'accès aux soins primaires, 2009, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.

10.3 Mesures de prévention

Indicateur	Comparaisons						Constatations																																											
	Revenu	Éducation	Sexe	Lieu de résidence	Âge	Statut d'immigrant																																												
Pourcentage de femmes (entre 50 et 69 ans) ayant passé une mammographie au cours d'une période de deux ans**†	<table><tr><th>Revenu</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Faible</td><td>58,9</td></tr><tr><td>Méd.</td><td>66,8</td></tr><tr><td>Élevé</td><td>71,2</td></tr></table>	Revenu	Pourcentage	Faible	58,9	Méd.	66,8	Élevé	71,2				<table><tr><th>Âge</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>50-54</td><td>64,6</td></tr><tr><td>55-59</td><td>66</td></tr><tr><td>60-64</td><td>68,6</td></tr><tr><td>65-69</td><td>67,2</td></tr></table>	Âge	Pourcentage	50-54	64,6	55-59	66	60-64	68,6	65-69	67,2	↑ MIEUX		67 % des femmes admissibles ont eu une mammographie au cours des deux dernières années, 73 % des femmes admissibles ont passé un test Pap au cours des trois dernières années et 35 % des adultes admissibles ont fait un test de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années.																								
Revenu	Pourcentage																																																	
Faible	58,9																																																	
Méd.	66,8																																																	
Élevé	71,2																																																	
Âge	Pourcentage																																																	
50-54	64,6																																																	
55-59	66																																																	
60-64	68,6																																																	
65-69	67,2																																																	
Pourcentage de femmes âgées de 25 à 69 ayant eu un test Pap au cours d'une période de trois ans**†	<table><tr><th>Revenu</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Faible</td><td>65,1</td></tr><tr><td>Méd.</td><td>73,2</td></tr><tr><td>Élevé</td><td>78,7</td></tr></table>	Revenu	Pourcentage	Faible	65,1	Méd.	73,2	Élevé	78,7				<table><tr><th>Âge</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>20-29</td><td>73,3</td></tr><tr><td>30-39</td><td>72,9</td></tr><tr><td>40-49</td><td>73,2</td></tr><tr><td>50-59</td><td>72,8</td></tr><tr><td>60-69</td><td>68,6</td></tr></table>	Âge	Pourcentage	20-29	73,3	30-39	72,9	40-49	73,2	50-59	72,8	60-69	68,6	↑ MIEUX		Plus le revenu est bas, moins les femmes ont tendance à passer une mammographie ou un test Pap. Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les taux de test de sang occulte dans les selles par revenu.																						
Revenu	Pourcentage																																																	
Faible	65,1																																																	
Méd.	73,2																																																	
Élevé	78,7																																																	
Âge	Pourcentage																																																	
20-29	73,3																																																	
30-39	72,9																																																	
40-49	73,2																																																	
50-59	72,8																																																	
60-69	68,6																																																	
Pourcentage de personnes âgées entre 50 et 74 ayant indiqué avoir passé un test de sang occulte dans les selles au cours d'une période de deux ans ***.§	<table><tr><th>Revenu</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Faible</td><td>35,2</td></tr><tr><td>Méd.</td><td>35,8</td></tr><tr><td>Élevé</td><td>33,7</td></tr></table>	Revenu	Pourcentage	Faible	35,2	Méd.	35,8	Élevé	33,7	<table><tr><th>Éducation</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Inf. sec.</td><td>30,8</td></tr><tr><td>Ét. sec.</td><td>34</td></tr><tr><td>Ét. postsec.</td><td>36,5</td></tr></table>	Éducation	Pourcentage	Inf. sec.	30,8	Ét. sec.	34	Ét. postsec.	36,5	<table><tr><th>Sexe</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>F</td><td>35,6</td></tr><tr><td>H</td><td>34,7</td></tr></table>	Sexe	Pourcentage	F	35,6	H	34,7	<table><tr><th>Lieu de résidence</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Z. urb.</td><td>35,5</td></tr><tr><td>Z. rur.</td><td>32,8</td></tr></table>	Lieu de résidence	Pourcentage	Z. urb.	35,5	Z. rur.	32,8	<table><tr><th>Âge</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>50-64</td><td>32,9</td></tr><tr><td>65-74</td><td>41,4</td></tr></table>	Âge	Pourcentage	50-64	32,9	65-74	41,4	↑ MIEUX	<table><tr><th>Statut d'immigrant</th><th>Pourcentage</th></tr><tr><td>Né au Can</td><td>35,3</td></tr><tr><td>10+</td><td>34,9</td></tr><tr><td>0-9</td><td>34,9</td></tr></table>	Statut d'immigrant	Pourcentage	Né au Can	35,3	10+	34,9	0-9	34,9	Les femmes âgées de 60 à 69 ans sont moins nombreuses à passer un test Pap. Les personnes âgées entre 50 et 64 ans ont moins tendance que celles âgées entre 65 et 74 ans à passer un test de sang occulte dans les selles. Dans les deux cas, cet écart dans les groupes d'âge peut s'expliquer par le fait que les gens croient à tort que le test n'est pas important à cet âge. On n'a pas constaté de différence importante dans les taux de mammographie par âge.
Revenu	Pourcentage																																																	
Faible	35,2																																																	
Méd.	35,8																																																	
Élevé	33,7																																																	
Éducation	Pourcentage																																																	
Inf. sec.	30,8																																																	
Ét. sec.	34																																																	
Ét. postsec.	36,5																																																	
Sexe	Pourcentage																																																	
F	35,6																																																	
H	34,7																																																	
Lieu de résidence	Pourcentage																																																	
Z. urb.	35,5																																																	
Z. rur.	32,8																																																	
Âge	Pourcentage																																																	
50-64	32,9																																																	
65-74	41,4																																																	
Statut d'immigrant	Pourcentage																																																	
Né au Can	35,3																																																	
10+	34,9																																																	
0-9	34,9																																																	

§Légende : Faible = 1^{er} quintile de revenu; Médian = 3^e quintile de revenu; Élevé = 5^e quintile de revenu. DES = diplôme d'études secondaires; <DES = niveau inférieur au secondaire; ÉPS = quelques études postsecondaires. F = femme; H = homme. Urb. = urbain; Rur. = rural. Faible taux d'imm. = quartier à faible concentration d'immigrants; Taux élevé d'imm. = quartier à forte concentration d'immigrants. Né = Né au Canada. 0-9 = immigrant au Canada depuis neuf ans ou moins; 10+ = immigrant au Canada depuis 10 ans ou plus.

†Pour ces indicateurs, le revenu n'est pas mesuré directement, mais établi à partir du revenu moyen du quartier de la personne correspondant au code postal. Un quartier à forte concentration d'immigrants est défini comme une zone ou aire de diffusion autour du code postal indiquant que la population est constituée à plus de 50 % par des immigrants, selon les déclarations faites à Recensement Canada.

††Les données ont été supprimées pour cette catégorie en raison de la petite taille de l'échantillon.

Sources de données : *Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, Registre des cas de cancer de l'Ontario, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). ** Registre des cas de cancer de l'Ontario, Assurance-santé de l'Ontario, BDPI, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS. ***Enquête sur l'accès aux soins primaires, 2009, calculé par l'IRSS. Les chiffres auto-déclarés ont tendance à être supérieurs aux taux réels.

10.4

Maladies qui pourraient être évitées grâce à des programmes ciblant la population

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Indicateur	Comparaisons					Constatations
	Revenu†	Sexe	Lieu de résidence	Âge	Statut d'immigrant	
Taux d'infarctus aigus du myocarde (IAM) pour 100 000 personnes âgées de 20 ans et plus**†						Pendant l'exercice 2009-2010, pour 100 000 personnes, il y a eu 197 nouvelles crises cardiaques, 88 visites aux urgences pour automutilation, 8 845 visites aux urgences pour blessures et 404 hospitalisations pour blessure. Plus le revenu est élevé, plus le risque de constater de tels événements décroît régulièrement. Il convient de souligner que les personnes à faible revenu ont deux fois plus tendance à se rendre aux urgences pour automutilation que les personnes à revenu plus élevé. Les hommes risquent davantage d'avoir une crise cardiaque ou une blessure, mais les femmes présentent un risque plus élevé de se rendre aux urgences pour automutilation. Les personnes vivant en région rurale présentent davantage de risques d'avoir des résultats plus faibles pour les quatre mesures. Les personnes des quartiers à forte concentration d'immigrants ont moins tendance à afficher des mauvais résultats. Les adolescents (entre 12 et 17 ans) ont davantage tendance à se rendre aux urgences pour blessure, alors que les personnes âgées ont davantage tendance à être hospitalisées pour la même raison. De plus, les adolescents ont davantage tendance que les adultes (entre 18 et 64 ans) à se présenter aux urgences pour automutilation. RÉSUMÉ : Si les professionnels de la santé souhaitent diriger leurs efforts de promotion de la santé vers les groupes les plus susceptibles d'afficher de très mauvais résultats, ils doivent cibler ce qui suit : • IAM (crise cardiaque) – Hommes, habitants des régions rurales, faible revenu, quartiers à faible concentration d'immigrants • Automutilation – Adolescents, faible revenu, habitants des régions rurales, femmes, quartiers à faible concentration d'immigrants • Visites aux urgences pour blessure – Habitants des régions rurales, adolescents, hommes, quartiers à faible concentration d'immigrants, faible revenu • Hospitalisation pour blessure – Personnes âgées, habitants des régions rurales, faible revenu, quartiers à faible concentration d'habitants
Taux de visites aux urgences pour automutilation pour 100 000 personnes âgées de 12 ans et plus***†						
Taux de visites aux urgences pour blessure pour 100 000 personnes***†						
Taux d'hospitalisations pour blessure par habitant**†						

Légende : Faible = 1^{er} quintile de revenu; Médian = 3^e quintile de revenu; Élevé = 5^e quintile de revenu. F = femme; H = homme. Urb. = urbain; Rur. = rural. Faible taux d'imm. = quartier à faible concentration d'immigrants; Taux élevé d'imm. = quartier à forte concentration d'immigrants.

†Pour ces indicateurs, le revenu n'est pas mesuré directement, mais établi à partir du revenu moyen du quartier de la personne correspondant au code postal. Un quartier à forte concentration d'immigrants est défini comme une zone ou aire de diffusion autour du code postal indiquant que la population est constituée à plus de 50 % par des immigrants, selon les déclarations faites à Recensement Canada.

Data sources : * Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). ** SNISA, BDPI, exercice 2009-2010, calculé par l'IRSS. Parce que les données sont limitées, il n'était pas possible d'évaluer les différences dans les niveaux d'éducation en même temps que le revenu pour cet ensemble d'indicateurs.

10.4

Causes fondamentales Idées de changement

Les personnes à faible revenu se heurtent à des obstacles dus au coût. Elles n'ont pas les moyens de s'inscrire à un centre de remise en forme ou à des programmes sportifs, ont de la difficulté à assumer certains frais (p. ex., transport), et croient parfois qu'avoir une alimentation saine coûte trop cher.

Préoccupations associées à la survie quotidienne. Les questions de santé peuvent passer après des priorités comme se nourrir, trouver un logement, payer les factures ou échapper à la maltraitance.

Certaines personnes à faible revenu n'ont pas accès aux soins primaires et aux programmes de promotion de la santé, car elles ne les connaissent pas ou sont préoccupées par leur survie quotidienne.

La pauvreté génère un stress chronique⁹⁷⁷, et les gens font face en adoptant des activités nuisibles pour la santé, mais agréables, comme le tabagisme⁹⁷⁸.

Un faible niveau d'éducation ou de littératie peut conduire à un manque de connaissances en matière d'alimentation ou de bonne hygiène de vie.

Les gens n'ont pas la motivation, la confiance ou les aptitudes nécessaires pour modifier leurs habitudes de vie.

Encourager les gens à consommer des aliments sains peu dispendieux (section 9.1).

Envisager d'offrir des **moyens de transport et des services de garde pour les programmes de promotion de la santé, ou d'apporter le programme jusqu'à chez les gens.**

Encourager l'accès à des programmes de sport et de loisirs à faible coût ou gratuits⁹⁷⁰ et maintenir l'éducation physique dans le curriculum scolaire⁹⁷¹.

Promouvoir l'accès à des aliments sains peu dispendieux, comme le Programme de la boîte verte, système de distribution d'aliments administrés par des bénévoles un peu partout dans la province⁹⁷².

Envisager d'offrir des **produits de remplacement sans nicotine** aux personnes à faible revenu.

Assurer l'accès en temps voulu aux travailleurs sociaux et aux gestionnaires de cas. Offrir des logements supervisés, des conseils en matière d'emploi, des programmes d'acquisition des compétences ou un refuge aux personnes maltraitées.

Concevoir des programmes de proximité pour faciliter la participation. Apporter des centres de soins primaires ou des activités de promotion de la santé dans les quartiers ciblés – dans les centres communautaires, les centres commerciaux et là où les gens se réunissent naturellement⁹⁷³. Créer des modèles de soins abritant **des services de soins primaires et des services sociaux au même endroit**⁹⁷⁴, à l'instar de nombreux centres de santé communautaires^{975, 976}.

Envisager d'offrir des **thérapies de gestion du stress aux personnes à faible revenu.** Malgré le manque de données probantes dans la littérature scientifique, les méthodes testées comprennent la méditation⁹⁷⁹, les exercices et les activités créatives⁹⁸⁰.

Simplifier et adapter le matériel d'apprentissage. Veiller à ce que le matériel contienne des images pour les personnes analphabètes, ou celles qui ne parlent pas bien l'anglais ou s'expriment en argot ou qu'il soit traduit dans les langues parlées dans les quartiers visés. Faire en sorte que les instructions soient simples et présentées point par point⁹⁸¹.

Les fournisseurs de soins peuvent offrir des **conseils en nutrition ou en hygiène de vie. Les groupes de parole** permettent aux gens ayant des problèmes similaires à s'entraider pour apprendre.

Envisager de distribuer des **listes d'aliments sains et à bas prix** et de proposer des **visites au supermarché**⁹⁸² afin que les gens puissent apprendre à trouver des aliments sains à bas prix, à identifier les aliments mauvais pour la santé, à chercher des bonnes affaires et à déchiffrer les étiquettes. Envisager d'organiser des **cours de cuisine**⁹⁸³ **pour que les gens apprennent à cuisiner des mets sains.**

Promouvoir l'**autogestion**^{984, 985, 986, 987} et faire en sorte que les patients se familiarisent avec leur maladie et sachent se fixer des buts raisonnables qui correspondent à leur style de vie afin qu'ils puissent s'améliorer (section 9.1).



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales Idées de changement

Les personnes défavorisées vivent dans des quartiers à risque où elles ne se sentent pas en sécurité pour marcher jusqu'au gymnase ou ne peuvent pas se rendre au supermarché facilement.

Il y a une culture locale de comportements nuisibles pour la santé. Le tabagisme ou les activités dangereuses sont considérés comme des comportements « normaux »⁹⁸⁹ par les habitants du quartier.

Dans certaines cultures, les femmes refusent de passer une mammographie ou un test Pap (section 9.4).

Certaines activités rurales sont dangereuses. Les activités agricoles⁹⁹¹ et récréatives rurales, comme l'utilisation de véhicules tous terrains (VTT)⁹⁹² ont des taux de blessure élevés.

Assurer la sécurité des quartiers. Accroître les patrouilles de police ou de personnel de sécurité ou organiser des marches ou des activités physiques en groupe. Collaborer avec les autorités municipales pour établir des voies sûres et bien éclairées.

Concevoir des quartiers propices à une vie saine en encourageant les gens à marcher pour aller magasiner et faire leur épicerie. Ces quartiers ont tendance à afficher de meilleurs résultats au chapitre de la santé⁹⁸⁸.

Organiser des événements communautaires favorisant une bonne hygiène de vie (p. ex., marche ou événements sportifs communautaires). Identifier des **modèles de rôle sains** pour les enfants défavorisés. **Identifier les « déviants positifs »** – particuliers ou groupes qui sont en bonne santé tout en vivant dans un quartier à risque; découvrir le secret de leur réussite et les faire connaître⁹⁹⁰.

Élaborer du matériel d'apprentissage tenant compte des cultures dans la langue des personnes ciblées, qui s'attaque aux mythes sur le dépistage, insiste sur l'importance des tests, et faire appel à des personnes appartenant au même groupe culture en lesquelles les gens ont confiance (section 9.4).

Identifier les accidents agricoles communs (accident de tracteur, empoisonnement au gaz et problème de prise de force) et présenter les mesures pour prévenir ce genre d'accident⁹⁹³

Encourager l'utilisation de matériel de sécurité (p. ex., casques) et offrir une formation adéquate pour l'utilisation des véhicules récréatifs comme les VTT.

Que fait-on en Ontario?

- Le MSSLD a mis au point un Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (Outil EIES) pour préconiser la notion d'équité dans les politiques, la planification et la prise de décisions en matière de santé⁹⁹⁴. L'outil EIES décrit les *conséquences éventuelles* indésirables d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur des populations spécifiques (p. ex., autochtones, francophones, hommes ou femmes, revenu, race et géographie) et incite l'évaluateur à rajuster l'initiative pour mitiger les conséquences négatives et maximiser les conséquences positives sur les populations concernées. Le MSSLD a commencé la mise en œuvre en 2009 et des projets pilotes EIES ont été réalisés au sein du MSSLD et dans trois des 14 RLIS.

11 Analyses des RLISS

Dans ce chapitre, nous présentons des données sur les écarts existant entre chaque RLISS et la moyenne provinciale pour certains indicateurs, dans la mesure où des données étaient disponibles. La première série de tableaux contient les données de chaque RLISS et indique si le rendement du RLISS est supérieur ou inférieur à la moyenne. Nous incluons aussi les données au fil du temps pour certains indicateurs*. Le tableau figurant à la fin de ce chapitre présente des résultats plus détaillés pour chaque indicateur et pour chaque RLISS. La couleur jaune indique que les résultats sont bien supérieurs à la moyenne provinciale et la couleur bleue, des résultats inférieurs à la moyenne.

Les écarts sont considérés comme étant significatifs** s'ils le sont à la fois au plan statistique et au plan clinique. Nous avons utilisé les lignes directrices suivantes pour déterminer des écarts significatifs :

Type d'indicateur	Lignes directrices relatives aux écarts significatifs au plan clinique entre un RLISS et la moyenne provinciale
Temps d'attente	Écart relatif de 25 %
Taux d'issues graves	Écart relatif de 25 %
Pourcentage d'adoptions d'une pratique exemplaire (mesure du processus comportant souvent un objectif de 100 %)	Écart absolu de 5 %***
Variable relative à l'expérience des patients (p.ex., pourcentage de patients satisfaits)	Écart absolu de 5 %

Explications des abréviations utilisées dans le présent chapitre :

ANS = autre niveau de soins (dans le cas présent, lit d'hôpital occupé par une personne qui serait mieux servie ailleurs, comme un foyer de soins de longue durée)

IAM = infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque)

ICC = insuffisance cardiaque congestive

MPOC = maladie pulmonaire obstructive chronique (emphysème ou bronchite chronique)

urgences = service des urgences

RLISS = réseau local d'intégration des services de santé

SLD = soins de longue durée

Les tableaux suivants indiquent les domaines dans lesquels les RLISS peuvent s'améliorer. Veuillez consulter le tableau à la toute fin du chapitre pour plus de détails sur les indicateurs pour lesquels des données étaient disponibles.

* Seules les prolongations de plus d'une semaine des temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD et les variations de >1 % pour les ANS font l'objet de commentaires.

**Pour certains indicateurs, lorsque les données ont été fournies par des tiers, les intervalles de confiance n'étaient pas disponibles, mais une signification statistique était implicite pour les estimations relatives à la taille de l'échantillon et les hypothèses concernant la distribution théorique de la variable. L'annexe technique du présent document (www.hqontario.ca) contient de plus amples renseignements.

***Dans certains cas, lorsque le taux est élevé (p. ex. 96 %), alors que l'objectif est de toute évidence 100 %, l'écart est traité comme une défaillance (p. ex. 4 %) et on considère qu'un écart relatif de 25 % est significatif (dans cet exemple, on peut considérer qu'un écart de plus ou moins 1 % est significatif).



11. Analyses des RLISS

RLISS D'ÉRIÉ-ST. CLAIR

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	- Temps d'attente moins élevés pour un placement dans un foyer de SLD, en particulier pour les personnes qui attendent chez elles - Moins de jours-lit ANS - Temps d'attente moins élevés pour les tomodensitométries, les examens par IRM, les chirurgies du cancer et de la cataracte, les arthroplasties de la hanche et du genou (le taux de chirurgies générales correspond au reste de la province) - Prestation en temps voulu des soins à domicile après une hospitalisation
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Temps d'attente aux urgences (mais transfert relativement rapide dans un lit après l'admission) - Accès aux soins primaires - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM, une ICC - Taux de césariennes - Hospitalisations évitables (taux de réadmissions plus élevés pour certaines maladies, moins élevés pour d'autres) - Sécurité et efficacité des foyers de SLD (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale) - Sécurité et efficacité des soins à domicile - Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD - Examens de dépistage préventifs
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	Santé de la population – les taux de tabagisme, d'obésité, d'inactivité physique, d'alcoolisme aigu correspondent à la moyenne provinciale, mais les résultats concernant la consommation de fruits et de légumes et le tabagisme pendant la grossesse sont plus mauvais; taux d'allaitement le plus bas de la province

Remarque : Le RLISS d'Érié-St. Clair dispose d'un nombre relativement faible de médecins de familles et de spécialistes.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Pas de grands changements
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 18 jours
	Placement à partir du domicile	Attente prolongée de 12 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Pas de grands changements

RLISS DU SUD-OUEST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	- Temps d'attente moins élevés aux urgences - Temps d'attente moins élevés pour un placement dans un foyer de SLD, en particulier pour les personnes qui attendent chez elles - Moins de jours-lit ANS - Temps d'attente moins élevés pour les tomodensitométries, examens par IRM - Baisse des taux de césarienne
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Accès aux soins primaires - Temps d'attente pour la plupart des chirurgies (hormis le cancer) - Hospitalisations évitables - Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM, une ICC - Sécurité et efficacité des foyers de SLD (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale) - Sécurité et efficacité des soins à domicile - Examens de dépistage
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	- Temps d'attente pour les chirurgies du cancer - Santé de la population – les taux de tabagisme et d'inactivité physique sont moyens, mais les résultats sont mauvais au chapitre de l'obésité et de la consommation de fruits et de légumes, du tabagisme pendant la grossesse; taux de blessures plus élevé

Remarque : Le RLISS du Sud-Ouest dispose d'un nombre relativement élevé d'infirmières et infirmiers, d'infirmières et infirmiers praticiens et d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Pas de grands changements
	Placement à partir de l'hôpital	Pas de grands changements
	Placement à partir du domicile	Pas de grands changements
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Pas de grands changements

RLISS DE WATERLOO-WELLINGTON

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM • Temps d'attente moins élevés pour les chirurgies du cancer et générales, les chirurgies de la cataracte et les arthroplasties de la hanche • Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente aux urgences – résultats mitigés, mais augmentation des attentes avant de voir un médecin et réduction des attentes pour les personnes hospitalisées • Nombre de jours-lit ANS • Accès aux soins primaires • Temps d'attente pour les tomodensitométries/examens par IRM, chirurgies du cancer, arthroplasties du genou • Temps d'attente pour les soins à domicile • Hospitalisations évitables (taux de réadmission supérieur pour certaines maladies, inférieur pour d'autres) • Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) • Taux de césariennes • Sécurité et efficacité des foyers de SLD (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale) • Sécurité et efficacité des soins à domicile • Santé de la population (les taux de tabagisme, d'obésité, d'inactivité physique, de consommation de fruits et de légumes, d'alcoolisme aigu correspondent aux taux provinciaux) • Examens de dépistage préventifs
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Temps d'attente plus élevés pour un placement dans un foyer de SLD, surtout pour les personnes qui attendent chez elles

Remarque : Le RLISS de Waterloo-Wellington dispose d'un nombre relativement peu élevé de spécialistes.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Attente prolongée de 26 jours
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 22 jours
	Placement à partir du domicile	Attente prolongée de 20 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Amélioration de 2 % (Il faut souligner que le paradoxe relatif à l'amélioration au chapitre des ANS et à la hausse des temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD peut s'expliquer par le fait qu'on a utilisé des périodes différentes pour établir des comparaisons au fil du temps.)

RLISS DE HAMILTON-NIAGARA-HALDIMAND-BRANT

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	Accès aux soins primaires
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Temps d'attente pour les soins à domicile - Hospitalisations évitables (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale) - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM - Taux de césariennes - Sécurité et efficacité des SLD - Sécurité et efficacité des soins à domicile - Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD - Santé de la population (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale) - Examens de dépistage préventifs (mais les taux de tests de sang occulte dans les selles sont moins élevés)
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	- Temps d'attente plus élevés aux urgences, surtout pour les patients hospitalisés - Plus de jours-lit ANS - Temps d'attente plus élevés pour un placement dans un foyer de SLD, surtout pour les personnes qui attendent à l'hôpital - Temps d'attente plus élevés pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les tomodensitométries et les examens par IRM (les temps d'attente sont moyens pour d'autres chirurgies, dont les chirurgies de cancer, générales et de la cataracte)

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Attente prolongée de 34 jours
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 28 jours
	Placement à partir du domicile	Attente prolongée de 46 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Amélioration de 3 %. (Il faut souligner que le paradoxe relatif à l'amélioration au chapitre des ANS et à la hausse des temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD peut s'expliquer par le fait qu'on a utilisé des périodes différentes pour établir des comparaisons au fil du temps.)

RLISS DU CENTRE-OUEST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Le taux d'utilisation des statines après un IAM dépasse l'objectif de 90 %
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	- Temps d'attente les plus courts de l'Ontario pour un placement dans un foyer de SLD (mais le taux de personnes placées dans le foyer qu'elles ont choisi en priorité est le plus bas) - Moins de jours-lit ANS - Temps d'attente moins élevés pour les chirurgies générales, les arthroplasties de la hanche, les tomodensitométries - Santé de la population (taux moins élevés de tabagisme, de tabagisme pendant la grossesse, d'alcoolisme aigu, de consommation insuffisante de fruits et de légumes; taux inférieurs de blessures et d'automutilations; toutefois, les taux d'inactivité physique sont supérieurs à la moyenne)
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Accès aux soins primaires - Temps d'attente pour les examens par IRM, les chirurgies du cancer et de la cataracte, les arthroplasties du genou - Temps d'attente pour les soins à domicile - Hospitalisations évitables (taux de réadmission supérieur pour certaines maladies, inférieur pour d'autres) - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Sécurité et efficacité des SLD - Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	- Temps d'attente supérieurs aux urgences - Taux plus élevé de césariennes pour accouchements sans complications - Médicaments administrés dans les foyers de SLD (taux élevés d'antipsychotiques et d'anxiolytiques administrés pour la première fois) - Sécurité et efficacité des soins à domicile - Examens de dépistage préventifs – pires résultats pour la vaccination contre la grippe, les mammographies et les tests de sang occulte dans les selles

Remarque : Le RLISS du Centre-Ouest dispose d'un nombre relativement peu élevé de médecins de famille, de spécialistes et d'infirmières et infirmiers.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Pas de grands changements
	Placement à partir de l'hôpital	Pas de grands changements
	Placement à partir du domicile	Attente réduite de 27 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Pas de grands changements

RLISS DE MISSISSAUGA-HALTON

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Moins de jours-lit ANS • Temps d'attente moins élevés pour les personnes qui attendent à l'hôpital d'être placées dans un foyer de SLD • Hospitalisations évitables – faibles taux d'admissions pour des problèmes pouvant être traités dans le cadre de soins ambulatoires et taux de réadmissions inférieurs pour un IAM, le diabète et des saignements gastro-intestinaux • Temps d'attente moins élevés pour les arthroplasties de la hanche et du genou
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente aux urgences • Accès aux soins primaires • Temps d'attente pour les chirurgies et les tomodensitométries/examens par IRM – correspondent généralement à la moyenne provinciale, mais temps d'attente moins élevés pour les arthroplasties de la hanche et du genou • Temps d'attente pour les soins à domicile • Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) • Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM • Taux de césariennes • Sécurité et efficacité des foyers de SLD (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne) • Sécurité et efficacité des soins à domicile (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne) • Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD • Examens de dépistage préventif (mais résultats plus mauvais pour la vaccination contre la grippe)
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Santé de la population (la plupart des taux correspondent à la moyenne, mais sont plus bas pour le tabagisme pendant la grossesse, l'allaitement tout de suite après l'accouchement, une consommation insuffisante de fruits et de légumes, et les automutilations)

Le RLISS de Mississauga-Halton dispose d'un nombre relativement peu élevé de spécialistes et d'infirmières et infirmiers.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Pas de grands changements
	Placement à partir de l'hôpital	Pas de grands changements
	Placement à partir du domicile	Attente réduite de 25 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Amélioration de 4 %

RLISS DE TORONTO-CENTRE

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	- Taux inférieur de jours-lit ANS - Sécurité et efficacité des foyers de SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne, mais meilleurs résultats pour les moyens de contention, l'aggravation de la dépression et de l'anxiété, et taux inférieur d'antipsychotiques administrés pour la première fois - Santé de la population (taux de tabagisme le plus bas; taux d'obésité moins élevé; taux d'allaitement plus élevés) - Temps d'attente moins élevés pour les arthroplasties de la hanche et du genou
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD - Accès aux soins primaires - Temps d'attente pour les tomodensitométries, les examens par IRM - Temps d'attente pour les chirurgies générales, les chirurgies de la cataracte - Temps d'attente pour les soins à domicile - Hospitalisations évitables – les taux d'hospitalisations pour des problèmes pouvant être traités dans le cadre de soins ambulatoires correspondent à la moyenne provinciale; taux inférieurs à la moyenne au chapitre des taux de réadmissions pour MPOC, AVC, diabète - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM, une ICC - Taux de césariennes - Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD - Examens de dépistage – la plupart des taux correspondent à la moyenne, mais sont plus bas pour les mammographies, les tests de sang occulte dans les selles
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	- Temps d'attente supérieurs aux urgences - Temps d'attente plus élevés pour les chirurgies du cancer - Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne, mais résultats plus mauvais en ce qui concerne le déclin des activités de la vie quotidienne, la dépression et la détérioration des fonctions cognitives - Taux le plus élevé d'infections au VIH

Remarque : Le RLISS de Toronto-Centre dispose d'un nombre relativement élevé médecins de famille et d'infirmières et infirmiers, et la plus forte concentration de spécialistes en Ontario.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Attente prolongée de 20 jours
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 10 jours
	Placement à partir du domicile	Attente prolongée de 48 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Pas de grands changements

RLISS DU CENTRE	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	- Hospitalisations évitables – taux d'admissions très bas pour des problèmes pouvant être traités dans le cadre de soins ambulatoires in Ontario - Sécurité et efficacité des foyers de SLD (taux plus bas pour l'utilisation de moyens de contention; taux plus bas pour le déclin des activités de la vie quotidienne, la douleur, ou la dépression/l'anxiété) - Temps d'attente moins élevés pour les chirurgies, dont les chirurgies de la cataracte et du cancer, les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies générales - Santé de la population – taux moins élevés de tabagisme, d'obésité, d'alcoolisme aigu, d'automutilations et de blessures
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Nombre de jours-lit ANS - Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD - Temps d'attente pour les tomodensitométries et les examens par IRM - Accès aux soins primaires - Temps d'attente pour les soins à domicile - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM, une ICC - Taux de césariennes - Sécurité et efficacité des soins à domicile (résultats supérieurs à la moyenne pour la perte de poids; résultats plus mauvais pour la dépression) - Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD - Examens de dépistage préventifs (la plupart des taux indicateurs correspondent à la moyenne, mais les taux de tests PAP sont plus élevés)
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	Hausse des temps d'attente, surtout pour les patients hospitalisés

Remarque : Le RLISS du Centre dispose d'un nombre relativement peu élevé de spécialistes et d'infirmières et infirmiers.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Attente réduite de 8 jours
	Placement à partir de l'hôpital	Attente réduite de 8 jours
	Placement à partir du domicile	Attente réduite de 20 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Augmentation de 2 %. (Il faut souligner que le paradoxe relatif à l'amélioration au chapitre des ANS et à la hausse des temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD peut s'expliquer par le fait qu'on a utilisé des périodes différentes pour établir des comparaisons au fil du temps.)

11. Analyses des RLISS

RLISS DU CENTRE-EST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	Temps d'attente moins élevés pour les chirurgies générales
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Nombre de jours-lit ANS - Les temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD correspondent à la moyenne provinciale, mais sont supérieurs pour les personnes qui attendent à l'hôpital - Accès aux soins primaires - Temps d'attente pour les tomodensitométries et les examens par IRM et les chirurgies (temps d'attente moins élevés pour les chirurgies générales et plus élevés pour les chirurgies de la cataracte) - Temps d'attente pour les soins à domicile - Hospitalisations évitables (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale; taux de réadmissions moins élevés pour AVC et diabète) - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM - Taux de césariennes - Sécurité et efficacité des SLD - Sécurité et efficacité des soins à domicile - Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD - Santé de la population (les taux de tabagisme, d'obésité correspondent à la moyenne provinciale mais sont supérieurs pour l'inactivité physique) - Examens de dépistage préventifs (mais taux inférieurs pour les tests de sang occulte dans les selles)
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	- Temps d'attente supérieurs aux urgences, surtout pour les patients hospitalisés - Nombre relativement peu élevé de spécialistes et d'infirmières et infirmiers

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Attente prolongée de 26 jours
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 26 jours
	Placement à partir du domicile	Attente prolongée de 8 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Hausse de 3 %

RLISS DU SUD-EST

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux

- Sans objet

Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux

- Temps d'attente aux urgences
- Accès aux soins primaires
- Temps d'attente moins élevés for les chirurgies de la cataracte

Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux

- Nombre de jours-lit ANS
- Temps d'attente pour un placement dans foyer de SLD
- Les temps d'attente pour les chirurgies sont moyens, mais longs pour les examens par IRM
- Hospitalisations évitables (taux de réadmission supérieur pour certaines maladies, inférieur pour d'autres)
- Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM)
- Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM, une ICC
- Taux de césariennes
- Sécurité et efficacité des foyers de SLD (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale; taux plus mauvais pour les infections vésicales, les moyens de contention, les antipsychotiques administrés pour la première fois)
- Sécurité et efficacité des soins à domicile (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale)
- Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD
- Nombre de médecins de famille, de spécialistes et d'infirmières et infirmiers
- Examens de dépistage préventifs (la plupart des taux correspondent à la moyenne provinciale, mais sont plus élevés pour les tests Pap)

Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux

- Temps d'attente plus longs pour les examens par IRM
- Temps d'attente pour les soins à domicile
- Santé de la population (les taux de tabagisme sont plus élevés, taux d'inactivité physique plus bas; taux plus élevés de visites aux urgences pour automutilations et blessures)

Remarque : Le RLISS du Sud-Est dispose d'un nombre relativement plus élevé d'infirmières et infirmiers et d'infirmières et infirmiers praticiens et d'un nombre moyen de médecins.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)

Globalement

Pas de grands changements

Placement à partir de l'hôpital

Attente réduite de 23 jours

Placement à partir du domicile

Pas de grands changements

ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)

Pas de grands changements

11. Analyses des RLISS

RLISS DE CHAMPLAIN

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	- Temps d'attente moins élevés pour les examens par IRM - Hospitalisations évitables (les taux d'admissions pour des problèmes pouvant être traités dans le cadre de soins ambulatoires sont légèrement inférieurs à la moyenne; les taux de réadmissions sont plus bas pour les IAM, l'asthme, les AVC et les saignements gastro-intestinaux)
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Nombre de jours-lit ANS - Temps d'attente aux urgences - Accès aux soins primaires - Temps d'attente pour les tomodesitométriques, les chirurgies du cancer - Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM, une ICC - Taux de césariennes - Sécurité et efficacité des foyers de SLD (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne; résultats plus mauvais pour les moyens de contention mais meilleurs (plus bas) pour les anxiolytiques administrés pour la première fois) - Sécurité et efficacité des soins à domicile (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne) - Santé de la population (résultats moyens pour le tabagisme, l'obésité; taux plus élevé pour l'alcoolisme aigu, taux plus bas d'inactivité physique; taux d'allaitement plus élevé) - Examens de dépistage préventifs (la plupart des taux correspondent à la moyenne, mais les résultats sont meilleurs pour les tests Pap)
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	- Temps d'attente plus élevés pour les arthroplasties de la hanche et du genou, les chirurgies de la cataracte, les chirurgies générales - Temps d'attente les plus longs de la province pour les personnes qui attendent chez elles d'être placées dans un foyer de SLD. (Pour les personnes qui attendent à l'hôpital, les temps d'attente sont proches de la moyenne provinciale.) - Temps d'attente plus longs pour les soins à domicile après une hospitalisation - Deuxième taux de VIH le plus élevé (après le RLISS de Toronto-Centre)

Remarque : Le RLISS de Champlain dispose d'un nombre relativement élevé de médecins de famille et de spécialistes.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Attente réduite de 28 jours
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 11 jours
	Placement à partir du domicile	Attente prolongée de 13 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Hausse de 2 %

RLISS DE SIMCOE NORD-MUSKOKA

Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	Temps d'attente moins élevés aux urgences
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	- Nombre de jours-lit ANS - Accès aux soins primaires (le % de la population sans médecin de famille correspond à la moyenne, mais un très faible % de population peut obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille en temps voulu) - Temps d'attente pour les tomodensitométries, les chirurgies générales et du cancer - Temps d'attente pour les soins à domicile - Hospitalisations évitables (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale; les taux de réadmissions sont plus élevés pour l'asthme, les saignements gastro-intestinaux) - Gestion des maladies chroniques (complications dues au diabète, taux de survie à un IAM) - Médicaments administrés aux patients hospitalisés pour un IAM, une ICC - Taux de césariennes - Sécurité et efficacité des foyers de SLD (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne; taux plus élevé (plus mauvais) pour les benzodiazépines administrés pour la première fois aux résidents) - Sécurité et efficacité des soins à domicile (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne; résultats plus mauvais au chapitre de la détérioration des fonctions cognitives et de la perte de poids non voulue) - Nombre moyen de médecins de famille et d'infirmières et infirmiers; nombre relativement bas de spécialistes; nombre relativement élevé d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés - Examens de dépistage préventifs (taux plus faible d'inactivité physique, et taux de tabagisme plus élevé pendant la grossesse)
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	- Temps d'attente supérieurs pour un placement dans un foyer de SLD - Temps d'attente supérieurs pour les arthroplasties de la hanche et du genou - Taux plus élevé de visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD, surtout pour les cas non urgents

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Attente prolongée de 23 jours
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 14 jours
	Placement à partir du domicile	Attente prolongée de 49 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Pas de grands changements

RLISS DU NORD-EST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente moins élevés aux urgences, surtout pour les patients hospitalisés • Temps d'attente moins élevés pour les examens par IRM, les chirurgies générales
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les tomodensitométries • Taux de césariennes • Sécurité et efficacité des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des soins à domicile • Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD, le taux de visites pour problèmes non urgents évitables est supérieur à la moyenne. • Examens de dépistage préventifs
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Les temps d'attente sont plus élevés pour les arthroplasties de la hanche et du genou, les chirurgies du cancer urgentes, les chirurgies de la cataracte • Plus de jours-lit ANS • Les temps d'attente sont élevés pour un placement dans un foyer de SLD, surtout pour les personnes qui attendent à l'hôpital (mais % plus élevé de personnes placées dans le foyer qu'elles ont choisi en priorité); pourcentage plus élevé de personnes placées dans un foyer de SLD sans que cela ne soit nécessaire (faible score MAPLe) • Accès aux soins primaires – proportion plus faible de personnes ayant un médecin de famille • Temps d'attente pour les soins à domicile • Taux inférieur d'administration des bons médicaments aux personnes hospitalisées pour un IAM • Taux plus élevé d'hospitalisations évitables (admissions pour des problèmes pouvant être traités dans le cadre de soins ambulatoires, et réadmissions pour AVC et IAM) • Très mauvaise gestion des maladies chroniques (taux plus élevés de complications dues au diabète) • Santé de la population (taux plus élevés de tabagisme, d'obésité, d'incidence des IAM, de blessures, d'automutilations; taux moins élevé d'inactivité physique)

Le RLISS du Nord-Est dispose d'un nombre moyen de médecins de famille, d'un nombre relativement faible de spécialistes et d'un nombre relativement élevé d'infirmières et infirmiers et d'infirmières et infirmiers praticiens.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Pas de grands changements
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 21 jours
	Placement à partir du domicile	Pas de grands changements
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Pas de grands changements

RLISS DU NORD-OUEST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente moins élevés aux urgences • Temps d'attente moins élevés pour les tomodensitométries, les examens par IRM et les arthroplasties du genou • Temps d'attente moins élevés pour les soins à domicile après une hospitalisation
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Nombre de jours-lit ANS • Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche, les chirurgies générales • Taux de césariennes • Sécurité et efficacité des soins à domicile (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale) • Visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD • Examens de dépistage préventifs (mais les taux de vaccination contre la grippe sont inférieurs)
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Accès aux soins primaires (% plus élevé de personnes sans médecin de famille; il est plus difficile d'obtenir un rendez-vous le lendemain avec le médecin de famille) • Temps d'attente plus élevés pour les personnes qui attendent chez elles d'être placées dans un foyer de SLD • Temps d'attente plus élevés pour les chirurgies du cancer urgentes • Taux d'administration inférieur des bons médicaments aux patients hospitalisés pour un IAM, une ICC • Très mauvaise gestion des maladies chroniques (taux plus élevés de complications dues au diabète) • Taux supérieur d'hospitalisations évitables (pour des problèmes pouvant être traités dans le cadre de soins ambulatoires; taux le plus élevé de réadmissions pour ICC; taux élevé de réadmissions pour AVC) • Sécurité et efficacité des foyers de SLD (taux plus élevés de perte de poids non voulue, de benzodiazépines administrés pour la première fois, de nouvelles plaies de pression, d'utilisation de moyens de contention) • Santé de la population (taux plus élevés de tabagisme, de tabagisme pendant la grossesse, d'obésité, d'alcoolisme aigu, d'incidence des IAM, de blessures, d'automutilations; taux inférieurs d'inactivité physiques)

Le RLISS du Nord-Ouest dispose d'un nombre moyen de médecins de famille, d'un nombre relativement faible de spécialistes et d'un nombre relativement élevé d'infirmières et infirmiers et d'infirmières et infirmiers praticiens.

LES CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS :

Temps d'attente pour un placement dans un foyer de SLD (avril-juin 2009 à 2009-2010)	Globalement	Attente prolongée de 21 jours
	Placement à partir de l'hôpital	Attente prolongée de 26 jours
	Placement à partir du domicile	Attente réduite de 181 jours
ANS (entre 2008-2009 et 2009-2010)		Pas de grands changements

**Attributs/
Thèmes**

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Direction souhaitée	Ontario	Erie St. Clair	Sud-Ouest	Waterloo Wellington	Hamilton Niagara Brant	Centre-Ouest	Mississauga Halton	Toronto-Centre	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Champlain	Simcoe-Nord Muskoka	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système accessible 2.1 Temps d'attente dans les salles des urgences	Salles des urgences - Pourcentage de patients qui ont quitté les urgences sans être vus, 2009/10	↓ MIEUX	4,7 %	5,2 %	3,4 %	6,1 %	5,7 %	5,8 %	4,5 %	5,3 %	5,3 %	5,3 %	3,6 %	4,6 %	4,1 %	3,9 %	3,4 %
	Salles des urgences - Temps médian avant l'évaluation du médecin, 2009/10	↓ MIEUX	1,2	1,2	0,9	1,5	1,1	1,6	1,3	1,5	1,5	1,4	0,9	1,3	1,0	0,9	0,8
	Salles des urgences - Temps médian entre l'admission et le transfert vers un lit d'hôpital, 2009/10	↓ MIEUX	3,0	1,8	1,8	2,1	4,0	3,3	3,8	3,5	6,0	4,5	2,3	2,9	3,5	1,9	1,8
	90 ^e percentile de temps d'attente pour les patients des urgences complexité élevée, Sep 2010	↓ MIEUX	11,7	9,0	9,3	10,1	14,9	11,7	10,1	14,2	13,2	11,8	9,4	13,2	8,8	10,6	11,2
	90 ^e percentile de temps d'attente pour les patients des urgences faible complexité, Sep 2010	↓ MIEUX	4,3	4,5	3,8	5,3	4,7	4,1	3,7	4,9	3,8	4,3	4,1	5,2	3,7	4,1	4,2
Un système accessible 2.2 Accès aux soins primaires	Pourcentage d'adultes qui n'ont pas de médecin traitant, 2009/10	↓ MIEUX	6,4 %	6,2 %	6,1 %	4,3 %	3,0 %	7,3 %	5,0 %	8,0 %	6,0 %	5,8 %	2,4 %	10 %	5,9 %	14 %	12 %
	Pourcentage d'adultes qui sont tombés malades ou avaient un problème de santé et ont pu consulter leur médecin le jour même ou le lendemain, 2009/10	↓ MIEUX	43 %	31 %	46 %	48 %	45 %	49 %	49 %	48 %	44 %	40 %	46 %	42 %	23 %	34 %	27 %
Un système accessible 2.3 Temps d'attente pour un traite- ment et accès aux spécialistes	Tomodensito- mètres	↑ MIEUX	90 %	96 %	90 %	81 %	90 %	97 %	88 %	95 %	96 %	81 %	78 %	93 %	96 %	88 %	96 %
	Pourcentage de tomodensitométries effectuées dans les délais prescrits priorité 2, Dec 2010	↑ MIEUX	64 %	74 %	78 %	56 %	56 %	75 %	60 %	70 %	59 %	57 %	76 %	61 %	70 %	53 %	81 %
	Pourcentage de tomodensitométries effectuées dans les délais prescrits priorité 3, Dec 2010	↑ MIEUX	81 %	88 %	87 %	95 %	70 %	100 %	89 %	74 %	78 %	85 %	93 %	68 %	81 %	81 %	87 %
	Pourcentage de tomodensitométries effectuées dans les délais prescrits priorité 4, Dec 2010	↑ MIEUX	29	28	25	26	41	14	23	35	41	27	16	34	32	30	23
	90 ^e percentile de temps d'attente pour les tomodensito- mètres, Dec 2010	↓ MIEUX	75 %	86 %	72 %	78 %	57 %	70 %	90 %	76 %	66 %	65 %	61 %	84 %	94 %	73 %	93 %
	Examen par IRM	↑ MIEUX	51 %	78 %	51 %	27 %	40 %	57 %	74 %	51 %	53 %	38 %	20 %	60 %	43 %	56 %	71 %
	Pourcentage d'examen par IRM effectués dans les délais prescrits priorité 3, Dec 2010	↑ MIEUX	30 %	44 %	38 %	62 %	15 %	19 %	13 %	39 %	30 %	32 %	22 %	35 %	17 %	41 %	23 %
	Pourcentage d'examen par IRM effectués dans les délais prescrits priorité 4, Dec 2010	↑ MIEUX	113	50	70	61	120	128	141	125	124	104	100	104	94	113	76
	"90 ^e percentile de temps d'attente pour les	↓ MIEUX															

= Supérieur à la moyenne
 = Plus ou moins égal à la moyenne
 = Inférieur à la moyenne

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Direction souhaitée	Ontario	Erie St. Clair	Sud-Ouest	Waterloo Wellington	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Centre-Ouest	Mississauga Halton	Toronto-Centre	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Champlain	Simcoe-Nord Muskoka	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système accessible 2,3 Temps d'attente pour un traite- ment et accès aux spécialistes	Chirurgies du cancer	↑ MIEUX	67 %	87 %	54 %	64 %	73 %	sv	71 %	60 %	81 %	56 %	sv	71 %	67 %	50 %	56 %
		↑ MIEUX	78 %	86 %	67 %	91 %	72 %	82 %	85 %	72 %	92 %	85 %	83 %	79 %	80 %	67 %	91 %
		↑ MIEUX	93 %	96 %	84 %	96 %	89 %	93 %	96 %	88 %	99 %	99 %	88 %	98 %	100 %	89 %	100 %
		↓ MIEUX	51	43	71	40	56	62	54	55	34	43	40	49	44	47	32
		↑ MIEUX	90 %	97 %	29 %	sv	75 %	sv	sv	sv	100 %	sv	sv	sv	60 %	sv	sv
	Chirurgies de la cataracte	↑ MIEUX	83 %	81 %	99 %	100 %	72 %	sv	89 %	96 %	100 %	81 %	98 %	55 %	97 %	59 %	sv
		↑ MIEUX	98 %	100 %	99 %	100 %	98 %	99 %	96 %	100 %	100 %	96 %	99 %	94 %	97 %	93 %	98 %
		↓ MIEUX	122	68	72	94	143	116	160	112	82	156	93	169	151	124	78
		↑ MIEUX	74 %	sv	83 %	sv	73 %	sv	sv	91 %	sv	sv	50 %	63 %	sv	sv	sv
	Arthroplasties de la hanche	↑ MIEUX	66 %	100 %	54 %	80 %	62 %	sv	63 %	95 %	88 %	74 %	75 %	26 %	47 %	53 %	sv
		↑ MIEUX	84 %	100 %	95 %	100 %	74 %	100 %	91 %	91 %	100 %	81 %	94 %	51 %	67 %	82 %	86 %
		↓ MIEUX	206	93	163	97	235	131	128	125	140	185	141	351	243	323	203
	Arthroplasties du genou	↑ MIEUX	63 %	sv	sv	sv	57 %	sv	sv	100 %	sv	63 %	sv	sv	sv	sv	sv
		↑ MIEUX	63 %	89 %	44 %	69 %	49 %	86 %	75 %	85 %	82 %	78 %	74 %	34 %	45 %	61 %	77 %
		↑ MIEUX	88 %	94 %	86 %	90 %	86 %	90 %	94 %	96 %	94 %	90 %	79 %	81 %	80 %	63 %	92 %
	90* percentile de temps d'attente pour les arthroplasties du genou, Dec 2010	↓ MIEUX	200	126	211	176	209	180	138	135	166	172	160	226	228	427	173

*SV = sans valeur pour ce RLISS

■ = Supérieur à la moyenne

■ = Plus ou moins égal à la moyenne

■ = Inférieur à la moyenne

**Attributs/
Thèmes**

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Direction souhaitée	Ontario	Erie St. Clair	Sud-Ouest Wellington	Hamilton Niagara	Centre-Ouest	Mississauga Halton	Toronto-Centre	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Champlain	Simcoe-Nord Muskoka	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système accessible 2.3 Temps d'attente pour un traite- ment et accès aux spécialistes	Chirurgies générales		83 %	89 %	82 %	sv	72 %	100 %	91 %	78 %	100 %	83 %	88 %	95 %	79 %	81 %
		↑ MIEUX														
		↑ MIEUX	91 %	87 %	92 %	98 %	87 %	100 %	88 %	83 %	98 %	94 %	89 %	83 %	94 %	91 %
		↑ MIEUX	97 %	94 %	97 %	96 %	96 %	99 %	99 %	96 %	99 %	96 %	93 %	100 %	98 %	93 %
Un système accessible 2.4 Accès aux soins de longue durée et aux soins à domicile	90 ^e percentile de temps d'attente pour les chirurgies générales, Dec 2010	↓ MIEUX	97	101	104	79	104	60	86	110	80	99	154	101	90	107
		↓ MIEUX														
	Temps médian (en jours) d'attente avant le placement dans un foyer de SLD, 2009/10:	↓ MIEUX	113	92	84	182	178	47	120	98	116	111	209	143	133	139
		↓ MIEUX	58	44	47	64	107	28	40	63	48	61	58	85	125	71
Un système efficace 3.1 Prescription des traitements adéquats dans les hôpitaux	Pourcentage de résidents placés du premier coup dans le foyer de soins de longue durée de leur premier choix, 2009/10	↑ MIEUX	173	119	125	266	215	77	176	195	194	148	314	223	151	229
		↑ MIEUX	39 %	39 %	40 %	34 %	43 %	30 %	36 %	43 %	36 %	40 %	39 %	36 %	49 %	35 %
	Pourcentage de patients âgés avant eu un IAM qui, dans les 90 jours qui suivent la sortie de l'hôpital, font remplir une ordonnance pour les médicaments recommandés : (2009/10)	↑ MIEUX	79 %	77 %	79 %	87 %	76 %	80 %	76 %	80 %	81 %	83 %	83 %	80 %	72 %	72 %
	IECA/ARA	↑ MIEUX	78 %	76 %	78 %	83 %	79 %	83 %	82 %	77 %	79 %	81 %	78 %	77 %	72 %	75 %
	statine	↑ MIEUX	87 %	86 %	82 %	87 %	86 %	93 %	88 %	88 %	90 %	89 %	90 %	86 %	82 %	87 %
	les trois à la fois	↑ MIEUX	59 %	57 %	57 %	68 %	57 %	66 %	61 %	62 %	61 %	63 %	63 %	58 %	46 %	51 %
	bétabloquants	↑ MIEUX	66 %	61 %	63 %	73 %	65 %	71 %	64 %	68 %	67 %	72 %	70 %	65 %	62 %	59 %
	IECA/ARA	↑ MIEUX	71 %	68 %	70 %	78 %	75 %	71 %	73 %	69 %	72 %	66 %	69 %	71 %	70 %	73 %
	les deux à la fois	↑ MIEUX	50 %	45 %	48 %	59 %	50 %	51 %	50 %	51 %	51 %	49 %	52 %	49 %	48 %	46 %
		↑ MIEUX														

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Direction souhaitée	Ontario	Erie St. Clair	Sud-Ouest	Waterloo Wellington	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Centre-Ouest	Mississauga Halton	Toronto-Centre	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Champlain	Simcoe-Nord Muskoka	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système efficace 3.1 Prescription des traitements adéquats dans les hôpitaux	Taux d'accouchements par césarienne (pour 100 accouchements), 2009/10	↓ MIEUX	28 %	25 %	22 %	26 %	29 %	30 %	28 %	30 %	30 %	30 %	28 %	29 %	31 %	29 %	25 %
	Taux de femmes primaires accouchant à terme par césarienne (pour 100 accouchements), 2009/10	↓ MIEUX	15 %	13 %	10 %	13 %	15 %	19 %	13 %	17 %	15 %	16 %	16 %	13 %	17 %	14 %	14 %
	Pourcentage de personnes diabétiques qui ont eu un examen de la vue au cours des 12 derniers mois, 2009/10	↑ MIEUX	51 %	54 %	54 %	55 %	53 %	46 %	49 %	46 %	47 %	51 %	55 %	52 %	51 %	55 %	55 %
	Pourcentage de personnes âgées diabétiques (66 ans et plus) qui, au cours de l'année écoulée, ont régulièrement fait remplir une ordonnance pour : statine	↑ MIEUX	60 %	58 %	58 %	58 %	61 %	59 %	60 %	60 %	60 %	63 %	60 %	60 %	60 %	59 %	57 %
	IECA/ARA	↑ MIEUX	67 %	69 %	67 %	68 %	71 %	66 %	66 %	64 %	65 %	70 %	67 %	65 %	69 %	70 %	69 %
Un système efficace 3.2 Gestion des maladies chroniques	les deux à la fois	↑ MIEUX	48 %	46 %	45 %	46 %	50 %	47 %	48 %	47 %	47 %	51 %	47 %	46 %	48 %	46 %	46 %
	Pourcentage de patients diabétiques depuis plus d'un an qui ont, dans l'année, une complication grave due au diabète : toute complication grave, 2009/10	↓ MIEUX	4,3	4,7	4,5	4,4	4,7	3,8	3,4	4,2	3,4	4,1	4,8	4,3	4,9	5,4	5,7
	Taux de mortalité rajusté (possibilité de décès) dans l'année après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque congestive, 2008/09	↓ MIEUX	35	37	40	35	35	30	33	36	36	35	38	36	41	37	35
	Taux de mortalités rajusté pour 100 patients cardiaques de 30 jours à un an après leur première crise cardiaque, 2008/09	↓ MIEUX	9,1	9,7	10	9,8	9,6	8,8	8,9	10	9,3	9,1	9,7	8,8	9,9	10	9,5
	Taux d'hospitalisations, par tranche de 100 000 habitants, liés à des affections qui auraient pu être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires, 2009/10	↓ MIEUX	278	338	300	236	325	280	203	241	181	254	317	257	317	491	529
Un système efficace 3.3 Hospitalisations évitable	Taux de réadmissions pour des problèmes particuliers ou associés : (2009/10) IAM (crise cardiaque)	↓ MIEUX	4,25	5,1	3,9	3,6	4,2	6,3	3,0	3,2	3,7	3,3	3,5	3,1	3,3	8,2	5,1
	insuffisance cardiaque congestive	↓ MIEUX	11,09	13	8,5	7,9	11	11	10	12	11	10	11	12	12	12	16
	asthme	↓ MIEUX	3,86	5,1	4,1	1,3	3,5	5,9	4,7	3,4	4,0	3,9	0,0	2,3	6,1	2,9	0,0
	maladie pulmonaire obstructive	↓ MIEUX	7,65	7,2	6,4	8,0	8,1	7,4	5,8	12	5,0	7,7	10	8,1	6,7	7,0	6,7
	AVC	↓ MIEUX	2,64	2,9	3,1	1,9	2,5	2,4	2,1	3,5	2,9	1,9	1,2	1,9	2,1	4,1	2,5
	hémorragie digestive (HD)	↓ MIEUX	1,75	2,8	2,1	2,5	1,8	1,2	1,1	1,4	1,1	2,6	1,6	0,8	2,5	1,4	3,1
	maladie gastro-intestinale	↓ MIEUX	7,8	8,3	8,2	7,5	7,7	6,7	6,7	8,1	7,1	8,0	8,1	7,1	9,0	9,2	8,2
	diabète	↓ MIEUX	5,38	3,9	4,7	2,0	7,9	2,2	1,7	7,6	4,5	8,3	7,6	6,1	5,8	5,9	4,3

143

**Attributs/
Thèmes**

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Direction souhaitée	Ontario	Erie St. Clair	Sud-Ouest	Waterloo Wellington	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Centre-Ouest	Mississauga Halton	Toronto-Centre	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Champlain	Simcoe-Nord Muskoka	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système efficace 3.4 Veiller sur la santé des résidents des foyers de soins de longue durée	Pourcentage de résidents/ clients : (2009/10)	dont la fonction vésicale s'est détériorée	21 %	25 %	25 %	23 %	24 %	19 %	18 %	17 %	17 %	19 %	20 %	21 %	22 %	23 %	24 %
		éprouvant de plus en plus de difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne (s'habiller, se nourrir, faire sa toilette)	33 %	38 %	36 %	35 %	38 %	31 %	31 %	30 %	28 %	31 %	36 %	34 %	34 %	34 %	30 %
		dont les douleurs se sont récemment aggravées	12 %	14 %	14 %	13 %	14 %	10 %	10 %	9 %	9 %	10 %	13 %	12 %	13 %	14 %	11 %
		dont les symptômes de dépression ou d'anxiété se sont aggravés	26 %	32 %	30 %	32 %	30 %	21 %	24 %	17 %	18 %	24 %	30 %	27 %	29 %	26 %	25 %
		chez qui est récemment apparu un déclin de leurs capacités linguistiques, mnésiques et cognitives	13 %	15 %	15 %	14 %	14 %	12 %	14 %	10 %	11 %	12 %	11 %	14 %	14 %	12 %	9,4 %
		ayant récemment subi une perte de poids involontaire	7,1 %	7,3 %	6,8 %	8,9 %	6,3 %	7,8 %	6,3 %	6,7 %	7,1 %	6,9 %	7,2 %	6,5 %	8,0 %	6,8 %	12 %
Un système efficace 3.5 Maintenir l'état de santé des personnes nécessitant des soins à domicile	Pourcentage de résidents/ clients : (2009/10)	dont la fonction vésicale s'est récemment dégradée ou ne s'est pas améliorée depuis la dernière évaluation	50 %	47 %	48 %	54 %	52 %	59 %	54 %	47 %	55 %	49 %	49 %	50 %	53 %	44 %	50 %
		qui ont soit une nouvelle difficulté à accomplir les tâches normales de la vie quotidienne (s'habiller, manger, faire sa toilette), soit un problème existant qui ne diminue pas	46 %	45 %	41 %	55 %	48 %	60 %	51 %	52 %	45 %	46 %	49 %	43 %	43 %	41 %	45 %
		souffrant de douleurs mal contrôlées	24 %	24 %	22 %	23 %	24 %	22 %	23 %	25 %	24 %	24 %	25 %	24 %	23 %	20 %	24 %
		qui présentent des signes graves de dépression (par exemple, tristesse profonde, désintérêt par rapport aux activités normales)	9 %	6,1 %	8,2 %	7,6 %	8,2 %	11 %	7,2 %	12 %	14 %	9,8 %	6,4 %	8,1 %	8,3 %	7,0 %	7,9 %
		chez qui est récemment apparu un déclin de leurs capacités linguistiques, mnésiques et cognitives	51 %	43 %	47 %	52 %	52 %	61 %	47 %	57 %	49 %	55 %	54 %	62 %	57 %	46 %	50 %
		ayant de nouvelles difficultés à communiquer avec les gens ou à les comprendre ou ayant un trouble existant qui ne diminue pas au cours d'une période	17 %	14 %	17 %	18 %	18 %	21 %	17 %	19 %	16 %	18 %	20 %	20 %	19 %	15 %	17 %
		donnée	4,3 %	3,3 %	4,2 %	5,3 %	5,2 %	5,9 %	3,8 %	4,8 %	2,8 %	4,3 %	4,3 %	3,9 %	6,0 %	4,6 %	5,1 %

= Supérieur à la moyenne
 = Plus ou moins égal à la moyenne
 = Inférieur à la moyenne

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Direction souhaitée	Ontario	Érte St. Clair	Sud-Ouest	Waterloo Wellington	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Centre-Ouest	Mississauga Halton	Toronto-Centre	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Champlain	Simcoe-Nord Muskoka	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système sécuritaire 4.3 La mortalité hospitalière	Taux rajusté des décès à l'hôpital dans les 30 jours par 100 patients admis pour une crise cardiaque, 2008/09	↓ MEUX	9,6	10	10	9,3	11	10	11	10	9,8	11,5	8,9	8,7	13	14	8,2
	Pourcentage de personnes âgées résidentes d'un foyer de SLD à qui a été prescrit un médicament qui ne devrait pas être prescrit à une personne âgée (liste Beers), 2009/10	↓ MEUX	19 %	21 %	20 %	17 %	18 %	18 %	16 %	16 %	18 %	19 %	22 %	17 %	22 %	22 %	20 %
	Pourcentage de nouveaux résidents d'un foyer de SLD (âgés de 66 ans et plus) auxquels sont prescrits sans raison claire des antipsychotiques, 2008/09	↓ MEUX	14 %	17 %	14 %	10 %	17 %	21 %	9 %	10 %	15 %	12 %	20 %	11 %	17 %	10 %	13 %
	Pourcentage de nouveaux résidents d'un foyer de SLD (âgés de 66 ans et plus) auxquels sont prescrits sans raison claire des benzodiazépines, 2008/09	↓ MEUX	24 %	21 %	25 %	24 %	28 %	32 %	22 %	20 %	25 %	29 %	22 %	14 %	31 %	24 %	31 %
Un système sécuritaire 4.3 Éviter les préjudices dans les établisse- ments de soins de longue durée	Rate of falls among seniors (aged 65+) resulting in an emergency department visit or inpatient hospitalization per 100 resident-years in long-term care homes, 2008/09	↓ MEUX	14,0	13	13	12	13	15	15	13	15	15	12	16	16	16	15
	Pourcentage de résidents : (2009/10)	↓ MEUX	2,7 %	3,4 %	3,1 %	3,1 %	3,0 %	2,7 %	2,5 %	2,8 %	2,2 %	2,5 %	3,0 %	2,7 %	2,9 %	2,4 %	3,7 %
	d'un foyer de SLD avec une nouvelle plaie de pression (stade 2 ou supérieur)	↓ MEUX	14 %	16 %	15 %	16 %	15 %	11 %	13 %	10 %	10 %	12 %	15 %	15 %	15 %	14 %	11 %
	d'un foyer de SLD dont les troubles du comportement se sont récemment aggravés	↓ MEUX	5,4 %	5,2 %	5,8 %	5,4 %	6,2 %	5,1 %	5,8 %	4,4 %	4,5 %	4,3 %	6,9 %	5,8 %	6,4 %	5,4 %	5,0 %
Un système sécuritaire 4.5 Éviter les préjudices dans les soins à domicile	d'un foyer de SLD qui ont récemment eu une infection urinaire	↓ MEUX	17 %	22 %	17 %	19 %	17 %	9 %	11 %	10 %	12 %	18 %	24 %	23 %	14 %	20 %	23 %
	d'un foyer de SLD qui étaient sous contention	↓ MEUX	14 %	14 %	15 %	15 %	14 %	14 %	14 %	14 %	13 %	13 %	14 %	14 %	14 %	15 %	14 %
	d'un foyer de SLD qui ont fait une chute au cours des 30 jours	↓ MEUX	25 %	27 %	24 %	27 %	29 %	26 %	28 %	23 %	23 %	23 %	26 %	25 %	30 %	25 %	28 %
	recevant des soins à domicile qui ont déclaré avoir fait une chute dans les 90 derniers jours	↓ MEUX	1,5 %	1,7 %	1,4 %	2,0 %	2,1 %	1,7 %	1,7 %	1,5 %	1,5 %	1,2 %	1,6 %	1,4 %	3,6 %	1,2 %	1,6 %
Efficient 6.2 Les bons services au bon endroit	recevant des soins à domicile chez lesquels une nouvelle plaie de pression est apparue (de stade 2 à 4)	↓ MEUX	12 %	10 %	12 %	10 %	13 %	11 %	12 %	13 %	12 %	12 %	12 %	10 %	9 %	13 %	7 %
	recevant des soins à domicile qui ont des lésions, brûlures ou fractures inexplicables	↓ MEUX	16 %	11 %	12 %	18 %	21 %	10 %	9 %	12 %	15 %	18 %	17 %	16 %	20 %	28 %	18 %
Efficient 6.3 Visites aux urgences évitables	Pourcentage de jours-lits de soins actifs désignés ANS, 2009/10	↓ MEUX	23 %	24 %	24 %	20 %	22 %	23 %	22 %	23 %	23 %	24 %	23 %	20 %	23 %	31 %	20 %
	Pourcentage de personnes placées dans un foyer de SLD qui n'ont pas des besoins élevés ou très élevés et pourraient être prises en charge ailleurs, 2009/10	↓ MEUX	21,2	22	20	14	17	26	25	24	25	23	17	21	23	20	25
	Taux de visites aux urgences évitables pour 100 résidents de foyers de SLD, par an, 2009/10	↓ MEUX	7,8	7,9	9,8	7,4	5,9	4,4	3,4	6,1	6,2	9,1	9,2	9,4	11,4	11,3	8,1
	Taux de visites aux urgences pour des problèmes non urgents pour 100 résidents de foyers de SLD, par an, 2009/10	↓ MEUX															

**Attributs/
Thèmes**
Indicateur

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Direction souhaitée	Ontario	Erie St. Clair	Sud-Ouest	Waterloo Wellington	Hamilton Niagara Halimand Brant	Centre-Ouest	Mississauga Halton	Toronto-Centre	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Champlain	Simcoe-Nord Muskoka	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système efficient 6.4 Éviter les médicaments et les examens inutiles	Taux de radiographie pulmonaire pour 100 chirurgies de la cataracte, 2009/10	↓ MIEUX	3,93	3,1	3,1	2,6	3,5	3,7	3,9	5,3	5,7	4,5	3,4	3,5	3,3	3,4	7,4
	Pourcentage de personnes âgées souffrant d'hypertension sans complication*, qui ont reçu un thiazidique comme premier traitement au cours de l'année qui suit le diagnostic, 2009/10	↑ MIEUX	17 %	13 %	20 %	20 %	16 %	19 %	15 %	15 %	13 %	14 %	21 %	22 %	17 %	19 %	22 %
	Nombre de : (pour 100 000 habitants)		88	64	84	80	78	65	75	141	81	70	104	114	88	95	108
	spécialistes, 2009		99	61	110	60	102	47	62	298	70	60	112	132	55	66	71
Un système adéquatement outillé 7.4 Ressources humaines dans le domaine de la santé	infirmières et infirmiers praticiens, 2010		11	12	15	12	12	3	4	23	3	6	17	13	12	25	31
	infirmières et infirmiers autorisés, 2010		713	680	929	554	736	308	474	1374	437	501	901	859	682	927	1 065
	infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, 2010		231	260	305	233	262	98	110	238	140	195	374	269	294	411	465
	Pourcentage de personnes qui quittent l'hôpital après un AVC et sont admis dans un centre de réadaptation, 2010	↓ MIEUX	29 %	34 %	28 %	25 %	25 %	22 %	33 %	28 %	29 %	34 %	25 %	29 %	27 %	25 %	36 %
Un système intégré 8.1 Sortie de l'hôpital/transition après une hospitalisation ou des soins primaires Un système centré sur la santé de la population 9.1 Des comportements nuisibles pour la santé	Pourcentage de la population qui fume, 2009	↓ MIEUX	19 %	21 %	22 %	18 %	21 %	14 %	17 %	13 %	17 %	18 %	24 %	18 %	27 %	26 %	25 %
	Pourcentage de la population qui est exposée à la fumée secondaire, 2009	↓ MIEUX	18 %	18 %	19 %	16 %	18 %	16 %	19 %	11 %	18 %	24 %	20 %	15 %	21 %	20 %	17 %
	Pourcentage de personnes/population : (2009)	↓ MIEUX	21 %	22 %	21 %	23 %	23 %	14 %	22 %	22 %	16 %	17 %	23 %	26 %	25 %	24 %	28 %
	souffrant d'alcoolisme aigu	↓ MIEUX	18 %	21 %	22 %	17 %	20 %	17 %	14 %	13 %	14 %	19 %	22 %	19 %	18 %	26 %	27 %
	obèses	↓ MIEUX	49 %	51 %	51 %	50 %	45 %	60 %	49 %	51 %	52 %	55 %	41 %	42 %	42 %	44 %	39 %
	physiquement inactive	↓ MIEUX	56 %	62 %	61 %	58 %	59 %	48 %	51 %	58 %	58 %	55 %	54 %	53 %	56 %	59 %	58 %
Un système centré sur la santé de la population 9.2 Santé de la mère et du nourrisson	qui ne consomme pas suffisamment de fruits et de légumes	↓ MIEUX	88 %	68 %	86 %	92 %	80 %	90 %	93 %	95 %	92 %	88 %	80 %	94 %	82 %	86 %	82 %
	Pourcentage de femmes qui ont fumé pendant la grossesse, 2009/10	↓ MIEUX	12 %	18 %	18 %	13 %	17 %	6 %	6 %	5 %	4 %	11 %	24 %	11 %	19 %	27 %	36 %

= Supérieur à la moyenne
 = Plus ou moins égal à la moyenne
 = Inférieur à la moyenne

Attributs/ Thèmes	Indicateur	Direction souhaitée	Ontario	Erie St. Clair	Sud-Ouest	Waterloo Wellington	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Centre-Ouest	Mississauga Halton	Toronto-Centre	Centre	Centre-Est	Sud-Est	Champlain	Simcoe-Nord Muskoka	Nord-Est	Nord-Ouest
Un système centré sur la santé de la population 9.3 Santé sexuelle	Taux de VIH pour 100 000 habitants, 2008	↓ MIEUX	8,6	2,9	3,6	4,1	6,8	2,3	5,2	43	4,5	3,5	3,5	14	1,8	6,5	2,1
	Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus ayant indiqué qu'elles se sont fait vacciner contre la grippe au cours de l'année précédant l'enquête, 2009	↑ MIEUX	72 %	77 %	74 %	73 %	66 %	69 %	63 %	71 %	71 %	76 %	78 %	72 %	68 %	73 %	66 %
	Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont eu une mammographie au cours d'une période de deux ans, 2008/09	↑ MIEUX	67 %	69 %	67 %	66 %	65 %	62 %	67 %	60 %	70 %	68 %	66 %	70 %	63 %	67 %	69 %
	Pourcentage d'Ontariennes âgées de 20 à 69 ans qui ont passé un test Pap sur une période de trois ans, 2007/09	↑ MIEUX	72 %	68 %	72 %	74 %	72 %	69 %	72 %	70 %	74 %	72 %	77 %	79 %	70 %	71 %	72 %
	Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans ayant indiqué qu'elles ont passé un test de recherche de sang occulte dans les selles sur une période de deux ans, 2009	↑ MIEUX	35 %	40 %	35 %	40 %	33 %	30 %	42 %	25 %	35 %	33 %	36 %	41 %	32 %	34 %	40 %
Un système centré sur la santé de la population 9.5 Décès et préjudices évitables grâce à la prévention	Pourcentage de femmes de 65 ans ayant passé une densitométrie osseuse depuis l'âge de 55 ans, 2009/10	↑ MIEUX	81 %	71 %	73 %	82 %	85 %	83 %	87 %	86 %	88 %	84 %	74 %	83 %	84 %	71 %	57 %
	Taux de mortalité par cancer du côlon pour 100 000 personnes, 2003-2007	↓ MIEUX	19,90	21	22	19	20	15	19	19	18	19	21	22	22	21	21
	Taux d'infarctus aigu du myocarde (IAM) pour 100 000 personnes âgées de 20 ans et plus, 2009/10	↓ MIEUX	203 08	237	212	219	251	202	164	150	149	198	216	194	242	282	299
	Taux de visites aux urgences pour automutilation pour 100 000 personnes âgées de 12 ans et plus, 2009/10	↓ MIEUX	88,4	77	107	120	107	57	61	69	49	90	135	84	110	156	224
	Taux de visites aux urgences pour blessures pour 100 000 personnes, 2009/10	↓ MIEUX	8 845,1	9 126	12 964	8 088	10 097	6 446	6 665	6 927	6 571	8 486	12 815	8 276	11 530	13 579	14 913
	Taux d'hospitalisations pour blessures pour 100 000 personnes, 2009/10	↓ MIEUX	404,2	444	548	413	489	303	315	352	290	360	387	343	491	679	822

= Supérieur à la moyenne
 = Plus ou moins égal à la moyenne
 = Inférieur à la moyenne

12.1

Exemples de réussite – Réduire les temps d'attente aux urgences

Organismes : L'Hôpital Mount Sinai, grand hôpital universitaire de Toronto, l'Hôpital Memorial Oakville-Trafalgar, hôpital communautaire à volume très élevé, et l'Hôpital de Georgetown, hôpital communautaire à volume élevé. Ces deux hôpitaux relèvent des Halton Healthcare Services.

Objectifs et mesures : Accroître le pourcentage de patients admis et non admis traités dans les délais recommandés (quatre et huit heures respectivement) et réduire le 90^e percentile de temps d'attente passé aux urgences pour les patients admis, les patients non admis nécessitant des soins d'urgence et les patients non admis nécessitant des soins peu urgents.

Idées de changement :

Hôpital Mount Sinai :

- Établir une zone d'évaluation accélérée au service des urgences en juillet 2008, comprenant une salle d'attente pour les patients qui n'ont pas besoin d'une civière pendant toute la durée des soins, mais doivent être examinés ou traités en privé. Cette salle d'attente permet aux patients d'occuper une civière à tour de rôle, ce qui accélère le processus et réduit les attentes.
- Établir un programme de « soins infirmiers à l'arrivée » pour la prise en charge immédiate des patients par une infirmière ou un infirmier dès leur arrivée.
- Charger un membre du personnel infirmier d'entreprendre les tests de diagnostic et les interventions.
- Prévoir des porteurs pour aider les technologues en imagerie à déplacer les patients, prolonger les heures des tomodensitométries, prévoir des technologues supplémentaires pour certains postes de nuit et collaborer étroitement avec le service d'imagerie diagnostique pour les personnes qui se présentent aux urgences.
- Établir le nouveau poste de coordonnateur du flux des patients et appuyer les changements de politique et de processus améliorant le flux des patients des urgences vers les unités de soins hospitaliers.

Hôpital Memorial Oakville-Trafalgar :

- Établir une zone d'évaluation accélérée semblable à celle décrite ci-dessus.
- Établir des postes de contrôleurs aux urgences pour aider les infirmières et infirmiers submergés de travail et faire la liaison entre les urgences et les unités de soins hospitaliers.
- Modifier les rôles et les responsabilités afin que chaque professionnel se concentre sur un domaine de soins aux urgences; par exemple, confier les tests de laboratoire à un aide de laboratoire médical, gérer le flux ou traiter les prescriptions – tâches jusque-là assumées par le personnel infirmier submergé de travail.

- Organiser des réunions hebdomadaires sur les activités aux urgences ou effectuer régulièrement des vérifications afin d'étudier les progrès et de trouver des solutions aux obstacles.

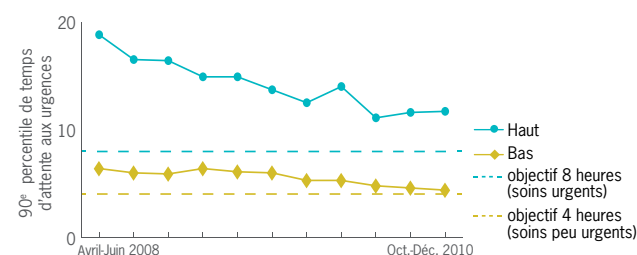
Hôpital de Georgetown :

- Diviser le service des urgences en plusieurs unités plus petites, chacune traitant les patients nécessitant des soins de même niveau et établir des zones d'évaluation et de traitement accélérés comme celle décrite ci-dessus.
- Établir sept « lits flexibles » et faire face aux hausses soudaines de la demande en modifiant les fonctions et en accroissant les heures du personnel infirmier et de bureau.

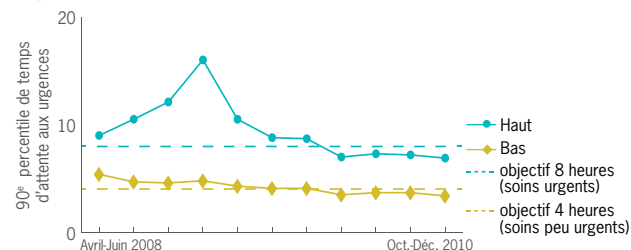
Résultats :

Ces trois hôpitaux ont réussi à réduire considérablement les attentes aux urgences en moins de trois ans. Pour les patients nécessitant des soins peu urgents, l'Hôpital Mount Sinai a réduit de deux heures le 90^e percentile de temps d'attente aux urgences, et l'Hôpital Memorial Oakville-Trafalgar et l'Hôpital de Georgetown l'ont réduit d'une heure. Pour ce qui est des patients nécessitant des soins d'urgence, l'Hôpital Mount Sinai a réduit les attentes aux urgences de 7,1 heures, soit de plus d'un tiers. L'Hôpital Memorial Oakville-Trafalgar et l'Hôpital de Georgetown ont réduit les attentes de 2,1 heures et de 1,4 heure respectivement.

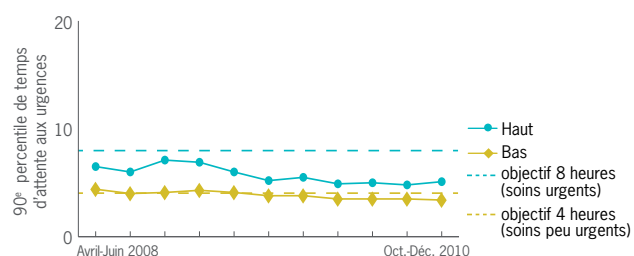
Hôpital Mount Sinai



Hôpital Memorial Oakville-Trafalgar



Hôpital de Georgetown



Principaux résultats enregistrés en Ontario, octobre-décembre 2010 :

D'autres hôpitaux de la province peuvent viser ou dépasser les objectifs atteints par ces organismes :

Hôpital	Type	90 ^e percentile de temps d'attente		Pourcentage de patients traités dans les délais recommandés		
		Soins peu urgents	Soins urgents	Patients admis	Patients non admis nécessitant des soins urgents	Patients non admis nécessitant des soins peu urgents
Mount Sinai	Hôpital universitaire	5,1 heures	13,2 heures	32 %	91 %	85 %
Oakville-Trafalgar	Hôpital communautaire à volume très élevé	3,7 heures	6,9 heures	72 %	100 %	95 %
Georgetown	Hôpital communautaire à volume élevé	3,7 heures	5,1 heures	93 %	100 %	95 %

12.2



Exemples de réussite – Soins primaires

Organismes :

- L'Équipe de santé familiale de North York (ESF), grande équipe interdisciplinaire comprenant 56 médecins, infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers praticiens, pharmaciens, travailleurs sociaux et diététistes. L'ESF dessert 54 000 patients dans neuf établissements situés à North York.
- L'Équipe de santé familiale du Centre médical de Smithville, qui se compose de huit médecins de famille et infirmières et infirmiers, et dessert la petite localité de Smithville, au sud-est de Hamilton.

Objectifs et mesures :

- Réduire le temps d'attente avant un rendez-vous, mesuré par l'attente jusqu'au troisième rendez-vous.
- Maintenir à moins de 60 minutes la durée totale entre le moment où une personne arrive au cabinet et celui où elle le quitte (« cycle des visites »).
- Faire en sorte que la moitié du temps passé au cabinet soit consacrée à la consultation (objectif « 50 % du temps en zone rouge »).
- Améliorer la continuité des soins afin que les patients puissent être vus par leur soignant attiré au moins 85 % du temps.

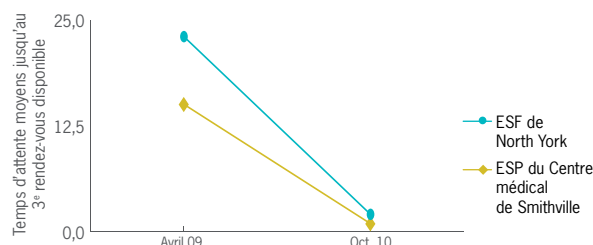
Idées de changement :

Prise de rendez-vous :

- Surveiller l'offre et la demande pour les rendez-vous et veiller en permanence à ce qu'elles soient équilibrées.
- Chaque semaine, prévoir des plages de rendez-vous supplémentaires afin de réduire les attentes.
- Réduire le nombre de visites de quatre à deux par an pour les patients atteints de maladie chronique dont l'état se stabilise afin d'accueillir d'autres patients.
- Commencer à recevoir les gens tôt dans la journée pour accommoder les patients qui appellent le matin pour avoir un rendez-vous dans la journée.

Amélioration de l'efficacité :

- Approvisionner toutes les salles d'examen d'un ensemble complet de fournitures et de matériel identiques pour que les soignants puissent disposer rapidement de ce dont ils ont besoin.
- Investir dans un système de dossier médical électronique (DME) pour réduire la documentation et le temps d'accès à l'information.

Résultats :**Équipes dont les temps d'attente moyens jusqu'au 3^e rendez-vous disponible se sont améliorés**

Ce qui suit représente les résultats affichés par certains cabinets médicaux au sein de chaque ESF :

- Les deux ESF ont amélioré la durée moyenne des attentes jusqu'au troisième rendez-vous; au Centre médical de Smithville, l'attente est passée à zéro jour en août 2009.
- Les deux ESF ont dépassé l'objectif « 50 % du temps en zone rouge », et ont réussi à maintenir le cycle de visites moyen à moins de 60 minutes.
- Les deux ESF ont dépassé de 85 % l'objectif de prestation des soins par le même soignant, l'ESF de North York ayant réussi à presque 100 % depuis April 2010.

Chaque ESF est en voie d'élargir ces améliorations à tous les médecins et patients du cabinet.

12.3



Exemples de réussite – Temps d'attente pour les chirurgies

Organisme : Hôpital général de North York

Objectifs et mesures : Maximiser le pourcentage de patients qui se font opérer dans les délais recommandés, pour toutes les chirurgies et tous les niveaux de priorité.

Idées de changement :

- Affecter un chirurgien général traitant, un résident en chirurgie générale, ouvrir des services de soins de cancérologie d'urgence et des blocs opératoires pour examiner et traiter sans attendre les patients qui se présentent aux urgences pour recevoir des soins chirurgicaux, donner la priorité aux cas de cancer urgents et faire face aux volumes supplémentaires.
- Suivi continu, avec 84 cabinets de chirurgie, afin de déterminer et de régler les problèmes de qualité, par exemple, noter les rendez-vous en temps voulu, attribuer les bons niveaux de priorité, noter les dates auxquelles les patients ne sont pas disponibles, etc.
- Pour les chirurgies du cancer, organiser des conférences de cancérologie multidisciplinaires afin de diriger des études de cas, d'améliorer la qualité et d'assurer que les bons soins sont dispensés au bon moment.
- Utiliser le financement des temps d'attente pour recruter un coordonnateur de la stratégie de réduction des temps d'attente chargé d'établir et de suivre les plans d'action, d'appuyer les programmes, d'atteindre les objectifs établis et de surveiller le calendrier de rendez-vous.
- Déployer un système complet de gestion des lits et l'actualiser toutes les quatre heures afin de surveiller les lits disponibles en permanence, et établir des protocoles standard pour placer le bon patient dans le bon lit. Ce système permettra d'éviter de devoir annuler une intervention chirurgicale à la dernière minute en raison du manque de lit.
- Organiser des conférences multidisciplinaires sur le cancer afin de permettre l'examen des cas, d'améliorer les soins et d'assurer que les bons soins sont prodigués au bon moment.
- Établir un meilleur système de suivi des chirurgies en surveillant les cas chaque jour, chaque semaine et chaque mois, y compris des validations multiples des cas soumis et des suivis.
- Demander à un directeur du programme de chirurgie de présenter chaque trimestre des études à tous les membres du programme de chirurgie pour célébrer les réussites, lancer la discussion sur les obstacles et mettre en œuvre des plans d'action pour améliorer les résultats.

Résultats :

L'Hôpital général de North York a réussi à faire en sorte que 100 % des patients, quels que soient les types de chirurgie et les priorités, soient traités dans les délais recommandés.

Type de chirurgie	Pourcentage de patients dans toutes les catégories de patients prioritaires servis dans les délais recommandés	
	Juillet-Septembre 2009	Juillet-Septembre 2010
Chirurgies générales	100 %	100 %
Chirurgies du cancer	100 %	100 %
Chirurgies de la cataracte	100 %	100 %
Arthroplastie de la hanche	100 %	100 %
Arthroplastie du genou	100 %	100 %

12.4

Exemples de réussites – Temps d'attente pour les examens par IRM

Organismes : Hôpital régional de Windsor (très grand hôpital communautaire doté de deux campus) et St. Joseph's Health Care, London.

Buts et mesures : Réduire le 90^e percentile de temps d'attente pour les examens par IRM.

Idées de changement :

L'Hôpital régional de Windsor a appliqué les techniques LEAN aux examens par IRM. L'hôpital a entrepris un examen détaillé des processus, déterminant chaque étape, les attentes entre les étapes et les taux d'erreurs à chaque étape. Il a décelé d'importantes inefficiences, dont l'envoi de demandes incomplètes par les médecins prescripteurs. Les radiologues ont besoin de renseignements précis sur l'état clinique des patients pour établir le protocole à suivre (p. ex., les organes à radiographier, si un produit de contraste doit être bu, si des médicaments ou interventions sont nécessaires, etc.). Si l'information n'est pas fournie, l'examen est retardé. Le personnel devait faire une série d'appels pour rectifier l'information et fixer plusieurs rendez-vous. À cause de ces retards, les patients perdaient sans connaître l'heure de leur rendez-vous, puis appelaient pour savoir, ce qui entraînait de nouvelles pertes de temps. Idées d'amélioration :

- Examiner les demandes d'examen par IRM afin de déterminer si les médecins prescripteurs ont fourni toute l'information requise par le radiologue.
- Identifier les médecins qui envoient des demandes incomplètes et les leur renvoyer, afin qu'ils prennent l'habitude de le faire dès la première fois.
- Utiliser un système de prise de rendez-vous électronique pour faciliter le suivi des rendez-vous.
- Dire aux patients quand ils peuvent s'attendre à avoir un rendez-vous afin d'éviter les appels téléphoniques inutiles.
- Instaurer un codage uniforme des niveaux de priorité pour les tomodensitométries.
- Organiser les séances de tomodensitométrie selon la méthode du premier entré, premier sorti.

L'Hôpital régional de Windsor a aussi décelé des gaspillages de temps dans la planification et l'exécution des examens. Les idées comprenaient les mesures suivantes :

- Normaliser les protocoles. Cela a permis de réduire le temps passé par les radiologues à établir les protocoles, l'utilisation des produits de contraste (qui sont coûteux et exigent du temps supplémentaire), le temps moyen consacré à chaque patient, ainsi que le nombre de tomodensitométries non nécessaires parfois incluses dans les protocoles.
- Regrouper les rendez-vous de façon à ce que les mêmes organes soient examinés au cours d'une même journée, évitant ainsi plusieurs manipulations du matériel en fonction des parties du corps à examiner.
- Traiter les cas plus complexes pendant la journée et les cas de priorité 4 qui nécessitent moins de ressources à la fin de la journée.

St. Joseph's Health Care, London a participé au projet provincial d'amélioration des examens par IRM et a aussi appliqué les techniques LEAN. L'organisme a constaté que trop de temps était consacré à la prise des rendez-vous après la réception des demandes; que l'heure de la tomodensitométrie correspondait rarement à l'heure où elle devait avoir lieu réellement, entraînant l'inactivité de l'appareil et un gaspillage du temps du personnel dû aux interruptions inutiles ou à la recherche de fournitures. Idées d'amélioration :

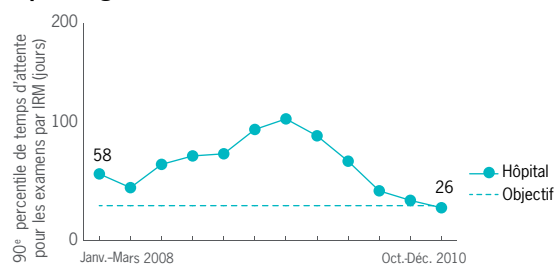
- Rationaliser les processus de prise de rendez-vous et d'établissement de protocoles, réduisant les temps d'attente de 13 jours à 1,5 jour.
- Améliorer les horaires de façon à réaliser les tomodensitométries en temps voulu.
- Mieux organiser les fournitures pour réduire le temps passé à les chercher.

St. Joseph's a aussi ajouté un deuxième tomodensitomètre, ce qui lui a permis d'accroître sa capacité d'environ 10 %. (Auparavant, le tomodensitomètre était utilisé tous les jours et pendant les fins de semaine; depuis, les deux tomodensitomètres fonctionnent 16 heures chaque jour de la semaine.)

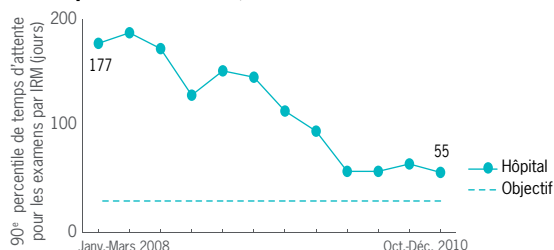
Résultats :

L'Hôpital régional de Windsor a réduit de plus de la moitié 90^e percentile de temps d'attente pour les examens par IRM, tandis que St. Joseph's Health Care a réduit considérablement ses temps d'attente à moins d'un tiers de ce qu'ils étaient au début de 2008.

Hôpital régional de Windsor



St Joseph's Health Care, London



12.5



Exemples de réussite – Gestion des maladies chroniques

Organismes : L'Équipe de santé familiale Petawawa Centennial (ESF), qui sert 15 000 personnes, et l'ESF de Timmins, qui se compose de 24 médecins de famille et de cinq infirmières et infirmiers praticiens.

Buts et mesures : Améliorer la gestion du diabète de type 2, y compris le dépistage, pour prévenir les complications vasculaires, administrer les traitements appropriés et encourager les gens à s'autogérer. Les objectifs sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

Idées de changement :

Les deux hôpitaux ont apporté divers changements en modifiant la façon dont les soins sont dispensés, à savoir :

- dossier médical électronique (DME);
- registre des cas de diabète;
- organigramme électronique des cas de diabète afin de rappeler aux fournisseurs de suivre et de documenter l'utilisation des pratiques fondées sur des données probantes à chaque visite;
- système de suivi pour que les patients soient informés automatiquement quand ils doivent faire l'objet d'un examen de suivi;

- groupe de visites médicales s'inspirant du modèle ImpactBC selon lequel les participants diabétiques apprennent, au sein d'un groupe, à améliorer leurs habitudes de vie, à veiller sur leur santé, à interpréter les analyses de laboratoire et à se fixer des objectifs personnels;
- promotion de l'autogestion des maladies chroniques. À Timmins, la responsable du Registered Nurse Program était chargée de promouvoir cette approche et de documenter les objectifs d'autogestion des patients.

De plus, Timmins a pris l'initiative de prévoir les visites médicales annuelles à la date de l'anniversaire de naissance des patients et de préparer un plan de soins complet. Et Petawawa a aussi réorganisé ses tâches de façon à ce que le travail de laboratoire soit systématiquement effectué avant les visites et non après.

Résultats :

Ce qui suit représente les résultats des établissements pilotes au sein de chaque ESF. Chaque ESF est en voie d'élargir ces améliorations à tous les médecins et patients du cabinet.

			ESF Petawawa Centennial			ESF de Timmins		
Mesure	Pourcentage de patients diabétiques qui ont passé :	But	Point de départ (mai 2009)	Valeur la plus récente (octobre 2010)	Amélioration relative en %	Point de départ (juin 2008)	Valeur la plus récente (septembre 2010)	Amélioration relative en %
Processus	un test A1C au cours des six derniers mois	>90 %	37 %	78 %	111 %	89 %	90 %	1,1 %
	une rétinopathie au cours des 24 derniers mois	>90 %	27 %	28 %	6,4 %	63 %	60 %	-5,7 %
	un examen complet des pieds au cours des 12 derniers mois	>90 %	11 %	40 %	281 %	85 %	73 %	-13 %
	une microalbuminurie au cours des 12 derniers mois	>65 %	8,1 %	84 %	935 %	85 %	71 %	-16 %
Résultat	A1C ≤ 7	>60 %	39 %	51 %	30 %	56 %	63 %	12 %
	LDL ≤ 2,0 nmol/l	>65 %	0,0 %	39 %	∞	39 %	60 %	52 %
	BP ≤ 130/80	>55 %	71 %	65 %	-8,1 %	56 %	83 %	47 %
	Patients qui prennent des IECA ou ARA	>60 %	53 %	69 %	29 %	79 %	78 %	-0,6 %
	Patients qui ont au moins un but d'autogestion en 12 mois	>70 %	16 %	34 %	111 %	69 %	85 %	23 %

12.6



Exemples de réussite – Réadmissions pour ICC

Organisme : Institut de cardiologie d'Ottawa

Objectif et mesure : Réduire le taux de réadmission dans les 30 jours qui suivent une insuffisance cardiaque congestive

Idées de changement :

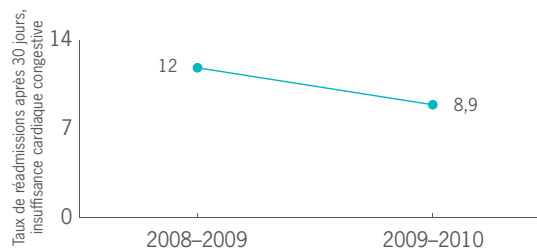
L'Institut de cardiologie d'Ottawa s'était donné comme objectif d'améliorer la transition entre les soins actifs et les soins primaires et de suivre les patients après leur retour chez eux, de la manière suivante :

- Remettre une liste de choses à faire aux patients qui sortent de l'hôpital et vérifier qu'ils ont bien compris toutes les instructions.
- Utiliser les dossiers de santé électroniques (DSE) pour communiquer l'information au fournisseur de soins primaires et/ou au patient.
- Prôner l'autogestion et l'enseigner aux patients.
- Employer la technologie de télésuivi à domicile pour suivre les patients cardiaques chez eux. Les patients qui répondent à certains critères (p. ex., insuffisance cardiaque complexe, arythmie aiguë ou chirurgie cardiaque complexe) sont munis d'un moniteur pouvant transmettre certains renseignements, comme les signes vitaux, au téléphone.
- Utiliser la technologie de réponse vocale interactive pour surveiller les symptômes, si le traitement est observé et les habitudes de vie (p. ex., tabagisme). Les patients reçoivent à intervalles réguliers des appels téléphoniques automatisés dans le cadre desquels on leur pose une série de questions. Si la réponse indique un problème inquiétant, l'appel est signalé et un membre de l'équipe de soins rappelle le patient. Si la réponse indique un symptôme à risque élevé (p. ex., douleur thoracique ou essoufflement), le système garde le patient en ligne et un membre du personnel médical prend la relève.

Résultats :

L'Institut de cardiologie d'Ottawa a réussi à réduire de 24 % les taux de réadmission pour ICC entre 2008-2009 et 2009-2010.

Institut de cardiologie d'Ottawa – Taux de réadmissions pour insuffisance cardiaque congestive 2008-2009 – 2009-2010



12.7

Exemples de réussite – Pneumonies acquises sous ventilateur, infections associées à la présence d'un cathéter central et infections à *C. difficile*

Organismes : Hôpital General and Marine de Collingwood, grand hôpital communautaire.

Buts et mesures :

Réduire :

- les taux de pneumonies acquises sous ventilateur (PAV) pour 1 000 jours-lit sous ventilateur;
- les taux d'infections associées à la présence d'un cathéter central (ICC) pour 1 000 jours-lit sous cathéter central;
- les taux d'infections à *C. difficile* acquises à l'hôpital pour 1 000 jours-lit.

Idées de changement :

- Établir une solide culture de sécurité des patients. En 2009, l'hôpital a lancé l'initiative « Single Safety System » ayant pour vision d'instaurer « une culture inclusive et intense de sécurité encouragée par les dirigeants et adoptée par tous ». Voici les activités prévues pour renforcer cette culture :
 - o Créer un service de prévention et de contrôle des infections (IP&C), dirigé par un coordonnateur chargé de rendre des compte à la haute direction, secondé par des « Super Users » et des « Unit Representatives » dont la fonction est d'assurer l'intégration en première ligne et d'appuyer l'organisme pour que les questions puissent être soulevées en temps voulu. Ces leaders sont formés dans le cadre du service IP&C et peuvent servir de « modèle de rôle » et fournir des renseignements et une formation juste-à-temps au niveau des départements.
 - o Organiser des rondes de vérification de la sécurité des patients, dans le cadre desquelles les hauts dirigeants interagissent régulièrement avec le personnel de première ligne à propos des questions de sécurité.
 - o Créer des « conseils de sécurité » dans chaque service et des forums mensuels ouverts appelés « Safety Salutes » où l'information sur les taux d'infection et des tuyaux sur la prévention sont communiqués au personnel de première ligne et les progrès en matière de réduction des infections sont célébrés.
- Intégrer un outil de dépistage des PAV au dossier médical électronique de l'hôpital pour le dépistage quotidien des cas de PAV et une « fiche des ventilateurs » pour un système uniforme d'évaluation des patients et de documentation. Ces outils permettent de vérifier si toutes les pratiques de soins normalisées sont appliquées (p. ex., utilisation d'une

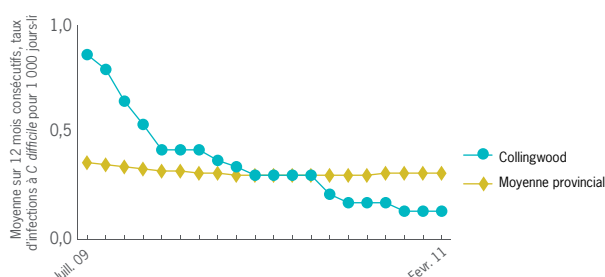
sonde endotrachéale de drainage sous-glottique, surélévation de la tête du lit, surveillance des tensionnètres, sédation quotidienne et essais de ventilation spontanée pour l'extubation en temps voulu des patients).

- Établir des protocoles normalisés pour éliminer les ICC et intégrer un outil d'évaluation quotidien au système de documentation électronique.
- Lancer des campagnes d'hygiène des mains, avec installation de distributeurs supplémentaires de lotions désinfectante en tenant compte des commentaires du personnel pour un placement optimal, et faciliter l'utilisation de ces distributeurs en fonction de la charge de travail.
- Assurer le dépistage précoce des cas d'infection à *C. difficile*, en insistant, par l'entremise du service IP&C, sur l'importance de collecter rapidement les spécimens et de réduire le temps de rotation par une modification du laboratoire externe partenaire de l'hôpital.
- Améliorer les méthodes d'isolement. Tous les patients qui souffrent de diarrhée sont isolés immédiatement. Le panneau de signalment de la chambre d'isolement a été simplifié pour améliorer la compréhension et l'observation. Une vidéo sur les méthodes de prestation de soins aux patients montre au personnel les précautions à prendre.
- Améliorer les méthodes de nettoyage. Toutes les chambres d'isolement sont nettoyées deux fois par jour au Virox. Les vaporisateurs ont été retirés des toilettes (ils sont susceptibles de diffuser les contaminants dans toute la pièce) et des brosses hygiéniques jetables ont été ajoutées. Pour les patients qui utilisent un bassin hygiénique et une chaise d'aisance et ont la diarrhée, des gaines en gel servent à protéger le matériel.

Résultats :

Le taux d'infections à *C. difficile* diminue régulièrement depuis deux ans à l'Hôpital de Collingwood. L'hôpital a enregistré zéro cas d'ICC depuis janvier 2009 et zéro cas de PAV depuis octobre 2009.

Collingwood – Infections à *C difficile*



12.8

Exemples de réussite – ANS

Organismes :

- London Health Sciences Centre – University Hospital, grand hôpital universitaire.
- Hôpital Memorial Oakville-Trafalgar – hôpital communautaire à volume très élevé.
- Hôpital général de St. Thomas-Elgin – hôpital communautaire à volume élevé.

Objectifs et mesures :

Réduire le pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS).

Idées de changement :

London Health Sciences Centre – University Hospital

- Créer une unité de soins transitionnels afin que les gens puissent être hospitalisés pour recevoir des soins de rétablissement à court terme leur permettant de reprendre leurs activités.
- Collaborer avec les CASC et les organismes de soins à domicile à diverses initiatives, dont les suivantes :
 - o « Safe at Home », qui prévoit des niveaux de service supplémentaires pour éviter les hospitalisations ou aux gens de quitter l'hôpital trop rapidement.
 - o « Wait at Home », service de soins personnels afin de permettre aux patients ANS d'attendre chez eux d'être placés dans un foyer de SLD.

Hôpital Memorial Oakville-Trafalgar

- Adopter la stratégie « Home First », et tirer parti des ressources communautaires en modifiant les processus de gestion de flux du travail, encourager une plus grande collaboration entre les membres de l'équipe de soins, l'hôpital et les équipes des CASC, et favoriser un changement de culture pour les soins et le flux des personnes âgées.
- Établir un groupe de gestion des sorties (Discharge Operations Group), composé du responsable du travail social et de la planification des sorties, de l'administrateur en chef des opérations de l'hôpital et d'un représentant du centre d'accès aux soins communautaires (CASC); le groupe examine tous les patients ANS actuels et potentiels, prépare l'orientation vers le CASC, discute des options offertes après l'hospitalisation et veille à l'établissement d'un plan détaillé pour chaque patient qui quitte l'hôpital.

Hôpital général de St. Thomas-Elgin

- Collaborer aussi avec des organismes comme les CASC et participer aux initiatives d'amélioration de la qualité, dont le programme FLO Collaborative, ayant pour but d'améliorer la transition entre les hôpitaux de soins actifs et les soins de suivi.
- Utiliser un système de gestion électronique pour surveiller chaque patient quotidiennement afin de déterminer si la personne a besoin de soins actifs, à domicile ou communautaires.
- Utiliser un système d'optimisation des lits ou un tableau de lit électronique afin d'obtenir des données en temps réel sur les lits disponibles à l'échelle de l'organisme.
- Participer au Programme d'amélioration du fonctionnement des salles d'urgence afin d'améliorer le flux des patients.
- Participer au projet « Rapid Emergency Assessment for Community Transition » afin de diriger vers d'autres services les patients qui se sont présentés aux urgences et dont l'état est stable, de prévenir les hospitalisations et de faciliter le retour au domicile des patients ou de les diriger vers d'autres services.

Résultats :

Les trois hôpitaux ont réduit le pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés ANS. En particulier, Halton Healthcare Services Corporation – l'hôpital d'Oakville et l'Hôpital général St. Thomas-Elgin ont enregistré une amélioration relative de plus de 50 %.

Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés ANS



13 Notes en fin d'ouvrage

- 1 Derlet RW, Richards JR. « Overcrowding in the nation's emergency departments : complex causes and disturbing effects ». *Annals of Emergency Medicine*. 1999;35(1) :63-68.
- 2 Chan BTB, Schull MJ, Schultz SE. *Emergency department services in Ontario*. Institut de recherche en services de santé, Toronto, 2001.
- 3 National Ambulatory Care Reporting System Database, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 4 Entente de rendement MSSLD-RLUSS, indicateurs de rendement des systèmes de santé locaux, information technique. 13 août 2010.
- 5 Johnson M, et coll. « Patients who leave the emergency department without being seen ». *J Emerg Nurs*. 2009;35 :105-108. Polevoi, SK, et coll. « Factors associated with patients who leave without being seen ». *Acad Emerg Med*. 2005;12(3).
- 6 Beveridge R, et coll. « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale : implementation and guidelines ». CJEM. 1999;(suppl 1) :S2-28. Ces lignes directrices suggèrent que tous les patients soient vus dans les délais suivants : réanimation, cas nécessitant une attention immédiate; cas émergents, 15 minutes; cas urgents, 30 minutes; cas moyennement urgents, 60 minutes; cas non urgents, 120 minutes. Les données suivantes (ne figurant pas dans le graphique) pour les temps médians en 2009 étaient : cas émergents, 54 minutes; cas urgents, 54 minutes, cas moyennement urgents, 72 minutes, cas non urgents, 72 minutes. Pour les trois premières catégories, les résultats sont inférieurs aux lignes directrices et c'est sur ces constatations que repose la déclaration que les temps d'attente sont trop élevés. Pour les cas non urgents, la médiane est préférable à l'objectif, mais cet objectif s'applique à tous les patients, pas seulement à ceux du 50^e percentile. Les chiffres indiqués dans ce rapport sont des temps d'attente médians, ce qui signifie que 50 % des patients attendent plus longtemps que ce qui est indiqué. Ainsi, le fait que les temps d'attente médians pour les cas non urgents est légèrement inférieurs à l'objectif de 120 minutes signifie que près de la moitié de ces patients attendent trop longtemps.
- 7 Rapport Observateur de la qualité 2010, page 20.
- 8 Institut canadien d'information sur la santé. *Understanding emergency department wait times : access to inpatient beds and patient flow*. 2007. secure.cihi.ca/cihiweb/products/Emergency_Department_Wait_Times_III_2007_e.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 9 Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *Brit Med Bull*. 2010;95 :33-46. bmb.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/19/bmb.lq020.full; consulté le 14 janvier 2011.
- 10 Rathlev NK, Chessare J, Olshaker J, Obendorfer D, Mehta SD, Rothenhaus T, Crespo S, Magauran B, Davidson K, Shemin R, Lewis K, Becker JM, Fisher L, Guy L, Cooper A, Litvak E. « Time series analysis of variables associated with daily mean emergency department length of stay ». *Annals of Emergency Medicine*. 2007;49(3) :265-271.
- 11 Forster AJ, Stiell I, Wells G, et coll. *The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition*. *Acad. Emerg Med*. 2003;10 :127-133. onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/aemj.10.2.127.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 12 McKinney M. *Watching the big board to reduce overcrowding. Electronic bed tracking systems can improve patient throughput, but staff buy-in is a must*. *Hosp Health Netw*. Octobre 2009;83(10) :48-50.
- 13 Vermeulen MJ, Ray JG, Bell C, Cayen B, Stukel TA, Schull MJ. « Disequilibrium between admitted and discharged hospitalized patients affects emergency department length of stay ». *Annals of Emergency Medicine*. 2009;54(6) :794-804. www.yorku.ca/alison3/kahs6020/linear%20regression%20ED%20ols.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 14 Litvak E. « Optimizing patient flow by managing its variability ». Dans : JCAHO, *from front office to front line : essential issues for health care leaders*. Joint Commission Resources, Inc., Oakbrook Terrace (Illinois). 2005. www.saludgygestion.com/archives/B_Joint%20Commission%20Resources%20Article%20From%20the%20Front%20Office%20to%20Front%20Line.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 15 Bond K, Ospina MB, Blitz S, Friesen C, Innes G, Yoon P, Curry G, Holroyd B, Rowe B. « Emergency department overcrowding in Canada : interventions to reduce overcrowding in emergency departments ». Ottawa. CADTH. 2006. www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search/publication/621; consulté le 15 janvier 2011.
- 16 DeLia D, Cantor J. « Emergency department utilization and capacity ». *Research Synthesis Report*. 2009 :17. www.rwjf.org/files/research/072109policysynthesis17.emergencyutilization.pdf; consulté le 16 janvier 2011.
- 17 Guariso JS. « Using computer technology in the automation of clinical and operating systems in emergency medicine ». *The Ochsner Journal*. 2001;3 :57-69. www.kolkusa.com/VitalWorks/pdf/Ochsner_Clinic.pdf; consulté le 16 janvier 2011.
- 18 « Improving the efficiency of hospital-based emergency care ». Chapitre 4 dans : *Hospital-based emergency care : at the breaking point*. Institute of Medicine, Washington, 2007. www.nap.edu/openbook.php?record_id=11621&page=129; consulté le 14 janvier 2011.
- 19 DeLia D, Cantor J. *Emergency department utilization and capacity*. Research Synthesis Report. 2009 :17. www.rwjf.org/files/research/072109policysynthesis17.emergencyutilization.pdf; consulté le 16 janvier 2011.
- 20 Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N et Camargo CA, Jr. « A conceptual model of emergency department crowding ». *Annals of Emergency Medicine*. 2003;42(2) :173-180. www.annemergmed.com/article/S0196-0644%2803%2900444-X/fulltext; consulté le 15 janvier 2011.
- 21 Altmayer CA, Ardal S, Woodward GL, Schull MJ. « Variation in emergency department visits for conditions that may be treated in alternative primary care settings ». *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2005;7 :252. www.cjem-online.ca/v7/n4/p252; consulté le 15 janvier 2011.
- 22 Howard M, Goertzen J, Kaczorowski J, Hutchison B, Morris K, Thabane L, Levine M, Papaioannou A. *Emergency department and walk-in clinic use in models of primary care practice with different after-hours accessibility in Ontario*. Healthcare Policy. Août 2008;4(1) :73-88. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC19377344/tool-pubmed; consulté le 15 janvier 2011.
- 23 Alberta Health Services. *Right care in right place eases emergency pressures*. 29 juin 2010. www.albertahealthservices.ca/2078.asp; consulté le 28 octobre 2010.
- 24 Conseil ontarien de la qualité des services de santé. « Exemple de réussite : Réadmissions à l'Hôpital général de North York ». Dans : *Observateur de la qualité, rapport 2010 sur le système de santé de l'Ontario*. http://www.ohqc.ca/pdfs/2010_report_-_french.pdf; consulté le 28 janvier 2011.
- 25 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. L'Ontario investit 109 millions de dollars pour réduire les temps d'attente dans les salles des urgences. 30 mai 2008. www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2008/may/er_alc_strategy_combined_bg_04_fr_01_20080529.pdf; consulté le 11 février 2011.
- 26 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les temps d'attente en Ontario : Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences. 2008. www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/waittimes/edrs/strategy.aspx; consulté le 11 février 2011.
- 27 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences. 29 mai 2009. www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_09/may/er_strategy_bg_10_20090522.pdf; consulté le 11 février 2011.
- 28 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/may/nr_20100514.aspx
- 29 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/jul/nr_20100729_1.aspx
- 30 www.chqi.ca/CurrentInitiatives/EmergencyDepartment.aspx
- 31 Derlet RW, Richards JR. « Overcrowding in the nation's emergency departments : complex causes and disturbing effects ». *Annals of Emergency Medicine*. 1999;35(1) :63-68.
- 32 Macinko J, Starfield B, Shi L. « Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States ». *International Journal of Health Services*. 2007;37(1) :111-126.
- 33 Heimler R, et coll. « Hospital readmission and morbidity following early newborn discharge ». *Clinical Pediatrics*. 1998;37 :609-616.
- 34 BORIN Ontario, exercice 2009-2010.
- 35 www.health.gov.on.ca/en/ms/healthcareconnect/public/default.aspx. Consulté le 7 mars 2011.
- 36 Pickin M, O'Gathain A, Sampson FC, Dixon S. « Evaluation of Advanced Access in the National Primary Care Collaborative ». *British Journal of General Practice* 2004;54 :334-340.
- 37 www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Scotland/Delivery-Improvement/1835/1860
- 38 Alberta AIM. *AIM (Access Improvement Measures) Measurement Overview*. 2009. www.albertaim.ca/documents/learning_session_materials/20091120_Measurement_Overview.pdf; consulté le 11 février 2011.
- 39 Valenti WM, Bookhardt-Murray LJ. *Advanced access scheduling boosts quality, productivity and revenue*. *Drug Benefit Trends*. 2004;16(10) :510, 513-514. www.medscape.com/viewarticle/492839; consulté le 15 janvier 2011.
- 40 Coutts J. « Accelerating excellence report : engaging physicians to improve quality ». *Healthcare Q*. 2010;13(3) :23-25.
- 41 Institute for Healthcare Improvement. *Measure and understand supply and demand*. www.ihl.org/IHL/Topics/OfficePractices/Access/Changes/MeasureandUnderstandSupplyandDemand.htm; consulté le 15 janvier 2010.
- 42 Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Guide d'amélioration de la qualité : Module 1 - Accès. 2009. www.ohqc.ca/pdfs/gi_module_1_french_may27finaldraft.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 43 Conseil ontarien de la qualité des services de santé. « Exemple de réussite : Soins primaires prodigués par l'Équipe de santé familial du district d'Athens ». Dans : *Observateur de la qualité, rapport 2010 sur le système de santé de l'Ontario*. http://www.ohqc.ca/pdfs/2010_report_-_french.pdf; consulté le 20 janvier 2011.
- 44 Localité de Chatham-Kent. L'Ontario branché. Mise en place d'un échéancier en ligne. Juin 2009. <http://www.chatham-kent.ca/council-and-administration/municipal-departments/corporate+services/information+technology+services/Connect+Ontario++Phase+II+Projects.htm>. Consulté le 28 octobre 2010.
- 45 Willis D. « Making every minute count : tools to improve office efficiency ». *Family Practice Management*. Avril 2005. www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/Making%20Every%20Minute%20Count.pdf; consulté le 20 janvier 2011.
- 46 Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, Bardon CG, Spurr CD, Carchidi PJ, Kittler AF, Goldszer RC, Fairchild DG, Sussman AJ, Kuperman GJ, Bates DW. « A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care ». *Am J Med*. 2003;114(5) :397-403. www.annjmed.com/article/S0002-9343%2803%2900057-3/fulltext; consulté le 15 janvier 2011.
- 47 Langley J, Beasley C. *Health information technology for improving quality of care in primary care settings*. Préparé par l'Institut pour Healthcare Improvement pour le National Opinion Research Center en vertu du contrat n° 290-04-0016. Publication AHRQ n° 07-0079-EF. Rockville (Maryland) : Agency for Healthcare Research and Quality, juillet 2007. www.ihl.org/IHL/Topics/OfficePractices/Access/Literature/HealthITforImprovingQualityofPrimaryCare.htm; consulté le 17 janvier 2011.
- 48 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Family health teams : your access to primary care*. 27 octobre 2009.
- 49 Dahrouge S, Hogg W, Russell G, Geneau R, Kristjansson E, Muldoon L, et coll. Étude intitulée « The comparison of models of primary care in Ontario (COMP-PC) : methodology of a multi-faceted cross-sectional practice-based study ». *Open Medicine*. 2009;3. www.openmedicine.ca/article/view/218; consulté le 17 janvier 2011.
- 50 Conseil canadien de la santé. *Équipes à l'œuvre : Ontario*. 2009. www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/Equipes_a_loeuvre.pdf; consulté le 4 octobre 2010.
- 51 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide des méthodes de collaboration de l'équipe*. www.health.gov.on.ca/renouvellement/fht/guides/fht_collab_teamf.pdf; consulté le 11 février 2011.
- 52 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide des rôles et des responsabilités des équipes interdisciplinaires*. 2005. www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_inter_team.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 53 Canadian Nurse Practitioner Initiative. *Nurse practitioners — the time is now : a solution to improving access and reducing wait times in Canada*. 2006. 206.191.29.104/documents/pdf/Nurse_Practitioners_The_Time_is_Now_e.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 54 Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. « Managing chronic disease in Ontario primary care : the impact of organizational factors ». *Ann Fam Med*. 2009;7 :309-318. www.annfamem.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=19597168; consulté le 17 janvier 2011.
- 55 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide des rôles et des responsabilités des équipes interdisciplinaires*. 2005. www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_inter_team.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 56 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide des rôles et des responsabilités des équipes interdisciplinaires*. 2005. www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_inter_team.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 57 http://www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/aug/nr_20100824_1.aspx
- 58 www.nhsrui.com/documents/An%20Evaluation%20of%20Communication%20Practices%20Final%20Rpt.%20Mar%202031,09.pdf
- 59 www.chrsf.ca/PickingUpthePace/pdfs/BreakoutD/Mary%20Fleming.pdf
- 60 www.health.gov.on.ca/english/providers/physicians/docs/oma_agreement.pdf
- 61 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/may/nr_20100511.aspx
- 62 www.health.gov.on.ca/french/providers/program/uapf/guidelines/nrri_guidelines.html
- 63 www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/waittimes/; consulté le 1^{er} novembre 2010.
- 64 Chan BTB et Austin PC. « Patient, physician and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada : a population-based, multi-level modeling approach ». *Medical Care*. 2003;41(4) :500-511.
- 65 Williams J, Llewellyn-Thomas H, Arshinoff R, Young N, Naylor D. « The burden of waiting for hip and knee replacements in Ontario ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 1997;3(1) :54-68.

- 66 Coyte PC, Wright JG, Hawker GA, Bombardier C, Dittus RS, Paul JE, Freund DE, Elsa H. « Waiting times for knee-replacement surgery in the United States and Ontario ». *The New England Journal of Medicine*. 20 octobre 1994;331:1068-1071.
- 67 Hodge W, Horsley T, Albani D, Barylja J, et coll. « The consequences of waiting for cataract surgery : a systematic review ». *CMAJ*. 2007;176(9):1285-1290.
- 68 Exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 69 Morgan CD, Sykora K, Naylor CD, comité directeur du Réseau ontarien de soins cardiaques. « Analysis of deaths while waiting for cardiac surgery among 29,293 consecutive patients in Ontario, Canada ». 1998;79:345-349.
- 70 Action Cancer Ontario et système d'information sur les temps d'attente, calculé par le COQSS pour l'exercice 2009-2010.
- 71 Action Cancer Ontario. <http://fr.cancercare.on.ca/>.
- 72 Jensen AR, Nellesmann HM, Overgaard J. *Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. Radiotherapy and Oncology*. 2007;84:5-10.
- 73 Exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 74 Selon les données de l'Institut de recherche en services de santé, en 2002-2003, il y a eu 7 861 tomodensitométries et 1 516 examens par IRM pour 100 000 adultes; en 2009-2010, il y a eu 13 619 tomodensitométries et 4 383 examens par IRM pour 100 000 adultes.
- 75 Wright CJ, Chambers GK, Robens-Paradise Y. « Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery ». *CMAJ*. 2002;167:461-466. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC121962; consulté le 15 janvier 2011.
- 76 Lehnert, Bree. « Analysis of appropriateness of outpatient CT and MRI referred from primary care clinics at an academic medical center : how critical is the need for improved decision support? » *J Am Coll Radiol*. 2010;7:192-197.
- 77 Brenner DJ, Hall EJ. « Computed tomography : an increasing source of radiation exposure ». *NEJM*. 2007;357(22):2277-2284.
- 78 Tsai PF, Tak S. « Disease-specific pain measures for osteoarthritis of the knee or hip ». *Geriatric Nursing*. 2003;24(2):106-109.
- 79 WOMAC 3.1 « Index : Knee and Hip Osteoarthritis Index ». 2010. www.womac.org/womac/index.htm; consulté le 15 janvier 2011.
- 80 Cross WW III, Saleh KJ, Wilt TJ, Kane RL. « Agreement about indications for total knee arthroplasty ». *Clin Orthop Relat Res*. 2006;446:34-39.
- 81 Quintana JM, et coll. « Appropriateness of total hip joint replacement ». *Int. J. Qual. Health Care*. 2005;17:315-321.
- 82 Amesbury EC, Grossberg AL, Hong DM, Miller KM. « Functional visual outcomes of cataract surgery in patients with 20/20 or better preoperative visual acuity ». *J Cataract Refract Surg*. 2009;35:1505-1508.
- 83 Steinberg EP, Tielsch JM, Schein OD, Javitt JC, Sharkey P, Cassard SD, Legro MW, Diener-West M, Bass EB, Damiano AM, Steinwachs DM, Sommer A. « The VF-14 : an index of functional impairment in patients with cataract ». *Arch Ophthalmol*. 1994;112:630-638.
- 84 Lehnert, Bree. « Analysis of appropriateness of outpatient CT and MRI referred from primary care clinics at an academic medical center : how critical is the need for improved decision support? » *J Am Coll Radiol*. 2010;7:192-197.
- 85 MRI/CT decision support tool for referring physicians. 2009. www.mriectdecisionsupporttool.ca/OEB/IndicationSearch/Help/Introduction; consulté le 15 janvier 2011.
- 86 Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC et le comité directeur du Western Canada Waiting List Project. « Waiting for scheduled services in Canada : development of priority-setting scoring systems ». *J Eval Clin Prac*. 2003;9(1):23-31.
- 87 Conner-Spady BL, Sanmugasunderam S, Courtright P, Milder D, McGurran JJ, Noseworthy TW et le comité directeur du Western Canada Waiting List Project. « Lists for cataract surgery : validation of the Western Canada Waiting List Project Cataract Priority Criteria Tool ». *Ophthalmol*. 2005;12:81-90.
- 88 Gandhi R, Wasserstein D, Razak F, Davey J, Mahomed N. « BMI independently predicts younger age at hip and knee replacement ». *Obesity*. Décembre 2010;18(12):2362-2366.
- 89 ML Brandeau, F Sainfort, WP Pierskalla. *Operations research and health care*. Kluwer Academic Publishers, Norwell MA, 2004.
- 90 Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain *Central intake project for diagnostic imaging*. Juin 2008. www.champlainRLISS.on.ca/Page.aspx?id=1700; consulté le 28 octobre 2010.
- 91 Localité de Chatham-Kent. L'Ontario branché : Mise en place d'un échancier en ligne. Juin 2009. www.chatham-kent.ca/council+and+administration/municipal+departments/corporate+services/information+technology+services/Connect+Ontario++Phase+II+Projects.htm; consulté le 28 octobre 2010.
- 92 Steyn RS. *Improving queue management through operational research and system redesign*. cprn.org/documents/43276_en.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 93 www.ihl.org/ihl/Topics/OfficePractices/Access/Changes/RecalibrateTheSystembyWorkingDownTheBacklog.htm; consulté le 15 janvier 2011.
- 94 Kreindler SA. « Policy strategies to reduce waits for elective care : a synthesis of international evidence ». *Br Med Bull*. 2010;95:7-32.
- 95 Steyn RS. *Improving queue management through operational research and system redesign*. cprn.org/documents/43276_en.pdf; consulté le 15 janvier 2011. Voir aussi www.steyn.org.uk.
- 96 www.ihl.org/ihl/Topics/OfficePractices/Access/Changes/IndividualChanges/ManageVariationInDemand.htm; consulté le 15 janvier 2011.
- 97 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/jun/nr_20100610.aspx
- 98 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/jun/nr_20100610.aspx
- 99 www.health.gov.on.ca/en/news/release/2010/jun/nr_20100617.aspx
- 100 www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/pro/picb/mnip.aspx
- 101 www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/pro/perio/
- 102 www.ccaac-ont.ca/Content.aspx?EnterpriseID=7&LanguageID=1&MenuID=143; consulté le 18 octobre 2010.
- 103 www.ccaac-ont.ca/Content.aspx?EnterpriseID=7&LanguageID=1&MenuID=25; consulté le 18 octobre 2010.
- 104 MSSL. Compte tenu d'un certain nombre de placements dans les foyers de SLD pendant l'exercice 2008-2009.
- 105 Les Ontariennes et Ontariens qui font une demande de placement dans un foyer de SLD peuvent choisir trois établissements. S'ils attendent chez eux, ils peuvent accepter d'être placés dans le foyer de leur choix qui se libère en premier ou attendre celui qu'ils préfèrent. Cependant, si l'attente a lieu à l'hôpital, on leur demandera d'accepter d'aller dans le premier foyer où une place se libérera. Si ce n'est pas le premier qu'ils ont choisi, ils pourront demander par la suite d'y être transférés dans le foyer de leur premier choix lorsqu'une place se libérera.
- 106 CASC. 2009. www.ccaac-ont.ca.
- 107 Selon les données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le nombre de personnes admises dans un foyer de SLD pendant qu'elles étaient hospitalisées a diminué pour passer de 1 445 en janvier-mars 2009 à 1 176. Le nombre de personnes admises dans un foyer de SLD alors qu'elles vivaient chez elles est passé de 2 101 à 2 430 au cours de la même période.
- 108 www.chqi.ca/Assets/FLO%20Spread/FLO%20Spread%20-%20Q0%20Tools/HomeFirstMHCCACHaltonHealthcare.pdf; consulté le 9 mars 2011.
- 109 www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/manuals/ccac/cspmi_sec_12/12-11.html; consulté le 16 mars 2011.
- 110 Canadian Home Care Association. Home care : meeting the needs of an aging population. 2008. www.cdnhomocare.ca/media.php?mid=1914; consulté le 16 janvier 2011.
- 111 Chappell NL, Reid RC, Dow E. Respite reconsidered : a typology of meanings based on the caregiver's point of view. *Journal of Aging Studies*. 2001;15(2):201-216. www.esa.ualg.pt/gerontologia/Journal%20of%20Aging%20Studies/Chappell%202001.pdf; consulté le 16 janvier 2011.
- 112 Health Transition Fund, Health Canada. Final report of the national evaluation of the cost-effectiveness of home care. 2002. www.homecarestudy.com/reports/full-text/synthesis.pdf; consulté le 16 janvier 2011.
- 113 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Assisted Living Services for High Risk Seniors Policy, 2011.
- 114 Observateur de la qualité : Rapport 2009 sur le système de santé de l'Ontario. Conseil ontarien de la qualité des services de santé, Toronto, 2009; page 31.
- 115 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Soins aux aînés : Logements avec services de soutien. www.health.gov.on.ca/french/public/program/tfct/13_housingf.html; consulté le 11 janvier 2011.
- 116 http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/tfct/16_optionsf.html; consulté le 11 janvier 2011.
- 117 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Soins aux aînés : Logements avec services de soutien. http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/tfct/13_housingf.html; consulté le 11 janvier 2011.
- 118 Kortebein P. Rehabilitation for hospital-associated deconditioning. *Am J Phys Med Rehabil*. 2009 Jan;88(1):66-77.
- 119 Regional Geriatrics Program of Ontario. Senior Friendly Hospital Strategy. Consultable à : http://rgps.on.ca/key_elements_senior_friendly; consulté le 21 mars 2011.
- 120 Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) : a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*. 2008;6:9.
- 121 RLISS du Sud-Ouest. Stratégie Vieillir chez soi. www.southwestthin.on.ca/home.aspx?LangType=3084; consulté le 20 novembre 2010.
- 122 Building a better system : caring for older individuals with aggressive behavioural issues. 2007. www.southwestthin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Aging_at_Home/Building%20a%20better%20system%20-%20EP%20report%20final%20draft%20March%207%202007.pdf; consulté le 20 novembre 2010.
- 123 www.torontocentralln.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Aging_at_Home/FINAL%20Call%20for%20Proposals%20FINAL%202004-NOV-09.pdf; consulté le 9 mars 2011.
- 124 La stratégie Vieillir chez soi des réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario. www.lhins.on.ca/home.aspx?LangType=3084; consulté le 28 septembre 2010.
- 125 RLISS du Centre-Toronto. Vieillir chez soi. www.torontocentralln.on.ca/home.aspx?LangType=3084; consulté le 11 janvier 2011.
- 126 news.ontario.ca/mohlt/en/2010/02/modernizing-long-term-care-beds-in-ontario.html; consulté le 1^{er} mars 2011.
- 127 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/feb/nr_20100203.aspx; consulté le 28 septembre 2010.
- 128 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/feb/nr_20100203.aspx; consulté le 28 septembre 2010.
- 129 www.health.gov.on.ca/french/medias/news_releases/archives/nr_08f/dec/nr_20081215_2f.html; consulté le 18 octobre 2010.
- 130 Tracey J, Zelman J, Merid M, Boruvka A. Variation in heart attack mortality in Canada. *Healthcare Quarterly*. 2006;9(4):23-25.
- 131 Freemantle N, et coll. B blockade after myocardial infarction : systematic review and meta regression analysis. *BMJ*. 1999;318:1730-1736.
- 132 Plehn JF, et coll. Reduction of stroke incidence after myocardial infarction with pravastatin : CARE study. *Circulation*. 1999;99:216-223.
- 133 The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigation. Effects of an angiotensin-converting enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. 2000;342:145-153.
- 134 Pfeffer MA, McMurray JJ, Velazquez EJ, Rouleau JL, et coll. Valsartan, captopril, or both in myocardial infarction complicated by heart failure, left ventricular dysfunction, or both. *N Engl J Med*. 2003;349(20):1893-906.
- 135 Vrbova L, Crighton EJ, Mamdani M, Moineddin R, Upshur R. Temporal analysis of acute myocardial infarction in Ontario, Canada. *Can J Cardiol*. 2005;21(10):841-845.
- 136 Garg R, Yusuf S. Overview of randomized trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. Collaborative group on ACE inhibitor trials. *JAMA*. 1995;273:1450-1456.
- 137 Packer M, Coats AJ, Fowler MB, et al; Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med*. 2001;344:1651-8.
- 138 Studies suggest those with systolic dysfunction account for 50% to 60% of heart failure patients. See these two studies: Bursi F, Weston SA, Redfield MM, et al. Systolic and diastolic heart failure in the community. *JAMA*. 2006;296:2209-16. Diller PM, Smucker DR, David B, Graham RJ. Congestive Heart Failure Due to Diastolic or Systolic Dysfunction Frequency and Patient Characteristics in an Ambulatory Setting. *Arch Fam Med*. 1999;8:414-420.
- 139 Arnold JM, Liu P, Demers C, et coll. Canadian Cardiovascular Society consensus conference recommendations on heart failure, 2006 : diagnosis and management. *Can J Cardiol*. 2006;22(1):23-45. The guidelines point out that there are studies suggesting better outcomes for diastolic dysfunction patients who take these drugs but more data to confirm this benefit are needed before their use is routinely recommended. The guidelines specify that these drugs should be "considered", especially if there are other good reasons to prescribe them (e.g. for hypertension or diabetes).
- 140 JMO Arnold, JG Howlett, P Dorian, et coll. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference recommendations on heart failure update 2007: Prevention, management during intercurrent illness or acute decompensation, and use of biomarkers. *Can J Cardiol*. 2007;23(1):21-45.
- 141 Base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 142 Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, et coll. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack. *Stroke*. 2006;37:577.
- 143 Johansen HL, Wielgosz AT, Nguyen K, Fry RN. Incidence, comorbidity, case fatality and readmission of hospitalized stroke patients in Canada. *Can J Cardiol*. 2006;22(1):65-71. According to this source, the incidence of new ischemic stroke is 12 per 10,000. Given that Ontario's population is 13 million, there are approximately 16,000 new ischemic strokes per year.
- 144 Adams HP Jr, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, et coll. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Stroke*. 2007;38(5):1655-1711.
- 145 Eriksen, H., A. R. Sæther, H. L. Løwer, S. Vangen, R. Hjetland, H. Lundmark, et P. Aavitsland. Infections after Caesarean Sections. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2009;129(7-26): 618-22.
- 146 Hansen, A. K., K. Wisborg, N. Uldbjerg, et T. B. Henriksen. Risk of Respiratory Morbidity in Term Infants Delivered by Elective Caesarean Section: Cohort Study. *BMJ*. 2008;336(7635): 85-87.
- 147 BORN Ontario, exercice 2009-2010.
- 148 Tu JV, Khalid L, Donovan LR, Ko DT, et coll. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction. *CMAJ*. 2008;179(9):909-915.
- 149 Jenkins C, Costello J, Hodge L. Systematic review of prevalence of aspirin induced asthma and its implications for clinical practice. *BMJ*. 2004;328:434.
- 150 Gollapudi RR, Teirstein PS, Stevenson DD, Simon RA. Aspirin sensitivity: implications for patients with coronary artery disease. *JAMA*. 2004;292(24):3017-23.
- 151 Monitoring Emergency Obstetric Care : a handbook. World Health Organization 2009 ISBN 978 92 4 154773 4; page 25. Consultable à : whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547734_eng.pdf; consulté le 22 mars 2011.
- 152 Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report. Reproductive Gynaecological Health. www.powerstudy.ca/the-power-report/the-power-report-volume-2/reproductive-gynaecological-health; consulté le 2 mars 2011.
- 153 Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo SC, Aliento R, Sicuro L, Galasso R, Sommella L, Ricciardi W. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care : a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 4 janvier 2010;10:2.
- 154 Pearson SA, Moxey A, Robertson J, Hains I, Williamson M, Reeve J, Newby D. Do computerised clinical decision support systems for prescribing change practice? A systematic review of the literature (1990-2007). *BMC Health Serv Res*. 28 août 2009;9:154.
- 155 Mollon B, Chong J Jr, Holbrook AM, Sung M, Thabane L, Foster G. Features predicting the success of computerized decision support for prescribing : a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Med Inform Decis Mak*. 11 février 2009;9:11.
- 156 Moxey A, Robertson J, Newby D, Hains I, Williamson M, Pearson SA. Computerized clinical decision support for prescribing : provision does not guarantee uptake. *J Am Med Inform Assoc*. Janvier/Février 2010;17(1):25-33.

- 157 Tu JV, Donovan LR, Lee DS, Wang JT, Austin PC, Alter DA, Ko DT. Effectiveness of public report cards for improving the quality of cardiac care — the EFFECT study: a randomized trial. *JAMA*. 2009;302(21):2330–2337.
- 158 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006, Issue 2. Art. No. CD000259.
- 159 Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh JH, Cesta A, Pond GR, Fernandes OA. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother*. Octobre 2008;42(10):1373–1379.
- 160 Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. Avril 2006;15(2):122–126.
- 161 Cua YM, Kripalani S. Medication use in the transition from hospital to home. *Ann Acad Med Singapore*. Février 2008;37(2):136.
- 162 Glinborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Qual Saf Health Care*. Février 2007;16(1):34–39.
- 163 Chae SY, Chae MH, Isaacson N, James TS. The patient medication list: can we get patients more involved in their medical care? *J Am Board Fam Med*. Novembre/Décembre 2009;22(6):677–685.
- 164 Haas JS, Iyer A, Orav EJ, Schiff GD, Bates DW. Participation in an ambulatory e-pharmacovigilance system. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. Septembre 2010;19(9):961–969.
- 165 Reidel K, Tamblin R, Patel V, Huang A. Pilot study of an interactive voice response system to improve medication refill compliance. *BMC Med Inform Decis Mak*. 9 octobre 2008;8:46.
- 166 Moore C, Wisniewsky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. Août 2003;18(8):646–651.
- 167 Glinborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Qual Saf Health Care*. Février 2007;16(1):34–39.
- 168 Gladstone DJ, Rodan LH, Sahlas DJ, Lee L, Murray BJ, Ween JE, Perry JR, Chenkin J, Morrison LJ, Beck S, Black SE. A citywide prehospital protocol increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke*. Décembre 2009;40(12):3841–3844.
- 169 Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, Phillips S. Canadian best practice recommendations for stroke care (2010 update). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa: Canadian Stroke Network. 2010. strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/12/2010_BP_ENG.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 170 Demaerschalk BM, Milel ML, Kiernan TEJ, Bobrow BJ, Corday DA, Welik KE, Aguilar MI, Ingall TJ, Dodick DW, Brazdys K, Koch TC, Ward MP, Richemont PC for the STARR Coinvestigators. *Stroke*. *Telemedicine*. Mayo Clin Proc. 2009;84(1):53–64.
- 171 Romano JG, Muller N, Merino JG, Forteza AM, Koch S, Rabinstein AA. In-hospital delays to stroke thrombolysis: paradoxical effect of early arrival. *Neurol Res*. 2007;29(7):664–666.
- 172 Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, Phillips S. Canadian best practice recommendations for stroke care (2010 update). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa: Canadian Stroke Network. 2010. strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/12/2010_BP_ENG.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 173 Hill MD, Barber PA, Demchuk AM, Seivick RJ, Newcommon NJ, Green T, Buchan AM. Building a "brain attack" team to administer thrombolytic therapy for acute ischemic stroke. *CMAJ*. 30 mai 2000;162(11):1589–1593.
- 174 Finger C. Caesarean section rates skyrocket in Brazil. Many women are opting for caesareans in the belief that it is a practical solution. *Lancet*. 2003 Aug 23;362(9384):628.
- 175 Singer B. Elective cesarean sections gaining acceptance. *CMAJ*. 2 mars 2004;170(5):775.
- 176 Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 13 février 2007;176(4):455–60.
- 177 Canadian Institute for Health Information. Giving birth in Canada: the costs. 2006. secure.cihi.ca/cihiweb/products/Costs_Report_06_Eng.pdf; consulté le 10 janvier 2011.
- 178 New Jersey Maternity Care Worst to First 2010. New Jersey Hospitals. 2010. www.njmaternitycare.com/new_jersey_hospitals; consulté le 4 mars 2011.
- 179 Ontario Women's Health Council. Caesarean section best practices project. 2002. www.echo-ontario.ca/echo/images/PDFs/d_stream/sexual-and-reproductive-health/owhc_caesareanbestpractices_en.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 180 Canadian Medical Protective Association Fee Schedule for 2011. Consultable à : www.cmpa-acpm.ca/cmpap04/docs/membership/fees/2011cal-e.pdf; consulté le 4 mars 2011.
- 181 Myers SA, Gleicher N. A successful program to lower cesarean-section rates. *N Engl J Med*. 1988 Dec 8;319(23):1511–6.
- 182 Park JS, Robinson JN, Norwitz ER. Rotational forceps: Should these procedures be abandoned? *Seminars in Perinatology* 2003; 27(1): 112–120.
- 183 SOGC clinical practice guideline: guidelines for vaginal birth after previous Caesarean section. No. 155, février 2005. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(2):164–174.
- 184 SOGC clinical practice guideline: vaginal delivery of breech presentation. No. 226, juin 2009. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(6):557–566.
- 185 Johannsson H, Ayida G, Sadler C. Faking it? Simulation in the training of obstetricians and gynaecologists. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2005 Dec;17(6):557–61.
- 186 Erenthal DB, Jiang X, Strobino DM. Labor induction and the risk of a cesarean delivery among nulliparous women at term. *Obstet Gynecol*. 2010 Jul;116(1):35–42.
- 187 Fisch JM, English D, Pedaline S, Brooks K, Simhan HN. Labor induction process improvement: a patient quality-of-care initiative. *Obstet Gynecol*. 2009 Apr;113(4):797–803.
- 188 Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth*. Mars 2007;34(1):53–64.
- 189 Poobalan AS, Aucutt LS, Gurung T, Smith WC, Bhattacharya S. Obesity as an independent risk factor for elective and emergency caesarean delivery in nulliparous women—systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Obes Rev*. 2009 Jan;10(1):28–35.
- 190 The Champlain Cardiovascular Disease Prevention Network. The Champlain Get With The Guidelines Initiative. 2008. www.ccpnetwork.ca/GWG/en_about.php; consulté le 4 mars 2011.
- 191 Sword W, Watt S, Krueger P, Thabane L, Landy CK, Farine D, Swinton M. The Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III: a multi-site cohort study of the impact of delivery method on health, service use, and costs of care in the first postpartum year. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28 avril 2009;9:16.
- 192 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Preventing and managing chronic disease: Ontario's framework. Mai 2007;1–50.
- 193 Canadian Community Health Survey. 2003. www.health.gov.on.ca/english/providers/program/cchp/index.html; consulté le 5 novembre 2010.
- 194 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Preventing and managing chronic disease: Ontario's framework. Mai 2007;1–50.
- 195 MSSLD. Chronic Disease Prevention and Management. Aug 27, 2009. www.health.gov.on.ca/english/providers/program/cchp/index.html; consulté le 5 novembre 2010.
- 196 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Preventing and managing chronic disease: Ontario's framework. Mai 2007;1–50.
- 197 Association canadienne du diabète Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Canadian Journal of Diabetes*. 2008;32(suppl 1):S134–S139.
- 198 Ferris FL III. How effective are treatments for diabetic retinopathy? *JAMA*. 1993;269(10):1290–1291.
- 199 Litzelman, et coll. Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1993;119(1):36–41.
- 200 McCabe, et coll. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabetes Med*. 1998;15(1):80–84.
- 201 Base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur les congés des patients, Ontario Diabetes Database, exercice 2009-2010, calculé par l'institut de recherche en services de santé.
- 202 Base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, calculé par l'institut de recherche en services de santé.
- 203 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Preventing and managing chronic disease: Ontario's framework. Mai 2007;1–50.
- 204 Association canadienne du diabète. Management. 2011. <http://www.diabetes.ca/diabetes-and-you/living/management/>; consulté le 4 mars 2011.
- 205 Agence de la santé publique du Canada. How Can I Reduce my Risk of Developing Heart Disease and Having a Heart Attack? 29 janvier 2009. http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/hd_reduce-md_reduce-eng.php; consulté le 4 mars 2011.
- 206 The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigation. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. 2000; 342: 145-153.
- 207 Stratton IM et coll. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000; 321: 405-411.
- 208 Adler AI et coll. Association of systolic blood pressure with microvascular and macrovascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. *BMJ*. 2000; 321: 412-419.
- 209 Pyorala K, Pedersen TR et coll. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease. A subgroup analysis of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4s). *Diabetes Care*. 1997;20(4).
- 210 Lorig KR, et coll. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. *Medical Care*. 1999;37(1):5–14.
- 211 Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaborators, Kearney PM, Blackwell L, Collins R, Keech A, Simes J, Peto R, Armitage J, Baigent C. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*. 12 janvier 2008;371(9607):117–125.
- 212 Association canadienne du diabète Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Association canadienne du diabète. Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes*. 2008;32(suppl 1):S109. The Association canadienne du diabète "s" guidelines say diabetes patients should keep their LDL (bad cholesterol) under 2.0 — most can do that with a statin.
- 213 Rosen AB. Indications for and utilization of ACE inhibitors in older individuals with diabetes. Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2002. *J Gen Intern Med*. Avril 2006;21(4):315–319. Canadian guidelines suggest that all diabetes patients at high risk of cardiovascular disease, high blood pressure, or protein in their urine should be on an ACE/ARB (preceding reference, page S105, S116, S130). This study suggests that 92% to 100% of diabetes patients fit into at least one of these categories.
- 214 Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *Ann Fam Med*. Juillet 2009; 7(4): 309–318. doi: 10.1370/afm.982.
- 215 Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report. Cardiovascular Disease. www.powerstudy.ca/the-power-report/the-power-report-volume-1/cardiovascular-disease; consulté le 2 mars 2011.
- 216 Davis D, Goldman J, Palda VA. Canadian Medical Association handbook on clinical practice guidelines. Ottawa: Canadian Medical Association, 2007. www.cma.ca/handbook.pdf; consulté le 1^{er} janvier 2011.
- 217 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et coll. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8(6).
- 218 Dobbins M, Hanna SE, Ciliska D, Manske S, Cameron R, Mercer SL, O'Mara L, DeCorby K, Robeson P. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implement Sci*. 23 septembre 2009;4:61.
- 219 Grol R et Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*. 2004;180(suppl 6):S57–S60.
- 220 Patasi B, Conway JR. Enhancing diabetes care in family practice: a flow sheet. *Can Fam Physician*. Septembre 2008;54(9):1237–1238.
- 221 Association canadienne du diabète. Sample Diabetes Patient Care Flow Sheet for Adults. 2008. www.diabetes.ca/documents/for-professionals/Clinical-flow-sheet.pdf
- 222 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et coll. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8(6).
- 223 Sequist TD, Gandhi TK, Karson AS, et coll. A randomized trial of electronic clinical reminders to improve quality of care for diabetes and coronary artery disease. *J Am Med Inform Assoc*. Juillet/Août 2005;12(4):431–437.
- 224 Weber V, Bloom F, Pierdon S, Wood C. Employing the electronic health record to improve diabetes care: a multifaceted intervention in an integrated delivery system. *J Gen Intern Med*. 2008;23(4):379–382.
- 225 Hicks LS, Sequist TD, Ayanian JZ, Shaykevich S, Fairchild DG, Orav J, Bates DW. Impact of computerized decision support on blood pressure management and control: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2008;23(4):429–441.
- 226 Hicks LS, Sequist TD, Ayanian JZ, Shaykevich S, Fairchild DG, Orav J, Bates DW. Impact of computerized decision support on blood pressure management and control: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2008;23(4):429–441.
- 227 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;2. Art. No. CD000259.
- 228 Guldberg TL, Lauritzen T, Kristensen JK, Vedsted P. The effect of feedback to general practitioners on quality of care for people with type 2 diabetes: a systematic review of the literature. *BMC Fam Pract*. 6 mai 2009;10:30.
- 229 Weber V, Bloom F, Pierdon S, Wood C. Employing the electronic health record to improve diabetes care: a multifaceted intervention in an integrated delivery system. *J Gen Intern Med*. 2008;23(4):379–382.
- 230 Flogdren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J, Eccles MP. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;1. Art. No. CD000125.
- 231 Majumdar SR, Tsuyuki RT, McAlister FA. Impact of opinion leader-endorsed evidence summaries on the quality of prescribing for patients with cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *Am Heart J*. 2007;153:22.e1–8.
- 232 Davis D, Goldman J, Palda VA. Canadian Medical Association handbook on clinical practice guidelines. Ottawa: Canadian Medical Association, 2007. www.cma.ca/handbook.pdf; consulté le 1^{er} janvier 2011.
- 233 McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810–819.
- 234 Health Council of Canada. Teams in action: Ontario. 2009. www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TIA_Ontario.pdf; consulté le 4 octobre 2010.
- 235 Liddy C, Dusseault JJ, Dahrouge S, Hogg W, Lemelin J, Humbert J. Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses: pilot study. *Can Fam Physician*. Janvier 2008;54(1):58–65. Erratum in: *Can Fam Physician*. Mars 2008;54(3):351.
- 236 Tran K, Polisena J, Coyle D, Coyle K, Kluge E-H W, Cimon K, McGill S, Noorani H, Palmer K, Scott R. Home telehealth for chronic disease management. Technology report number 113. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2008. www.cadth.ca/media/pdf/O0475_Home_Telehealth_to_e.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 237 Canada Health Infoway. Home telehealth business case report. Toronto: Canada Health Infoway, 2007. www2.infoway-inforoute.ca/Documents/Home_Telehealth_Business_Case_Report.pdf; consulté le 12 janvier 2011.
- 238 Vader JM, Drazner MH. Clinical assessment of heart failure: utility of symptoms, signs, and daily weights. *Heart Fail Clin*. Avril 2009;5(2):149–160.
- 239 Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et coll. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163:83–90.
- 240 Williams MV, Davis TC, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med*. 2002;34:383–389.

- 241 Flores, G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev.* 2005; 62(3):255-299.
- 242 MSSLD. Ontario's Diabetes Strategy. Nov 2009. www.health.gov.on.ca/en/ms/diabetes/pdf/newsletters/nl_ods_2.pdf; consulté le 8 décembre 2010.
- 243 MSSLD. Ontario's Diabetes Strategy. Nov 2009. www.health.gov.on.ca/en/ms/diabetes/pdf/newsletters/nl_ods_2.pdf; consulté le 8 décembre 2010.
- 244 Comprehensive Vascular Disease Prevention and Management Initiative. About CVDPMI. 2011. www.cvdpmi.ca/about-cvdpmi/; consulté le 13 janvier 2011.
- 245 MSSLD. Expanding Access To Affordable Drugs. Apr 7, 2010. http://www.health.gov.on.ca/en/news/release/2010/apr/nr_20100407.aspx; consulté le 24 mars 2011.
- 246 Fondation des maladies du cœur. My Blood Pressure Action Plan. 2011. http://www2.heartandstroke.ca/hs_Risk.asp?media=bp_hsfhomepage; consulté le 24 mars 2011.
- 247 Fondation des maladies du cœur de l'Ontario. Hypertension Management Initiative. 2011. http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvl3leNWJwE/b.5339627/k.C90/HCP_Hypertension_Management_Initiative.htm; consulté le 24 mars 2011.
- 248 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138:161-167.
- 249 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med.* 2005;20:317-323.
- 250 van Walraven C, Seth R, Laupacis A. Dissemination of discharge summaries: not reaching follow-up physicians. *C Fam Phys.* 2002;28:737-742.
- 251 Lorig KR, et coll. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. *Medical Care.* 1999;37(1):5-14.
- 252 Base de données sur les personnes inscrites. Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 253 Jweinat JJ. Hospital readmissions under the spotlight. *Journal of Healthcare Management.* 2010;55(4):252-264.
- 254 Wijesundera H, Nallamothu B, Krumholz H, Tu J, Ko D. Meta-analysis: effects of percutaneous coronary intervention versus medical therapy on angina relief. *Ann Intern Med.* 2010;152:370-379.
- 255 TW Haywood, HM Kravitz, LS Grossman, JL Cavanaugh Jr, JM Davis et DA Lewis. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152:856-861.
- 256 Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report. Depression. www.powerstudy.ca/the-power-report/the-power-report-volume-1/depression; consulté le 5 novembre 2010.
- 257 Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo SC, Almierto R, Sicuro L, Galasso R, Sommella L, Ricciardi W. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 2010;10:2.
- 258 Roy CL, Kachalia A, Woolf S, Burdick E, Karson A, Gandhi TK. Hospital readmissions: physician awareness and communication practices. *J Gen Intern Med.* Mars 2009;24(3):374-380.
- 259 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006;2. Art. No. CD000259.
- 260 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006;2. Art. No. CD000259.
- 261 van Walraven C, Irfan A, Dhalla CB, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, Austin PC, Forster AJ. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ.* 6 avril 2010;182(6).
- 262 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* Février 28, 2007;297(8):831-41.
- 263 Bell CM, Schnipper JL, Auerbach AD, Kaboli PJ, Wetterneck TB, Gonzales DV, Arora VM, Zhang JX, Meltzer DO. Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *J Gen Intern Med.* Mars 2009;24(3):381-386.
- 264 Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA, Lebel P, Mainville D, Bolduc A, Buckland JA. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. *BMC Geriatr.* 23 septembre 2010;10(1):69.
- 265 Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. *J Gen Intern Med.* Août 2008;23(8):1228-1233.
- 266 Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Coleman EA. Better transitions: improving comprehension of discharge instructions. *Front Health Serv Manage.* Spring 2009;25(3):11-32.
- 267 VanSuch M, Naessens JM, Stroebel RJ, Huddleston JM, Williams AR. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization's heart failure core measures reflect better care? *Qual Saf Health Care.* Décembre 2006;15(6):414-417.
- 268 Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. *J Gen Intern Med.* Août 2008;23(8):1228-1233.
- 269 Forster AJ, van Walraven C. Using an interactive voice response system to improve patient safety following hospital discharge. *J Eval Clin Pract.* Juin 2007;13(3):346-351.
- 270 Vader JM, Drazner MH. Clinical assessment of heart failure: utility of symptoms, signs, and daily weights. *Heart Fail Clin.* Avril 2009;5(2):149-160.
- 271 McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:810-819.
- 272 Howlett JG, Mann OE, Baillie R, Hatheway R, Svendsen A, Benoit R, Ferguson C, Wheatley M, Johnstone DE, Cox JL. Heart failure clinics are associated with clinical benefit in both tertiary and community care settings: data from the Improving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia (ICONS) registry. *Can J Cardiol.* 2009;25(9):e306-e311.
- 273 Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001;1:CD001481.
- 274 Lin D, Hale S, Kirby E. Improving diabetes management: structured clinic program for Canadian primary care. *Can Fam Physician.* 2007;53:73-77.
- 275 Health Council of Canada. Teams in action: Ontario. 2009. www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TIA_Ontario.pdf; consulté le 4 octobre 2010.
- 276 U.S. National Institute of Health. A Virtual Ward to Reduce Readmissions After Hospital Discharge. 13 avril, 2010. clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01108172; consulté le 1^{er} mars 2011.
- 277 Centre d'accès aux soins communautaires de Toronto Centre. In the Know for our Community Partners. 2010. www.ccac-ont.ca/Upload/toronto/General/Community-Summer-Final.pdf; consulté le 10 mars 2011.
- 278 RLSS de Toronto Centre. Improving Outcomes and Reducing Hospital Readmissions with Virtual Ward. 9 décembre 2010. www.torontocentralhln.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/News_Rooms/LHINfo%20Minute%20Virtual%20Ward.pdf; consulté le 1^{er} mars 2011.
- 279 Canadian Health Services Research Foundation. Picking Up the Pace. Nov 1, 2010. http://www.chsrf.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/Mary_Fleming.sfb.aspx; consulté le 8 décembre 2010.
- 280 Canadian Physiotherapy Association. How Physiotherapy Helps. 2011. www.physiotherapy.ca/public.asp?WCE=C=47&K=223553&RefreshT=222436&RefreshS=LeftNav&RefreshD=2224360; consulté le 18 octobre 2010.
- 281 Caring for Aging Parents. Health Care for Elderly. www.caring-for-aging-parents.com/health-care-for-elderly.html; consulté le 19 octobre 2010.
- 282 Canadian Mental Health Association. Mental health and addictions issue for older adults: opening the doors to a strategic framework. Mars 2010. www.ontario.cmha.ca/docs/policy/cmha_ontario_issues_for_older_adults_full_report_201003.pdf; consulté le 19 octobre 2010.
- 283 Gladstone DJ, Rodan LH, Sahlas DJ, Lee L, Murray BJ, Ween JE, Perry RJ, Chenkin J, Morrison LJ, Beck S, Black SE. A citywide prehospital protocol increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke.* Décembre 2009;40(12):3841-3844.
- 284 An adult long-stay client is defined as an adult who requires more than 60 uninterrupted days of service through a CCAC, or a client who requires admission to an LTC home.
- 285 OACCAC. 2007.
- 286 Ontario Home Care Association. Home Care in 2010 – Essential for an Aging Population. Septembre 2010. www.homecareontario.ca/public/docs/publications/position%20papers/2010/home-care-essential-for-an-aging-population.pdf; consulté en février 2011.
- 287 Bos JT, Frijters DH, Wagner C, Carpenter GI, Finne-Soveri H, Topinkova E, Garms-Holmova V, Henrard JC, Jönsson PV, Sørbye L, Ljunggren G, Schroll M, Gambassi G, Bernabei R. Variations in quality of home care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Exp Res.* 2007 Aug;19(4):323-9.
- 288 Remsburg RE, Palmer MH, Langford AM, Medelson GF. Staff compliance with and ratings of effectiveness of a prompted voiding program in a long-term care facility. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1999;26(5):261-269.
- 289 Fink HA, Taylor BC, Tacklind JW, Rutks IR, Wilt TJ. Treatment interventions in nursing home residents with urinary incontinence: a systematic review of randomized trials. *Mayo Clin Proc.* 2008;83(12):1332-1343.
- 290 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Promoting continence: using prompted voiding: a nursing best practice guideline. 2005. www.mao.org/Storage/12/627_BPG_Continence_rev05.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 291 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Continence/constipation workshop for RNs in long-term care: a facilitator's guide. Mai 2007. www.mao.org/Storage/30/2510_Rev_-_LTC-CC.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 292 Agence de la santé publique du Canada. Evidence-based best practices for the prevention of falls: report on seniors' falls in Canada. 2005. www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aies/publications/pro-injury-blessure/falls-chutes/chap4-eng.php#foot105; consulté le 17 janvier 2011.
- 293 Bateni H, Maki BE. Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86:134-145.
- 294 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. RA-MDS 2.0 LTC homes — practice requirements. www.health.gov.on.ca/english/public/program/ltc/docs/rai_mds_practice_requirements.pdf; consulté le 16 février 2011.
- 295 RAI user's manual for the Minimum Data Set (MDS) version 2.0. 2008. www.cms.gov/NursingHomeQuality/nits/downloads/MDS20RAIUsersManual.zip; consulté le 16 février 2011.
- 296 Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burns E. Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 21 janvier 2009;1:CD004294.
- 297 Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, Roth EA, Shekelle PG. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ.* Mars 20, 2004;328(7441):680.
- 298 Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage.* 1995;10:591-598.
- 299 Parmelee PA. Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med.* 1996;12:473-487.
- 300 Herr K, Bjork K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manag.* 2006;31(2):170-192.
- 301 Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH, Berger MPF. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics.* 2006;6:3.
- 302 The management of chronic pain in older persons. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. *American Geriatrics Society. Geriatrics.* Octobre 1998;53(suppl 3):S8-S24.
- 303 RAI user's manual for the Minimum Data Set (MDS) version 2.0. 2008. www.cms.gov/NursingHomeQuality/nits/downloads/MDS20RAIUsersManual.zip; consulté le 16 février 2011.
- 304 The American Geriatrics Society (AGS). Foundation for Health in Aging. AGS clinical practice guideline: pharmacological management of persistent pain in older persons. 2008. www.americangeriatrics.org/health%5fcare%5fprofessionals/clinical%5fpractice/clinical%5fguidelines%5frecommendations/2009; consulté le 17 janvier 2011.
- 305 Watson CP. The treatment of neuropathic pain: antidepressants and opioids. *Clin J Pain.* Juin 2000;16(suppl 2):S49-S55.
- 306 Madsen MV, Gatzsche PC, Hróbjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *BMJ.* 27 janvier 2009;338:a3115.
- 307 Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Int Med.* 1995;123(9):681-687.
- 308 Gourlay DL, Heit HA, Almahrezi A. Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. *PainMed.* 2005;6:107-112.
- 309 Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *PainMed.* 2005;6:432-442.
- 310 Butler SF, Fernandez K, Benoit C, et coll. Validation of the revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R). *J Pain.* 2008;9:360-372.
- 311 Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, et coll. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. *J Pain.* 2007;130:144-1456.
- 312 Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, Jagoda DR, Weber C. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry.* Août 2002;159(8):1367-1374.
- 313 Morrow-Howell N, Proctor E, Choi S, Lawrence L, Brooks A, Hasche L, Dore P, Blinne W. Depression in public community long-term care: implications for intervention development. *J Behav Health Serv Res.* Janvier 2008;35(1):37-51.
- 314 Phelan E, Williams B, Meeker K, Bonn K, Frederick J, Logerfo J, Snowden M. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Fam Pract.* 1^{er} septembre 2010;11:63.
- 315 Jones M. Using screening tools to identify the risk or presence of depression in older people. *Nurs Times.* 25 décembre 2009 – 11 janvier 2010;105(49-50):24-7.
- 316 RAI user's manual for the Minimum Data Set (MDS) version 2.0. 2008. www.cms.gov/NursingHomeQuality/nits/downloads/MDS20RAIUsersManual.zip; consulté le 16 février 2011.
- 317 Choi NG, Wylie RJ, Ransom S. Risk factors and intervention programs for depression in nursing home residents: nursing home staff interview findings. *J Gerontol Soc Work.* Octobre 2009;52(7):668-685.
- 318 Choi NG, Ransom S, Wylie RJ. Depression in older nursing home residents: the influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging Ment Health.* Septembre 2008;12(5):536-547.
- 319 Meeks S, Young CM, Looney SW. Activity participation and affect among nursing home residents: support for a behavioural model of depression. *Aging Ment Health.* Novembre 2007;11(6):751-760.
- 320 Cole MG. Brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review of feasibility and effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry.* Juin 2008;16(6):435-443.
- 321 Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *J Health Soc Behav.* Décembre 2006;47(4):355-372.
- 322 Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry.* Septembre 2006;163(9):1493-1501.
- 323 Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *J Health Soc Behav.* Décembre 2006;47(4):355-372.
- 324 Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet.* Juin 2005;4-10;365(9475):1961-1970.
- 325 Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *J Health Soc Behav.* Décembre 2006;47(4):355-372.
- 326 Beyer JL. Managing depression in geriatric populations. *Ann Clin Psychiatry.* Octobre-Décembre 2007;19(4):221-238.
- 327 Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *J Health Soc Behav.* Décembre 2006;47(4):355-372.

- 328 Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *J Health Soc Behav.* Décembre 2006;47(4):355–372.
- 329 Residents First. 2011. www.residentsfirst.ca/home; consulté le 8 décembre 2010.
- 330 MSSLD. Compliance Transformation. Nov 23, 2010. www.health.gov.on.ca/english/public/program/itc/compliance_transform_new_process.html; consulté le 8 décembre 2010.
- 331 Organisation mondiale de la santé. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. Department of Communicable Disease, Surveillance and Response. 2^e édition 2002:1–72.
- 332 Mahieu LM, et coll. Additional hospital stay and charges due to hospital-acquired infections in a neonatal intensive care unit. *J Hosp Infection.* 2001;47(3):223–229.
- 333 Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 334 Parietti JJ, et coll. Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs. traditional surgical hand-scrubbing and 30-day surgical site infection rates: a randomized equivalence study. *JAMA.* 2001;288:722–727.
- 335 Gardam MA, Lemieux C, Reason P, van Dijk M, Goel V. Healthcare-associated infections as patient safety indicators. *Healthcare Papers.* 2009;9(3):8–24.
- 336 Control of Clostridium difficile Infection (CDI) Outbreaks in Hospitals: A Guide for Hospital and Health Unit Staff. Disponible à : www.health.gov.on.ca/patient_safety/pro/cdad/pro_resource/guide_cdi_infect_control.pdf; consulté le 28 mars 2011.
- 337 Communiqué de presse: Améliorer la sécurité des patients dans les hôpitaux. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto, le 26 septembre 2008. Disponible à : www.health.gov.on.ca/fr/news/media/news_releases/archives/nr_08/sept/nr_20080926f.html; consulté le 31 mars 2011.
- 338 L'Ontario semble afficher de meilleurs résultats que le Québec où le taux est de 0,6 pour 1000 jours-patient. (Données de surveillance des infections dans les centres hospitaliers au Québec. Bulletin n° 22, juillet 2010. *Clostridium difficile*.) Les taux semblent aussi inférieurs en Angleterre — 5 983 cas entre avril et juin 2010, selon www.hpa.gov.uk/hpr/infections/hcal.html (consulté le 2 novembre 2010). Les comparaisons doivent être effectuées avec circonspection en raison des écarts dans la façon dont les cas sont recensés.
- 339 Quality Healthcare Network. Safer Healthcare Now! 2007. www.qhn.ca/about/saferhealthcare.html; consulté le 28 mars 2011.
- 340 Heyland DK, Cook DJ, Griffith L, Keenan SP, Brun-Buisson C. The attributable morbidity and mortality of ventilator-associated pneumonia in the critically ill patient. *The Canadian Critical Trials Group.* *Am J Respir Crit Care Med.* 1999 Apr;159(4 Pt 1):1249–56.
- 341 Rosenthal VD, Guzman S, Migone O, Crichton CJ. The attributable cost, length of hospital stay, and mortality of central line-associated bloodstream infection in intensive care departments in Argentina: A prospective, matched analysis. *Am J Infect Control.* 2003 Dec;31(8):475–80.
- 342 What Zero Looks Like: Eliminating Hospital-Acquired Infections. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge MA. www.ihl.org/HL/Topics/HealthcareAssociatedInfections/InfectionsGeneral/ImprovementStories/WhatZeroLooksLikeEliminatingHospitalAcquiredInfections.htm; consulté le 28 mars 2011.
- 343 Pronovost, et coll. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 2006;355:2725–2732.
- 344 Un grand nombre d'hôpitaux de la province ont réussi à obtenir un taux de prévention des infections au site d'opération de 100 %. patientsafetyontario.net/Reporting/En/PSIR_indicator-comparison.aspx?hospidGroupType=3&indicatorId=7&hospid=4014&SelfType=4&LHN=&city=&pc=&dist=&str=a; consulté le 2 novembre 2010. Certains hôpitaux américains ont aussi réussi à obtenir un tel taux. www.ihl.org/HL/Programs/Campaign/mentor_registry_ssi.htm; consulté le 2 novembre 2011.
- 345 Fettelberg SP. Patient Safety Executive Walkarounds. *Permanent Journal* 2006;10(2):29–36.
- 346 Surveys on patient safety culture. Agency for Healthcare Research and Quality, Washington DC. www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/; consulté le 28 mars 2011.
- 347 Rotstein C, Evans G, Born A, Grossman R, Light RB, Magder S, McTaggart B, Weiss K, Zhanel GG. Clinical practice guidelines for hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia in adults. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2008;19(1):19–53.
- 348 Ruffell A, Adamcova L. Ventilator-associated pneumonia: prevention is better than cure. *Nurs Crit Care.* Janvier/Février 2008;13(1):44–53.
- 349 Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Infections du site opératoire. 2010. www.safetherhealthcarenow.ca/FR/Interventions/SSI/Pages/default.aspx; consulté le 21 janvier 2011.
- 350 de Vries EN, Dijkstra L, Smorenburg SM, Meijer RP, Boermeester MA. The SURGical Patient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis. *Patient Saf Surg.* 13 avril 2010;4(1):6.
- 351 Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Des soins de santé plus sécuritaires maintenant Bulletin. Janvier 2010;6(1). www.safetherhealthcarenow.ca/fr/news/shnewsletter/pages/volume%206%20issue%201%20-%20january%202010.aspx; consulté le 21 janvier 2011.
- 352 Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 2006;355(26):2725–2732.
- 353 Carson SS, Stocking C, Podsadecki T, et coll. Effects of organizational change in the medical intensive care unit of a teaching hospital: a comparison of "open" and "closed" formats. *JAMA.* 1996;276:322–328.
- 354 Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremiszov TT, Young TL. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. *JAMA.* 6 novembre 2002;288(17):2151–2162.
- 355 Kahn JM, Brake H, Steinberg KP. Intensivist physician staffing and the process of care in academic medical centres. *Qual Saf Health Care.* Octobre 2007;16(5):329–333.
- 356 Geubbels EL, Bakker HG, Houtman P, van Noord-Klaassen MA, Pelk MS, Sassen TM, Wille JC. Promoting quality through surveillance of surgical site infections: five prevention success stories. *Am J Infect Control.* Novembre 2004;32(7):424–430.
- 357 Zoutman DE, Ford BD. The relationship between hospital infection surveillance and control activities and antibiotic-resistant pathogen rates. *Am J Infect Control.* Février 2005;33(1):1–5.
- 358 MSSLD. Document d'information : Rapports sur le respect de l'hygiène des mains. www.health.gov.on.ca/fr/securitedespatients/pro/hh/pro_resource/hh_reporting_fs.pdf; consulté le 24 janvier 2011.
- 359 Damschroder LJ, Banaszak-Holl J, Kowalski CP, Forman J, Saint S, Krein SL. The role of the "champion" in infection prevention: results from a multisite qualitative study. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:434–440.
- 360 5 Million Lives Campaign. Getting started kit: prevent central line infections how-to guide. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2008. www.ihl.org/HL/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Changes/ImplementtheCentralLineBundle.htm; consulté le 22 janvier 2011.
- 361 Roehr B. Suspension of privileges improves physician adherence to hand hygiene. *Medscape Medical News.* 2007. www.medscape.com/viewarticle/564005; consulté le 10 février 2011.
- 362 Pittet D, Panesar SS, Wilson K, Longtin Y, Morris T, Allan V, Storr J, Cleary K, Donaldson L. Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. *J Hosp Infect.* 12 janvier 2011.
- 363 McGuckin M, Storr J, Longtin Y, Allegranzi B, Pittet D. Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy. *Am J Med Qual.* Janvier/Février 2011;26(1):10–17.
- 364 De Wandel D, Maes L, Labeau S, Vereecken C, Blot S. Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *Am J Crit Care.* Mai 2010;19(3):230–239.
- 365 MSSLD. Document d'information : Rapports sur le respect de l'hygiène des mains. www.health.gov.on.ca/fr/securitedespatients/pro/hh/pro_resource/hh_reporting_fs.pdf; consulté le 24 janvier 2011.
- 366 De Wandel D, Maes L, Labeau S, Vereecken C, Blot S. Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *Am J Crit Care.* Mai 2010;19(3):230–239.
- 367 Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/Shea/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2002;51(RR16):1–45.
- 368 Assemblée législative de l'Ontario. Comptes rendus : Comité permanent des comptes publics - 29 octobre 2008 - Rapport spécial, vérificateur général. 29 octobre 2008. www.ontla.on.ca/web/committee-proceedings/committee_transcripts_details.do?locale=fr&BillID=&ParlCommID=8861&Date=2008-10-29&Business=Special+Report%2C+Auditor+General&DocumentID=23388; consulté le 29 mars 2011.
- 369 Réseau de contrôle des infections de l'Ontario. Au sujet des Réseaux de contrôle des infections de l'Ontario. 2011. <http://rcin.on.ca/quinnoussommes3962.php>; consulté le 29 mars 2011.
- 370 MSSLD. Sécurité des patients. 19 janvier 2010. www.health.gov.on.ca/patient_safety/pro/ps_pro.html; consulté le 28 mars 2011.
- 371 The Canadian PD Project. Site Web du Canadian Positive Deviance (PD) Project. 23 décembre 2010. www.positivedeviance.ca; consulté le 28 mars 2011.
- 372 U.S. Department of Health & Human Services. Patient Safety Network: Glossary. www.psn.net/ahq.gov/glossary.aspx; consulté le 2 novembre 2010.
- 373 Dictionnaire canadien sur la sécurité des patients. 2003;39. rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf; consulté le 2 novembre 2010.
- 374 Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflinger L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal.* 25 mai 2004;170(11):1678–1686.
- 375 Wrong Diagnosis. Types of Medical Mistakes. 26 Jan. 2011. www.wrongdiagnosis.com/mistakes/types.htm; consulté le 14 janvier 2010.
- 376 Elder NC, Vonder Meulen M, Cassedy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Ann Fam Med.* 2004;2:125–129.
- 377 Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et coll. Prevention of venous thromboembolism. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest.* 2004;126:338S–400S. Si on n'utilise pas d'anticoagulants, le taux de TVP (embolie pulmonaire), est de 10 % à 40 % après une chirurgie générale et de 40 % à 60 % après une arthroplastie de la hanche.
- 378 Heit JA, Silverstein MD, Mohr DN, et coll. Predictors of survival after deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based cohort study. *Archives of Internal Medicine.* 1999;159:445–453.
- 379 Center for Outcomes Research – University of Massachusetts Medical School. Best Practices: Preventing Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism. www.outcomes-umassmed.org/DVT/best_practice; consulté le 22 janvier 2011.
- 380 Prandoni P, Lensing AW, Cogo A, et coll. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Annals Intern Med.* 1996;125:1–7.
- 381 Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA.* 2003;290:1868–1874.
- 382 Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.
- 383 Gouvernement de l'Ontario. [intelliHealth](http://www.intellihealth.moh.gov.on.ca/frontpage). <https://www.intellihealth.moh.gov.on.ca/frontpage>; consulté le 9 novembre 2010.
- 384 Haynes A, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lاپاپ MCM, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA, for the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360:491–499.
- 385 Serious Reportable Events (SREs): Transparency & Accountability are Critical to Reducing Medical Errors. National Quality Forum. 1^{er} octobre 2008. Consultable à : www.qualityforum.org/pdf/news/SeriousReportableEvents10-15-06.pdf; consulté le 28 mars 2011.
- 386 Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 387 Savitz LA, Jones CB, Bernard S. Quality indicators sensitive to nurse staffing in acute care settings. In: *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Volumes 1-4, AHRQ Publication Nos. 08-0034 (1-4). Juillet 2008.
- 388 Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et coll. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370–377.
- 389 Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Hartnett BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995;163(9):458–476.
- 390 Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflinger L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal.* 25 mai 2004;170(11):1678–1686.
- 391 Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo SC, Almiro R, Sicuro L, Galasso R, Sommella L, Ricciardi W. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 4 janvier 2010;10:2.
- 392 Kakkos SK, Caprini JA, Geroulakos G, Nicolaides AN, Stansby GP, Reddy DJ. Combined intermittent pneumatic leg compression and pharmacological prophylaxis for prevention of venous thromboembolism in high-risk patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008;4. Art. No. CD005258.
- 393 Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Thromboembolie veineuse. www.safetherhealthcarenow.ca/FR/Interventions/vte/Pages/default.aspx; consulté le 27 janvier 2011.
- 394 Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Res.* Juillet/Août 1987;36(4):205–210.
- 395 Colon-Emeric C, Schenck A, Gorospe J, McArdle J, Dobson L, DePorter C, et coll. Translating evidence-based falls prevention into clinical practice in nursing facilities: results and lessons from a quality improvement collaborative. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2006;54(9):1414–1418.
- 396 Courtney B, Ruppman J, Cooper H. Save our skin: initiative cuts pressure ulcer incidence in half. *Nurs Manage.* 2006;37(4):36–45.
- 397 Secrétariat des services consultatifs médicaux, MSSLD. Prevention and management of chronic pressure ulcers. Ontario Health Technology Assessment Series. 2009;9:2–3. www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohat/tech/recommend/rec_pup_20091020.pdf; consulté le 24 janvier 2011.
- 398 Duncan KD. Preventing pressure ulcers: the goal is zero. *J Comm J Qual Pat Saf.* 2007;33(10):605–610.
- 399 Benn J, Koutantji M, Wallace L, Sargeon P, Rejman M, Healey A, Vincent C. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:11–21.
- 400 Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler CA, Landrigan CP, Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* Novembre 2007;33(11 suppl):7–18.
- 401 Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009;374:1714–1721.
- 402 Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, Lewin AM, Ghali WA, Roberts D. Physician nutrition and cognition during work hours: effect of a nutrition-based intervention. *BMC Health Services Research.* 2010;10:241.
- 403 Kane RL, Shamlilyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care.* Décembre 2007;45(12):1195–1204.
- 404 National Health Service Institute for Innovation and Improvement. The productive ward: releasing time to care learning impact and review. Coventry, England, 2010. www.institute.nhs.uk/images/documents/PWard/PWard%20exec%20summary.pdf; consulté le 24 janvier 2011.
- 405 Rapid Impact Assessment of The Productive Ward: Releasing time to care™. National Health Service, Londres, janvier 2011. www.institute.nhs.uk/images/documents/Quality_and_value/productiveseries/Rapid%20Impact%20Assessment%20full%20report%20FINAL.pdf; consulté le 28 mars 2011.
- 406 MSSLD. L'excellence des soins pour tous. 12 octobre 2010. www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/public/default.aspx; consulté le 29 mars 2011.
- 407 Système de santé de Niagara. Safer Healthcare Now: Prevention of Surgical Site Infection. www.niagarahealth.on.ca/quality-and-performance/patient-safety/safer-healthcare-now.html#surgicalinfection; consulté le 2 novembre 2010.
- 408 LifeExtension. Blood clot prevention: battling a dangerous condition. www.lef.org/protocols/heart_circulatory/blood_clot_01.htm; consulté le 5 novembre 2010.
- 409 Haynes AB, et coll. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009(5);360:491–499.

- 410 LifeExtension. Blood clot prevention: battling a dangerous condition. www.lef.org/protocols/heart_circulatory/blood_clot_01.htm; consulté le 5 novembre 2010.
- 411 Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med*. 2003;348(25):2526-2534.
- 412 Base de données sur les congés des patients, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 413 Black D, Lewis M, Monaghan B, Trypuc J. System change in healthcare: the Ontario Stroke Strategy. *Hospital Quarterly*. 2002;6(4):44-47.
- 414 Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo SC, Almiero R, Sicuro L, Galasso R, Sommella L, Ricciardi W. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. January 4, 2010;10:2.
- 415 Robb E, Jarman B, Suntharalingam G, Higgins C, Tennant R, Elcock K. Using care bundles to reduce in-hospital mortality: quantitative survey. *BMJ*. 2010;340:c1234.
- 416 Barochia AV, Cui X, Vitberg D, Suffredini AF, O'Grady NP, Banks SM, Minnici P, Kern SJ, Danner RL, Natanson C, Eichacker PQ. Bundled care for septic shock: an analysis of clinical trials. *Crit Care Med*. 2010;38(2):668-78.
- 417 Chamberlain DJ, Willis EM, Bersten AB. The severe sepsis bundles as processes of care: A meta-analysis. *Aust Crit Care*. 2011 Feb 14 (epub ahead of print).
- 418 Institut canadien pour la sécurité des patients. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Stratégies. www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/pages/default.aspx; consulté le 4 novembre 2010.
- 419 Killeen SD, O'Sullivan MJ, Coffey JC, Kirwan WO, Redmond HP. Provider volume and outcomes for oncological procedures. *Br J Surg*. April 2005;92(4):389-402.
- 420 Aujesky D, Mor MK, Geng M, Fine MJ, Renaud B, Ibrahim SA. Hospital volume and patient outcomes in pulmonary embolism. *CMAJ*. January 1, 2008;178(1):27-33.
- 421 Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med*. September 17, 2002;137(6):511-520.
- 422 Young EL, Holt PJ, Poloniecki JD, Loftus IM, Thompson MM. Meta-analysis and systematic review of the relationship between surgeon annual caseload and mortality for elective open abdominal aortic aneurysm repairs. *J Vasc Surg*. Décembre 2007;46(6):1287-1294.
- 423 Holt PJ, Poloniecki JD, Loftus IM, Thompson MM. Meta-analysis and systematic review of the relationship between hospital volume and outcome following carotid endarterectomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. Juin 2007;33(6):645-651.
- 424 Gadjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. *Med Care*. Octobre 2003;41(10):1129-1141.
- 425 Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, Phillips S. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010). Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC. 2010; Ottawa, Ontario Canada : Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/12/2010_BP_FRE.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 426 Gladstone DJ, Rodan LH, Sahlas DJ, Lee L, Murray BJ, Ween JE, Perry JR, Chenkin J, Morrison LJ, Beck S, Black SE. A citywide prehospital protocol increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke*. Décembre 2009;40(12):3841-3844.
- 427 Gadjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. *Med Care*. Octobre 2003;41(10):1129-1141.
- 428 Goodney PP, Stukel TA, Lucas FL, Finlayson EV, Birkmeyer JD. Hospital volume, length of stay, and readmission rates in high-risk surgery. *Ann Surg*. Août 2003;238(2):161-167.
- 429 Birkmeyer JD, Dimick JB, Staiger DO. Operative mortality and procedure volume as predictors of subsequent hospital performance. *Ann Surg*. Mars 2006;243(3):411-417.
- 430 Finlayson EV, Goodney PP, Birkmeyer JD. Hospital volume and operative mortality in cancer surgery: a national study. *Arch Surg*. Juillet 2003;138(7):721-725; discussion 726.
- 431 Marcaccio M, Langer B, Rumble B, Hunter A, Expert Panel on HPB Surgical Oncology. Hepatic, pancreatic, and biliary tract (HPB) surgical oncology standards. Rapport spécial d'Action Cancer Ontario EBS #17-2, section 1. 14 juin 2006. www.cancercare.on.ca/common/page/UserFile.aspx?fileid=34412; consulté le 24 janvier 2011.
- 432 Heart and Stroke Foundation of Canada, Canadian Cardiovascular Society, Canadian Association of Emergency Physicians, for the Emergency Cardiac Care Coalition. Recommendations for ensuring early thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *CMAJ*. 1996;154(4):483-487.
- 433 Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, Phillips S. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010). Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC. 2010; Ottawa, Ontario Canada : Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/12/2010_BP_FRE.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 434 Atzema CL, Austin PC, Tu JV, Schulz MJ. Emergency department triage of acute myocardial infarction patients and the effect on outcomes. *Ann Emerg Med*. Juin 2009;53(6):736-745.
- 435 Leach LS, Mayo A, O'Rourke M. How RNs rescue patients: a qualitative study of RNs' perceived involvement in rapid response teams. *Qual Saf Health Care*. Octobre 2010;19(5):e13.
- 436 Chen J, Bellomo R, Flabouris A, Hillman K, Finfer S, MERIT Study Investigators for the Simpson Centre, ANZICS Clinical Trials Group. The relationship between early emergency team calls and serious adverse events. *Crit Care Med*. Janvier 2009;37(1):148-153.
- 437 Jones D, George C, Hart GK, Bellomo R, Martin J. Introduction of medical emergency teams in Australia and New Zealand: a multi-centre study. *Crit Care*. 2008;12(2):R46.
- 438 Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 11 janvier 2010;170(1):18-26.
- 439 Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, Jeong SY, Noble D, Norton CA, Roche J, Hickey N. The "five rights" of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically "at risk" patients. *Nurse Educ Today*. Août 2010;30(6):515-520.
- 440 Institute for Health Improvement. SBAR technique for communication: a situational briefing model. www.ihl.org/IHL/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm; consulté le 24 janvier 2011.
- 441 Denver Health Medical Centre. Patient safety through teamwork and communication. www.safecoms.org/ImplementationToolkit/EducationGuide/EducationConcepts.aspx; consulté le 3 novembre 2010.
- 442 Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! www.saferhealthcarenow.ca/EN/news/nodeUpdates/ontarioNode/Documents/Safer%20Healthcare%20Now%20in%20Ontario.pdf; consulté le 29 mars 2011.
- 443 Prévention des AVC. Prévenir un AVC. 2011. www.preventstroke.ca/fr/page.php?Section=Prevent&id=37; consulté le 28 mars 2011.
- 444 MERCK. Aging and Drugs. Février 2009. www.merck.com/mmhe/sec26/ch321/ch321a.html; consulté le 19 octobre 2010.
- 445 Gurwitz JH, et coll. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *Am J Med*. 2005;118(3):251-258.
- 446 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Potentially inappropriate medications for the elderly according to the revised Beers criteria. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-2724.
- 447 MERCK. Aging and Drugs. Février 2009. www.merck.com/mmhe/sec26/ch321/ch321a.html; consulté le 19 octobre 2010.
- 448 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Potentially inappropriate medications for the elderly according to the revised Beers criteria. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-2724.
- 449 Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Miller MR, Friedman B, Wickizer SW, Meyer GS. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA*. 2001;286(22):2823-2829.
- 450 Gladstone DJ, Rodan LH, Sahlas DJ, Lee L, Murray BJ, Ween JE, Perry JR, Chenkin J, Morrison LJ, Beck S, Black SE. A citywide prehospital protocol increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke*. Décembre 2009;40(12):3841-3844.
- 451 Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marlin J, Khan KM, Marra CA. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*. 2009;169(21):1952-60.
- 452 Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med*. 2009;360(3):225-235.
- 453 Zec RF, Burkett NR. Non-pharmacological and pharmacological treatment of the cognitive and behavioral symptoms of Alzheimer disease. *NeuroRehabilitation*. 2008;23(5):425-438.
- 454 Wagner L, Rust TB. Safety in long-term care settings: broadening the patient safety agenda to include long-term care services. Institut canadien pour la sécurité des patients, 2008. www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/SafetyinLongTermCareSettings/Documents/Reports/LTC%20paper%20-%20Safety%20in%20LTC%20Settings%20-%202008.pdf; consulté le 21 janvier 2011.
- 455 Stanley MA, Wilson NL, Novy DM, Rhoades HM, Wagener PD, Greisinger AJ, Cully JA, Kunik ME. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2009;301(14):1460-7.
- 456 S R Onyett. The benzodiazepine withdrawal syndrome and its management. *J R Coll Gen Pract*. Avril 1989; 39(321): 160-163.
- 457 Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. Mai 2005;18(3):249-255.
- 458 Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*. 2009;23(1):19-34.
- 459 Denis C, Fatses M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. 19 juillet 2006;3.
- 460 Chen Y. Unexplained variation across US nursing homes in antipsychotic prescribing rates. *Archives of Internal Medicine*. 2010;170(1):89-95.
- 461 Marcum ZA, Handler SM, Wright R, Hanlon JT. Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: a narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010;8(3):183-200.
- 462 Rochon PA, Field TS, Bates DW, Lee M, Gavendo L, Erramuse-Mainard J, Judge J, Gurwitz JH. Clinical application of a computerized system for physician order entry with clinical decision support to prevent adverse drug events in long-term care. *CMAJ*. 3 janvier 2006;174(1):52-54.
- 463 Wagner L, Rust TB. Safety in long-term care settings: broadening the patient safety agenda to include long-term care services. Institut canadien pour la sécurité des patients, 2008. www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/SafetyinLongTermCareSettings/Documents/Reports/LTC%20paper%20-%20Safety%20in%20LTC%20Settings%20-%202008.pdf; consulté le 24 janvier 2011.
- 464 Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157(4):408-416.
- 465 Marcum ZA, Handler SM, Wright R, Hanlon JT. Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: a narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010;8(3):183-200.
- 466 Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, Règlement 79/10. MSSLD, Toronto, articles 117 et 120. www.e-laws.gov.on.ca/html/source/regs/english/2010/elaws_src_regs_r10079_e.htm#BK139; consulté le 31 mars 2011.
- 467 Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drug Aging*. 2009;26(12):1013-1028.
- 468 Marcum ZA, Handler SM, Wright R, Hanlon JT. Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: a narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010;8(3):183-200.
- 469 Choi NG, Wyllie RJ, Ransom S. Risk factors and intervention programs for depression in nursing home residents: nursing home staff interview findings. *J Gerontol Soc Work*. October 2009;52(7):668-685.
- 470 Choi NG, Ransom S, Wyllie RJ. Depression in older nursing home residents: the influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging Ment Health*. Septembre 2008;12(5):536-547.
- 471 Meeks S, Young CM, Looney SW. Activity participation and affect among nursing home residents: support for a behavioural model of depression. *Aging Ment Health*. Novembre 2007;11(6):751-760.
- 472 Centre for Healthcare Quality Improvement. Releasing time to care. www.chqi.ca/CurentInitiatives/ReleasingTimeToCare.aspx; consulté le 27 janvier 2011.
- 473 Institute for Medication Practices Canada. Medication Safety Initiatives in Ontario. www.ismp-canada.org/download/MedicationSafetyInitiativesInOntario.pdf; consulté le 30 mars 2011.
- 474 MSSLD. Elargissement du programme MedsCheck. Nov 8, 2010. www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/nov/nr_20101108.aspx; consulté le 30 mars 2011.
- 475 Gouvernement de l'Ontario. Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. 10 mars 2010. www.e-laws.gov.on.ca/html/source/regs/english/2010/elaws_src_regs_r10079_e.htm; consulté le 30 mars 2011.
- 476 MSSLD. L'Ontario agit pour réduire les abus de stupéfiants. 29 nov. 2010. www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/nov/nr_20101129.aspx; consulté le 30 mars 2011.
- 477 Organisation de coopération et de développement économiques. Conceptual framework and definition of long-term care expenditure. 2008. www.oecd.org/dataoecd/24/58/40760216.pdf; consulté le 20 octobre 2010.
- 478 Owens PL, Russo A, Spector W, Mutter R. Emergency department visits for injurious falls among the elderly. 2006. *Healthcare Cost & Utilization Project*. October 2009:1-20.
- 479 Gladstone DJ, Rodan LH, Sahlas DJ, Lee L, Murray BJ, Ween JE, Perry JR, Chenkin J, Morrison LJ, Beck S, Black SE. A citywide prehospital protocol increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke*. Décembre 2009;40(12):3841-3844.
- 480 Takahashi PY, Kiemle LJ, Jones JP. Wound care for elderly patients: advances and clinical applications for practicing physicians. *Mayo Clin Proc*. 2004;79:260-267.
- 481 Rubenstein LZ, et coll. Falls in the nursing home. *Annals Intern Med*. 1994;121:442-451.
- 482 WebMD. Understanding Bladder Infections - the Basics. Oct 27, 2010. www.webmd.com/a-to-z-guides/understanding-bladder-infections-basic-information; consulté le 20 octobre 2010.
- 483 Feng Z, et coll. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(10):1110-1118.
- 484 Ontario Home Care Association. Home Care in 2010 - Essential for an Aging Population. Sep 2010. www.homecareontario.ca/public/docs/publications/position%20papers/2010/home-care-essential-for-an-aging-population.pdf; consulté en février 2011.
- 485 Poss J, et coll. Development of the InterRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings. *BMC Geriatr*. 2010;10: 67.
- 486 Kim EA, Morfitt SZ, Bee WH, Devi K, Evans D. Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *J Adv Nurs*. 2007 Nov;60(4):427-35.
- 487 Falls prevention and management. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto. www.itctoolkit.mao.ca/resources/falls-prevention-and-management?page=1; consulté le 31 mars 2011.
- 488 Institute for Healthcare Improvement. Preventing Pressure Ulcers Turn Clock Tool. www.ihl.org/IHL/Topics/MedicalSurgicalCare/MedicalSurgicalCareGeneral/Tools/PreventingPressureUlcersTurnClockTool.htm; consulté le 31 mars 2011.
- 489 Health Quality Council of Saskatchewan. Releasing time to care. www.hqc.sk.ca/portal.jsp?rloQkneqgq+fv2XivGkDBzBf0QfQkUwK4QBZaVYgnW8WVv5thiwz; consulté le 21 janvier 2011.
- 490 Centre for Healthcare Quality Improvement. Releasing time to care. www.chqi.ca/CurentInitiatives/ReleasingTimeToCare.aspx; consulté le 27 janvier 2011.
- 491 Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2003;41(3):274-282.
- 492 Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Exemple de réussite : réduire les chutes dans les foyers de soins de longue durée, dans Observateur de la qualité : Rapport 2010 sur le système de santé de l'Ontario. 2010:112. www.ohqc.ca/pdfs/2010_report_french.pdf; consulté le 21 janvier 2011.
- 493 American Geriatrics Society (AGS), Foundation for Health in Aging. AGS clinical practice guideline: pharmacological management of persistent pain in older persons. 2008. www.americangeriatrics.org/health%5fcare%5fprofessionals/clinical%5fpractice/clinical%5fguidelines%5frecommendations/2009; consulté le 21 janvier 2011.
- 494 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et coll. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-2724.
- 495 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et coll. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-2724.

- 496 Weber V, White A, McIlvried R. An electronic medical record (EMR)-based intervention to reduce polypharmacy and falls in an ambulatory rural elderly population. *J Gen Intern Med*. 2007;23(4):399-404.
- 497 Agence de la santé publique du Canada. Les meilleures pratiques de prévention des chutes - basées sur l'expérience clinique. Rapport sur les chutes des aînés au Canada. 2005. www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/injury-blessure/falls-chutes/chap4-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 498 Batani H, Maki BE. Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86:134-145.
- 499 Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;2.
- 500 Healey F, Oliver D, Milne A, Connolly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age Ageing*. July 2008;37(4):368-378.
- 501 McCarthy R, Adedokun CW, Moody Fairchild R. Preventing falls in the elderly long term care facilities. *Journal of Nursing*. www.njournal.com/journal_of_nursing/preventing_falls_in_the_elderly_long_term_care_facilities.htm; consulté le 23 janvier 2011.
- 502 Burgio L, Allen-Burge R, Roth D, Bourgeois M, Dijkstra K, Gerstle J, et coll. Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *The Gerontologist*. 2001;41:449-460.
- 503 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Programs to manage aggressive behaviour in long-term care patients: a review of clinical-effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. 21 avril 2009. www.cadth.ca/media/pdf/L0089_Programs_Manage_Aggressive_Behaviour_in_Long-Term_Care_Patients_final.pdf; consulté le 24 janvier 2011.
- 504 Woods DL, Dimond M. The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Biological Research for Nursing*. 2002;4(2):104-114. www.residentfirst.ca/leadership; consulté le 7 mars 2011.
- 505 www.health.gov.on.ca/english/public/program/itc/compliance_transform/new_process.html; consulté le 7 mars 2011.
- 506 North Simcoe Muskoka LHIN. North Simcoe Muskoka Wound Care Strategy. www.nsmhlin.on.ca/Page.aspx?id=4984&ekmensel=e2f22c9a_72_280_4984_6; consulté le 2 février 2011.
- 507 North Simcoe Muskoka LHIN. Behavioural Support Systems Project. www.nsmhlin.on.ca/Page.aspx?id=4998; consulté le 7 mars 2011.
- 508 Centre d'accès aux soins communautaires. Projet de soins intégrés aux patients. www.ccaac-ont.ca/Content.aspx?EnterpriseID=15&LanguageID=1&MenuID=1054; consulté le 30 mars 2011.
- 509 MSSLD. L'Ontario renforce ses services de soins à domicile. 15 décembre 2008. www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_08/dec/nr_20081215_2f.html; consulté le 30 mars 2011.
- 510 Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2008/2009, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 511 Mannion R et coll. Impact of star performance ratings in English acute hospital trusts. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10:18-24.
- 512 Blanchard J, Lurie N, RE-S-P-E-C-T: Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J Fam Practice*. 2004;53(9):721-9.
- 513 Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS. Physician Communication When Prescribing New Medications. *Arch Intern Med*. 2006;166:1855-62.
- 514 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
- 515 Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory Decision Making, Patient Activation, Medication Adherence, and Intermediate Clinical Outcomes in Type 2 Diabetes: A STARNet Study. *Ann Fam Med*. 2010;8(5):410-7.
- 516 Kehlet H. Acute pain control and accelerated postoperative surgical recovery. *Surgical Clinics of North America*. 1999;79(2):431-443.
- 517 Carr EC. Impact of postoperative pain on patient experience and recovery. *Prof Nurse*. 2001;17(1):37-40.
- 518 Le site de comparaison des hôpitaux de l'US Department of Health and human services contient des comparaisons détaillées entre hôpitaux sur les expériences vécues par les patients et d'autres résultats. Les hôpitaux qui fournissent les meilleurs résultats pour l'indicateur « recommanderaient sans hésitation leur hôpital à leurs amis et famille » sont le Massachusetts General (88 %), Brigham and Women's (87 %) et Mayo Clinic - St. Mary's Hospital (84 %). www.hospitalcompare.hhs.gov; consulté le 31 mars 2011.
- 519 Spait DW, et coll. Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. *Annals of Emergency Medicine*. February 2002;39(2):168-177.
- 520 Taylor C, Benger JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2004;21:528-532.
- 521 Hedges JR, Trout A, Magnusson AR. Satisfied Patients Exiting the Emergency Department (SPEED) Study. *Acad Emerg Med*. 2002 Jan;9(1):15-21.
- 522 Toma G, Triner W, McNutt L. Patient Satisfaction as a Function of Emergency Department Previsit Expectations. *Ann Emerg Med*. 2009;54:360-367.
- 523 Association des hôpitaux de l'Ontario. Rapport sur les hôpitaux 2007. <http://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/HospitalReports/Pages/HospitalReports.aspx?RootFolder=%2fKnownledgeCentre%2fLibrary%2fHospitalReports%2fDocuments%2fHospital%20Reports%202007&FolderCID=2&View=%7b36f26B1B%2d204F%2d4736%2dBAF6%2d3CA27032B341%7d>; consulté le 30 janvier 2011.
- 524 Taylor C, Benger JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2004;21:528-532.
- 525 Mayer TA, Cates RJ, Mastorovich MJ, Royalty DL. Emergency department patient satisfaction: customer service training improves patient satisfaction and ratings of physician and nurse skill. *J Healthc Manag*. 1998 Sep-Oct;43(5):427-40.
- 526 At SickKids : From the President, hiver 2011. <http://www.sickkids.ca/AboutSickKids/pres-ceo/at-sickkids/index.html>; consulté le 3 mars 2011.
- 527 Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign. *Nurs Clin North Am*. 2000 Jun;35(2):375-83.
- 528 Nelson BP, Cohen D, Lander O, et coll. Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. *Am J Emerg Med*. 2004;22:582-585.
- 529 Hudcova J, McNicol E, Quah C, Lau J, Carr DB. Patient controlled opioid analgesia versus conventional opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD003348.
- 530 Rupp T, Delaney KA. Inadequate Analgesia in Emergency Medicine. *Ann Emerg Med*. 2004;43:494-503.
- 531 Decosterd I, Hugli O, Tamches E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC et coll. Oligoanalgesia in the Emergency Department: Short-Term Beneficial Effects of an Education Program on Acute Pain. *Ann Emerg Med*. 2007;50:462-471.
- 532 Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain. Sixth Edition, March 2008. www.icsi.org/pain_acute/pain_acute_assessment_and_management_of_3.html; consulté le 3 février 2011.
- 533 Taylor DM, Cameron PA. Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide? *J Accid Emerg Med*. March 2000;17(2):86-90.
- 534 Yu KT, Green RA. Critical aspects of emergency department documentation and communication. *Emerg Med Clin North Am*. 2009;27(4):641-654, ix.
- 535 Horner SD, Surratt D, Juliusson S. Improving Readability of Patient Education Materials. *Journal of Community Health Nursing*. 2000, 17(1), 15-23.
- 536 Flores, G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005, 62(3): 255-299.
- 537 Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et coll. Closing the loop. Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163:83-90.
- 538 Afilaio M, Lang E, Léger R, Xue X, Colacone A, Soucy N, Vandal A, Boivin JF, Unger B. Impact of a standardized communication system on continuity of care between family physicians and the emergency department. *CJEM*. 2007 Mar;9(2):79-86.
- 539 Marra G, Katz, Terry A, Jacobson, Emir Veledar, and Sunil Kripalani. Patient Literacy and Question-Asking Behavior During the Medical Encounter: A Mixed-Methods Analysis. *J Gen Intern Med*. 2007;22(6):782-786.
- 540 MSSLD. Loi : Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous. 23 juin 2010. www.health.gov.on.ca/en/legislation/excellent_care; consulté le 31 mars 2011.
- 541 Document d'orientation du plan d'amélioration de la qualité. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, janvier 2011. www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/pro/updates/qualityimprove/cip_guide.pdf; consulté le 31 mars 2011.
- 542 Street R, et coll. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2009;74:295-301.
- 543 Narayan KM, Gregg EW, Fagot-Campagna A, Gary TL, et coll. Relationship between quality of diabetes care and patient satisfaction. *J Natl Med Assoc*. Jan 2003;95(1):64-70.
- 544 Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludman E, Greene SM, Parkerton M, Wagner EH. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(12):561-70.
- 545 Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, Bardon CG, Spurr CD, Carchidi PJ, Kittler AF, Goldszer RC, Fairchild DG, Sussman AJ, Kuperman GJ, Bates DW. A Cost-Benefit Analysis of Electronic Medical Records in Primary Care. *Am J Med*. 2003;114(5):397-403.
- 546 Langley J, Beasley C. Health Information Technology for Improving Quality of Care in Primary Care Settings. Prepared by the Institute for Healthcare Improvement for the National Opinion Research Center under contract No. 290-04-0016. AHRQ Publication No. 07-0079-FF. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; July 2007. <http://www.ihi.org/Topics/OfficePractices/Access/Literature/HealthITforImprovingQualityofPrimaryCare.htm>; consulté le 30 janvier 2011.
- 547 Willis D. Making Every Minute Count: Tools to Improve Office Efficiency. *Family Practice Management* April 2005. http://www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/Making%20Every%20Minute%20Count.pdf; consulté le 30 janvier 2011.
- 548 Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et coll. Closing the loop. Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163:83-90.
- 549 Afilaio M, Lang E, Léger R, Xue X, Colacone A, Soucy N, Vandal A, Boivin JF, Unger B. Impact of a standardized communication system on continuity of care between family physicians and the emergency department. *CJEM*. 2007 Mar;9(2):79-86.
- 550 Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JI, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence and receipt of preventive care? *Ann Fam Med*. 2005;3:331-338.
- 551 Shaw WS, Zaia A, Pransky G, Winters T, Patterson WB. Perceptions of provider communication and patient satisfaction for treatment of acute low back pain. *J Occup Environ Med*. 2005;47:1036-1043.
- 552 Thiedke CC. A review of the literature reveals practical ways to improve patient satisfaction and compelling reasons to do so. *Fam Pract Manag*. 2007 Jan;14(1):33-36.
- 553 Gouvernement de l'Ontario. D'autres cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien ouvriront leurs portes en Ontario. 23 août 2010. news.ontario.ca/mohltc/fr/2010/08/dautres-cliniques-dirigees-par-du-personnel-infirmier-praticien-ouvriront-leurs-portes-en-ontario.html; consulté le 1^{er} avril 2011.
- 554 PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. You get what you pay for: a global look at balancing demand, quality, and efficiency in healthcare payment reform. 2008. www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/you-get-what-you-pay-for.html; consulté le 31 décembre 2010.
- 555 Canadian Institute for Health Information. 2008. The cost of acute care hospital stays by medical condition in Canada: 2004-2005. 2008. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC398>; consulté le 31 décembre 2010.
- 556 Brown R. The promise of care coordination: models that decrease hospitalizations and improve outcomes for medicare beneficiaries with chronic illnesses. Report commissioned by the National Coalition on Care Coordination. March 2009. socialworkleadership.org/nsw/Brown_Full_Report.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 557 Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Int Med*. 2006;166:1822-1828.
- 558 Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*. 2001;39(11):1217-1223.
- 559 Taylor MD, Broten DA, Campbell RL, Malsin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized controlled trial. *J Am Geriatrics Soc*. 2004;52:675-684.
- 560 Wheeler J. Can a disease self-management program reduce health care costs? The case of older women with heart disease. *Med Care*. 2003;41:706-715.
- 561 Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev*. 2006;63:719.
- 562 Glazier R, Moineddin R, Agha M, Zagorski B, Hall R, Manuel D, Sibley L, Kopp A. The impact of not having a primary care physician among people with chronic conditions: ICES investigative report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2008. www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=31&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=4903; consulté le 1^{er} janvier 2011.
- 563 Health Canada Primary Health Care Transition Fund (PHCTF). Chronic disease prevention and management. March 2007. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/prim/2006-synth-chronic-chroniques/index-eng.php; consulté le 1^{er} janvier 2011.
- 564 McAlister F, Lawson FME, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med*. 2001;110(5):378-384.
- 565 McAlister FA, Stewart S, Ferrera S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810-819.
- 566 Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *Can Med Assoc J*. 2005;173:40-45.
- 567 Cancer Care Ontario. Alternate level of care. 2009. cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=43214&contextId=1377#def; consulté le 14 janvier 2011.
- 568 You JJ, Levinson W, Laupacis A. Attitudes of family physicians, specialists and radiologists about the use of computed tomography and magnetic resonance imaging in Ontario. *Healthcare Policy*. 2009;5(1):54-65.
- 569 You JJ, Purdy J, Rothwell DM, Przybysz R, Fang J, Laupacis A. Indications for and results of outpatient computed tomography and magnetic resonance imaging in Ontario: a population-based study. *Canadian Association of Radiologists Journal*. 2008;59(3):135-143.
- 570 Quintana JM, et al. Health-related quality of life and appropriateness of knee or hip joint replacement. *Arch. Intern. Med*. 2006;166:220-226.
- 571 Escobar A, et al. Development of explicit criteria for total knee replacement. *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2003;19:57-70.
- 572 Quintana JM, et al. Appropriateness of total hip joint replacement. *Int. J. Qual. Health Care*. 2005;17:315-321.
- 573 Connor-Spady BL, Sammugasunderam S, Courtwright P, Midon A, McGurran JJ, Noseworthy TW, Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. The prioritization of patients on waiting lists for cataract surgery: validation of the Western Canada Waiting List Project cataract priority criteria tool. *Ophthalmol Epidemiol*. 2005;12:81-90.
- 574 Stewart BA, Fernandes S, Rodriguez-Huertas E, Landzberg M. A preliminary look at duplicate testing associated with lack of electronic health record interoperability for transferred patients. *JAMIA*. 2010;17:341-344.
- 575 Eber MR, Laxminarayan R, Perencevich EN, Malani A. Clinical and economic outcomes attributable to health care-associated sepsis and pneumonia. *Arch Intern Med*. 2010;170(4):347-353.
- 576 Hwang RW, Herndon JH. The business case for patient safety. *Clin Orthop Relat Res*. April 2007;457:21-34.
- 577 Brilli RJ, Sparling KW, Lake MR, Butcher J, Myers SS, Clark MD, Helping A, Stutler ME. The business case for preventing ventilator-associated pneumonia in pediatric intensive care unit patients. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. November 2008;34(11):629-638.
- 578 Xakellis GC Jr, Frantz RA, Lewis A, Harvey P. Cost-effectiveness of an intensive pressure ulcer prevention protocol in long-term care. *Adv Wound Care*. January/February 1998;11(1):22-29.

- 583 Wong H, Wu RC, Tomlinson G, et al. How much do operational processes affect hospital inpatient discharge rates? *J Public Health (Oxf)*. 2009;31:546-53.
- 584 Dainty P, Elizabeth J. Timely discharge of older patients from hospital: improving the process. *Clin Med*. 2009;9:311-14.
- 585 http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/pro/ecfa_pbp.aspx; consulté le 17 mars 2011.
- 586 Ontario has a standard definition for ALC, which is used in this report. See www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=43214&contextId=1377; consulté le 1^{er} novembre 2010.
- 587 Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N. The method for assigning priority levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*. 2008;6:9. www.biomedcentral.com/1741-7015/6/9; consulté le 9 décembre 2010.
- 588 Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med*. 1993;118:219-223.
- 589 Gillick MR, Serrell NA, Gillick LS. Adverse consequences of hospitalization in the elderly. *Soc Sci Med*. 1982;16:1033-1038.
- 590 Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38:1296-1303.
- 591 McVey LJ, Becker PM, Salt CC, Feussner JR, Cohen HJ. Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients: a randomized, controlled clinical trial. *Ann Intern Med*. 1989;110:79-84.
- 592 ALC survey results from the Ontario Hospital Association, February 2011. Available at: www.oha.com/CurrentIssues/Issues/eralc/Documents/February%200HA%20ALC%20Survey%20Results.pdf; consulté le 14 mars 2011.
- 593 Ontario Association of Community Care Access Centres. www.ccac-ont.ca; consulté le 9 décembre 2010.
- 594 Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA, for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med*. 2001;56A(3):M146-M156.
- 595 Rothman MD, Leo-Summers L, Gill TM. Prognostic significance of potential frailty criteria. *J Am Ger Soc*. 2008;56(12):2211-2216.
- 596 Freilich EA, Hogan DB, Eliasziw M, Meekes MF, Ghali WA, Partlo LA, Maxwell CJ. Development of a frailty index for patients with coronary artery disease. *J Am Ger Soc*. 2010;58(8):1526-1531.
- 597 Community Care Access Centre. The geriatric system navigation program. www.ccac-ont.ca/Upload/mf/General/GSN-Brochure.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 598 MOHLTC Health System Performance and Accountability Division. Transitional care program framework. November 2009. www.onlta.on.ca/library/repository/mon/24003/300343.pdf; consulté le 17 novembre 2010.
- 599 Champlain LHIN. Health care options in the Champlain Region. 2010. www.champlainlin.on.ca/Page.aspx?id=1212; consulté le 17 novembre 2010.
- 600 Boyd CM, Landefeld CS, Connell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D, Burant C, Covinsky KE. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Ger Soc*. 2008;56(12):2171-2179.
- 601 45 Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N. The method for assigning priority levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*. 2008;6:9. www.biomedcentral.com/1741-7015/6/9; consulté le 9 décembre 2010.
- 602 Starr-Hemurrow L, Parks JM, Bisailon S. Home first: reducing ALC and achieving better outcomes for seniors through inter-organizational collaboration. *Healthc Q*. 2011;14(1):70-76.
- 603 MSSLD. Soins aux aînés : Logements avec services de soutien. 2010. www.health.gov.on.ca/french/public/program/lta/lta_housing.html; consulté le 1^{er} janvier 2011.
- 604 Government of Alberta Continuing Care. Alberta's continuing care system. 2008. www.continuingcare.alberta.ca; consulté le 3 janvier 2011.
- 605 Alberta Health and Wellness. Continuing care strategy: aging in the right place. December 2008. www.health.alberta.ca/documents/Continuing-Care-Strategy-2008.pdf; consulté le 11 janvier 2011.
- 606 Conseil ontarien de la qualité des services de santé, Observateur de la qualité : Rapport annuel de 2009 sur le système de santé en Ontario. 2009; pages 30-31.
- 607 www.health.gov.on.ca/english/public/program/lta/lta_ontario_strategy.html; consulté le 15 février 2011.
- 608 news.ontario.ca/mohltc/en/2010/08/aging-at-home-strategy.html; consulté le 9 décembre 2010.
- 609 news.ontario.ca/mohltc/en/2010/08/aging-at-home-strategy-expands.html; consulté le 9 décembre 2010.
- 610 Chan BT, Owens HJ. Frequent users of emergency departments: do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician*. October 2002;48:1654-1660.
- 611 Calculated by Institute for Clinical Evaluative Sciences from Registered Persons Database, National Ambulatory Care Reporting System Database. Most recent value is for FY 2009/2010.
- 612 Fisher ES. Building a medical neighborhood for the medical home. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(12):1202-1205.
- 613 Kayser-Jones JS, Wiener CL, Barbaccia JC. Factors contributing to the hospitalization of nursing home residents. *The Gerontologist*. 1989;29(4):502-510.
- 614 MSSLD. Direction des données sur la santé; rapport sur le système des foyers de soins de longue durée au 31 mai 2010.
- 615 Organisation mondiale de la santé. Guide to mental and neurological health in primary care: dementia. www.mentalneurologicalprimarycare.org/page_view.asp?c=16&id=1903&f=005050; consulté en septembre 2010.
- 616 Hemsli L. Living with dementia. *Postgraduate Medical Journal*. October 1982;58:610-617.
- 617 Boushy D, Dubinsky I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *J Emerg Med*. May/June 1999;17(3):405-412.
- 618 Hogenbirk JC, Pong RW, Lemieux SK. Impact of telephone triage on medical service use: implications for rural and remote areas. *J Agric Saf Health*. May 2005;11(2):229-237.
- 619 Hogenbirk JC, Pong RW. An audit of the appropriateness of teletriage nursing advice. *Telemed J E Health*. Spring 2004;10(1):53-60.
- 620 Dent RL. The effect of telephone nurse triage on the appropriate use of the emergency department. *Nurs Clin N Am*. 2010;45(1):65-69.
- 621 Boushy D, Dubinsky I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *J Emerg Med*. May/June 1999;17(3):405-412.
- 622 Howard M, Goertzen J, Kaczorowski J, Hutchison B, Morris K, Thabane L, Levine M, Papaioannou A. Emergency department and walk-in clinic use in models of primary care practice with different after-hours accessibility in Ontario. *Healthcare Policy*. August 2008;4(1):73-88.
- 623 Howard M, Goertzen J, Kaczorowski J, Hutchison B, Morris K, Thabane L, Levine M, Papaioannou A. Emergency department and walk-in clinic use in models of primary care practice with different after-hours accessibility in Ontario. *Healthcare Policy*. August 2008;4(1):73-88.
- 624 Conseil canadien de la santé. Teams in action: Ontario. 2009. www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TIA_Ontario.pdf; consulté le 4 octobre 2010.
- 625 Ontario Long Term Care Association. Long-term care homes joining Ontario Telemedicine Network. www.oltca.com/axiom/DailyNews/2009/September/September10.html; consulté le 3 octobre 2010.
- 626 UHN Nursing: a blog for nurses. uahnursing.wordpress.com/2010/03/29/mobile-emergency-nurses-making-acute-care-house-calls-to-long-term-care-residents; consulté le 3 octobre 2010.
- 627 RLSS du Centre-Est. NPSTAT — Nurse Practitioners Supporting Teams Averting Transfers. www.centralesthin.on.ca/Page.aspx?id=17706; consulté le 3 octobre 2010.
- 628 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/nov/nr_20101101.aspx; consulté le 9 décembre 2010.
- 629 www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/hco/default.aspx; consulté le 8 décembre 2010.
- 630 www.health.gov.on.ca/english/providers/physicians/docs/oma_agreement.pdf; consulté le 8 décembre 2010.
- 631 www.centralesthin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Report_and_Publications/AAH_Year_Three_WEBSITE_POSTING.pdf; consulté le 1^{er} mars 2011.
- 632 www.health.gov.on.ca/transformation/ht/guides/ht_thas.pdf; accessed December 8, 2010.
- 633 Lira R, Nascimento MA, Moreira-Filho DC, Kara-José N, Arieta C. Are routine preoperative medical tests needed with cataract surgery? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2001;10(1):13-17.
- 634 Frøtheim A, Aaserud M, Oxman AD. The potential savings of using thiazides as the first choice antihypertensive drug: cost-minimisation analysis. *BMC Health Services Research*. 2003;3:18.
- 635 Yuan H, et al. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Can J Anaesth*. 2006;53:264-266.
- 636 Schein OD, et al. The value of routine pre-operative medical testing before cataract surgery. *NEJM*. 2000;342(3):168-175.
- 637 Imasogie N, et al. Elimination of routine testing in patients undergoing cataract surgery allows for substantial savings in laboratory costs: a brief report. *Can J Anesth*. 2003;50:246-248.
- 638 En Ontario, exercice 2009-2010, Institut de recherche en services de santé.
- 639 Ontario Guidelines Advisory Committee. Summary of recommended guideline — hypertension: pharmacologic management. Reference #241. September 2005. www.gacguidelines.ca/site/GAC_Guidelines/assets/pdf/HYPE05-Pharmacologic_Management.pdf; consulté le 1^{er} novembre 2010.
- 640 Frøtheim A, Aaserud M, Oxman AD. The potential savings of using thiazides as the first choice antihypertensive drug: cost-minimisation analysis. *BMC Health Services Research*. 2003;3:18.
- 641 Calculé par l'Institut de recherche en services de santé à l'aide de la base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur le diabète en Ontario, Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, Base de données sur les congés des patients et la Base de données sur les demandes de règlement à l'Assurance-santé de l'Ontario.
- 642 Disponible à : www.car.ca/uploads/membership/Guidelines_ENG.pdf; consulté le 14 mars 2011.
- 643 American College of Radiology Appropriateness Criteria for non-traumatic knee pain. Available at: www.ngc.gov/content.aspx?id=13667; consulté le 14 mars 2011.
- 644 Bautista AB, Burgos A, Nickel BJ, Yoon JJ, Tilara AA, Amorosa JK. Do clinicians use the American College of Radiology Appropriateness criteria in the management of their patients? *AJR Am J Roentgenol*. 2009 Jun;192(6):1581-5.
- 645 Vartanians VM, Siström CL, Weiburg JB, Rosenthal DI, Thrall JH. Increasing the appropriateness of outpatient imaging: effects of a barrier to ordering low-yield examinations. *Radiology*. 2010 Jun;255(3):842-9.
- 646 CMS announces selection of demonstration participants in medicare imaging demonstration project. Centres for Medicare and Medicaid, Washington, February 2, 2011. Available at: www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=3896&intNumPerPage=10&checkDate=&checkKey=&srchType=1&numDays=3500&srchOpt=0&srchDate=&keyword=&AllchklNewsType=1%2C+2%2C+3%2C+4%2C+5&intPage=&showAll=&Year=&year=&desc=&cbOrder=date; consulté le 14 mars 2011.
- 647 van Walraven C, Goel V, Chan B. Effect of population-based interventions on laboratory utilization: a time-series analysis. *JAMA*. 1998 Dec 16;280(23):2028-33.
- 648 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Review*. In: The Cochrane Library. 2006;2. onlinelibrary.wiley.com/doi/cochrane/cdsysrev/articles/CD000259/frame.html; consulté le 14 janvier 2011.
- 649 Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. [Cochrane review]. 2009. onlinelibrary.wiley.com/doi/cochrane/cdsysrev/articles/CD000125/frame.html; consulté le 14 janvier 2011.
- 650 Majumdar SR, Tsuyuki RT, McAlister FA. Impact of opinion leader-endorsed evidence summaries on the quality of prescribing for patients with cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *Am Heart J*. 2007;153:22.e1-8.
- 651 Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS Med*. 2010;7(10).
- 652 Kondro V. Academic drug detailing: an evidence-based alternative. *CMAJ*. 2007;176(4):429-431.
- 653 Simon SR, Majumdar SR, Prosser LA, et al. Group versus individual academic detailing to improve the use of antihypertensive medications in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *American Journal of Medicine*. 2005;118:521-528.
- 654 Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157(4):408-416.
- 655 Marcum ZA, Handler SM, Wright R, Hanlon JT. Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: a narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010;8(3):183-200.
- 656 Guidelines Advisory Committee. Annual Report 2005-2006. www.gacguidelines.ca/site/GAC_Guidelines/assets/pdf/Website_GAC05_06Annual_Report1.pdf; consulté le 10 janvier 2011.
- 657 http://www.health.gov.on.ca/fr/legislation/excellent_care/default.aspx; consulté le 14 janvier 2010.
- 658 www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/bulletins/4000/bul4515.pdf; consulté le 9 décembre 2010.
- 659 Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010, page 57, 111 et 139-141, octobre 2010.
- 660 stats.oecd.org, accessed consulté le 11 mars 2011.
- 661 Eriksson D, Björnberg A. Euro-Canada Health Consumer Index, 2009. Policy series 61. Frontier Centre for Public Policy & Health Consumer Powerhouse. ISSN 1491-78. [www.healthpowerhouse.com/files/09-05-25-Euro-Canada%20Health%20Consumer%20Index%202009%20FINAL\[1\].pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/09-05-25-Euro-Canada%20Health%20Consumer%20Index%202009%20FINAL[1].pdf); consulté le 29 octobre 2010.
- 662 stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH, consulté le 14 mars 2011.
- 663 OECD Health Data 2008: WHO World Health Survey 2006; personal interviews from www.healthpowerhouse.com/files/sg_indicators_2008/5.5.%20Mammography%20reach.pdf; consulté le 14 mars 2011.
- 664 Global Health Observatory Database <http://apps.who.int/godata/>; consulté le 14 mars 2011.
- 665 Canada Health Infoway. www2.infoway-inforoute.ca/Documents/Telehealth%20Workshop_Converging%20Silos%20Report_EN.pdf; consulté le 10 mai 2010.
- 666 Henkin RE, Harolds JA. Health information technology and the electronic medical record. *Clin Nucl Med*. 2010;35:788-789.
- 667 Pederson L, Leonard K. Measuring information technology investment among Canadian academic health science centres. *Electronic Healthcare*. 2005;3(3):94-102. eHealth health system facts and figures from Ontario Hospital Association. www.healthsystemfacts.com/client/oha/hst_ip4w_ind_webstation.nsf/page/e-health; consulté le 29 octobre 2010.
- 668 Inforoute santé du Canada. www.infoway-inforoute.ca; consulté le 29 octobre 2010.
- 669 www.ontariomd.ca/portal/server.pt?space=CommunityPage&cached=true&parentname=CommunityPage&parentid=0&in_hi_userid=2&control=SetCommunity&CommunityID=204&PageID=0; consulté le 13 décembre 2010.
- 670 www.himssanalytics.org/hc_providers/emr_adoption.asp or www.oha.com/CurrentIssues/Issues/eHealth. Consulté le 14 mars 2011.
- 671 Pour plus de détails sur l'EMRAM et ses étapes, aller à : www.himssanalytics.org/hc_providers/emr_adoption.asp; consulté le 15 mars 2011.
- 672 Torda P, Han ES, Scholle SH. Easing the adoption and use of electronic health records in small practices. *Health Affairs*. 2010;29(4):668-675. mhcc.maryland.gov/electronichealth/easing_the_adoption_and_use_fina_0410.pdf; consulté le 11 janvier 2011.
- 673 Miller RH, Sim I. Physicians' use of electronic medical records: barriers and solutions. *Health Aff (Millwood)*. March/April 2004;23(2):116-126.
- 674 Inforoute Santé du Canada. Le Canada investit 500 millions \$ dans les dossiers de santé électroniques principalement à l'intention des médecins et du personnel infirmier. 27 septembre 2010. www.infoway-inforoute.ca/about-infoway/news/news-releases/637; consulté le 10 mai 2010.
- 675 OntarioMD. EMR funding. www.ontariomd.ca/portal/server.pt?space=CommunityPage&cached=true&parentname=CommunityPage&parentid=0&in_hi_userid=2&control=SetCommunity&CommunityID=566&PageID=0; consulté le 13 février 2011.
- 676 Kaushal R, Jha AK, Franz C, Glaser J, Shetty KD, Jaggi T, Middleton B, Kuperman GJ, Khorasani R, Tanasijevic M, Bates DW, Brigham and Women's Hospital CPOE Working Group. Return on investment for a computerized physician order entry system. *J Am Med Inform Assoc*. 2006;13(3):365-367.

- 677 Barlow S, Johnson J, Steck J. The economic effect of implementing an EMR in an outpatient clinical setting. *Journal of Healthcare Information Management*. Winter 2004;18(1). www.himsssehra.org/docs/caseStudies/Allscripts_JHIM_Central%20Outah%20Clinic%20Case%20Study.pdf; consulté le 4 février 2011.
- 678 Walker J, Pan E, Johnston D, Adler-Milstein J, Bates DW, Middleton B. The value of health care information exchange and interoperability. *Health Affr*. 2005;web-exclusive suppl:W5-10-W5-18. content.healthaffairs.org/content/early/2005/01/19/htaff.w5.10.long; consulté le 10 janvier 2010.
- 679 Wyne K. Information technology for the treatment of diabetes: improving outcomes and controlling cost. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2008;14(2)S-A suppl:S12-S17. www.amcp.org/data/jmcp/JMCP_Suppl_March%2008_S12-S17.pdf; consulté le 10 janvier 2011.
- 680 Hook JM, Grant E, Samarth A. Health information technology and health information exchange implementation in rural and underserved areas: findings from the AHRQ health IT portfolio. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2010. portal.server.pt/gateway/PTARGS_0_11699_911225_0_0_18/HIT%20Health%20Info%20rural.pdf; consulté le 10 janvier 2011.
- 681 Moiduddin A, Moore J. The underserved and health information technology: issues and opportunities. Paper prepared for the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation and U.S. Department of Health and Human Services. November 2008. aspe.hhs.gov/sp/reports/2009/underserved/report.pdf; consulté le 10 janvier 2011.
- 682 Kaushal R, Jha AK, Franz C, Glaser J, Shetty KD, Jaggi T, Middleton B, Kuperman GJ, Khorasani R, Tanasejic M, Bates DW, Brigham and Women's Hospital CPOE Working Group. Return on investment for a computerized physician order entry system. *J Am Med Inform Assoc*. 2006;13(3):365-367.
- 683 Scott JT, Rundall TG, Vogt TM, Hsu J. Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. *BMJ*. 2005;331:1313-1316.
- 684 Simon SR, Kaushal R, Cleary PD, et al. Correlates of electronic health record adoption in office practices: a statewide survey. *J Am Med Inform Assoc*. 2007;14:110-117.
- 685 Lee J, Cain C, Young S, Chockley N, Burstin H. The adoption gap: health information technology in small physician practices. *Health Affairs*. 2005;24(5):1364-1366. content.healthaffairs.org/content/24/5/1364.full; consulté le 10 janvier 2011.
- 686 Joos D, Chen Q, Jirjis J, Johnson KB. An electronic medical record in primary care: impact on satisfaction, work efficiency and clinic processes. *AMIA Annu Symp Proc*. 2006;394-398. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839545; consulté le 4 février 2011.
- 687 Lorenzi NM, Kouroubali A, Detmer DE, Bloomrosen M. How to successfully select and implement electronic health records (EHR) in small ambulatory practice settings. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2009;9(15).
- 688 OntarioMD. Transition Support Program. www.ontariomd.ca/portal/server.pt?space=CommunityPage&cached=true&parentname=CommunityPage&parentid=0&hi_userid=2&control=SetCommunityPage&CommunityID=554&PageID=0; consulté le 13 février 2011.
- 689 Dawes M, Chan D. Knowing we practise good medicine: implementing the electronic medical record in family practice. *Can Fam Physician*. Janvier 2010;56(1):15-16. www.cfp.ca/cgi/content/full/56/1/15; consulté le 4 février 2011.
- 690 Shoniregun CA, Dube K, Mtenzi F. Introduction to e-healthcare information security. *Advances in Information Security*. 2010;53:1-27.
- 691 Sequist TD, Cullen T, Hays H, Taulaii MM, Simon SR, Bates DW. Implementation and use of an electronic health record within the Indian Health Service. *J Am Med Inform Assoc*. 2007;14:191-197.
- 692 Torda P, Han ES, Scholle SH. Easing the adoption and use of electronic health records in small practices. *Health Affairs*. 2010;29(4):668-675. mhcc.maryland.gov/electronichealth/easing_the_adoption_and_use_fina_0410.pdf; consulté le 10 janvier 2011.
- 693 Lawrence D. Can you hear me now? Voice recognition for the EMR has made big strides, and many say meaningful use requirements will accelerate adoption. *Healthcare Informatics*. 2009;26. www.healthcare-informatics.com/WE2/dirmod.asp?sid=&nm=&type=Publishing&mod=Publications%3A%3AArticle&mid=8F3A7027421841978F18BE895F87F791&tier=4&id=1C09651233894BEABDD8DE0F1470DD7; consulté le 10 janvier 2011.
- 694 Fung CH, Tsai JS, Lulejian A, Glassman P, Patterson E, Doebling BN, Asch SM. An evaluation of the Veterans Health Administration's clinical reminders system: a national survey of generalists. *J Gen Int Med*. 2008;23(4):392-398.
- 695 Canada Health Infoway. Standards Collaborative Guide. 2010. www.infoway-inforoute.ca/flash/lang-en/scguide/docs/StandardsCatalogue_en.pdf; consulté le 10 mai 2010.
- 696 Alberta Netcare. 2006. www.albertanetcare.ca/RXBrochure.pdf; consulté le 10 janvier 2011.
- 697 PACS in the UK: roundup of progress to date. *E-Health Insider*. www.e-health-insider.com/Features/item.cfm?docId=198; consulté le 10 janvier 2011.
- 698 Canada Health Infoway. www.infoway-inforoute.ca/aboutinfoway/news/news-releases/637; consulté le 10 mai 2010.
- 699 Elperin EH, Silver MR. Improving outcomes: focus on workplace issues. *Curr Opin Crit Care*. 2006;12(5):395-398.
- 700 Rossberg J, Melle I, Opjordsmoen S, Friis S. The relationship between staff members' working conditions and patients' perceptions of the treatment environment. *International Journal of Social Psychiatry*. 2008;54(5):437-446.
- 701 Il y avait 708 700 travailleurs de la santé et en services sociaux en Ontario en 2009. Il y avait 1 775 100 personnes employées en Ontario en 2009. *Statistique Canada, Annuaire du Canada* 2010.
- 702 Statistique Canada. Les absences du travail en 2009. Catalogue n° 71-211-X.
- 703 Statistiques sur la santé et la sécurité en Ontario, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Consultable à : wsb.on.ca/fr/commission/WSEB/230/ArticleDetail/24338?vgnextoid=7baab84c59d7210vgvcm100000449c710aRCRD&vgnextcache=nl=6234779a14fa110vgvcm1000000e18120aRCRD. Consulté le 10 mars 2011.
- 704 Institute for Work & Health. Workers' compensation and the business cycle. Toronto: Institute for Work and Health; March 2009. www.iwh.on.ca/briefings/business-cycle; consulté le 11 mars 2011.
- 705 Statistique Canada. Les absences du travail en 2009. Catalogue n° 71-211-X.
- 706 ActNowBC. Creating a healthy workplace environment: workbook and toolkit. www.actnowbc.ca/media/Workbook.pdf; consulté le 11 janvier 2011.
- 707 Feletto M, Graze W. A back injury prevention guide for health care providers. www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/backinj.pdf; consulté le 11 janvier 2011.
- 708 Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Publication 3148-01R. Washington: Occupational Safety and Health Administration; 2004. www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html; consulté le 11 janvier 2011.
- 709 Ontario Hospital Association. Health and safety bulletin special edition: occupational health and safety and violence in the workplace. 4(1). www.oha.com/Services/HealthSafety/Safety/DocumentsandResources/Documents/Safety%20Bulletin%20Special%20Edition%20%20Violence%20in%20the%20Workplace%20%282%29.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 710 Registered Nurses' Association of Ontario. Preventing and managing violence in the workplace. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2009. www.mao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=2972; consulté le 11 janvier 2011.
- 711 Ontario Safety Association for Community and Healthcare. A guide to the development of workplace violence prevention programs. Book 1, 3rd ed. Toronto: Ontario Safety Association for Community and Healthcare; 2006.
- 712 Public Services Health & Safety Association. Health and safety management systems. www.healthandsafetyontario.ca/bundles/pshsa/PDF/RS/HSMS.pdf; accessed February 15, 2011.
- 713 www.actnowbc.ca/media/Workbook.pdf; consulté le 11 janvier 2011.
- 714 Demert JN, Pompeii LA, Østbye T, Epling C, Lipscomb HJ, James T, Jacobs MJ, Jackson G, Thomann V. An integrated comprehensive occupational surveillance system for health care workers. *American J Indus Med*. 2004;45(6):528-538.
- 715 ActNowBC. Creating a healthy workplace environment: workbook and toolkit. www.actnowbc.ca/media/Workbook.pdf; consulté le 11 janvier 2011.
- 716 Gaba DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med*. 2002;347:1249-1255. www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs020846; consulté le 4 février 2011.
- 717 Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, Lewin AM, Ghali WA, Roberts D. Physician nutrition and cognition during work hours: effect of a nutrition based intervention. *BMC Health Services Research*. 2010;10:241. www.biomedcentral.com/1472-6963/10/241; consulté le 4 février 2011.
- 718 Ngan K, Drebit S, Siow S, Yu S, Keen D, Alamgir H. Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. *Occup Med*. May 2010. ocmed.oxfordjournals.org/content/early/2010/05/16/ocmed.kqq052.full; consulté le 11 janvier 2010.
- 719 Rosenthal K. Keeping I.V. therapy safe with needleless systems. *Nursing*. October 2003;33:16-20. journals.lww.com/nursing/fulltext/2003/10002/keeping_i_v_therapy_safe_with_needleless_systems.4.aspx; accessed January 11, 2010.
- 720 Boisselle PM, Levine D, Horwich PJ, Barbaras L, Siegal D, Shillue K, Affeld D. Repetitive stress symptoms in radiology: prevalence and response to ergonomic interventions. *J Am Coll Radiol*. August 2008;5(8):919-922.
- 721 Nielsen K, Trinkoff A. Applying ergonomics to nurse computer workstations: review and recommendations. *Comput Inform Nurs*. May/June 2003;21(3):150-157.
- 722 Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler CA, Landrigan CP, The Harvard Work Hours Health and Safety Group. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. November 2007;33(12)(suppl 1):7-18.
- 723 Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Rotational shiftwork. www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/shiftwork.html; accessed February 15, 2011.
- 724 Rogers AE. The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and patient safety. Chapter 40 in: *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Hughes RG, editor. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US), April 2008. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2645; accessed February 4, 2011.
- 725 Rogers AE. The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and patient safety. Chapter 40 in: *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Hughes RG, editor. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US), April 2008. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2645; accessed February 4, 2011.
- 726 www.labour.gov.on.ca/english/hs/sawo/pubs/hs_workplaceviolence.php; consulté le 14 décembre 2010.
- 727 www.elaws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_070474_e.htm; consulté le 14 décembre 2010.
- 728 www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/public/default.aspx; consulté le 14 décembre 2010.
- 729 www.oha.com/Services/HealthyWorkEnvironments/QualityHealthCareWorkplaceAwards/Pages/Default.aspx; consulté le 14 décembre 2010.
- 730 www.healthforontario.ca/upload/en/media/health%20sector%20labour%20market%20policy%20branch%20%20June%2017th%20symposium.pdf; consulté le 14 décembre 2010.
- 731 www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-carte.html; consulté le 29 octobre 2010.
- 732 news.ontario.ca/mohitc/fr/2010/05/creation-de-davantage-de-debouches-pour-le-personnel-infirmier.html; consulté le 14 décembre 2010.
- 733 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/nov/nr_20101108.aspx; consulté le 14 décembre 2010.
- 734 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/may/nr_20100511.aspx; consulté le 14 décembre 2010.
- 735 www.health.gov.on.ca/french/public/program/flhst/health_planning_entitiesf.html; consulté le 15 février 2011.
- 736 fhs.mcmaster.ca/main/news/news_2010/physician_assistant_graduation_2010.html; consulté le 14 mars 2011.
- 737 www.healthforontario.ca/upload/en/work/papropjectupdatesummer2010.pdf; consulté le 14 mars 2011.
- 738 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/nov/nr_20101119.aspx; consulté le 14 mars 2011.
- 739 Kripalani S, et coll. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297(8):831-841.
- 740 Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv*. 2000 Jul;51(7):885-9.
- 741 Chan BTB, Schull MJ, Schultz SE. Atlas Reports: emergency services in Ontario from 1993 to 2000. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Toronto, 2001.
- 742 Base de données sur les congés des patients (BDPC), exercice 2008-2009, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 743 Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv*. 2000 Jul;51(7):885-9.
- 744 BDPC, SIOSM, calculé par l'IRSS, exercice 2009-2010.
- 745 Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, et coll. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. *Stroke* 2005;36:e100-e143.
- 746 Cifu DX and Stewart DG. Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999;80(suppl 1):S35-S39.
- 747 Ontario Stroke System Stroke Evaluation Office, base de données du Système national d'information sur la réadaptation, 2005-2006.
- 748 Institute for Clinical Evaluative Sciences. Ontario Stroke Evaluation Report – Technical Report. 2010. www.ices.on.ca/file/OSS_TechReport_Final_interactive_April%2021_update1.pdf; consulté le 11 avril 2011.
- 749 www.powerstudy.ca/the-power-report/the-power-report-volume-1/depression; consulté le 5 novembre 2010.
- 750 Taylor DM, Cameron PA. Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide? *J Accid Emerg Med*. March 2000;17(2):86-90.
- 751 Yu KT, Green RA. Critical aspects of emergency department documentation and communication. *Emerg Med Clin North Am*. 2009;27(4):641-654, ix.
- 752 Sudore RL, Schillinger D. Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. *J Clin Outcomes Manag*. 2009 January 1; 16(1): 20-29.
- 753 Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et coll. Closing the loop. Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163:83-90.
- 754 Williams MV, Davis TC, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med*. 2002;34:383-389.
- 755 Flores, G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005. 62(3): 255-299.
- 756 Horner SD, Surratt D, Julison S. Improving Readability of Patient Education Materials. *Journal of Community Health Nursing*. 2000, 17(1), 15-23.
- 757 Afifalo M, Lang E, Léger R, Xue X, Colacone A, Soucy N, Vandal A, Boivin JF, Unger B. Impact of a standardized communication system on continuity of care between family physicians and the emergency department. *CJEM*. 2007 Mar;9(2):79-86.
- 758 Kripalani S, Frank LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297(8):831-841.
- 759 Van Walraven, Laupacis CA, Seth R, Wells G. Dictated versus database-generated discharge summaries: a randomized clinical trial. *CMAJ*. 1999;160(3):319-326.
- 760 Stiel AP, Forster AJ, Stiel IG, van Walraven C. Maintaining continuity of care: a look at the quality of communication between Ontario emergency departments and community physicians. *CJEM*. 2005 May;7(3):155-61.
- 761 Afifalo M, Lang E, Léger R, Xue X, Colacone A, Soucy N, Vandal A, Boivin JF, Unger B. Impact of a standardized communication system on continuity of care between family physicians and the emergency department. *CJEM*. 2007 Mar;9(2):79-86.
- 762 Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman AE. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*. 2007 Sep;25(5):314-23.
- 763 Teasell RW, Foley NC, Salter KL, Jutai JW. A blueprint for transforming stroke rehabilitation care in Canada: the case for change. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008 Mar;89(3):575-8.
- 767 Taylor SE, Sirois FM. Health psychology. Canadian ed. McGraw-Hill Ryerson Limited, 2009.
- 768 Taylor SE, Sirois FM. Health psychology. Canadian ed. McGraw-Hill Ryerson Limited, 2009.

- ⁷⁶⁹ Ottawa Charter for Health Promotion. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1986. www.who.int/nhr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf; consulté le 1^{er} avril 2011.
- ⁷⁷⁰ U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the surgeon general. Centers for Disease Control and Prevention, 2004. www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/; consulté le 30 novembre 2010.
- ⁷⁷¹ Ministère de la Promotion de la santé et du Sport. Créer un Ontario sans fumée. Janvier 2010. www.mhp.gov.on.ca/fr/smoke-free/accomplishments.asp; consulté le 13 décembre 2010.
- ⁷⁷² Ministère de la Promotion de la santé et du Sport. Stratégie Ontario sans fumée. http://intra.mhp.gov.on.ca/what_we_do/smoke_free_ontario/strategy.asp; consulté en novembre 2009.
- ⁷⁷³ « Un rapport du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée », 15 avril 2010, disponible à www.oahpp.ca/fr/services/evidence-to-guide-action-ctc-in-ontario.html; consulté le 8 février 2011.
- ⁷⁷⁴ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Health risks and benefits of alcohol consumption. *Alcohol Research & Health*. 2000;24(1). pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh24-1/05-11.pdf; consulté le 6 avril 2011.
- ⁷⁷⁵ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (AICR). Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. AICR, Washington, DC, 2007.
- ⁷⁷⁶ Rodgers H, et coll. Alcohol and stroke: a case control study of drinking habits past and present. *Stroke*. 1993;24(10):1473-1477. Bivik, I. and Ergene O. Alcohol and acute myocardial infarction. *J Intern Med Res* 2007;35(1):46-51.
- ⁷⁷⁷ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (AICR). Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. AICR, Washington, DC, 2007.
- ⁷⁷⁸ National Institutes of Health (NIH). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. NIH, Bethesda, Maryland, août 1998. NIH publication no. 98-4083. www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf; consulté le 30 novembre 2011.
- ⁷⁷⁹ Katzmarzyk PT, and Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Ontario. 2001. *Soumis au Leisure Information Network*. Kingston (Ontario).
- ⁷⁸⁰ Bodkin A, Ding HK, Scale S. Obesity: an overview of current landscape and prevention-related activities in Ontario. Préparé pour l'Agence de la santé publique du Canada. 30 avril 2009:1-76.
- ⁷⁸¹ Holmes MD, Chen WY, Hankinson SE, Willett WC. Physical activity's impact on the association of fat and fiber intake with survival after breast cancer. *Am J Epidemiol*. 15 novembre 2009; 170(10):1250-1256.
- ⁷⁸² Warburton DE, et coll. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*. 2006;174(6):801-809.
- ⁷⁸³ Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Ontario. 2001. *Soumis au Leisure Information Network*. Kingston (Ontario).
- ⁷⁸⁴ Ministère de la Promotion de la santé. www.healthunit.com/fr/KZVWrwBw19ZbKZ2rOsmUZNMyT1dwTajHouIqawmqdy34Mu2nNNoVU4SfscNE26jVb9VIGPfl_p046ZGyKndKZVWmccFNGHMaol1/articlesPDF/13650.pdf; consulté le 13 décembre 2010
- ⁷⁸⁵ Hall JN, Moore S, Harper SB, Lynch JW. Global variability in fruit and vegetable consumption. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):402-409, e5.
- ⁷⁸⁶ Lock J, et coll. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bull Organisation mondiale de la santé*. 2005;83(2):100-108.
- ⁷⁸⁷ www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/federal/tobac-tabac-fra.php. La Loi sur le tabac adoptée par le gouvernement fédéral en 1997 limite la vente de produits du tabac aux mineurs, la publicité et les commandites d'événements sportifs (sur une période de 5 ans).
- ⁷⁸⁸ www.health.gov.on.ca/english/public/pub/tobacco/act.html. La Tobacco Control Act de 1994 interdit la vente de produits du tabac aux jeunes de moins de 19 ans et restreint le tabagisme dans certains lieux publics.
- ⁷⁸⁹ www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/rc/index-eng.php. Un règlement pris en application de la Loi sur le tabac fédérale adoptée en 2000 exigeait que des étiquettes arborant des photos-chocs soient apposées sur les produits du tabac.
- ⁷⁹⁰ www.mhp.gov.on.ca/en/smoke-free/factsheets/bars-restaurants.asp. La Loi de 2006 favorisant un Ontario sans fumée élargit l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics fermés, dont les restaurants et les bars.
- ⁷⁹¹ Statistique Canada, 2009, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, tableau CANSIM 105-0501.
- ⁷⁹² 1999 Le conseil municipal de Toronto adopte un règlement municipal harmonisé sur l'interdiction de fumer n° 441-1999.
- ⁷⁹³ Statistique Canada, 2009, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, tableau CANSIM 105-0501.
- ⁷⁹⁴ OECD Health Data 2010. www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1_00.html; consulté le 1^{er} avril 2011.
- ⁷⁹⁵ Ministère de la Promotion de la santé et du Sport. ACTIVE2010: Ontario's Sport and Physical Activity Strategy. Août 2005. ISBN 0-7794-8873-3. <http://www.mhp.gov.on.ca/en/active-living/about/active2010-strategy-e.pdf>; consulté le 13 décembre 2010.
- ⁷⁹⁶ Statistique Canada, 2009, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, tableau CANSIM 105-0501.
- ⁷⁹⁷ Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
- ⁷⁹⁸ Schultz ASH, Nowatzki J, Dunn DA, Griffith EJ. Effects of socialization in the household on youth susceptibility to smoking: a secondary analysis of the 2004/05 Canadian Youth Smoking Survey. *Chronic Diseases in Canada*. 2010;30(3): 71-77.
- ⁷⁹⁹ Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. The Tobacco Control Environment: Ontario and Beyond. Monitoring and Evaluation Series (Vol. 16, No. 1). Protection from Secondhand Smoke: Monitoring Update. Toronto (Ontario) : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 12 août 2010. www.otru.org/pdf/16mr/16mr_shs.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- ⁸⁰⁰ Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*. 2006;15(Suppl III):iii42-iii50.
- ⁸⁰¹ Glazier RH, Booth GL, Gozdyra P, Creator M, Tynan M, editors. Neighbourhood Environments and Resources for Healthy Living—A Focus on Diabetes in Toronto: ICES Atlas. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2007. www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=67&morg_id=0&sec_id=0&item_id=4406&type=atlas; consulté le 17 janvier 2011.
- ⁸⁰² Santé Canada. Action concertée pour une saine alimentation - Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application. 1990. www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/pol/action_healthy_eating-action_saine_alimentation-04-fra.php; consulté le 20 septembre 2010.
- ⁸⁰³ Agence de la santé publique du Canada. La vie active au travail : une bonne affaire. 2001. www.phac-aspc.gc.ca/alw-vat/index-fra.php; consulté le 26 septembre 2010.
- ⁸⁰⁴ Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*. 2002;288(19):2469-2475.
- ⁸⁰⁵ Lorig KR, Sobel D, Stewart AL, Brown BW, Andrup AB, Ritter P, Gonzalez VM, Laurent DD, Holma HR. Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status while Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Med Care*. 1999;37(1):5-14.
- ⁸⁰⁶ Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 15 octobre 2005;72(8):1503-1510.
- ⁸⁰⁷ Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 2005;55:305-312.
- ⁸⁰⁸ Sargeant J, Valli M, Ferrier S, MacLeod L. Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. *Med Teach*. 2008;30(2):185-191.
- ⁸⁰⁹ Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rolnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randall E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counseling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *BMC Fam Pract*. 21 septembre 2010;11:69.
- ⁸¹⁰ Petrella RJ, Lattanzio CN, Shapiro S, Overend T. Improving aerobic fitness in older adults: effects of a physician-based exercise counseling and prescription program. *Can Fam Physician*. Mai 2010;56(5):e191-200.
- ⁸¹¹ The Low-Cost, Moderate-Cost, and Liberal Food Plans, 2007 (CNPP-20). U.S. Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Nutrition, Washington. www.cnpp.usda.gov/Publications/FoodPlans/MiscPubs/FoodPlans2007AdminReport.pdf; consulté le 1^{er} avril 2011.
- ⁸¹² Ontario Medical Association. Ontario's Doctors Call for Calorie Labelling on Fast Food and Cafeteria Menus. Avril 2009. www.oma.org/MediaRoom/PressReleases/Pages/CallforCalorieLabelling.aspx; consulté le 17 janvier 2010.
- ⁸¹³ Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et coll. Closing the loop. Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163:83-90.
- ⁸¹⁴ Flores, G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005;62(3):255-299.
- ⁸¹⁵ Ministère de la Promotion de la santé et du Sport. VIE ACTIVE 2010 - Stratégie ontarienne de promotion du sport et de l'activité physique. 2005. www.onla.on.ca/library/repository/mon/14000/255689.pdf; consulté le 9 février 2011.
- ⁸¹⁶ Glazier RH, Booth GL, Gozdyra P, Creator M, Tynan M, editors. Neighbourhood Environments and Resources for Healthy Living—A Focus on Diabetes in Toronto: ICES Atlas. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2007. www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=67&morg_id=0&sec_id=0&item_id=4406&type=atlas; consulté le 17 janvier 2011.
- ⁸¹⁷ Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, Hergenroeder AC, Must A, Nixon PA, Pivarnik JM, Rowland T, Trost S, Trudeau F. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. Juin 2005;146(6):732-737.
- ⁸¹⁸ Searight R. Realistic approaches to counseling in the office setting. *Am Fam Physician*. 15 février 2009;79(4):277-284.
- ⁸¹⁹ Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et coll. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8(6). www.hta.ac.uk/exccsum/summ806.htm; consulté le 17 janvier 2011.
- ⁸²⁰ Sequist TD, Gandhi TK, Karson AS. A randomized trial of electronic clinical reminders to improve quality of care for diabetes and coronary artery disease. *J Am Med Inform Assoc*. Juillet-Août 2005;12(4):431-437.
- ⁸²¹ Hogg W, Lemelin J, Moroz I, Soto E, Russell G. Improving prevention in primary care: Evaluating the sustainability of outreach facilitation. *Can Fam Physician*. Mai 2008;54(5):712-720.
- ⁸²² L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice (Revised). Toronto : L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; 2007. www.mao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=802; consulté le 17 janvier 2011.
- ⁸²³ www.eatrightontario.ca/fr/aboutERO.aspx
- ⁸²⁴ <http://teleassistancepourfumeurs.ca/>
- ⁸²⁵ <http://news.ontario.ca/maa/fr/2010/11/contribution-a-lamelioration-de-la-qualite-de-vie-des-jeunes-autocitoyens.html>
- ⁸²⁶ Ministère de la Promotion de la santé et du Sport. Ontario's After-School Program. 9 mars 2011. Programme ontarien d'activités après l'école; consulté le 6 avril 2011.
- ⁸²⁷ Gouvernement de l'Ontario. Salle des nouvelles : Aider davantage d'Ontariennes et d'Ontariens à abandonner le tabac. 2011. <http://news.ontario.ca/mhp/fr/2011/01/aider-davantage-dontariennes-et-dontariens-a-abandonner-le-tabac.html>; consulté le 10 février 2011.
- ⁸²⁸ Siegler R, Deloache J, Eisenberg N. How children develop. 2nd ed. New York: Worth Publishers, 2006.
- ⁸²⁹ Zero to Three. Brain Development. www.zerotothree.org/child-development/brain-development; consulté le 30 septembre 2011.
- ⁸³⁰ Net Industries. Prenatal Development – Prenatal Environmental Influences. <http://social.jrank.org/pages/515/Prenatal-Development-Prenatal-Environmental-Influences.html>; consulté le 30 septembre 2010.
- ⁸³¹ BORN Ontario, Exercice 2009-2010.
- ⁸³² Association of Public Health Epidemiologists in Ontario, 2005.
- ⁸³³ Das UG, Sysyn DG. Abnormal fetal growth: intrauterine growth retardation, small for gestational age, large for gestational age. *Paediatric Clinics of North America*. 2004;51(3):639-654.
- ⁸³⁴ O'Keeffe MJ, O'Callaghan M, Williams GM, Najman JM, Bor W. Learning, cognitive, and attentional problems in adolescents born small for gestational age. *Pediatrics*. 2003;112:301-307.
- ⁸³⁵ Lundgren EM, Chnattingsson S, Jonsson B, Tuvevo T. Intellectual and psychological performance in males born small for gestational age with and without catch-up growth. *Paediatric Research*. 2001;50:91-96.
- ⁸³⁶ Larroque B, Bertrais S, Czerlichow P, Leger J. School difficulties in 20-year-olds who were born small for gestational age at term in a regional cohort study. *Paediatrics*. 2001;108:111-115.
- ⁸³⁷ Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet*. 1989;2(57):577-580.
- ⁸³⁸ Hales CN, Barker DJ, Clark PM, Cox LJ, Fall C, Osmond C, Winter PD. Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64. *BMJ*. 1991;303:1019-1022.
- ⁸³⁹ Barker DJ. Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life. *British Medical Bulletin*. 1997;53(1):96-108.
- ⁸⁴⁰ Cole C, Hagadorn J, Kim C, et coll. Criteria for determining disability in infants and children: low birth weight. Evidence report/technology assessment no. 70. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Maryland, 2002. Matsuo, H. The health consequences of low birth weight: literature review and critique. UCL working paper no. 23. l'Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique, 2005.
- ⁸⁴¹ Santé Canada. Le tabagisme et votre corps : Grossesse. 22 novembre 2007. www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/preg-gros-fra.php; consulté le 16 novembre 2010.
- ⁸⁴² Abel EL. Smoking during pregnancy: a review of effects on growth and development of offspring. *Human Biology*. 1980;52(4):593-625.
- ⁸⁴³ Le Collège des médecins de famille du Canada. Infant feeding policy statement 2004. Le Collège des médecins de famille du Canada, Toronto, 2004. www.cfpc.ca/local/files/Communications/Health%20Policy/Final_04Infant_Feeding_Policy_Statement.pdf; consulté en décembre 2009.
- ⁸⁴⁴ Société canadienne de pédiatrie. Les diététistes du Canada, Santé Canada. « Les avantages de l'allaitement des nourrissons au Canada » dans La nutrition du nourrisson né à terme et en santé. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, Ottawa, 2005.
- ⁸⁴⁵ Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breast-feeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2006;84(5):1043-1054.
- ⁸⁴⁶ Newcomb PA, et coll. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 1994;330(2):81-87.
- ⁸⁴⁷ Byers T, et coll. Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal women. *American Journal of Epidemiology*. 1985;121:664-674.
- ⁸⁴⁸ Siskind V, et coll. Breast cancer and breastfeeding: results from an Australian case-control study. *American Journal of Epidemiology*. 1989;130:229-236.
- ⁸⁴⁹ Brock, KE. Sexual, reproductive, and contraceptive risk factors for carcinoma-in-situ of the uterine cervix in Sydney. *Medical Journal of Australia*. 1989. Schneider, AP. Risk factor for ovarian cancer. *New England Journal of Medicine*. 1987.
- ⁸⁵⁰ Taux de mortalité infantile, par province et territoire. Statistique Canada. www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/health21a-fra.htm; consulté le 1^{er} avril 2011.
- ⁸⁵¹ OECD Health Data 2010. www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1_00.html; consulté le 1^{er} avril 2011.
- ⁸⁵² Institut canadien d'information sur la santé. Keeping Canada's Future Healthy. Summer 2007. www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/intermet/NETTER_01JUL2007_PDF_EN; consulté en novembre 2009.
- ⁸⁵³ Best Start. Reflecting on the Trend: Pregnancy After Age 35. 2007. www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/bs_pregnancy_age35.pdf; consulté le 30 novembre 2011.
- ⁸⁵⁴ Organisation mondiale de la santé. Breastfeeding. www.who.int/topics/breastfeeding/en; consulté le 30 novembre 2011.
- ⁸⁵⁵ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009.
- ⁸⁵⁶ Infant Mortality Rates for 10 Leading Causes of Infant Death – United States, 2005. MMWR, 26 octobre 2007 / 56(42):1115. Centers for Disease Control, Washington. www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5642a8.htm; consulté le 1^{er} avril 2011.

- 852 American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116(5):1245-55. Epub 2005 Oct 10.
- 853 Rourke Baby Record: Evidenced-based infant/child health maintenance guide. 2006. www.rourkebabyrecord.ca; consulté le 1^{er} avril 2011.
- 854 Smylie J, Adomako P. Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action. Toronto: Centre for Research on Inner City Health; 2009. www.stmichaelshospital.com/crich/indigenous_childrens_health_report.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 855 Office of the Provincial Health Officer. The Health and Well-being of the Aboriginal Population in British Columbia: Interim Update. Victoria: Government of British Columbia; 2007. www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/Aboriginal_Population_Interim_report_Final.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 856 Heaman MJ, Blanchard JF, Gupton AL, Moffatt ME, Currie RF. Risk factors for spontaneous preterm birth among Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba. *Paediatr Perinat Epidemiol*. Mai 2005;19(3):181-193.
- 857 Luo ZC, Wilkins R, Kramer MS. Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. *CMAJ*. 9 mai 2006;174(10):1415-1420.
- 858 Urquia ML, Frank JW, Glazier RH, Moineddin R. Birth outcomes by neighbourhood income and recent immigration in Toronto. *Health Rep*. Novembre 2007;18(4):21-30.
- 859 Chalmers B, Wen SW. Les soins périnataux au Canada. In: DesMeules M et Stewart D. Rapport de surveillance de la santé des femmes. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2003. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/wfhs-rssf/chap_27-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 860 Reddy UM, Wapner RJ, Rebar RW, Tasca RJ. Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcomes: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):967-77.
- 861 Centres de santé communautaire de Kingston. Prenatal and Infant Groups – Better Beginnings. 2010. www.kchc.ca/infant.shtml; consulté le 1^{er} avril 2011.
- 862 NorWest: Community Health Centres. www.norwestchc.org/downloads/CHC_2009_09_Programs.pdf; consulté le 1^{er} avril 2011.
- 863 Agence de la santé publique du Canada. Division de l'enfance et de l'adolescence. 16 février 2011. www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/index-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 864 L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses. Toronto : L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; 2010. www.mao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=795; consulté le 17 janvier 2011.
- 865 McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs*. Mai 2008;62(4):407-427.
- 866 Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3.
- 867 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Emplacement des bureaux de santé publique. www.health.gov.on.ca/french/public/contact/phuf/phuloc_mnf.html; consulté le 7 novembre 2010.
- 868 Commission ontarienne des droits de la personne. Politique sur la discrimination fondée sur la grossesse et l'allaitement. 2008. www.ohrc.ca/cr/fr/resources/policies/PregnancyPolicyFRENCH.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 869 Ontario Breastfeeding Committee. About Us. 2010. www.breastfeedingontario.org/about.html; consulté le 17 janvier 2011.
- 870 Organisation mondiale de la santé. Nutrition: Baby-friendly Hospital Initiative. 2011. www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html; consulté le 17 janvier 2011.
- 871 Centre for Disease Control and Prevention. Sexual Health. www.cdc.gov/sexualhealth; consulté le 15 novembre 2011.
- 872 Organisation mondiale de la santé. Sexual Health. www.who.int/topics/sexual_health/en; consulté le 30 septembre 2011.
- 873 Centre for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases: Gonorrhea. Mar 16, 2011. www.cdc.gov/std/gonorrhea/default.html; consulté le 6 avril 2011.
- 874 Hook EW III and Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. In: K. Holmes, P. Sparling, P. Markh et al (eds). *Sexually Transmitted Diseases*, 3rd Edition. New York: McGraw-Hill, 1999, 451-466.
- 875 Centre for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases: Syphilis. Apr 1, 2011. www.cdc.gov/std/syphilis/default.html; consulté le 6 avril 2011.
- 876 Organisation mondiale de la santé, HIV/AIDS. www.who.int/topics/hiv_aids/en; consulté le 30 septembre 2011.
- 877 Schulz TF. Cancer and viral infections in immunocompromised individuals. *Int J Cancer*. 15 octobre 2009;125(8):1755-1763.
- 878 Lipton SA. AIDS-related dementia and calcium homeostasis. *Ann N Y Acad Sci*. 15 décembre 1994;747:205-224.
- 879 Becker MH, Joseph JG. AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *American Journal of Public Health*. Avril 1988;78(4):394-410.
- 880 Paranjoty S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child*. 2009;94(3):239-245.
- 881 Kearney MS, Levine PB. Socio-economic disadvantage and early childbearing. National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts, 2007. www.nber.org/papers/w13436.pdf; consulté le 30 janvier 2011.
- 882 Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population-based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. Avril 2007;36(2):368-373.
- 883 Wellings, K. Causes and consequences of teenage pregnancy. In: Baker P, Guthrie K, Hutchinson C, Kane R, Wellings K, eds. *Teenage pregnancy and reproductive health*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 2007:70.
- 884 Statistique Canada. Projections démographiques pour 2005. www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/00105/4095252-fra.htm; consulté en novembre 2009.
- 885 Trends in HIV incidence and prevalence: natural course of the epidemic or results of behavioural change? Organisation mondiale de la santé, Genève 1999. www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/unaid99_12.pdf; consulté le 1^{er} avril 2011.
- 886 Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit. HIV Update. Feb 27, 2009. www.phs.utoronto.ca/ohemu/HIVupdate.html; consulté le 14 mars 2011.
- 887 Mill JE, Jackson RC, Worthington CA, Archibald CP, Wong T, Myers T, Prentice T, Sommerfeldt S. HIV testing and care in Canadian Aboriginal youth: a community based mixed methods study. *BMC Infect Dis*. 2008 Oct 7;8:132.
- 888 Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. 2008. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 889 Yamada J, DiCenso A, Feldman L, Cornillott P, Wade K, Wignall R, Thomas H. A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases in adolescents. Effective Public Health Practice Project, ministère de la Santé de l'Ontario, Région de Hamilton-Wentworth, Division des services sociaux et de santé publique. 1999. <http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/Research/FulReviews/98-99/Adolescent-STD-Prevention-review.pdf>; consulté le 17 janvier 2011.
- 890 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. www.sexualityandu.ca; consulté le 17 janvier 2011.
- 891 Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. 2008. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 892 10 Tips for Parents to Help Their Children Avoid Teen Pregnancy, National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, Washington DC, 2007. www.thenationalcampaign.org/resources/10Tips.aspx; consulté le 1^{er} avril 2011.
- 893 Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. 2008. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 894 Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. 2008. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 895 Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. 2008. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 896 Tapert SF, Arons GA, Sedlar GR, Brown SA. Adolescent Substance Use and Sexual Risk-Taking Behavior. *J Adolesc Health*. 2001;28:181-189.
- 897 Agence de la santé publique du Canada. Soins primaires pour les infections transmissibles sexuellement. Janvier 2010. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/guide-lignesdir-fra.php; consulté le 7 novembre 2010.
- 898 MSSLD. Stratégie de l'Ontario relative au VIH et au sida. 23 février 2011. www.health.gov.on.ca/french/public/program/hivaidst/general/ontario_responsef.html; consulté le 14 février 2011.
- 899 MSSLD. Stratégie de l'Ontario relative au VIH et au sida. 23 février 2011. www.health.gov.on.ca/french/public/program/hivaidst/general/ontario_responsef.html; consulté le 14 février 2011.
- 900 MSSLD. Sexual Health and sexually transmitted infections prevention and control protocols. www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs/progstds/protocols/sexual_health_sti.pdf; consulté le 14 février 2011.
- 901 Rivetti D, et coll. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. Juillet 2006;3. CD004876.
- 902 Mandel JS, et coll. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *NEJM*. 1993;328(19):1365-1371.
- 903 Humphrey LL, et coll. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2002;137(5, Part 1):347-360.
- 904 Fondation canadienne du cancer du sein. Le cancer du sein au Canada. www.cbcf.org/fr-CA/homepage.aspx; consulté en septembre 2010.
- 905 Société canadienne du cancer, statistiques sur le cancer colorectal. www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Cancer%20statistics/Stats%20at%20a%20glance/Colorectal%20cancer.aspx?sc_lang=fr-ca; consulté en septembre 2010.
- 906 Brown JP, Josse RG. 2002 clinical guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ*. 2002;167(90100).
- 907 Law MR, Wald NJ, Meade TW. Strategies for prevention of osteoporosis and hip fracture. *British Medical Journal*. August 24, 1991;303:453-459.
- 908 Chrischilles E, Shireman T, Wallace R. Costs and health effects of osteoporotic fractures. *Bone*. 1994;15(4):377-386.
- 909 Statistique Canada, tableau CANSIM 105-05011.
- 910 OECD Health Data 2010. www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1_00.html; consulté le 1^{er} avril 2011.
- 911 OECD Health Data 2010. www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1_00.html; consulté le 1^{er} avril 2011. Les résultats pour le Chili représentent une moyenne des neuf dernières années.
- 912 Statistique Canada, tableau CANSIM 105-05011. Zone 6, La Nouvelle-Écosse affiche les meilleurs résultats (moyenne de 80 % en 2008 et 2009).
- 913 En Janvier 2007, le gouvernement de l'Ontario, de concert avec Action Cancer Ontario, a lancé le ContrôleCancerColorectal — premier programme provincial de dépistage du cancer du côlon fondé sur la population au Canada. Le but de ContrôleCancerColorectal est de réduire le taux de mortalité due au cancer du côlon grâce à un dépistage et à un traitement précoces. Voir coloncancercheck.ca/docs/factsheets/fact_sheet_English.pdf pour plus de détails; consulté le 13 décembre 2010.
- 914 Action Cancer Ontario. Ontario Cancer Plan 2008-2011. www.ontariocancerplan.on.ca; consulté le 3 mars 2009.
- 915 Action Cancer Ontario. Programme ontarien de dépistage du cancer du sein. <http://fr.cancercare.on.ca/pccs/screening/breastscreening/OBSP/>; consulté le 17 janvier 2011.
- 916 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. ContrôleCancerColorectal. <http://health.gov.on.ca/fr/public/programs/coloncancercheck/>; consulté le 17 janvier 2011.
- 917 Karwalajtys T, Kaczorowski J, Lohfeld L, Laryea S, Anderson K, Roder S, Sebaldt RJ. Acceptability of reminder letters for Papanicolaou tests: a survey of women from 23 Family Health Networks in Ontario. *J Obstet Gynaecol Can*. October 2007;29(10):829-834.
- 918 Kaczorowski J, Karwalajtys T, Lohfeld L, Laryea S, Anderson K, Roder S, Sebaldt RJ. Women's views on reminder letters for screening mammography: Mixed methods study of women from 23 family health networks. *Can Fam Physician*. June 2009;55(6):622-623. e1-4.
- 919 Austoker J, Bankhead C, Forbes LJ, Atkins L, Martin F, Robb K, Wardle J, Ramirez AJ. Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. *Br J Cancer*. December 3, 2009;101(Suppl 2):S31-S39.
- 920 Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;282(7):646-650.
- 921 Amankwah E, Ngwakongni E, Hude Q. Why many visible minority women in Canada do not participate in cervical cancer screening. *Ethnicity & Health*. 2009;14:4:337-349.
- 922 Sent L, Ballem P, Paluck E, Yelland L, Vogel AM. The Asian Women's Health Clinic: addressing cultural barriers to preventive health care. *CMAJ*. 1998;159(4):350-4.
- 923 <http://www.mwluu.ca/topics/sexuality/sexuality.html>; consulté le 11 avril 2011.
- 924 Miller D, Livingstone V, Herbison GP. Interventions for relieving the pain and discomfort of screening mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD002942. DOI: 10.1002/14651858.CD002942.pub2
- 925 Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, Doria M, Farnell E 4th, Lanham J. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*. 2006;333(7560):171. Epub 2006 Jun 27.
- 926 Weber V, Bloom F, Pierdon S, Wood C. Employing the Electronic Health Record to Improve DiabetesCare: A Multifaceted Intervention in an Integrated Delivery System. *J Gen Intern Med*. 2008;23(4):379-382.
- 927 Weber V, Bloom F, Pierdon S, Wood C. Employing the Electronic Health Record to Improve Diabetes Care: A Multifaceted Intervention in an Integrated Delivery System. *J Gen Intern Med*. 2008;23(4):379-382.
- 928 Action cancer Ontario. Programme ontarien de dépistage du cancer du sein : Visites de la caravane mobile. <http://fr.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=15157&pageId=17153#>; consulté le 17 janvier 2011.
- 929 Action Cancer Ontario. Ontario Cancer Plan 2011-2015. ocp.cancercare.on.ca; consulté le 23 décembre 2010.
- 930 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Immunisation. www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/pub_immun.aspx; consulté le 26 septembre 2010.
- 931 Taylor SE, Sirosi FM. Health psychology. Canadian ed. McGraw-Hill Ryerson Limited, 2009.
- 932 Etzioni R, et coll. The case for early detection. *Nature Reviews Cancer*. April 2003;3:243-252.
- 933 Herrman H. The need for mental health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35:709-715.
- 934 European Commission's Directorate for Public Health and Risk Assessment. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/ipp/ipp_en.htm; consulté le 20 septembre 2010.
- 935 Ministère de la Promotion de la santé. Stratégie ontarienne de prévention des traumatismes : travaux ensemble pour un Ontario plus sûr et en meilleure santé. 2007. ISBN: 978-4249-4237-3. <http://ospace.scholarsportal.info/btstream/1873/9377/1/275631.pdf>; consulté le 15 novembre 2010.
- 936 Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(4):238-240.

- 939 Association canadienne pour la santé mentale, statistiques sur les suicides. www.ontario.cmha.ca/fact_sheets.asp?cid=3965; consulté en septembre 2010.
- 940 Pompili M, Amador XF, Girardi F, Harkavy-Friedman J, et coll. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry*. March 16, 2007;16(1):10.
- 941 Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000;34(3):420-436.
- 942 Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, Mandelblat JS, Yakovlev AY, Habbema JDF, Feuer EJ, for the Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) Collaborators. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2005;353:1784-1792.
- 943 Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) Breast Cancer Collaborators. The Impact of Mammography and Adjuvant Therapy on U.S. Breast Cancer Mortality (1975-2000): Collective Results from the Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network. *Journal of the National Cancer Institute*. 2006;36:1-126.
- 944 Statistique Canada, tableau CANSIM 102-0552.
- 945 Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv*. 2005 May;56(5):544-50.
- 946 The Mental Health Association. Anti-Stigma Campaign. www.mhasuffolk.org/documents/antistigma.php; consulté le 8 avril 2011.
- 947 National Centre for Injury Prevention and Control. Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1992. wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000024/P0000024.asp#head02000000000000; consulté le 17 janvier 2011.
- 948 www.forces.gc.ca/health-sante/pub/rpt/apollo/toc-tdm-fra.asp; consulté le 8 avril 2011.
- 949 Association canadienne pour la prévention du suicide. The CASP Blueprint for a Canadian National Suicide Prevention Strategy. 2004. www.casp-acps.ca/Publications/BlueprintFINAL.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 950 Observateur de la qualité : Rapport annuel de 2010 sur le système de santé en Ontario. Conseil ontarien de la qualité des services de santé, Toronto, 2010; page 115.
- 951 Cheung AH, Dewa CS. Mental health service use among adolescents and young adults with major depressive disorder and suicidality. *Can J Psychiatry*. April 2007;52(4):228-232.
- 952 Association canadienne pour la prévention du suicide. The CASP Blueprint for a Canadian National Suicide Prevention Strategy. 2004. www.casp-acps.ca/Publications/BlueprintFINAL.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 953 MacMillan HL, MacMillan AB, Offord DR, Dingle JL. Aboriginal health. *CMAJ*. December 1, 1996;155(11):1569-1578.
- 954 Ramey HL, Busseri MA, Khanna N, Hamilton YN, Ottawa YN, Rose-Krasnor L. Youth engagement and suicide risk: testing a mediated model in a Canadian community sample. *J Youth Adolesc*. March 2010;39(3):243-258.
- 955 Kral M, Wiebe PK, Nisbet K, Dallas C, Okalik L, Enuaraq N, Cinotta J. Canadian Inuit community engagement in suicide prevention. *Int J Circumpolar Health*. June 2009;68(3):292-308.
- 956 Hazell P. Adolescent suicide clusters: evidence, mechanisms and prevention. *Aust N Z J Psychiatry*. 1993;27(4):653-65.
- 957 Nepon J, Fotti S, Katz LY, Sareen J. Media guidelines for reporting suicide. *Canadian Psychiatric Association Policy Paper*. 2009. publications.cpa-apc.org/media.php?mid=733&xwm=true; consulté le 17 janvier 2011.
- 958 Santé Canada. Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations. www.hc-sc.gc.ca/fni/ah-spnia/pubs/promotion/_suicide/prev_youth-jeunes/index-fra.php; consulté le 17 janvier 2011.
- 959 ThinkFirst Foundation of Canada. www.thinkfirst.ca; consulté le 17 janvier 2011.
- 960 Asbridge M, Mann RE, Flann-Zalcman R, Stoduto G. The criminalization of impaired driving in Canada: assessing the deterrent impact of Canada's first per se law. *J Stud Alcohol*. Juillet 2004;65(4):450-459.
- 961 Ontario College of Family Physicians. The Health Impacts of Urban Sprawl. Volume Two: Road Injuries and Fatalities. 2005. www.ocfp.on.ca/local/files/Urban%20Sprawl/UrbanSprawl-RoadInjuries.pdf; consulté le 17 janvier 2011.
- 962 MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA; McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. August 5, 2009;302(5):493-501.
- 963 MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, Lent B, Webb M; McMaster Violence Against Women Research Group. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. August 2, 2006;296(5):530-536.
- 964 Snider C, Webster D, O'Sullivan CS, Campbell J. Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. *Acad Emerg Med*. November 2009;16(11):1208-1216.
- 965 Jack SM, Jamieson E, Wathen CN, MacMillan HL. The feasibility of screening for intimate partner violence during postpartum home visits. *Can J Nurs Res*. June 2008;40(2):150-170.
- 966 McClelland S, Worster A, MacMillan H. Caring for victims of intimate partner violence: a survey of Canadian emergency departments. *CJEM*. Juillet 2008;10(4):325-328.
- 967 Gardner HG, American Academy of Pediatrics Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-based counseling for unintentional injury prevention. *Pediatrics*. Janvier 2007;119(1):202-206.
- 968 Action Cancer Ontario. Ontario Cancer Plan 2011-2015. ocp.cancercare.on.ca; consulté le 23 décembre 2010.
- 969 Center for Prevention and Health Services. Eliminating Racial and Ethnic Health Disparities: A Business Case Update for Employers. Février 2009. www.minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/1/Eliminating_Racial_Ethnic_Health_Disparities_A_Business_Case_Update_for_Employers.pdf; consulté le 10 décembre 2010.
- 970 Ministère de la Promotion de la santé et du Sport. VIE ACTIVE 2010 - Stratégie ontarienne de promotion du sport et de l'activité physique. 2005. www.ontla.on.ca/library/repository/mon/14000/255689.pdf; consulté le 12 janvier 2011.
- 971 Strong WB, et al. Evidence-based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*. 2005;146:6:732-737.
- 972 FoodShare. The Good Food Box. www.foodshare.ca; consulté le 12 janvier 2011.
- 973 The power to reduce health disparities: voices from REACH communities. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2007. www.cdc.gov/reach/pdf/voices_101007.pdf; consulté le 12 janvier 2011.
- 974 Rachlis M. Operationalizing Health Equity: How Ontario's Health Services Can Contribute To Reducing Health Disparities. Wellesley Institute, 2008. wellesleyinstitute.com/files/OperationalizingHealthEquity.pdf; consulté le 12 janvier 2011.
- 975 Rachlis M. Operationalizing Health Equity: How Ontario's Health Services Can Contribute To Reducing Health Disparities. Wellesley Institute, 2008. wellesleyinstitute.com/files/OperationalizingHealthEquity.pdf; consulté le 12 janvier 2011.
- 976 Unison Health and Community Services. unisonhcs.org; consulté le 17 janvier 2011.
- 977 Orpana HM, Lemyre L, Gravel R. Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social. Statistique Canada. www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009001/article/10772-fra.htm; consulté le 12 janvier 2011.
- 978 Krueger PM, Chang VW. Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death. *Am J Public Health*. Mai 2008;98(5):889-896.
- 979 Abercrombie PD, Zamora A, Korn AP. Lessons learned: providing a mindfulness-based stress reduction program for low-income multiethnic women with abnormal pap smears. *Holist Nurs Pract*. 2007 Janvier-Février 21(1):26-34.
- 980 Crouch RB. A community-based stress management programme for an impoverished population in South Africa. *Occup Ther Int*. 2008;15(2):71-86.
- 981 Association canadienne de santé publique. Health Literacy Interventions. 2006. www.cpha.ca/uploads/portals/h/interventions_e.pdf; consulté le 12 janvier 2011.
- 982 van Assema P, Brug J, Glanz K, Dolders M, Mudde A. Nationwide implementation of guided supermarket tours in The Netherlands: a dissemination study. *Health Educ Res*. Décembre 1998;13(4):557-66.
- 983 Brown BJ, Hermann JR. Cooking classes increase fruit and vegetable intake and food safety behaviors in youth and adults. *J Nutr Educ Behav*. 2005;37(2):104-5.
- 984 Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 15 octobre 2005;72(8):1503-1510. www.aafp.org/link_out?pmid=16273817; consulté le 17 janvier 2011.
- 985 Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*. 2002;288(19):2469-2475.
- 986 Lorig KR, Sobel D, Stewart AL, Brown BW, Andurap AB, Ritter P, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status while Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Med Care*. 1999;37(1):5-14.
- 987 Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 15 octobre 2005;72(8):1503-1510.
- 988 Glazier RH, Booth GL, Gozdyra P, Creatore MI, Tynan M, editors. Neighbourhood Environments and Resources for Healthy Living—A Focus on Diabetes in Toronto: ICES Atlas. Toronto : Institut de recherche en services de santé; 2007. www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=67&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=4406&type=atlas; consulté le 12 janvier 2011.
- 989 Stead M, MacAskil S, MacKintosh AM, Reece J, Eadie D. "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health Place*. Décembre 2001;7(4):333-343.
- 990 The Canadian PD Project. Website of the Canadian Positive Deviance (PD) Project. 23 décembre 2010. www.positivedeviance.ca; consulté le 9 avril 2011.
- 991 Surveillance des blessures dans le secteur agricole au Canada. Agricultural Fatalities and Hospitalizations in Ontario 1990-2004. <http://cair-sbac.ca/ontfull.pdf>; consulté le 9 avril 2011.
- 992 Institut canadien d'information sur la santé. All-Terrain Vehicle (ATV)-related Trauma Hospitalizations in Ontario, 2001-2002. http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/bl_otr_ATV_hospitalizations_dec2003_e.pdf; consulté le 9 avril 2011.
- 993 Farm Safety Association. Farm Accident Rescue. Sept 1985. www.farmsafety.ca/factsheets/tips-e/farm_accident-en.PDF; consulté le 9 avril 2011.
- 994 RLSS du Centre-Toronto. Équité en matière de santé. www.torontocentralhin.on.ca/home.aspx?langtype=3084; consulté le 7 mars 2011.

14 Remerciements

L'élaboration de ce rapport a été dirigée par une équipe scientifique de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) composée de Ben Chan, Rebecca Comrie, Michelle Rey, Imtiaz Daniel et Geoff Anderson, ainsi que par une équipe de gestion de projet/d'épidémiologie/de communication de QSSO comprenant Maggie Chen, Katherine McLaughlin, Ryan Emond, Ja Young Kim, Sisi Wang, Brad Kim, Laura Corbett, Wilson Kwong, Susan Brien, Céline St-Louis, Colin Longhurst, Ivan Langrish, Suzanne Dugard et Nilam Kassam. Des analyses ont été aussi effectuées par Astrid Guttman, Chad Leaver et Jun Guan de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé tient à remercier les nombreuses personnes qui ont collaboré à la préparation de ce rapport, notamment :

- Geoff Anderson et Jeff Poss, conseillers principaux en recherche et méthodologie.
- Le Conseil consultatif sur la mesure du rendement du COQSS, groupe de recherche et d'évaluation composé d'experts des quatre coins de la province, qui nous ont conseillé sur la sélection des indicateurs : Imtiaz Daniel (président), Arlene Bierman, Geoff Anderson, Sten Ardal, Suzanne Dionne, Faith Donald, Alan Forster, Bob Gardner, Gillian Hawker, Cam Mustard, Raymond Pong, Walter Rosser, Carol Sawka, Katya Duvalco, Kaveh Shojania, Sam Shortt, Eugene Wen, et Michael Wolfson.
- Le Comité d'examen du rendement par les pairs de QSSO, groupe de recherche et d'évaluation composé d'experts des quatre coins de la province, qui nous ont conseillé sur tous les aspects de la recherche et de l'analyse quantitatives : Geoff Anderson, Helen Angus, Sten Ardel, Chaim Bell, Jennifer Bennie, Arlene Bierman, Patti Cochrane, Suzanne Dionne, Faith Donald, Katya Duvalco, Kevin Empey, Alan Forster, Michael Gardam, Bob Gardner, Amir Ginzburg, Andrea Gruneir, Astrid Guttman, Christey Hackney, Simon Hagens, Gillian Hawker, Sherrie Hertz, Luidmila Husak, Jon Irish, Anthony Jonker, Maureen Kelly, Kori Kingsbury, Paul Kurdyak, Hussein Lalani, Elizabeth Lin, Ian McKillop, Charlotte Moore, Cam Mustard, Adam Nagler, Howard Ovens, Raymond Pong, Jeff Poss, Paula Rochon, Dan Purdham, Walter Rosser, Carol Sawka, Lloy Schindeler, Michael Schull, Baiju Shah, Kaveh Shojania, Sam Shortt, Kevin Smith, Ann Sprague, Terry Sullivan, Beth Thesis, Jack Tu, Tamara Wallington, Eugene Wen, Walter Wodchis, et Vanda Yousefi.
- Les organismes suivants qui ont fourni des études ou des données pour le rapport : BORN Ontario, Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Fonds du Commonwealth, HIMSS Analytics, NRC Picker, Ontario Hospital Association, Ontario MD, Ontario Physician Human Resources Data Centre, Ontario Public Health Laboratories, Organisation de coopération et de développement économiques, Statistique Canada, et Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.
- Les dirigeants et le personnel des organismes suivants qui ont fourni des renseignements pour les exemples de réussite : Collingwood General and Marine, Hôpital de Georgetown (Halton Healthcare Services), Halton Healthcare Services Corporation – Oakville, Hamilton Health Sciences – hôpital Henderson, London Health Sciences Centre – University Hospital, Hôpital Mount Sinai, ESF de North York, Hôpital général de North York, Hôpital Memorial Oakville-Trafalgar (Halton Healthcare Services), Institut cardiaque d'Ottawa, ESF Petawawa Centennial, ESF du Centre médical de Smithville, St. Joseph's Health Care – London, St. Thomas – Hôpital général de St. Thomas-Elgin, ESF de Timmins et Hôpital régional de Windsor.
- Le personnel des nombreuses divisions et directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a fourni les données et les renseignements généraux et vérifié les faits.
- Alison MacAlpine, ainsi que Kelly Lang, Jess Rogers et Tupper Bean du Centre for Effective Practice, qui ont joué un rôle très important dans la rédaction du rapport.

Membres de Qualité des services de santé Ontario

Conseil

Lyn McLeod (Newmarket)	<i>Présidente du conseil, Qualité des services de santé Ontario Présidente intérimaire, Comité de gouvernance et de nomination Présidente, Comité de gestion et des ressources</i>
Gilbert Sharpe (Toronto)	<i>Membre, Comité de gestion et des ressources</i>
Richard Alvarez (Toronto)	
Andy Molino (Ottawa)	<i>Président, Comité de la vérification et des ressources Membre, Comité de gestion et des ressources</i>
Dr. Arlene Bierman (Toronto)	<i>Membre, Conseil consultatif sur la mesure du rendement</i>
Dr. André Hurtubise (New Liskeard)	<i>Membre, Comité de gouvernance et de nomination</i>
Faith Donald (Toronto)	<i>Membre, Conseil consultatif sur la mesure du rendement Membre, Comité de la vérification et des ressources</i>
Bob Gardner (Toronto)	<i>Membre, Conseil consultatif sur la mesure du rendement</i>

Les biographies sont disponibles à <http://www.hqontario.ca/fr/governance.php>.

Administration

Dr. Ben Chan	<i>Président-directeur général</i>
Nizar Ladak	<i>Vice-présidente et administratrice en chef des opérations</i>
Eileen Patterson	<i>Vice-présidente, Amélioration de la qualité</i>
Harpreet Bassi	<i>Directeur, Projets stratégiques</i>
Céline St-Louis	<i>Directrice, Communications</i>

Mandat

Les fonctions de Qualité des services de santé Ontario sont les suivantes :

(a) surveiller les enjeux suivants et en rendre compte à la population de l'Ontario :

- (i) l'accès aux services de santé publics,
- (ii) les ressources humaines en santé dans les services de santé publics,
- (iii) l'état de santé de la population et de la clientèle,
- (iv) les résultats du système de santé;

(b) favoriser l'amélioration constante de la qualité des services;

(c) promouvoir les soins de santé qu'appuient les meilleures preuves scientifiques disponibles :

- (i) en faisant des recommandations aux organismes de soins de santé et autres entités sur les normes de soins du système de santé en fonction des lignes directrices et des protocoles pour la pratique clinique ou relativement à ceux-ci,
- (ii) en faisant des recommandations, en fonction des preuves et compte tenu des recommandations faites au sous-alinéa (i), au ministre concernant l'offre, par le gouvernement de l'Ontario, d'un financement au titre des services de soins de santé et des dispositifs médicaux.



QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (QSSO)

130, rue Bloor ouest, bureau 702
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Téléphone : 416 323-6868

Sans frais : 1 866 623-6868

Télécopieur : 416 323-9261

Courriel : info@hqontario.ca

www.hqontario.ca

ISSN 1913-0023 (Imprimé)

ISBN 978-1-4435-5557-9 (Imprimé, 2011 ed.)

ISSN 1913-0031 (En ligne)

ISBN 978-1-4435-5558-6 (HTML, 2011 ed.)

ISSN 1913-0031 (En ligne)

ISBN 978-1-4435-5559-3 (PDF, 2011 ed.)

©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011

