



BRF

BUREAU DE LA RESPONSABILITÉ
FINANCIÈRE DE L'ONTARIO



Secteur de la santé de l'Ontario : Examen du plan de dépenses

2023

À propos de ce document

Établi en vertu de la *Loi de 2013 sur le directeur de la responsabilité financière*, le Bureau de la responsabilité financière (BRF) a pour mandat de fournir une analyse indépendante de la situation financière de la province, des tendances de l'économie provinciale et de toute autre question d'intérêt pour l'Assemblée législative de l'Ontario.

Préparé par :

[Matthew Gurnham](#) (chef principal) et [Ben Segel-Brown](#) (analyste financier principal) sous la direction de [Luan Ngo](#) (directeur, analyste financier) et [Jeffrey Novak](#) (analyste financier en chef).

Le présent rapport se fonde sur des données publiques et des renseignements fournis par les ministères de la Santé, des Soins de longue durée et des Finances. Sauf indication contraire, tous les montants sont en dollars canadiens courants (c.-à-d. non rajustés en fonction de l'inflation).

Conformément au mandat du BRF visant à fournir à l'Assemblée législative de l'Ontario une analyse économique et financière indépendante, ce rapport ne renferme aucune recommandation.



Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario
2, rue Bloor Ouest, bureau 900, Toronto (Ontario) M4W 3E2 | fao-on.org/fr | info@fao-on.org | 416-644-0702
Ce document est également disponible en format accessible et peut être téléchargé au format PDF depuis notre site web.

ISSN 2562-4024

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Table des matières

1. Résumé	1
2. Introduction	7
3. Perspectives de dépenses pour le secteur de la santé	8
4. Perspectives de dépenses selon le secteur de programme	10
Hôpitaux	11
Programme d'Assurance-santé de l'Ontario	12
Programmes publics de médicaments de l'Ontario	13
Programmes communautaires	13
Programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances	14
Soins de longue durée	15
Autres programmes	15
Immobilisations dans le domaine de la santé	16
5. Examen des cinq domaines de priorité du secteur de la santé	18
A. Capacité des hôpitaux	19
B. Soins à domicile et soins de longue durée	25
C. Listes et délais d'attente pour intervention chirurgicale	32
D. Services des urgences	38
E. Effectifs du secteur de la santé de l'Ontario	43
6. Annexe	53
Interventions chirurgicales réalisées, liste d'attente et délais d'attente par service et par an	53

1. Résumé

Le présent rapport évalue le plan de dépenses du secteur de la santé de la province. Il présente les projections de dépenses du secteur de la santé de 2022-2023 à 2027-2028 et fait état des hypothèses, problèmes et incertitudes clés. Le rapport aborde ensuite les cinq domaines de priorité du secteur de la santé détaillés dans les plans récents de la province pour le secteur de la santé : la capacité des hôpitaux, les soins de longue durée et les soins à domicile, les listes d'attente en chirurgie, les services des urgences et la main-d'œuvre du secteur de la santé.

Faits saillants

- La province s'est engagée à faire des investissements importants ayant pour objectif d'augmenter la capacité des hôpitaux, des services de soins à domicile et des services de soins de longue durée. Cependant, ces augmentations de la capacité seront plus que compensées par les augmentations de la demande pour ces services de la part d'une population ontarienne à la fois en pleine croissance et vieillissante. En parallèle de cette croissance d'ici 2027-2028 l'Ontario aura moins de capacité dans les hôpitaux, une capacité similaire dans les services de soins à domicile et moins de capacité dans les services de soins de longue durée qu'en 2019-2020.
- Pour la période 2022-2023 et 2027-2028, la province a affecté 21,3 milliards de dollars de moins qu'il ne sera nécessaire pour financer les programmes du secteur de la santé actuels et pour remplir ses engagements d'élargissement des programmes dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et les services de soins de longue durée. En conséquence, la province devra apporter de nouveaux financements à son plan de dépenses du secteur de la santé, par exemple depuis son fonds de prévoyance ou en provenance de nouveaux transferts de santé fédéraux. Une alternative serait pour la province de réduire ou de modifier ses engagements d'élargissement des programmes afin d'atteindre les objectifs de son plan de dépenses du secteur de la santé.
- L'Ontario subit actuellement une pénurie de personnel infirmier et de préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) qui devrait persister tout au long de la période de prévisions de six ans du BRF. Malgré les mesures gouvernementales destinées à augmenter ces effectifs d'ici 2027-2028, le BRF prévoit une pénurie de 33 000 membres du personnel infirmier et de PSSP. Ces pénuries d'infirmières et d'infirmiers et de PSSP mettent en péril l'aptitude de l'Ontario à maintenir les programmes actuels et à remplir ses engagements d'élargir les programmes.
- Le système de soins de santé de l'Ontario est interdépendant : les pénuries de personnel dans l'ensemble du système de santé et le manque de capacité dans les services de soins à domicile et de soins de longue durée ont une incidence sur l'aptitude des hôpitaux à laisser sortir les patients qui nécessitent des soins dans des établissements alternatifs, ce qui, combiné à un manque de capacité et de personnel dans les hôpitaux, affecte l'aptitude des hôpitaux à admettre des patients venant des services des urgences et à ramener les listes d'attente de chirurgie, ainsi que les délais d'attente, à leurs niveaux d'avant la pandémie.
- Étant donné que les engagements de la province pour élargir les capacités des hôpitaux, des services de soins à domicile et des services de soins de longue durée ne pourront répondre à la croissance de la demande pour ces services de la part d'une population ontarienne elle-même en pleine croissance et vieillissante, la province n'a pas affecté suffisamment de fonds au secteur de la santé pour satisfaire ses programmes et ses engagements. Par ailleurs, la province n'a pas non plus pris de mesures suffisantes pour fournir le personnel infirmier et les PSSP nécessaires pour répondre à ses engagements de bonification; par conséquent, des défis devraient subsister dans le système de soins de santé de l'Ontario.

Perspectives de dépenses pour le secteur de la santé

- En se basant sur la structure actuelle du programme et les engagements annoncés, le BRF prévoit que, de 2021-2022 à 2027-2028, les dépenses du secteur de la santé augmenteront à un taux annuel moyen de 3,6 %, pour atteindre 93,8 milliards de dollars en 2027-2028. À l'inverse, les financements alloués par la province dans le budget de l'Ontario 2022 et dans l'Énoncé économique de l'automne de l'Ontario 2022 croient selon un taux annuel moyen de 2,5 %, pour atteindre 87,8 milliards de dollars d'ici 2027-2028.
 - Au total, le BRF estime que le plan de dépenses du secteur de la santé de la province présente un manque à gagner net de 21,3 milliards de dollars pour la période de six ans comprise entre 2022-2023 et 2027-2028. Ce manque à gagner signifie que la province n'a pas affecté suffisamment de fonds au secteur de la santé pour assurer le maintien des programmes existants et la mise en œuvre des engagements annoncés.
 - Il existe deux mesures que le gouvernement pourrait prendre concernant le manque à gagner pour le financement du secteur de la santé identifié par le BRF.
 - Premièrement, la province pourrait ajouter progressivement de nouveaux financements au plan de dépenses du secteur de la santé dans les prochains budgets et les énoncés économiques de l'automne. De nouveaux financements pourraient être ajoutés depuis les fonds de prévoyance, par de nouveaux transferts fédéraux¹ pour le secteur de la santé ou par de nouvelles dépenses de programmes supplémentaires.
 - Une autre solution serait pour la province d'essayer d'atteindre les objectifs de dépenses pour le secteur de la santé les plus bas définis dans l'Énoncé économique de l'automne et dans le budget 2022 en apportant des modifications aux programmes actuels ou aux engagements annoncés.
- Il existe également des risques clés liés aux projections du BRF concernant les dépenses dans le secteur de la santé.
 - Dans ses prévisions de dépenses, le BRF tient pour acquis que les augmentations salariales seront conformes aux ententes collectives en vigueur et que les prochaines ententes collectives seront aussi conformes à la moyenne historique de la croissance à long terme des salaires. Cependant, en raison de la forte inflation observée récemment, les nouvelles ententes salariales pourraient être au-dessus de la moyenne, ce qui entraînerait des dépenses supérieures aux prévisions.
 - Le 29 novembre 2022, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a statué que le projet de loi 124, qui limite les augmentations salariales de base pour la plupart des employés provinciaux à 1 % par année pour une période de trois ans, contrevenait à la Charte canadienne des droits et libertés et le projet de loi a été déclaré nul et sans effet. Le gouvernement a porté cette décision en appel. Si le gouvernement perd sa cause, les dépenses provinciales en salaires seraient alors supérieures aux niveaux prévus dans les prévisions du BRF.
- Pour de plus amples renseignements sur les projections du BRF pour les dépenses du secteur de la santé par secteur de programme, consulter le chapitre 4.

¹ Le 7 février 2023, le gouvernement fédéral a annoncé des modifications des accords de financement pour la santé qui, au moment de rédiger le présent rapport et selon le BRF, vont résulter en de nouveaux transferts de santé fédéraux supplémentaires vers la province de 10,9 milliards de dollars au total de 2023-2024 à 2027-2028.

Capacité des hôpitaux

- La province prévoit de répondre aux problèmes de capacité dans les hôpitaux de l'Ontario en ajoutant de nouveaux lits d'hôpital, en continuant à financer les lits qui ont été ajoutés pendant la pandémie de COVID-19 et en introduisant des mesures destinées à libérer les ressources occupées par les patients dans les Autres niveaux de soins (ANS)².
- Si elles réussissent, les mesures prises par la province permettraient d'ajouter 4 500 nouveaux lits de 2019-2020 à 2027-2028 et de libérer 2 500 lits actuellement occupés par des patients ANS, pour arriver à une augmentation totale de la capacité disponible de 7 000 lits d'hôpital. Cependant, le BRF estime qu'il est improbable que la province puisse atteindre son objectif de 7 000 lits d'hôpital avec les politiques actuelles.
 - Premièrement, étant donné l'insuffisance de financement de 21,3 milliards de dollars pour le secteur de la santé, la province n'a pas affecté suffisamment de fonds pour assurer l'exploitation des 4 500 lits d'hôpital supplémentaires.
 - Deuxièmement, pour atteindre ses objectifs, la province doit libérer de façon permanente les 2 000 lits occupés en septembre 2022 par les patients ANS en attente de placement en soins de longue durée. Cela constitue un véritable défi étant donné que 39 000 Ontariennes et Ontariens sont inscrits sur la liste d'attente pour une place en soins de longue durée et que la province doit réduire le délai de transfert depuis les hôpitaux pour le faire passer de 39 jours à 0. La loi de 2002 pour plus de lits et de meilleurs soins (projet de loi 7) donne bien aux patients qui attendent un lit en soins de longue durée la priorité sur les patients en attente qui se trouvent au sein de la collectivité, cependant, il doit y avoir une place disponible pour le patient et le foyer de soins de longue durée doit avoir les ressources nécessaires pour pourvoir aux besoins de soins du patient³.
- Enfin, même si la province atteint ses objectifs d'augmentation de la capacité hospitalière de 7 000 lits d'ici 2027-2028, le BRF estime que l'Ontario aura tout de même 500 lits de moins que l'estimation de 7 500 lits nécessaires uniquement pour faire face à la croissance de la demande en services hospitaliers de la part d'une population ontarienne en pleine croissance et vieillissante. Cela suggère que sans mesures supplémentaires, l'Ontario disposera d'une capacité hospitalière moindre par rapport aux besoins en 2027-2028 que celle qu'elle avait en 2019-2020.

Soins à domicile et soins de longue durée

- La province prévoit d'étendre de façon significative la capacité dans les services de soins à domicile et de soins de longue durée. Cet objectif nécessite l'ajout d'un nombre net de 30 000 nouveaux lits de soins de longue durée d'ici 2028 et des dépenses supplémentaires de 1 milliard de dollars sur trois ans afin d'améliorer la disponibilité des services de soins à domicile.
- Combinées, les dépenses dans ces programmes devraient augmenter selon un taux annuel moyen de 10,0 %, pour passer de 7,3 milliards de dollars en 2019-2020 à 15,6 milliards de dollars en 2027-2028. Cette croissance des dépenses est fortement supérieure à la croissance annuelle moyenne prévue de 5,0 % pour le secteur de la santé dans son ensemble.

² Un patient est défini comme ANS lorsqu'il n'a plus besoin du niveau de soins qui lui sont délivrés à l'hôpital, mais qu'il continue d'occuper un lit d'hôpital en attendant d'être transféré dans un autre établissement, comme un foyer de soins de longue durée ou un centre de réadaptation.

³ En décembre 2022, la province avait réduit le nombre de lits occupés par des patients ANS en attente de soins de longue durée de 350 lits. Cependant, cela signifie que pour atteindre son objectif, la province doit libérer de façon permanente 1 650 lits supplémentaires occupés par des patients ANS en attente d'un lit en soins de longue durée.

- Malgré ces investissements significatifs, le BRF estime qu'il y aura tout de même une légère baisse des capacités pour les services de soins à domicile et de soins de longue durée par rapport aux besoins comparativement à 2019-2020. Cela est dû à une forte croissance du nombre de personnes âgées en Ontario au cours de la période de projection, ce qui entraînera une forte augmentation de la demande dans les services de soins à domicile et de soins de longue durée. Pour les soins à domicile, le nombre d'heures de soins infirmiers et de soins personnels par Ontarienne et Ontarien de 65 ans et plus sera à peu près le même en 2024-2025 qu'en 2019-2020. Pour les soins de longue durée, le nombre de lits pour 1 000 résidents de l'Ontario âgés de 75 ans et plus baissera légèrement et passera de 71 en 2019-2020 à 70 en 2027-2028.

Listes et délais d'attente pour intervention chirurgicale

- En réponse à la pandémie de COVID-19, la province a émis à trois reprises des directives imposant de reporter les interventions chirurgicales non urgentes afin de préserver la capacité dans les hôpitaux. En grande partie à la suite de ces directives, et également en raison de l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur le fonctionnement des hôpitaux, il y a eu 398 000 interventions chirurgicales de moins en 2020, 2021 et 2022 qu'il y aurait dû en avoir si les niveaux d'interventions de 2019 avaient été maintenus.
- Cependant, en septembre 2022 il y avait environ 250 000 patients sur les listes d'attente qui patientaient pour une intervention chirurgicale, ce qui représente uniquement 50 000 patients supplémentaires par rapport au niveau d'avant la pandémie, qui était de 200 000. La raison pour laquelle la liste d'attente pour intervention chirurgicale a augmenté de seulement 50 000 patients, alors que 398 000 interventions de moins ont été réalisées entre 2020 et 2022, est qu'un nombre moins élevé de personnes a été ajouté aux listes d'attente de chirurgie comparativement aux niveaux d'avant la pandémie.
- Parmi les 250 000 patients sur les listes d'attente, 107 000 (soit 43 %) attendaient depuis plus longtemps que le délai maximum prescrit par les directives cliniques pour leur type d'intervention chirurgicale (ces patients sont appelés « patients en attente longue » par le ministère), ce chiffre étant en hausse par rapport à une moyenne de 38 000 (soit 20 %) avant la pandémie de COVID-19.
- Malgré l'investissement de 858 millions de dollars de la province sur trois ans, entre 2020-2021 et 2022-2023, le nombre d'interventions chirurgicales réalisées n'est pas revenu aux niveaux d'avant la pandémie. Si l'on prend en compte uniquement les mois qui n'ont pas été affectés par les reports des interventions chirurgicales non urgentes, le nombre moyen d'interventions chirurgicales réalisées chaque mois entre 2020 et 2022 était significativement plus faible qu'en 2019. Le nombre mensuel moyen d'interventions chirurgicales réalisées était inférieur de 14 % en 2020, inférieur de 12 % en 2021 et inférieur de 8 % en 2022 (chiffres de septembre 2022).
- Au moment de rédiger le présent rapport, l'objectif de la province est de réduire la liste d'attente pour intervention chirurgicale au niveau d'avant la pandémie, soit 200 000 patients, et le nombre de patients en attente longue à 38 000 d'ici mars 2023.
 - Pour atteindre cet objectif, le rythme de réduction de la liste d'attente devrait être significativement plus rapide que ce que la province a été capable de faire jusqu'en septembre 2022. Après des reports d'interventions chirurgicales non urgentes en 2021 et 2022, la liste d'attente a été réduite en moyenne de 2 280 patients par mois. En supposant qu'il n'y ait plus d'interruptions, qu'il y ait des volumes similaires d'interventions réalisées et des volumes similaires de patients ajoutés aux listes d'attente, la province est en bonne voie pour réduire la liste d'attente de chirurgie à 200 000 patients d'ici juillet 2024.

- En ce qui concerne les patients présents sur la liste d'attente de chirurgie catégorisés comme patients en attente longue, la province n'a pas encore vu de diminution soutenue de leur nombre. En septembre 2022, le nombre de patients sur la liste d'attente de chirurgie catégorisés comme patients en attente longue était de 107 000, ce qui constitue le nombre le plus élevé depuis le début de la pandémie. Par conséquent, sans mesures supplémentaires, la province n'atteindra pas son objectif de réduction du nombre de patients en attente longue au niveau d'avant la pandémie de 38 000.

Services des urgences

- À mesure que les volumes dans les services des urgences sont revenus aux niveaux d'avant la pandémie, les temps d'attente dans ces services ont fortement augmenté. En 2022-2023, le séjour moyen dans un service des urgences pour les patients admis dans un hôpital était de 20,9 heures. Cette durée est 34 % plus longue que les délais d'attente au cours de la période de cinq ans précédant la pandémie de COVID-19 et la plus longue durée d'attente moyenne enregistrée sur 15 ans.
- De plus, au moment de rédiger le présent rapport, il y a eu au moins 145 fermetures non prévues de services des urgences en Ontario en 2022-2023. Avant ces fermetures des services des urgences, le BRF n'a connaissance que d'une fermeture de service des urgences non prévue depuis 2006 en raison d'un manque de médecins.
- Les fermetures de services des urgences sont un problème principalement dans les zones à faible densité de population, alors que les délais d'attente les plus longs dans les services des urgences se rencontrent généralement dans les hôpitaux des zones urbaines. Les hôpitaux de l'Ontario ont mis en évidence un manque de personnel disponible, notamment du personnel infirmier et des médecins, comme étant le principal problème provoquant des délais d'attente plus longs et des fermetures dans les services des urgences.
- Le plan de la province pour éviter les fermetures de services des urgences porte principalement sur des mesures destinées à augmenter la présence des médecins dans les services des urgences ruraux et du Nord. Le plan répond également plus largement aux problèmes des services des urgences avec des mesures destinées à faire baisser le nombre de visites dans les services des urgences et en donnant plus de souplesse aux hôpitaux pour faire face aux pics de demande.
- Globalement, bien que les mesures prises par la province permettent de combler les pénuries de médecins dans les services des urgences ruraux, pénuries qui contribuent à la fermeture de ces services, ces mesures ne permettent pas d'avoir une augmentation durable du personnel dans les services des urgences à l'échelle de la province. De 2017-2018 à 2019-2020, les délais d'attente dans les services des urgences étaient significativement plus courts malgré des volumes de patients plus élevés. En conséquence, la capacité de l'Ontario à éliminer les pressions qui s'exercent sur les services des urgences dépend du succès des mesures prises par la province dans le cinquième domaine d'intérêt, c'est-à-dire l'augmentation des effectifs du personnel de santé.

Effectifs du secteur de la santé de l'Ontario

- Pour revenir aux nombres de postes vacants d'avant la pandémie et satisfaire les engagements du gouvernement d'étendre les programmes dans les hôpitaux, tant dans les services de soins à domicile que dans les services de soins de longue durée, le BRF estime que l'Ontario a besoin de 84 700 membres du personnel infirmiers et PSSP supplémentaires d'ici 2027-2028. Cela représente une augmentation d'environ 26 % des effectifs infirmiers et de 45 % du nombre de PSSP employés dans ces secteurs.

- La province met en œuvre un certain nombre de mesures pour augmenter les effectifs infirmiers et de PSSP, notamment des mesures ciblant les salaires, la formation et les barrières réglementaires. Ces mesures ont été annoncées dans différents documents de politique⁴.
- En se basant sur l'analyse du BRF, les mesures politiques en faveur des effectifs de santé annoncées par la province, combinées à la croissance naturelle, devraient permettre d'ajouter 53 700 membres du personnel infirmier et PSSP supplémentaires au cours de la période de six ans allant jusqu'en 2027-2028. Cependant, cette augmentation du nombre de membres du personnel infirmier et de PSSP ne sera pas suffisante pour combler les pénuries de personnel actuelles et satisfaire les engagements de l'Ontario d'étendre les services de soins dans les hôpitaux, les services de soins de longue durée et les services de soins à domicile. La pénurie de personnel infirmier et de PSSP devrait être de 33 000 personnes en 2027-2028.
- Si la province ne parvient pas à combler la pénurie prévue de personnel infirmier et de PSSP, elle ne pourra pas satisfaire ses engagements d'élargissement des services dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et de soins de longue durée. Cela aura également une incidence sur les niveaux de service dans le secteur de la santé, notamment sur les services des urgences dans les hôpitaux, les listes et les délais d'attente pour les interventions chirurgicales, et la moyenne d'heures de soins directs fournis aux résidents des foyers de soins de longue durée.

⁴ Des mesures continues significatives découlent du plan de dotation en personnel des services de soins de longue durée de l'Ontario, du Plan pour rester ouvert, du Plan pour rester ouvert : Stabilité et relance pour le système de santé et du plan Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes. L'analyse du BRF prend également en considération des annonces de mesures complémentaires.

2. Introduction

Le présent rapport examine le plan de dépenses de la province pour le secteur de la santé présenté dans le budget de l'Ontario 2022, le Budget des dépenses 2022-2023 et les Perspectives économiques et revue financière 2022 de l'Ontario (appelées Énoncé économique de l'automne de l'Ontario ou ÉÉA). Les dépenses du secteur de la santé incluent les dépenses combinées des ministères de la Santé et des Soins de longue durée. La structure du rapport est la suivante :

- Le chapitre 3 analyse la projection du BRF concernant les dépenses du secteur de la santé de 2022-2023 à 2027-2028, en se fondant sur la structure actuelle des programmes et les engagements annoncés, puis en comparant cette projection avec le plan de dépenses du secteur de la santé inclus dans le budget de l'Ontario 2022 et dans l'Énoncé économique de l'automne de l'Ontario 2022.
- Le chapitre 4 examine les prévisions de dépenses dans le secteur de la santé pour les principaux secteurs de programme et relève les principaux problèmes, hypothèses et incertitudes qui sous-tendent les prévisions de dépenses du BRF.
- Le chapitre 5 aborde les cinq domaines de priorité du secteur de la santé détaillés dans les plans récents de la province pour le secteur de la santé : la capacité des hôpitaux, les soins de longue durée et les soins à domicile, les listes d'attente en chirurgie, les services des urgences et la main-d'œuvre du secteur de la santé.

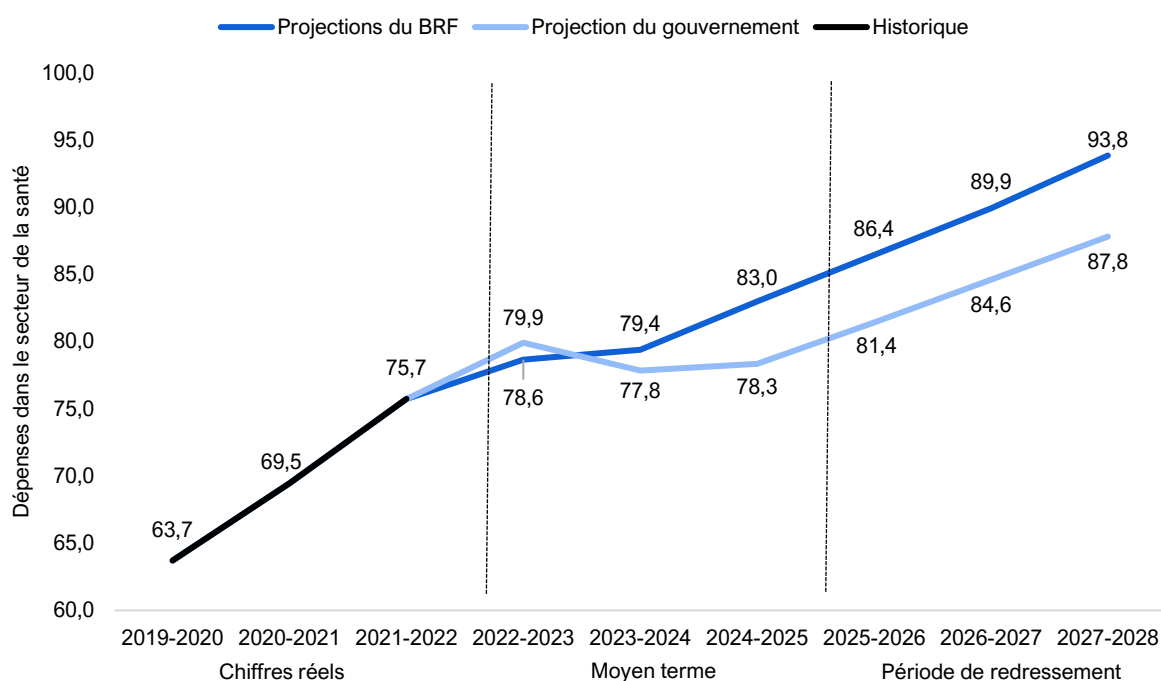
3. Perspectives de dépenses pour le secteur de la santé

En se basant sur la structure actuelle du programme et les engagements annoncés, le BRF prévoit que, de 2021-2022 à 2027-2028, les dépenses du secteur de la santé augmenteront à un taux annuel moyen de 3,6 %, pour atteindre 93,8 milliards de dollars en 2027-2028. À l'inverse, les financements alloués par la province dans le budget de l'Ontario 2022 et dans l'Énoncé économique de l'automne de l'Ontario 2022 croissent selon un taux annuel moyen de 2,5 %, pour atteindre 87,8 milliards de dollars d'ici 2027-2028.

Pour l'exercice en cours, le BRF estime que la province a affecté 1,3 milliard de dollars en fonds excédentaires qui ne sont pas requis pour financer les programmes existants et les engagements annoncés. Cependant, à partir de 2023-2024, le BRF prévoit des insuffisances de financement pour le secteur de la santé, d'abord 1,6 milliard de dollars en 2023-2024, pour finir à 6,0 milliards de dollars en 2027-2028. Ces manques à gagner signifient que la province n'a pas affecté suffisamment de fonds au secteur de la santé pour assurer le maintien des programmes existants et la mise en œuvre des engagements annoncés. Au total, le BRF prévoit un manque à gagner net de 21,3 milliards de dollars pour la période de six ans comprise entre 2022-2023 et 2027-2028.

Figure 1

Projections de dépenses pour le secteur de la santé, BRF comparativement au gouvernement de l'Ontario, en milliards de dollars



Remarque : les projections du gouvernement de l'Ontario de 2022-2023 à 2024-2025 sont issues des Perspectives économiques et revue financière 2022 de l'Ontario. Pour 2025-2026 à 2027-2028, les projections du gouvernement de l'Ontario sont issues du budget de l'Ontario 2022.

Source : Comptes publics de l'Ontario, budget de l'Ontario 2022, Perspectives économiques et revue financière 2022 de l'Ontario et analyse par le BRF des renseignements fournis par la province.

Il existe deux mesures que le gouvernement pourrait prendre concernant le manque à gagner pour le financement du secteur de la santé prévu par le BRF. Premièrement, la province pourrait ajouter progressivement de nouveaux financements au plan de dépenses du secteur de la santé dans les prochains budgets et les énoncés économiques de l'automne. Par exemple, entre le budget de l'Ontario 2016 et le budget de l'Ontario 2017, les fonds alloués au secteur de la santé en 2018-2019 ont augmenté de 2,6 milliards de dollars (4,8 %). De nouveaux financements pourraient être ajoutés au secteur de la santé, lesquels proviendront d'une combinaison du fonds de prévoyance⁵, de nouveaux transferts fédéraux pour le secteur de la santé ou de nouvelles dépenses de programmes progressives. Le 7 février 2023, le gouvernement fédéral a annoncé des modifications des accords de financement pour la santé qui, au moment de rédiger le présent rapport et selon le BRF, vont résulter en de nouveaux transferts de santé fédéraux progressifs vers la province de 10,9 milliards de dollars au total entre 2023-2024 et 2027-2028. Dans le cas où la province utiliserait la totalité des 10,9 milliards de dollars de ces transferts de santé fédéraux pour augmenter les financements du plan de dépenses du secteur de la santé, le BRF estime que ces nouveaux financements couvriraient environ la moitié du manque à gagner de financement pour le secteur de la santé identifié par le BRF.

Une autre solution serait pour la province d'essayer d'atteindre les objectifs de dépenses pour le secteur de la santé définis dans l'Énoncé économique de l'automne et dans le budget 2022. Dans ce cas, des changements dans les programmes actuels ou dans les engagements annoncés seraient nécessaires.

Moyen terme : en 2022-2023, la projection du BRF pour les dépenses du secteur de la santé est inférieure de 1,3 milliard de dollars par rapport au plan de dépenses de la province. Cela est principalement dû à une prévision inférieure du BRF pour les dépenses liées à la COVID-19. Cependant, d'ici 2024-2025, la projection de dépenses du BRF est supérieure de 4,6 milliards de dollars par rapport à celle de la province. La plus grosse partie de cette différence est liée aux hôpitaux et aux secteurs de programme de l'Assurance-santé (médecins et praticiens), qui représentent les deux catégories de dépenses du secteur de la santé les plus importantes⁶. Globalement, le BRF prévoit une croissance annuelle moyenne de 3,1 % des dépenses de 2021-2022 à 2024-2025. À l'inverse, la province prévoit une croissance plus faible, en moyenne de 1,1 %, de 2021-2022 à 2024-2025.

Période de redressement : la province prévoit d'augmenter les dépenses annuelles du secteur de la santé de 3,9 % par an en moyenne au cours de la période de redressement, de 2024-2025 à 2027-2028. À l'inverse, en se basant sur son examen des programmes du secteur de la santé et des engagements annoncés, le BRF prévoit que les dépenses augmenteront à un taux annuel moyen de 4,2 % au cours de la même période. Par conséquent, le BRF prévoit que les dépenses dans le secteur de la santé seront plus élevées de 6,0 milliards de dollars en 2027-2028 que celles annoncées par le gouvernement dans les prévisions du budget de 2022.

⁵ Consulter les [Perspectives économiques et budgétaires](#), hiver 2023 du BRF pour une discussion sur l'état des fonds de prévoyance.

⁶ Pour 2023-2024 et 2024-2025, les ministères de la Santé et des Soins de longue durée ont fait valoir que la divulgation du plan de dépenses du secteur de la santé par secteur de programme rendrait public un document du cabinet. Le BRF a accepté de ne pas divulguer de données confidentielles du Conseil exécutif aux termes du paragraphe 2 (f) du décret 1086/2022.

4. Perspectives de dépenses selon le secteur de programme

Le BRF prévoit que, pour la période allant de 2021-2022 à 2027-2028, les dépenses du secteur de la santé augmenteront à un taux annuel moyen de 3,6 %. Le BRF envisage que les dépenses des deux secteurs de programme les plus importants, à savoir les hôpitaux et l'Assurance-santé (médecins et praticiens), augmenteront selon une moyenne annuelle de 3,0 et de 4,1 % respectivement. Les dépenses pour les programmes publics de médicaments de l'Ontario devraient augmenter en moyenne de 5,7 % par an, suivies par celles des programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances (5,4 %) ainsi que les programmes communautaires (5,0 %). Le BRF prévoit que le secteur des programmes des soins de longue durée subira le taux de croissance annuel moyen le plus élevé au cours de cette période de six années, à 8,3 %, alors que d'autres programmes auront une baisse moyenne de - 1,2 % par an en raison de la fin de dépenses ponctuelles liées à la pandémie de COVID-19. Enfin, les dépenses d'immobilisations dans la santé devraient augmenter de 3,1 % par an.

Étant donné les importants investissements limités dans le temps liés à la pandémie de COVID-19 en 2021-2022, et que la pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur les niveaux de service dans de nombreux domaines du secteur de la santé, le BRF a également fourni des taux de croissance pour la période 2019-2020 à 2027-2028 afin d'apporter une meilleure indication de la croissance des dépenses de programmes de base dans le secteur de la santé. Entre 2019-2020 et 2027-2028, le BRF estime que les dépenses de base du secteur de la santé augmenteront à un taux annuel moyen de 5,0 %.

Tableau 1

Projection du BRF pour les dépenses dans le secteur de la santé par secteur de programme jusqu'en 2027-2028, en milliards de dollars

Secteur de programme	Dépenses réelles 2021-2022 (milliards de dollars)	Projection de dépenses 2027-2028 (milliards de dollars)	Taux moyen de croissance annuelle (%) 2021-2022 à 2027-2028	Taux moyen de croissance annuelle (%) 2019-2020 à 2027-2028
Hôpitaux	26,4	31,5	3,0	4,0
Assurance-santé (médecins et praticiens)	16,6	21,1	4,1	3,7
Programmes publics de médicaments de l'Ontario	5,3	7,4	5,7	5,6
Programmes communautaires	5,2	7,0	5,0	5,6
Programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances	2,0	2,7	5,4	5,1
Soins de longue durée	6,8	11,0	8,3	12,2
Autres programmes	11,2	10,4	- 1,2	4,1
Immobilisations dans le domaine de la santé	2,2	2,6	3,1	4,2
Total du secteur de la santé	75,7	93,8	3,6	5,0

Source : Comptes publics de l'Ontario 2029-2020 et 2021-2022 et calculs du BRF.

Cette partie du rapport fournit une description de chaque secteur de programme et présente les hypothèses clés qui ont conduit aux projections de dépenses du BRF.

Hôpitaux

Le secteur de programme des hôpitaux comprend un financement provincial destiné à soutenir le fonctionnement de 140 hôpitaux, un financement pour les services des hôpitaux psychiatriques spécialisés, ainsi qu'un redressement pour tenir compte des dépenses de fonctionnement totales des hôpitaux provenant de la province et de toutes les autres sources. Le secteur de programme des hôpitaux est le plus important domaine de programme du secteur de la santé et représente environ 35 % du total des dépenses dans le secteur de la santé. Le BRF prévoit que les dépenses de ce secteur de programme croîtront selon un taux annuel moyen de 3,0 % de 2021-2022 à 2027-2028. Les deux facteurs les plus significatifs dans les projections de dépenses du BRF sont les hypothèses concernant la croissance des salaires du personnel hospitalier et la capacité des hôpitaux.

Le poste le plus important dans les dépenses des hôpitaux est constitué des charges de personnel, qui représentent environ 60 % du total des dépenses de fonctionnement des hôpitaux. La croissance des charges de personnel est principalement due aux augmentations salariales, qui sont en grande partie négociées dans le cadre des conventions collectives. De 2022-2023 à 2024-2025, le BRF estime que les salaires du personnel hospitalier augmenteront à un taux annuel moyen de 1,5 %. Ce taux de croissance est inférieur à la moyenne historique en raison de l'incidence du projet de loi 124⁷, qui limite les augmentations du salaire de base à 1 % par an sur une période de 3 ans⁸. En 2022-2023, plus de 90 % des syndiqués hospitaliers sont soumis aux restrictions salariales en vertu du projet de loi 124. En 2023-2024, la part des membres du personnel soumis aux restrictions en vertu du projet de loi 124 baissera à 56 % et, d'ici 2024-2025, presque tous les membres du personnel hospitalier auront terminé la période de restriction des salaires de trois ans imposée en vertu du projet de loi 124. À mesure que les conventions collectives soumises au projet de loi 124 expireront, les prévisions du BRF supposent que la croissance des salaires reviendra à sa moyenne historique de 2,4 %.

Les prévisions de dépenses du BRF pour les hôpitaux reflètent également une croissance de la capacité des hôpitaux, qui se mesure au nombre de lits d'hôpital. Le BRF utilise l'augmentation des lits d'hôpital comme indicateur pour la croissance du nombre de services proposés par les hôpitaux de l'Ontario, ce qui détermine le financement et le personnel nécessaires pour le fonctionnement. Sur la base de l'analyse par le BRF du programme d'augmentation de la capacité des hôpitaux et des plans d'infrastructure de la province définis dans le budget de l'Ontario 2022, le BRF estime que le nombre de lits d'hôpital en Ontario augmentera de 1 400 lits (soit 4,0 %) de 2021-2022 à 2027-2028⁹, ce qui nécessitera environ 10 000 employés d'hôpital supplémentaires (incluant le personnel infirmier et les préposés aux services de soutien à la personne [voir le chapitre 5 pour l'analyse] ainsi que d'autres travailleurs hospitaliers).

⁷ La Loi visant à mettre en œuvre des mesures de modération concernant la rémunération dans le secteur public de l'Ontario (2019).

⁸ Voir le rapport du BRF [Emploi et rémunération dans le secteur public en Ontario, 2022](#).

⁹ Entre 2019-2020 et 2027-2028, le nombre de lits d'hôpital augmentera de 4 500 lits (13,8 %).

Les prévisions du BRF pour les dépenses dans le secteur hospitalier s'accompagnent de risques significatifs, notamment :

- **Ententes salariales supérieures à la moyenne historique.** Dans ses prévisions des dépenses hospitalières, le BRF tient pour acquis que les augmentations salariales seront conformes aux conventions collectives en vigueur et que les prochaines conventions collectives seront aussi conformes à la moyenne historique de la croissance à long terme des salaires. Cependant, en raison de la forte inflation observée récemment, les nouvelles ententes salariales pourraient être au-dessus de la moyenne¹⁰, ce qui entraînerait des dépenses supérieures aux prévisions.
- **La contestation judiciaire du projet de loi 124.** Le 29 novembre 2022, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a statué que le projet de loi 124, qui limite les augmentations salariales de base pour la plupart des employés provinciaux à 1 % par année pour une période de trois ans, contrevenait à la Charte canadienne des droits et libertés et le projet de loi a été déclaré nul et sans effet. Le gouvernement a porté cette décision en appel. Si le gouvernement perd sa cause, le BRF prévoit que les dépenses provinciales en salaires pour les membres du personnel hospitalier pourraient alors augmenter de 3,6 milliards de dollars supplémentaires au cours de la période de 6 ans se terminant en 2027-2028¹¹.

Programme d'Assurance-santé de l'Ontario

L'Assurance-santé finance plus de 6 000 services assurés aux résidents de l'Ontario admissibles. Ces services sont prodigués par divers fournisseurs dont les médecins, les hôpitaux, les laboratoires communautaires, les établissements de santé autonomes et autres cliniques. Les dépenses du secteur de programme de l'Assurance-santé représentent environ 23 % des dépenses du secteur de la santé. Le BRF prévoit que ces dépenses augmenteront selon un taux annuel moyen de 4,1 % et passeront de 16,6 milliards de dollars en 2021-2022 à 21,1 milliards de dollars en 2027-2028.

Services de médecin

La composante principale du secteur de programme de l'Assurance-santé est constituée des services de médecins, qui représentent plus de 80 % des dépenses de ce secteur de programme. Les médecins facturent la province pour les services qu'ils proposent et ces honoraires sont définis dans le cadre de l'entente sur les services de médecins. Par conséquent, les facteurs les plus importants des dépenses du secteur de programme de l'Assurance-santé sont les augmentations des honoraires des médecins et le nombre de services fournis par les médecins.

L'entente actuelle sur les services de médecins entre le ministère de la Santé et l'Ontario Medical Association expire le 31 mars 2024. Cette entente prévoit des augmentations de 1,0 % des honoraires des médecins en 2021-2022 et en 2022-2023, l'augmentation pour 2023-2024 devant être définie selon les dépenses réelles cette année-là¹². Au-delà de 2023-2024, le BRF estime que la croissance des honoraires des médecins reviendra aux moyennes historiques¹³. Globalement, les prévisions du BRF supposent que les honoraires des médecins augmenteront selon un taux annuel moyen de 1,7 % de 2021-2022 à 2027-2028.

¹⁰ Par exemple, la province a récemment conclu de nouvelles ententes de principe avec environ 55 000 travailleuses et travailleurs en éducation qui sont membres du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) et environ 7 000 travailleuses et travailleurs en éducation représentés par le Conseil des travailleurs de l'éducation de l'Ontario (CTEO). Le BRF estime que les travailleurs du SCFP ont obtenu une augmentation de salaire annuelle moyenne de 3,6 % sur une période de quatre ans, ce qui se situe au-dessus de la moyenne historique à long terme pour les personnels de l'éducation de 2,2 %.

¹¹ Suppose que les syndiqués du secteur hospitalier reçoivent une compensation pour les restrictions sur les augmentations salariales imposées par le projet de loi 124 en vigueur depuis 2019; l'estimation de ces compensations correspondant à la différence entre la croissance historique moyenne des salaires et les sommes reçues en vertu des conventions collectives soumises aux restrictions du projet de loi 124. Pour la suite, ce scénario suppose que les restrictions salariales en vertu du projet de loi 124 ne s'appliqueraient plus et que la croissance des salaires suivrait la moyenne historique à long terme.

¹² En vertu de l'Entente sur les services de médecin, le taux de croissance sera déterminé selon une formule qui reflète la différence entre les dépenses réelles de l'Assurance-santé et une projection pré-pandémique.

¹³ Le BRF utilise la croissance moyenne historique des honoraires de médecins pour l'ensemble des provinces du Canada, à l'exception de l'Ontario.

L'estimation du BRF suppose que l'on reviendra à des volumes normaux de services de médecin après l'augmentation de ces volumes en 2020-2021 et 2021-2022 en raison de la pandémie de COVID-19, et que les volumes à venir pour ces services augmenteront en synchronie avec les besoins d'une population ontarienne qui augmente et devient plus âgée. Globalement, les projections du BRF supposent que le nombre de services fournis par les médecins de l'Ontario augmentera selon un taux annuel moyen de 1,9 %, pour passer de 121 millions d'actes en 2022-2023 à 133 millions en 2027-2028¹⁴.

Combinées, le BRF estime que les augmentations des honoraires des médecins et des volumes des services de médecins entraîneront une augmentation du pourcentage que représentent les services de médecins dans les dépenses de l'Assurance-santé selon un taux annuel moyen de 3,9 %, pour passer de 14,8 milliards de dollars en 2021-2022 à 18,6 milliards de dollars en 2027-2028.

Autres services de soins de l'Assurance-santé

Les autres dépenses du secteur de programme de l'Assurance-santé concernent les services fournis par d'autres praticiens, notamment en physiothérapie, optométrie, dentisterie, podologie et soins infirmiers, ainsi que par les laboratoires communautaires et les programmes hors province/pays. Le BRF estime que les dépenses pour la catégorie Autres services de soins de l'Assurance-santé augmenteront selon un taux annuel moyen de 5,6 %, pour atteindre 2,5 milliards de dollars en 2027-2028. Cela reflète la projection du BRF sur l'augmentation des honoraires pour les services assurés de l'Assurance-santé autres que ceux fournis par des médecins et la hausse de la demande pour ces services pour une population ontarienne en pleine croissance et vieillissante.

Programmes publics de médicaments de l'Ontario

Les programmes publics de médicaments de l'Ontario financent le coût de plus de 5 000 produits pharmaceutiques par le truchement de six programmes différents, dont le plus important est le Programme de médicaments de l'Ontario pour les aînés. Le BRF prévoit que les dépenses des programmes publics de médicaments de l'Ontario croîtront à un taux annuel moyen de 5,7 % de 2021-2022 à 2027-2028. Les prévisions du BRF intègrent les réductions prévues du prix de certains médicaments, ainsi que les tendances de substitution des médicaments de marque par les médicaments génériques, ce qui créera une pression négative sur la croissance des dépenses. Cependant, ces facteurs seront largement compensés par la croissance prévue de consommation de médicaments plus onéreux et par les changements démographiques. Le BRF estime que le taux de croissance de la population ontarienne âgée de 65 ans et plus, qui constitue le moteur de la demande pour le Programme de médicaments de l'Ontario, sera en moyenne de 3,4 % par an de 2021-2022 à 2027-2028.

Programmes communautaires

Les programmes communautaires apportent un soutien aux communautés et à domicile par l'entremise de cinq programmes : soins à domicile, services communautaires de soutien, centres de santé communautaire, services d'assistance et de logement avec services de soutien, et traumatismes crâniens. Les dépenses des programmes communautaires représentent environ 7,5 % du total des dépenses du secteur de la santé. Le BRF prévoit que les dépenses des programmes communautaires croîtront à un taux annuel moyen de 5,0 % de 2021-2022 à 2027-2028.

¹⁴ À noter que cette projection n'inclut aucune augmentation du volume de services nécessaire pour éliminer l'arriéré des interventions chirurgicales non urgentes et des procédures de diagnostic. Le financement destiné à éliminer les arriérés d'interventions chirurgicales et de procédures de diagnostic fait partie des dépenses ponctuelles liées à la COVID-19, qui sont incluses dans les dépenses de la catégorie Autres programmes. Voir également le chapitre 5, section C.

Les prévisions du BRF sont basées sur les dépenses prévues pour les soins à domicile et les services communautaires de soutien, ce qui reflète l'engagement de la province d'augmenter les niveaux de service pour les soins à domicile et la décision de la province de fournir des augmentations salariales continues aux préposés aux services de soutien à la personne (consulter le chapitre 5, section B, pour de plus amples détails).

Le 14 avril 2022, la province a adopté la *Loi de 2022 favorisant le maintien des effectifs au sein de services publics*, qui crée un programme d'amélioration continue des salaires¹⁵ pour les membres du personnel de soutien à la personne admissibles des services de soins à domicile, de soins de longue durée et des hôpitaux. Cela rend pérennes les augmentations salariales pour les préposés aux services de soutien à la personne qui ont été établies en octobre 2020. Le programme fournit aux membres du personnel de soutien à la personne pour les soins à domicile une augmentation de salaire permanente de 3 dollars l'heure pour chaque heure de soins directs prodiguée dans le cadre d'un programme de soins à domicile et communautaires dont le financement est public. Le BRF estime que cela devrait augmenter les dépenses des programmes communautaires de 1,3 milliard de dollars au total de 2022-2023 à 2027-2028.

Programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Les programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances comprennent les services communautaires de santé mentale, les services de santé mentale aux enfants et aux jeunes, et le programme de lutte contre les dépendances. Les dépenses des programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances représentent environ 3 % du total des dépenses du secteur de la santé. Le BRF estime que les dépenses des programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances croîtront annuellement en moyenne de 5,4 %, pour passer de 2,0 milliards de dollars en 2021-2022 à 2,7 milliards de dollars en 2027-2028.

Les prévisions de dépenses du BRF pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances sont basées principalement sur les prévisions d'investissements énoncées dans le document de la province « Vers le mieux-être¹⁶ ». Dans ce plan, la province s'est engagée à investir 3,8 milliards de dollars sur 10 ans dans la santé mentale. La moitié de ce financement est apportée par le gouvernement fédéral dans le cadre de l'Accord de financement entre le Canada et l'Ontario sur les services de soins à domicile et de soins communautaires et les services en santé mentale et en toxicomanie¹⁷. Le premier de deux accords bilatéraux, qui prévoyait 770 millions de dollars en fonds fédéraux, a expiré le 31 mars 2022, la province et le gouvernement fédéral doivent désormais se mettre d'accord sur un second plan d'action quinquennal pour affecter la somme de 1,16 milliard de dollars de fonds fédéraux restante. Le BRF part du principe que ces fonds seront affectés de façon égale, avec 232 millions de dollars chaque année entre 2022-2023 et 2026-2027.

De plus, dans le budget de l'Ontario 2022, la province a engagé 204 millions de dollars afin d'augmenter la capacité des services de santé mentale en 2022-2023, ce qui constituera une augmentation permanente de la capacité selon le BRF.

¹⁵ Gouvernement de l'Ontario, [Programme d'amélioration permanente de la rémunération des préposés aux services de soutien personnel et des préposés aux soins directs](#).

¹⁶ Gouvernement de l'Ontario, [Vers le mieux-être : un plan pour bâtir le système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances](#).

¹⁷ Gouvernement du Canada, [2018 à 2022 Accord de financement entre le Canada et l'Ontario sur les services de soins à domicile et de soins communautaires et les services en santé mentale et en toxicomanie](#).

Soins de longue durée

Le secteur des foyers de soins de longue durée (SLD) fournit des fonds pour soutenir les résidents des foyers de SLD en Ontario. Il y a 626 foyers de SLD en Ontario, lesquels sont gérés par des exploitants à but lucratif, des exploitants à but non lucratif, les municipalités et les Premières nations. Les foyers de SLD reçoivent des financements du programme de soins de longue durée en fonction du nombre de lits en service et des services proposés. La majorité des dépenses des programmes de soins de longue durée est fournie par l'entremise d'une subvention journalière appelée Allocation quotidienne selon le niveau de soins. Cette allocation est payée aux exploitants de foyers de SLD pour chaque lit en service afin de couvrir le coût des soins infirmiers et des soins personnels, l'hébergement de base, les programmes et services de soutien, et les aliments bruts non préparés.

Le secteur de programme des soins de longue durée est financé par le ministère des Soins de longue durée et représente environ 10 % du total des dépenses du secteur de la santé. Globalement, le BRF estime que les dépenses du secteur de programme des soins de longue durée présenteront la plus forte croissance parmi les dépenses du secteur de la santé, avec un taux annuel moyen de 8,3 %, et passeront de 6,8 milliards de dollars en 2021-2022 à 11,0 milliards de dollars en 2027-2028. Cette croissance est principalement due à l'engagement de la province d'ajouter un nombre net de 30 000 nouveaux lits de soins de longue durée d'ici la fin de 2028, de redévelopper environ 30 000 lits existants et d'augmenter les heures de soins directs prodigués aux résidents de soins de longue durée par du personnel infirmier ou des préposés aux services de soutien à la personne pour les faire passer de 2,75 heures en 2018-2019 à 4 heures en 2024-2025 (consulter le chapitre 5, section B, pour l'analyse).

Les prévisions du BRF pour les soins de longue durée incluent également une dépense de 2,1 milliards de dollars sur 6 ans destinée aux améliorations salariales des membres du personnel des services de soutien à la personne. Comme indiqué plus haut, la province a instauré un programme d'amélioration continue des salaires pour le personnel des services de soutien à la personne admissibles des services de soins à domicile, de soins de longue durée et des hôpitaux. Cela rend permanentes les augmentations salariales des membres du personnel des services de soutien à la personne qui avaient été définies en octobre 2020 et accorde aux membres du personnel admissibles des services de soutien à la personne dans les soins de longue durée une augmentation de salaire de 3 dollars l'heure.

Autres programmes

La catégorie Autres programmes inclut les programmes de santé publique, tels que les organismes de santé locaux officiels et le programme Éclosions de maladies; les services de santé d'urgence, tels que les paiements de transfert vers les ambulances; les paiements destinés aux organismes provinciaux, tels que Santé Ontario; ainsi que l'administration du ministère, les services informatiques et d'autres dépenses. Le BRF prévoit que les dépenses de ces autres programmes diminueront selon un taux annuel moyen de 1,2 % de 2021-2022 à 2027-2028. Cette baisse des dépenses est la conséquence de dépenses limitées dans le temps liées à la COVID-19 et intervenues en 2021-2022. En supprimant ces dépenses ponctuelles, le BRF estime que les dépenses des autres programmes augmenteront selon un taux annuel moyen de 4,1 % de 2021-2022 à 2027-2028.

Les facteurs les plus importants de la croissance des dépenses des autres programmes dans les prévisions du BRF sont les services de traitement du cancer et les programmes de dépistage du cancer, qui représentent un quart des dépenses de la catégorie Autres programmes. Le BRF prévoit que les dépenses combinées de ces programmes croîtront selon un taux annuel moyen de 4,0 % de 2019-2020 à 2027-2028.

D'autres secteurs clés de la croissance des dépenses sont : la santé publique, les services d'urgence, la politique de santé et la recherche, et le programme d'appareils et accessoires fonctionnels. Combinés, ces programmes représentent un tiers des dépenses de la catégorie Autres programmes. Le BRF estime que ces dépenses augmenteront selon un taux annuel moyen de 3,9 % de 2019-2020 à 2027-2028, ce qui correspond aux projections du BRF en matière de croissance des salaires, d'inflation dans le secteur de la santé et de croissance ainsi que de vieillissement de la population.

Immobilisations dans le domaine de la santé

Les dépenses d'immobilisations dans le domaine de la santé incluent les dépenses d'amortissement net des projets d'infrastructure et d'informatisation des hôpitaux, ainsi que des programmes de santé en milieu communautaire, laboratoires de santé publique et organismes du ministère de la Santé. Les immobilisations dans le secteur de la santé comprennent environ 913 bâtiments, totalisant environ 90 millions de pieds carrés, ainsi que des machines et équipements (notamment les machines d'imagerie médicale et les appareils de ventilation). Le BRF prévoit une croissance annuelle moyenne de 3,1 % des dépenses d'immobilisations dans le domaine de la santé de 2021-2022 à 2027-2028. Cette projection est basée sur le profil d'amortissement des biens d'infrastructure des hôpitaux et sur le plan d'infrastructure décennal de la province présenté dans le budget de l'Ontario 2022.

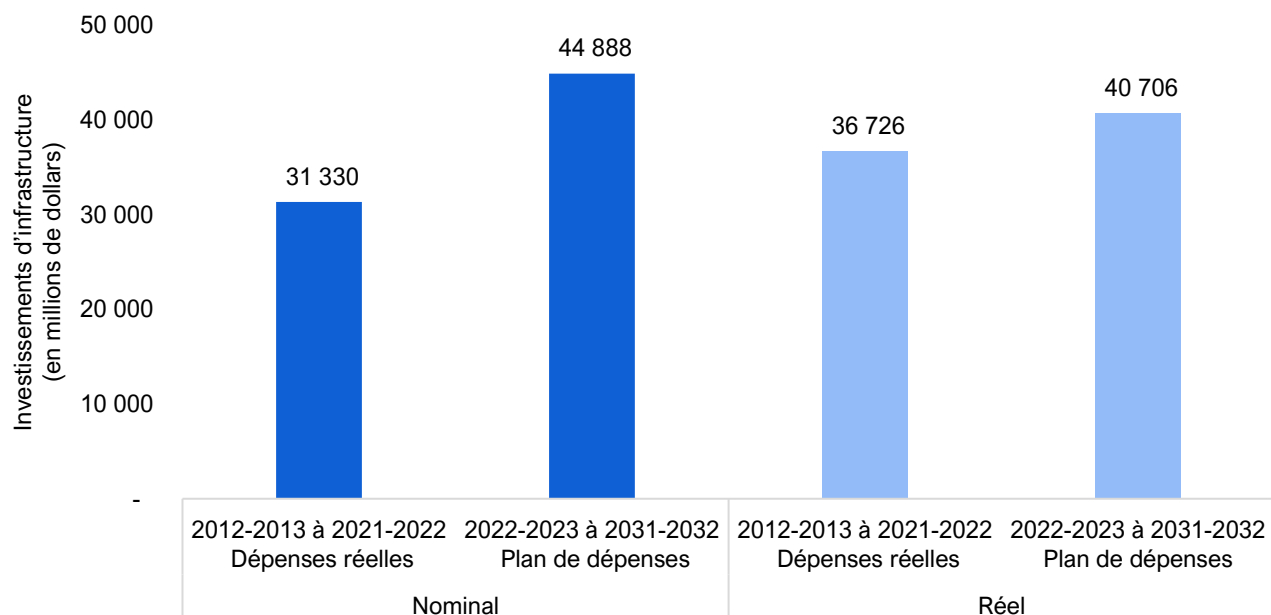
Investissements d'infrastructure dans le secteur de la santé

La province fournit des fonds pour investir dans l'infrastructure du secteur de la santé par l'entremise de 11 programmes, parmi lesquels les plus importants sont les Grands projets hospitaliers, les Petits projets hospitaliers, les Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé, le Programme des soins de longue durée et les Programmes de santé communautaire. Dans le budget de l'Ontario 2022, la province prévoit d'investir 44,9 milliards de dollars dans l'infrastructure du secteur de la santé sur une période de 10 ans, notamment 40,2 milliards de dollars pour les hôpitaux et 4,7 milliards de dollars pour les autres programmes d'infrastructure du secteur de la santé. Ce plan d'investissement décennal pour l'infrastructure du secteur de la santé représente une augmentation de 11,2 milliards de dollars par rapport au plan décennal présenté dans le budget de l'Ontario 2021. La part la plus importante de l'augmentation prévue dans le plan de dépenses d'infrastructure est consacrée aux hôpitaux (9,9 milliards de dollars), et le 1,3 milliard de dollars restant sera réservé aux autres programmes d'infrastructure dans le secteur de la santé.

Si cet investissement prévu de 44,9 milliards de dollars dans l'infrastructure du secteur de la santé se concrétise, il s'agirait alors d'une hausse de 13,6 milliards de dollars (soit 43,3 %) par rapport aux 31,3 milliards de dollars investis pour l'infrastructure du secteur de la santé dans les dix années précédentes, soit la période de 10 ans précédente qui allait de 2012-2013 à 2021-2022. Sur une base réelle, le plan décennal d'investissement en biens d'infrastructure inscrit au budget de 2022 représente une augmentation plus faible des dépenses pour les biens d'infrastructure comparativement à la décennie précédente. Après correction pour tenir compte de l'inflation, la province a dépensé 36,7 milliards de dollars au cours de la décennie précédente (en dollars de 2021) et prévoit de dépenser 40,7 milliards (en dollars de 2021) au cours de la prochaine décennie. Par conséquent, dans les faits, le programme décennal de dépenses en infrastructure du secteur de la santé inscrit au budget de 2022 représente une hausse des dépenses de 4,0 milliards de dollars (ou 10,8 %) par rapport à la décennie précédente.

Figure 2

Investissements réels et prévus pour les biens d'infrastructure du secteur de la santé en valeur nominale et réelle (en dollars de 2021), période allant de 2012-2013 à 2031-2032, en millions de dollars



Source : budget de l'Ontario 2022 et analyse par le BRF des renseignements fournis par la province.

5. Examen des cinq domaines de priorité du secteur de la santé

Le 29 mars 2022, la province a introduit son « Plan pour rester ouvert », afin de construire un « système de soins de santé plus robuste et plus résilient, mieux préparé pour répondre aux situations de crise »¹⁸. Le plan du gouvernement était centré sur l'élargissement des effectifs de santé de l'Ontario, la consolidation de la production domestique des fournitures de santé et la création de lits d'hôpital.

Par la suite, le 18 août 2022, la province a introduit la seconde phase de son Plan pour rester ouvert, qu'elle a appelé « Stabilité et relance pour le système de santé »¹⁹. Ce plan a pour objectif de « répondre aux pressions immédiates auxquels le système de santé fait face, et stabiliser les secteurs de la santé et des soins de longue durée pour le futur ».

Le 2 février 2023, la province a présenté son dernier plan : « Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes »²⁰. Ce plan prévoit de fournir « des options pratiques plus proches de la population tout en raccourcissant les délais d'attente pour les services clés dans toute la province et augmenter le nombre de membres du personnel de santé pour les années à venir ».

Bien que les mêmes problèmes soient mis en avant dans les trois plans, cette section est organisée autour de cinq domaines d'intérêt identifiés dans le plan du 18 août 2022. Plus spécifiquement :

1. Capacité des hôpitaux
2. Soins à domicile et soins de longue durée
3. Listes et délais d'attente pour intervention chirurgicale
4. Services des urgences
5. Effectifs du secteur de la santé de l'Ontario

Ce chapitre examine chacun de ces domaines par rapport aux projections du BRF relatives aux dépenses du secteur de la santé et la discussion sur le secteur de programme des chapitres 3 et 4. Dans la mesure du possible, le BRF déterminera les objectifs de la province pour chaque domaine et les résultats attendus.

¹⁸ Gouvernement de l'Ontario, « [L'Ontario présente Un plan pour rester ouvert](#) », 29 mars 2022.

¹⁹ Gouvernement de l'Ontario, « [L'Ontario présente un Plan pour rester ouvert : Stabilité et relance pour le système de santé](#) », 18 août 2022.

²⁰ Gouvernement de l'Ontario, « [Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes](#) », 2 février 2023.

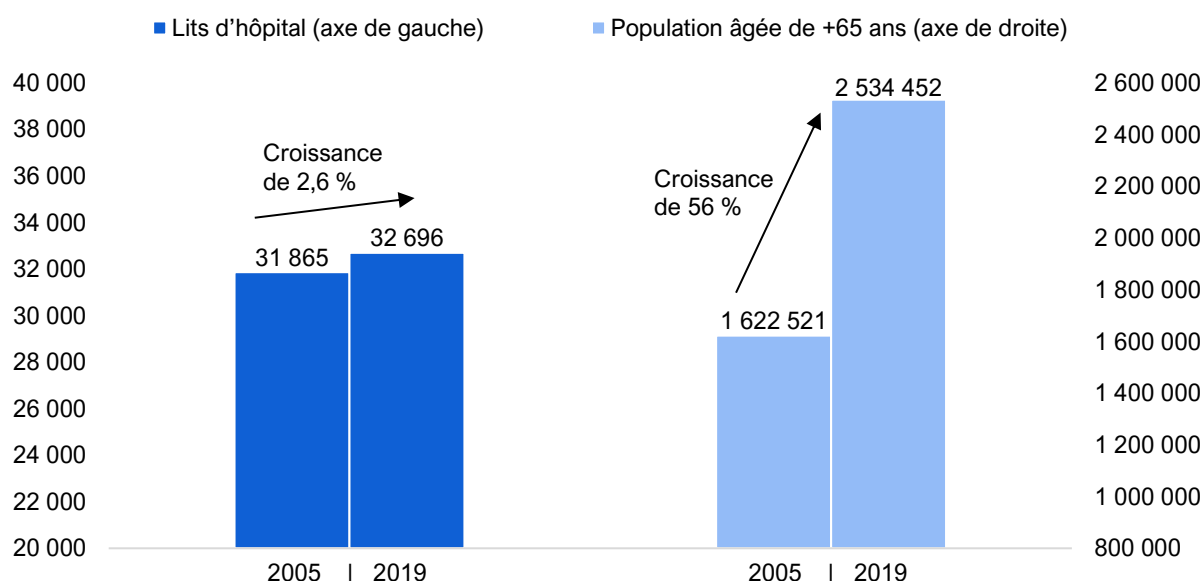
A. Capacité des hôpitaux

Historique et contexte

En 2005, la province avait environ 31 865 lits d'hôpital. Au cours des 14 années suivantes, la province a créé 830 lits d'hôpital supplémentaires, soit une augmentation de 2,6 %, alors que la population de l'Ontario augmentait de 16,1 % et que le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 65 ans et plus, qui occupaient plus de 50 % des lits d'hôpital/jour, augmentait de 56 %.

Figure 3

La croissance de la population âgée en Ontario a dépassé l'augmentation du nombre de lits d'hôpital



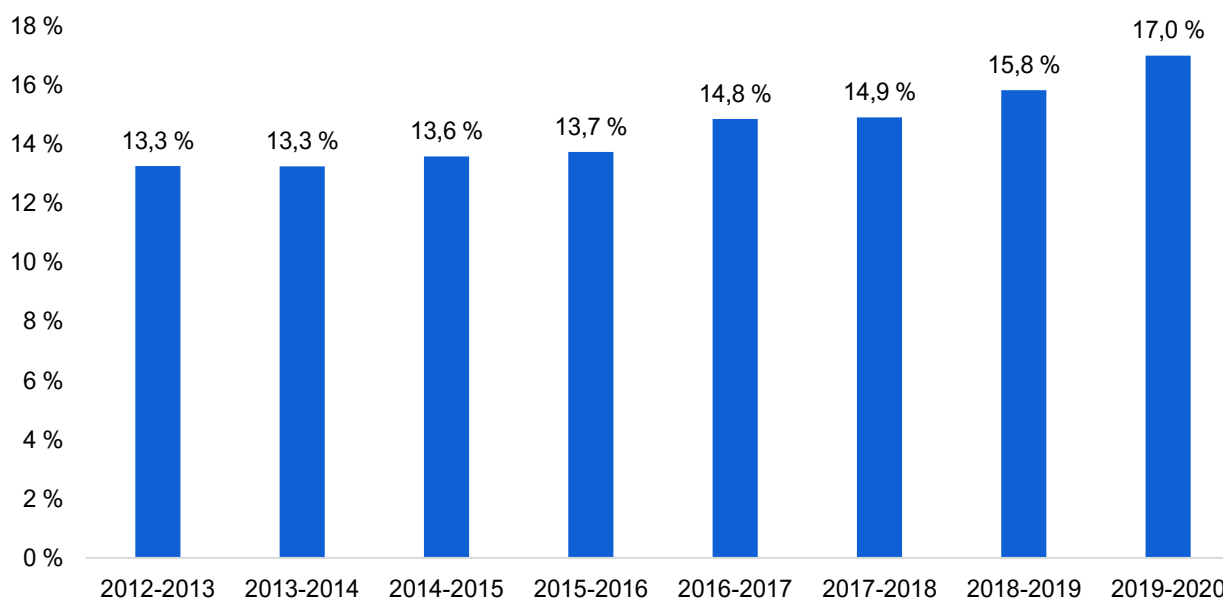
Remarque : les Ontariennes et Ontariens de 65 ans et plus occupent plus de 50 % des lits d'hôpital/jour.

Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

De plus, une partie croissante de la capacité existante de lits d'hôpital est occupée par des patients qui attendent d'être placés ailleurs. La croissance limitée de la capacité dans le secteur de la santé en dehors des hôpitaux, particulièrement dans les foyers de soins de longue durée, contribue au fait que les patients en Autres niveaux de soins (ANS) occupent plus de lits d'hôpital. Un patient est défini comme ANS lorsqu'il n'a plus besoin du niveau de soins qui lui sont délivrés à l'hôpital, mais qu'il continue d'occuper un lit d'hôpital en attendant d'être transféré dans un autre établissement, comme un foyer de soins de longue durée ou un centre de réadaptation. Entre 2012-2013 et 2019-2020, le pourcentage de la capacité des hôpitaux occupée par des patients ANS a augmenté de 13,3 % à 17,0 %.

Figure 4

Pourcentage de la capacité des hôpitaux occupée par des patients ANS



Remarque : un patient est défini comme relevant d'autres niveaux de soins (ANS) lorsqu'il n'a plus besoin de soins prodigués à l'hôpital, mais qu'il continue d'y occuper un lit en attendant d'être transféré dans un autre établissement, comme un foyer de soins de longue durée ou un centre de réadaptation.

Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

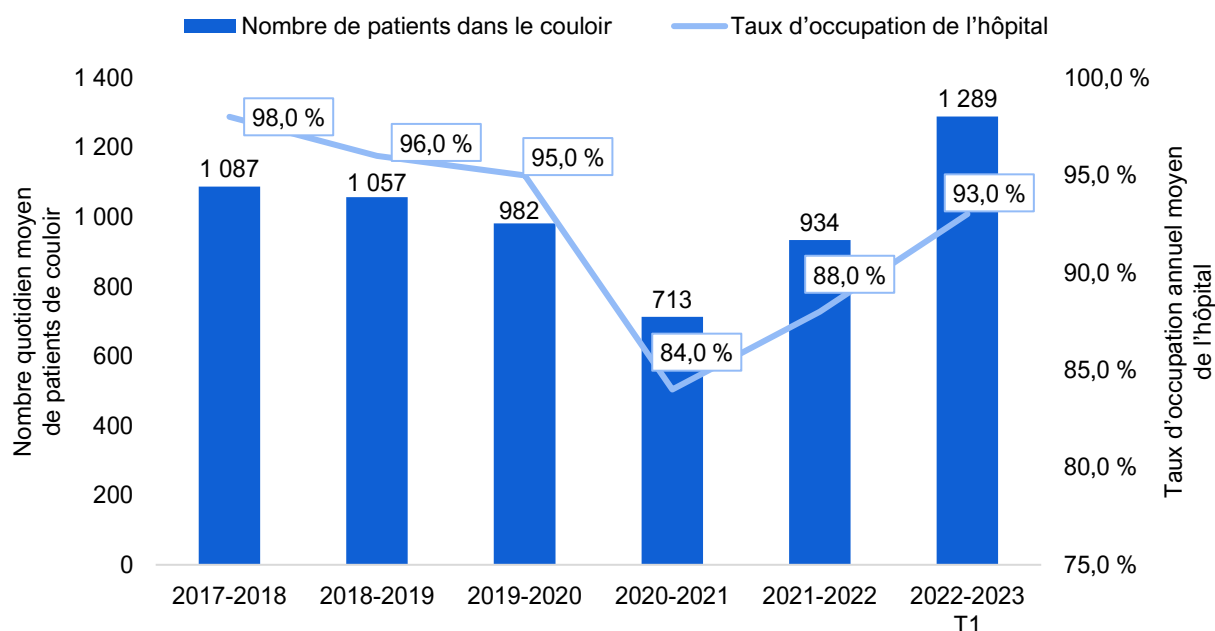
Cette augmentation limitée de la capacité du secteur de la santé, à la fois au sein et en dehors des hôpitaux, combinée à la croissance et au vieillissement de la population de l'Ontario, a contribué aux problèmes de capacité dans les hôpitaux. Entre 2017-2018 et 2019-2020, le taux d'occupation moyen des hôpitaux de l'Ontario était de 96 %, alors que chaque année une moyenne de 42 hôpitaux rapportait des taux d'occupation moyens des lits de soins actifs supérieurs à 100 %. Des taux d'occupation élevés dans les hôpitaux contribuent au niveau de « soins de santé de couloir » avec environ 1 000 patients recevant des soins dans les couloirs ou dans d'autres espaces non conventionnels chaque jour entre 2017-2018 et 2019-2020.

Plus récemment, en 2020-2021 et 2021-2022, les hospitalisations en Ontario ont diminué par rapport à 2018-2019 ou 20219-2020 en raison de la pandémie de COVID-19²¹. Cela a entraîné un taux d'occupation plus faible et une diminution du nombre de patients recevant des soins dans les couloirs ou dans d'autres espaces non conventionnels. Cependant, au premier trimestre 2022-2023, le taux d'occupation a augmenté à 93 %, ce qui est proche du niveau d'avant la pandémie, et presque 1 300 patients ont reçu des soins dans les couloirs ou d'autres espaces non conventionnels chaque jour, ce qui représente le chiffre le plus élevé depuis que la province a commencé à collecter ces données en 2017.

²¹ La pandémie de COVID-19 a réduit le volume d'interventions chirurgicales non urgentes et a également conduit des résidents de l'Ontario à renoncer à se faire soigner en raison des préoccupations liées à l'exposition au COVID-19 ou par crainte d'alourdir la charge sur les ressources déjà sous contrainte des hôpitaux. Statistique Canada, [Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, mars 2020 à mai 2021](#).

Figure 5

Taux d'occupation annuel moyen des hôpitaux et nombre quotidien moyen de patients dans le couloir, par exercice fiscal



Remarque : le 1er trimestre de 2022-2023 concerne avril à juillet 2022. Le terme « patient dans le couloir » désigne les patients hospitalisés qui ont reçu des soins dans les couloirs ou dans d'autres espaces non conventionnels.

Source : Analyse par le BRF des renseignements fournis par le MS.

En plus d'un nombre croissant de patients recevant des soins dans les couloirs ou dans d'autres espaces non conventionnels, les pressions sur la capacité se font sentir dans d'autres domaines de l'hôpital. Par exemple, les délais d'attente pour un lit d'hôpital pour les patients admis dans les services des urgences sont actuellement les plus longs depuis 15 ans²². Finalement, les pressions sur la capacité peuvent avoir pour conséquence l'incapacité des hôpitaux à répondre aux pics de demande. Par exemple, en novembre 2022, la province a signalé n'avoir aucun lit de soins intensifs en pédiatrie pendant 12 jours en raison des épidémies saisonnières de grippe et de virus respiratoire syncytial (VRS)²³.

Pour la suite, le plan de la province pour alléger les pressions sur la capacité hospitalière repose sur deux mesures principales :

1. augmenter le nombre total de lits d'hôpital et conserver les lits ajoutés en réponse à la pandémie de COVID-19;
2. libérer de la capacité hospitalière existante en s'assurant que les patients ANS dans les hôpitaux sont placés dans des services de soins en dehors des hôpitaux plus rapidement.

²² Voir la discussion de la section D ci-dessous pour en savoir plus.

²³ [Availability of adult and pediatric ICU beds and occupancy for COVID-related critical illness \(CRCI\) - Datasets - Ontario Data Catalogue.](#)

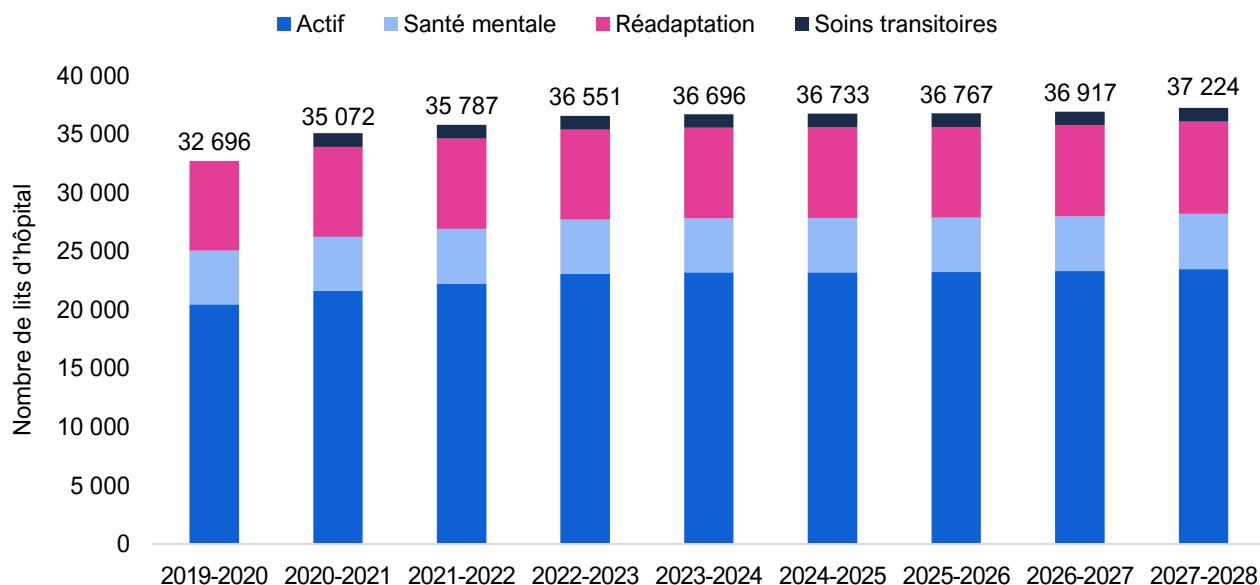
Plan pour la création de nouvelles capacités dans les hôpitaux

Dans le budget de l'Ontario 2022, la province prévoit d'investir 40,2 milliards de dollars dans l'infrastructure hospitalière sur la période de 10 ans allant de 2022-2023 à 2031-2032. Cela constitue une augmentation de 9,9 milliards de dollars par rapport aux 30,2 milliards de dollars d'investissement pour l'infrastructure hospitalière du budget de l'Ontario 2021. Sur ces 40,2 milliards de dollars d'investissement, des financements seront réservés aux réparations et remplacements d'hôpitaux existants, ainsi qu'à la construction de nouveaux hôpitaux et à l'extension de la capacité d'hôpitaux existants.

Globalement, la province prévoit d'ajouter 3 000 nouveaux lits d'hôpital nets entre 2021-2022 et 2031-32 dans le cadre de son plan d'infrastructure hospitalière sur 10 ans, nombre sur lequel le BRF estime que 1 400 nouveaux lits d'hôpital seront en service d'ici 2027-2028. De plus, la province a annoncé qu'elle continuerait de financer le fonctionnement de lits dans les hôpitaux et les établissements de santé alternatifs en réponse à la pandémie de COVID-19. Le BRF prévoit que le maintien de ces lits permettra d'augmenter la capacité des hôpitaux d'environ 3 100 lits. Le BRF estime que la capacité en lits d'hôpital augmentera d'environ 4 500 lits par rapport aux niveaux d'avant la pandémie et jusqu'à la fin de la période de projection, et passera de 32 696 lits en 2019-2020 à 37 224 lits en 2027-2028. Cela représente une augmentation de 13,8 % du nombre de lits d'hôpital sur la période de 8 ans, comparativement aux 2,6 % d'augmentation du nombre de lits d'hôpital au cours de la période de 14 ans comprise entre 2005 et 2019.

Figure 6

Projection du BRF pour le nombre de lits d'hôpital par an, 2019-2020 à 2027-2028



Remarque : le terme « établissement de santé alternatif » désigne les lits dans les établissements de santé alternatifs tels que les maisons de retraite à disposition des hôpitaux pour leur permettre de faire face aux pics de demande des patients.

Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

Plan pour libérer la capacité hospitalière actuelle

En septembre 2022, il y avait environ 5 000 patients ANS dans les hôpitaux de l'Ontario en attente de services de soins dans d'autres établissements. Parmi ces patients, environ 2 000 étaient en attente d'un lit en soins de longue durée et 540 autres attendaient pour des soins à domicile. La province prévoit de libérer 2 500 lits occupés par des patients en attente d'un lit en soins de longue durée ou de soins à domicile dans le cadre de deux domaines d'intérêt particulier²⁴. Le premier, qui a pour objectif selon le BRF de libérer 2 000 lits²⁵, est la *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins* (projet de loi 7), qui apporte une plus grande flexibilité aux hôpitaux pour transférer les patients ANS des hôpitaux vers des foyers de soins de longue durée.

Le projet de loi 7 permet d'évaluer l'admissibilité des patients désignés ANS hospitalisés pour un séjour dans un service de soins de longue durée, leur sortie de l'hôpital et leur admission dans un foyer de soins de longue durée qui n'avait pas été choisi par le patient ou son mandataire. Bien que les patients ne peuvent pas être transférés sans leur consentement, les hôpitaux ont l'obligation de facturer aux patients ayant reçu leur congé des frais de 400 dollars pour toute période de 24 heures passées à l'hôpital²⁶. Les patients ANS peuvent être transférés dans tout foyer de soins de longue durée approprié dans un rayon de 70 kilomètres du lieu de préférence du patient pour le Sud de l'Ontario et 150 kilomètres pour le Nord de l'Ontario.

Le deuxième domaine d'intérêt particulier, qui a pour objectif selon le BRF de libérer 500 lits²⁷, est l'augmentation du financement des soins communautaires afin que les patients ANS en attente de soins à domicile et de services d'aide à la vie autonome puissent quitter l'hôpital plus rapidement²⁸.

Analyse du BRF

La province prévoit de résoudre les problèmes de capacité dans les hôpitaux de l'Ontario en ajoutant 4 500 nouveaux lits entre 2019-2020 et 2027-2028 et en libérant 2 500 lits existants actuellement occupés par des patients ANS, pour arriver à une augmentation totale de la capacité disponible de 7 000 lits d'hôpital. Cependant, le BRF estime qu'il est improbable que la province puisse atteindre son objectif de 7 000 lits d'hôpital avec les politiques actuelles.

Premièrement, concernant les 4 500 lits que la province prévoit d'ajouter d'ici 2027-2028, comme indiqué au chapitre 3, le BRF estime que la province n'a pas affecté suffisamment de fonds au secteur de la santé. Afin d'assurer l'exploitation des 4 500 lits d'hôpital supplémentaires, la province doit augmenter les financements à destination du secteur de la santé dès 2023-2024.

²⁴ Gouvernement de l'Ontario, « [L'Ontario présente un Plan pour rester ouvert : Stabilité et relance pour le système de santé](#) », 18 août 2022.

²⁵ Assemblée législative de l'Ontario, *Journal des débats (Hansard)*, 43^e législature, 1^{re} Sess., n° 11 (29 août 2022), p. 488 (l'Honorable Ted Arnott).

²⁶ Précédemment, les patients hospitalisés pouvaient être facturés 63,73 dollars par jour tout en étant catégorisés comme ayant besoin de soins alternatifs, mais pouvaient également être facturés un taux journalier non régulé non assuré s'ils refusaient une offre de soins de longue durée. Voir gouvernement de l'Ontario, [Quote-part de malade chronique prélevée par les hôpitaux : Foire aux questions](#), septembre 2022 et Jane E. Meadus, [First Available Bed Policies & Discharge to a Long-Term Care Home from Hospital](#), juillet 2010.

²⁷ Au 22 septembre 2022, 540 lits d'hôpital étaient occupés par des patients ANS en attente de soins à domicile. Le BRF suppose que cela représente les 500 lits ANS qui doivent être libérés. Selon la province, l'expansion de la communauté des soins à domicile devrait libérer 400 lits. Voir le document du gouvernement de l'Ontario, « [L'Ontario présente un Plan pour rester ouvert : Stabilité et relance pour le système de santé](#) », 18 août 2022.

²⁸ Voir la section B pour une analyse complémentaire du plan d'élargissement des services de soins à domicile de la province.

Deuxièmement, pour réaliser l'objectif de libérer 2 500 lits en réduisant la durée du séjour des patients ANS, la province devra trouver une place pour chacun des patients ANS en attente d'un lit de soins de longue durée en date de septembre 2022, et de libérer de manière permanente ces lits d'hôpital pour d'autres patients. Plus de 39 000 Ontariennes et les Ontariens sont inscrits sur la liste d'attente des soins de longue durée et, en septembre 2022, le temps d'attente médian pour que les patients ANS hospitalisés reçoivent leur congé pour aller en soins de longue durée était de 39 jours. Pour libérer la totalité des 2 000 lits occupés par des patients ANS en attente d'être placés dans un établissement de soins de longue durée, la province doit réduire efficacement le délai de placement pour le faire passer de 39 à 0 jour. Le projet de loi 7 donne bien aux patients hospitalisés qui attendent un lit en soins de longue durée la priorité sur les patients en attente qui se trouvent au sein de la collectivité²⁹, cependant, il doit y avoir une place disponible pour le patient et le foyer de soins de longue durée doit avoir les ressources nécessaires pour pourvoir aux besoins en soins du patient. Vient s'ajouter à ce problème le fait que les patients qui attendent le plus longtemps en hôpital une place en soins de longue durée exigent souvent des soins et une assistance spécialisés qui ne sont pas offerts dans tous les foyers de soins de longue durée³⁰. Globalement, en décembre 2022, la province avait réduit le nombre de lits occupés par des patients ANS en attente de soins de longue durée de 350 lits³¹. Cependant, cela signifie que pour atteindre son objectif, la province doit libérer de façon permanente 1 650 lits supplémentaires occupés par des patients ANS en attente d'un lit en soins de longue durée. Pour les raisons énoncées plus haut, le BRF prévoit qu'atteindre cet objectif est improbable.

Enfin, même si la province réussit à augmenter la capacité disponible des hôpitaux de 7 000 lits, ce ne sera pas suffisant pour répondre à la demande de services hospitaliers pour une population ontarienne en pleine croissance et vieillissante. Le BRF estime qu'entre 2019-2020 et 2027-2028, la population de l'Ontario augmentera de 12 %, avec une croissance du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en Ontario de 30 %. Au total, le BRF estime que cette croissance et ce vieillissement de la population feront augmenter la demande en services hospitaliers de 21 %³². En conséquence, la province devra augmenter la capacité disponible des hôpitaux de 7 500 lits, et ce, uniquement pour répondre à la croissance prévue de la demande de services hospitaliers entre 2019-2020 et 2027-2028.

Ainsi, même si la province atteint son objectif de création de 4 500 nouveaux lits d'hôpital et de mise à disposition de 2 500 lits existants, il lui manquera tout de même 500 lits par rapport à l'estimation de 7 500 lits nécessaires, uniquement pour répondre à l'augmentation de la demande de services hospitaliers entre 2019-2020 et 2027-2028. Cela suggère que sans mesures supplémentaires, l'Ontario disposera d'une capacité hospitalière moindre par rapport aux besoins en 2027-2028 que celle qu'elle avait en 2019-2020.

²⁹ Bien qu'on accorde aux patients hospitalisés en attente de soins de longue durée la priorité la plus élevée (catégorie 1, crise), techniquement, certains membres de la collectivité peuvent également être catégorisés à ce niveau de priorité le plus élevé.

³⁰ Parmi les patients ANS des soins actifs en attente d'une place en soins de longue durée pendant plus de 30 jours, 57 % ont besoin de soins et d'assistance spécialisés.

³¹ Analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

³² En 2019-2020, 1,1 million de patients a été hospitalisé en Ontario et ces patients sont restés à l'hôpital en moyenne 7,1 jours pour un total de séjours de 7,9 millions de jours-lit. Le BRF estime que le nombre de patients hospitalisés en Ontario augmentera de 18 %, soit de 1,1 million en 2019-2020 à 1,3 million en 2027-2028. Cependant, le BRF estime que le taux d'occupation total des hôpitaux augmentera de 21 %, de 7,9 millions de jours-lit en 2019-2020 à 9,6 millions de jours-lit en 2027-2028, ce qui reflète la forte croissance de la population âgée en Ontario qui a en moyenne des séjours en hôpital plus longs.

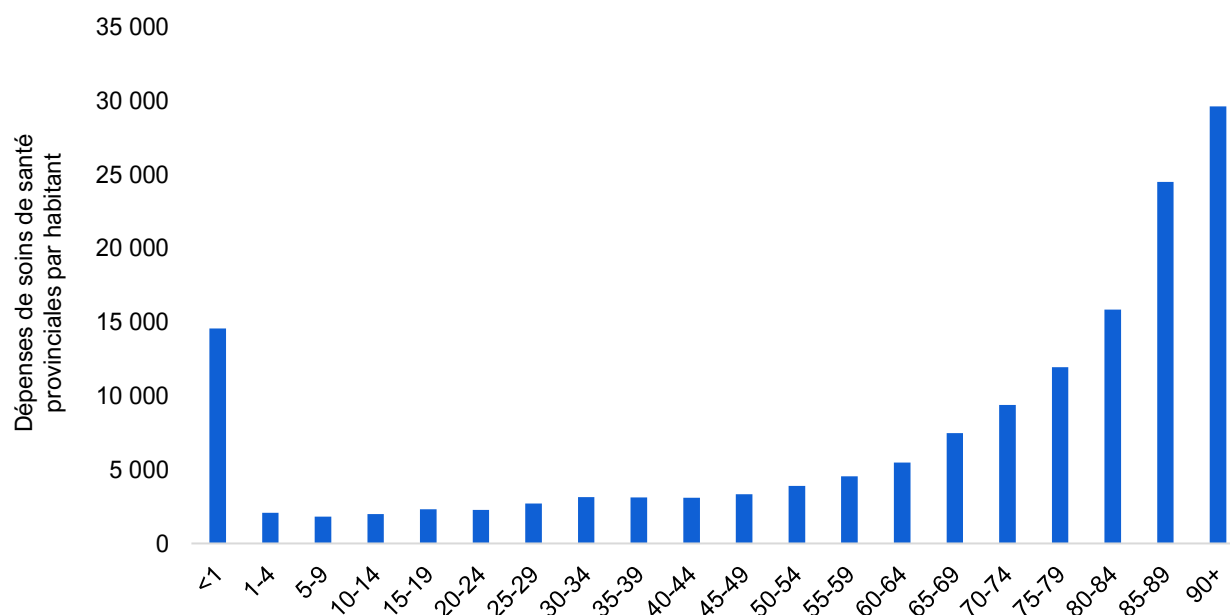
B. Soins à domicile et soins de longue durée

Historique et contexte

En moyenne, les Ontariennes et les Ontariens âgés font plus appel aux services de santé que les jeunes. Alors que la moyenne des dépenses de santé par résident de l'Ontario est de 4 900 dollars de dépenses de santé par an, les personnes âgées de 65 à 69 ans bénéficient de 7 500 dollars de dépenses de santé par an en moyenne, les personnes âgées de 75 à 79 ans bénéficient de 11 900 dollars de dépenses et les personnes âgées de plus de 90 ans bénéficient de 29 600 dollars de dépenses.

Figure 7

Dépenses en soins de santé du gouvernement de l'Ontario par habitant par âge, en dollars



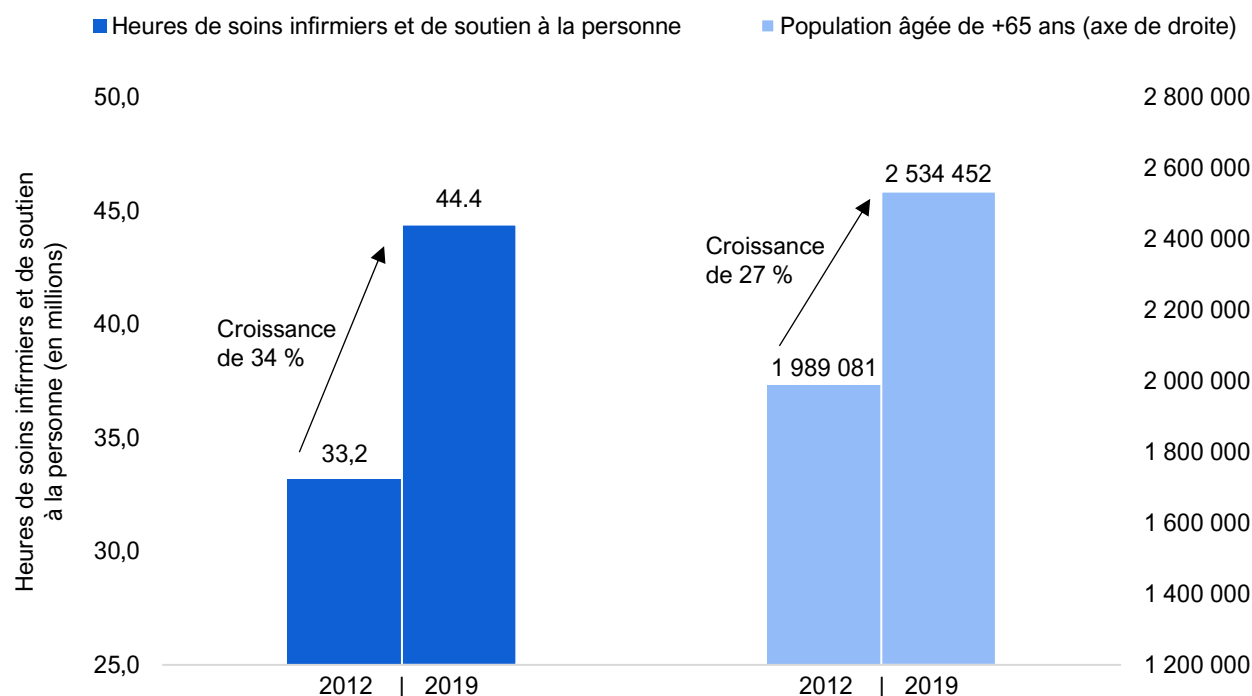
Source : tendances des dépenses nationales de santé de l'ICIS, 2022 : Tableaux de données — Série E1.

Les principales formes de soins pour personnes âgées en dehors de l'hôpital sont les soins de longue durée et les soins à domicile. Fournir un accès adéquat à ces services peut réduire le nombre d'hospitalisations, préserver la capacité des hôpitaux et éviter les dépenses hospitalières inutiles. Les soins à domicile et les soins de longue durée sont plus économiques que les soins apportés à l'hôpital. En 2021-2022, le coût par jour des soins à domicile en Ontario était de 36 dollars, ce qui était significativement moins élevé que des soins de longue durée, qui étaient de 151 dollars, et qu'un lit d'hôpital, qui s'élevait à 722 dollars. Actuellement, plus de 400 000 personnes âgées en Ontario bénéficient de services de soins à domicile chaque année et environ 80 000 Ontariennes et Ontariens vivent en foyer de soins de longue durée.

Entre 2012-2013 et 2019-2020, le volume des services de soins infirmiers et d'aide à la personne fournis par les programmes de soins à domicile a augmenté de 34 %, ce qui est supérieur à l'augmentation de 27 % du nombre de personnes âgées en Ontario (65 ans et plus), qui constituent la tranche de population qui bénéficie de la majorité des services de soins à domicile.

Figure 8

L'augmentation des heures de soins à domicile a dépassé l'augmentation de la population âgée en Ontario



Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

La forte croissance des services de soins à domicile a entraîné une hausse du nombre de personnes bénéficiant des soins à domicile par rapport au reste du Canada. En 2021, 6,3 % des Ontariennes et des Ontariens ont bénéficié des services de soins à domicile, ce qui est supérieur à la moyenne canadienne de 6,1 %³³. De plus, en 2020-2021, le délai d'attente médian pour les soins à domicile en Ontario était de 2 jours, ce qui est inférieur ou égal aux autres provinces et territoires ayant publié leurs chiffres³⁴.

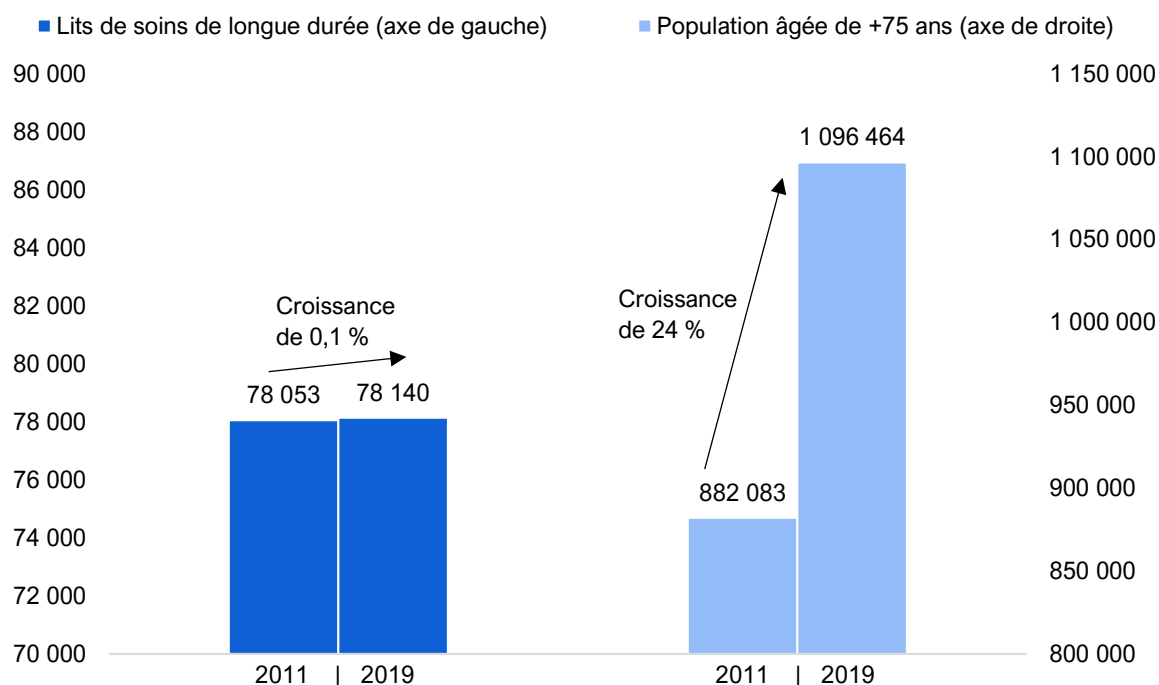
Cependant, au cours de la même période, la province n'a pas fait l'investissement équivalent dans les soins de longue durée nécessaire pour s'aligner sur le niveau de croissance des soins à domicile. En 2011-2012, la province avait 78 053 lits de soins de longue durée. Au cours des 8 années suivantes, la province a ajouté 87 lits de soins de longue durée, soit une augmentation de 0,1 %, alors que la population de l'Ontario âgée de 75 ans et plus, qui occupait plus de 80 % des lits de soins de longue durée, a augmenté de 24 %.

³³ Statistique Canada, [Soins à domicile structurés reçus et besoins insatisfaits en matière de soins à domicile des ménages canadiens, par province, Canada, sauf les territoires, 2021](#).

³⁴ Institut canadien d'information sur la santé, [Wait Times for Home Care Services](#).

Figure 9

La croissance de la population âgée en Ontario a dépassé l'augmentation du nombre de lits d'hôpital



Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

Cette croissance limitée du nombre de lits de soins de longue durée a entraîné de longs délais d'attente et des listes d'attente pour les soins de longue durée. En novembre 2022, il y avait plus de 39 000 personnes inscrites sur une liste en attente d'une place en soins de longue durée et le temps d'attente médian pour un lit en soins de longue durée était de 126 jours³⁵. De plus, les patients des hôpitaux en attente d'une place dans un service de soins de longue durée occupaient 6 % de la capacité en lits des hôpitaux en 2021-2022, et la part de la capacité des hôpitaux occupée par des patients en attente de placement en soins de longue durée a augmenté régulièrement depuis 2011 (consulter la section A).

Si l'on regarde vers l'avenir, le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) en Ontario devrait augmenter de 22 % entre 2021-2022 et 2027-2028. Cela fera augmenter de façon significative la demande pour les services de soins à domicile et de longue durée. Le plan de la province, dont l'objectif est de préserver la capacité des hôpitaux et d'assurer que les personnes âgées en Ontario puissent avoir accès aux soins dans le lieu approprié, implique des investissements significatifs afin d'étendre les capacités des services de soins à domicile et des soins de longue durée.

³⁵ Gouvernement de l'Ontario, [L'Ontario lance la construction d'un nouveau foyer de soins de longue durée dans le comté de Simcoe](#), 19 janvier 2023.

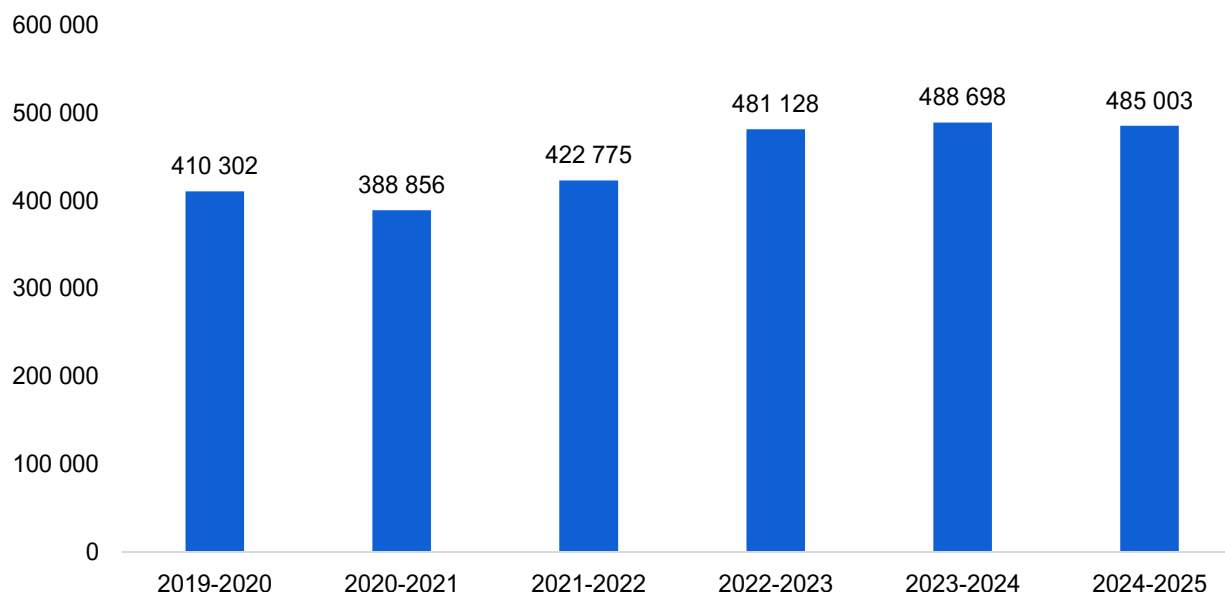
Plan pour les soins à domicile

Dans son Énoncé économique de l'automne 2022, la province a annoncé qu'elle investirait 1,5 milliard de dollars supplémentaires dans les services de soins à domicile entre 2022-2023 et 2024-2025³⁶. Le BRF estime que cet investissement comprend environ 1,0 milliard de dollars destinés à élargir les services de soins à domicile et 500 millions de dollars pour les augmentations salariales des préposés aux services de soutien à la personne. Le BRF estime que le nouveau financement entraînera une augmentation moyenne des dépenses pour les soins à domicile de 6,7 % par année, passant de 2,9 milliards de dollars en 2019-2020 à 4,0 milliards de dollars en 2024-2025. Cette croissance des dépenses fera augmenter le nombre d'heures de soins infirmiers et d'aide à la personne de 18 % entre 2019-2020 et 2024-2025.

Globalement, le BRF estime que l'expansion des services de soins à domicile par la province fera augmenter le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 65 ans et plus qui bénéficient des services de soins à domicile, qui passera de 410 000 en 2019-2020 à 485 000 en 2024-2025.

Figure 10

Projection du BRF du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en Ontario qui bénéficieront des services de soins à domicile, de 2019-2020 à 2024-2025



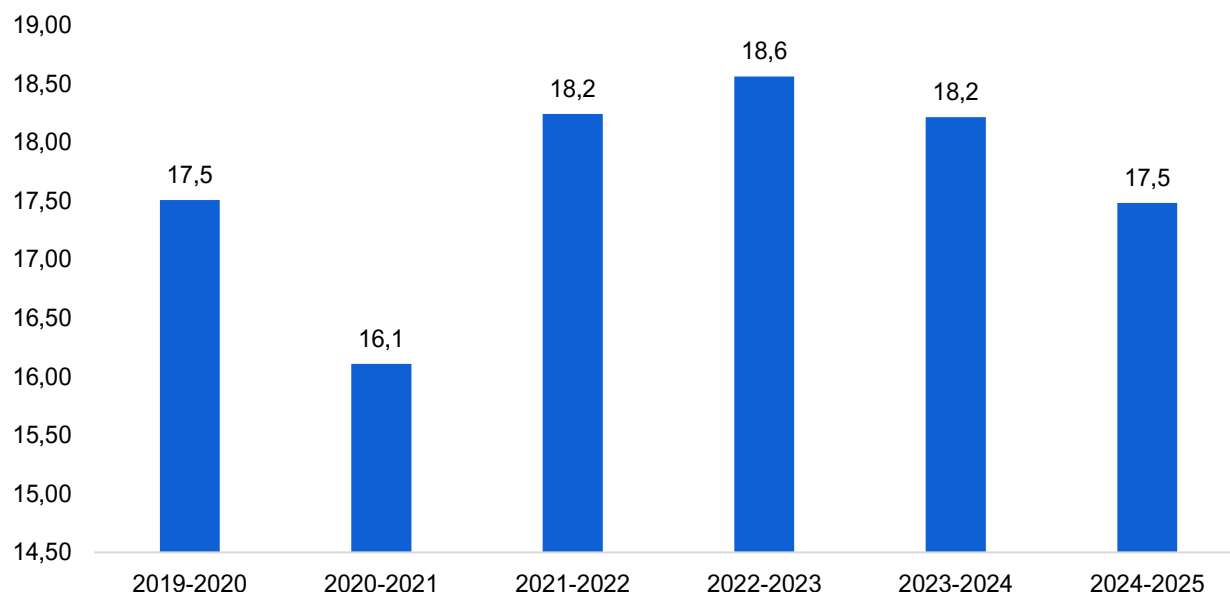
Remarque : les niveaux de service en 2020-2021 et 2021-2022 ont été réduits en raison de la pandémie de COVID-19.
Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

Cependant, au cours de la même période, le BRF estime que le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 65 ans et plus augmentera également de 18 %. Cela signifie que d'ici 2024-2025, le nombre d'heures financées pour les services infirmiers et d'aide à la personne par Ontarienne et Ontarien âgé de 65 ans et plus sera de 17,5, au même niveau qu'en 2019-2020.

³⁶ Perspectives économiques et revue financière de l'Ontario 2022, p. 62. Cela inclut le financement qui a été annoncé avant l'ÉA 2002.

Figure 11

Heures de services de soins infirmiers et d'aide à la personne par an, par personne âgée de 65 ans et plus en Ontario, de 2019-2020 à 2024-2025



Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

Plan pour les soins de longue durée

Le plan de la province pour étendre la capacité des services de soins de longue durée implique deux engagements clés :

1. augmenter le nombre moyen d'heures de soins directs prodigués aux résidents des services de soins de longue durée par du personnel infirmier ou préposé aux services de soutien à la personne pour le faire passer de 2,75 heures en 2018-2019 à 4 heures en 2024-2025;
2. créer un excédent net de 30 000 nouveaux lits de soins de longue durée et redévelopper environ 30 000 lits de soins de longue durée existants d'ici fin 2028.

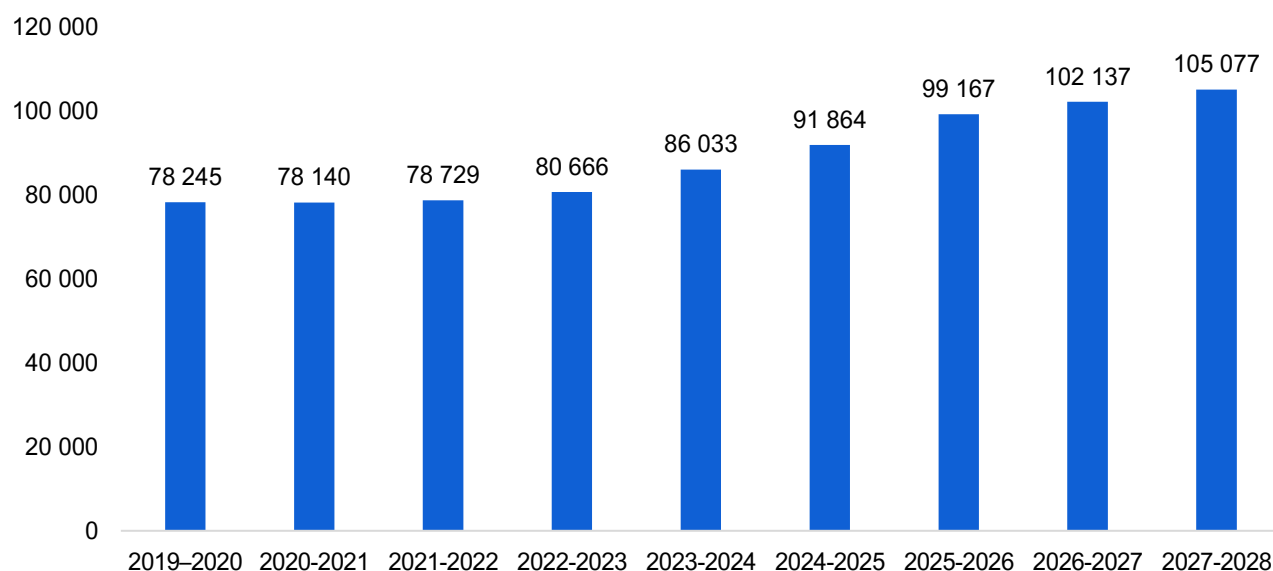
Le BRF estime que ces deux engagements entraîneront une croissance des dépenses de programmes en soins de longue durée de 12,2 % en moyenne par an entre 2019-2020 et 2027-2028. Cette croissance est significativement plus forte que la croissance annuelle moyenne de 2,4 % observée entre 2011-2012 et 2019-2020.

En 2019-2020, l'Ontario présentait approximativement 78 200 lits de soins de longue durée. Le BRF estime que le nombre de lits augmentera pour atteindre environ 105 000 d'ici la fin 2027-2028³⁷. Entre 2019-2020 et 2027-2028, le nombre de lits de soins de longue durée augmentera de 34 %. Cette croissance de la capacité des services de soins de longue durée est significativement plus forte que la croissance de 0,1 % observée entre 2011-2012 et 2019-2020.

³⁷ Les lits prévus restants qui ont été promis seront ajoutés en 2028-2029.

Figure 12

Projection du BRF du nombre de lits de soins de longue durée, de 2019-2020 à 2027-2028

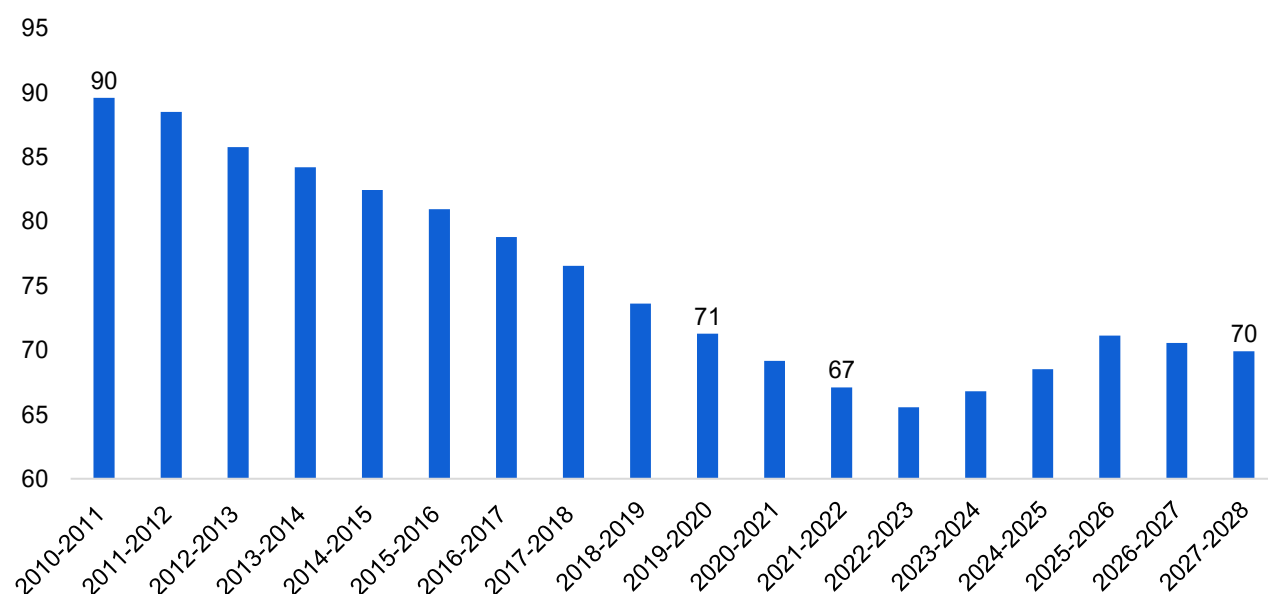


Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère des Soins de longue durée.

Cependant, le BRF estime qu'entre 2019-2020 et 2027-2028 le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en Ontario augmentera de 37 %, comparativement à une croissance prévue de 34 % du nombre de lits. Par conséquent, malgré une augmentation importante du nombre de lits de soins de longue durée d'ici 2027-2028, le BRF estime que l'Ontario aura toujours moins de lits par Ontarienne et Ontarien âgé de 75 ans et plus en 2027-2028 qu'elle n'en avait en 2019-2020.

Figure 13

Projection du BRF du nombre de lits de soins de longue durée pour 1 000 Ontariennes et Ontariens de 75 ans et plus, de 2010-2011 à 2027-2028



Source : BRF.

Analyse du BRF

Le projet de la province pour étendre les services de soins à domicile et de soins de longue durée fera de ces secteurs de programme les secteurs présentant la croissance annuelle moyenne des dépenses la plus forte selon les prévisions du BRF. Combinées, les dépenses dans ces programmes devraient augmenter selon un taux annuel moyen de 10,0 %, pour passer de 7,3 milliards de dollars en 2019-2020 à 15,6 milliards de dollars en 2027-2028. Ce taux de croissance des dépenses est deux fois plus élevé que la croissance annuelle moyenne prévue de 5,0 % pour le secteur de la santé dans son ensemble.

Malgré ces investissements importants, le BRF estime qu'il y aura tout de même une légère baisse des capacités pour les services de soins à domicile et de soins de longue durée par rapport à la demande au cours de la période de projection comparativement à 2019-2020. Cela est dû à une forte croissance du nombre de personnes âgées en Ontario au cours de la période de projection, ce qui entraînera une forte augmentation de la demande pour ces services. Pour les soins à domicile, le nombre d'heures de soins infirmiers et de soins personnels par Ontarienne et Ontarien de 65 ans et plus sera à peu près le même en 2024-2025 qu'en 2019-2020. Pour les soins de longue durée, le nombre de lits pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus baissera légèrement et passera de 71 en 2019-2020 à 70 en 2027-2028.

Par conséquent, même avec des investissements prévus importants dans les services de soins à domicile et de soins de longue durée jusqu'en 2027-2028, la forte croissance de la demande de services de santé due à la hausse de la population de l'Ontario âgée de 65 ans et plus permettra à la province uniquement de maintenir les niveaux d'accès aux soins à domicile et de longue durée de 2019-2020. Cela limitera à son tour la capacité des soins de longue durée et des soins à domicile de réduire la pression en matière de capacité qui pèse sur les autres domaines du secteur de la santé³⁸.

³⁸ Par exemple, les patients ANS hospitalisés en attente de soins à domicile ou de soins de longue durée (voir la section A) empêchent de nouveaux patients d'être admis aux services des urgences des hôpitaux, ce qui limite à son tour la capacité des services des urgences de prodiguer des soins aux patients dans la salle d'attente (voir la section D). Voir également le document de l'Association canadienne des médecins d'urgence, [Canadian Emergency Care is Being Crushed - and Why that Matters for All of Us](#), janvier 2023.

C. Listes et délais d'attente pour intervention chirurgicale

Historique et contexte

Interventions chirurgicales non urgentes réalisées

En réponse à la pandémie de COVID-19, la province a émis à trois reprises des directives imposant de reporter les interventions chirurgicales non urgentes³⁹ afin de préserver la capacité dans les hôpitaux. Ces directives ont été émises le 15 mars 2020, le 9 avril 2021 et le 5 janvier 2022, chacune ayant une durée d'application de 5 à 10 semaines.

En grande partie à la suite de ces directives visant à reporter les interventions chirurgicales non urgentes, et également en raison de l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur le fonctionnement des hôpitaux, il y a eu 398 000 interventions chirurgicales de moins de 2020 à 2022 qu'il y aurait dû en avoir si les niveaux d'interventions de 2019 avaient été maintenus. Cela représente une réduction moyenne de 20 % du volume des interventions par an, avec une baisse de 187 500 (29 %) en 2020, 117 100 (18 %) en 2021 et 93 800 (14 %) en 2022⁴⁰.

Tableau 2

Baisse du nombre d'interventions chirurgicales réalisées par rapport à 2019

	2019	2020	2021	2022	Moyenne de 2020 à 2022
Interventions chirurgicales réalisées	649 299	461 785	532 241	555 487	516 504
Différence avec 2019 (nombre d'interventions)		- 187 514	- 117 058	-93 812	- 132 795
Différence avec 2019 (%)		-29 %	-18 %	-14 %	-20 %

Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.

Incidence sur les listes d'attente et les délais d'attente

Bien qu'il y ait eu 398 000 interventions chirurgicales de réalisées en moins sur trois ans, entre 2020 et 2022, la liste d'attente n'a augmenté que de 50 000 interventions. En septembre 2022, il y avait environ 250 000 patients sur les listes d'attente pour intervention chirurgicale, ce qui représente 50 000 patients supplémentaires par rapport au niveau d'avant la pandémie, qui était de 200 000.

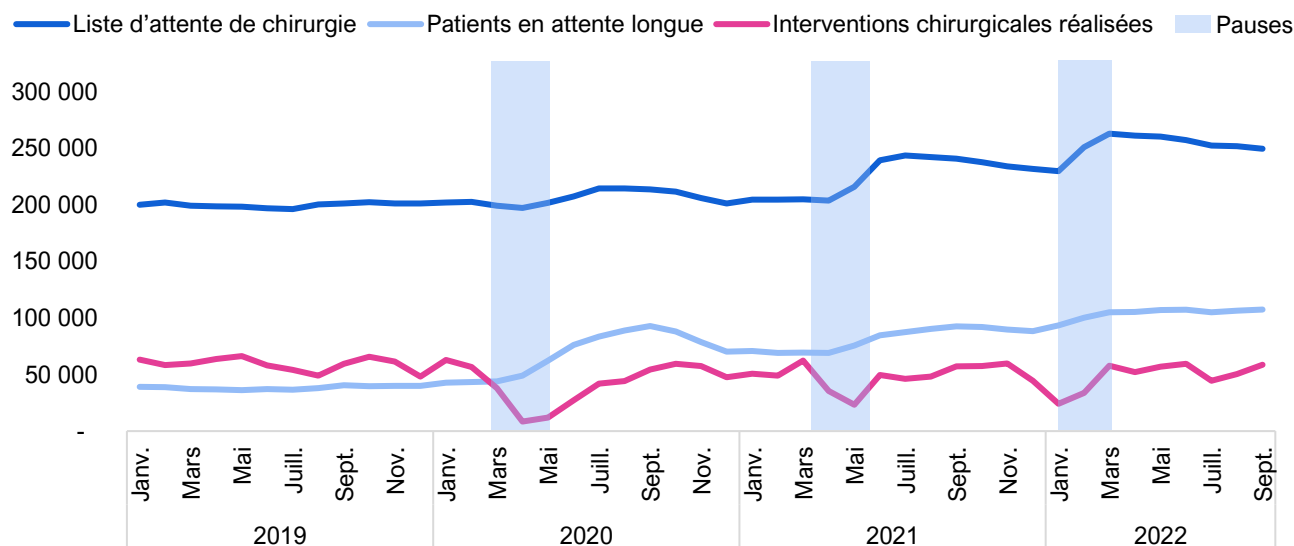
Il y a également eu une augmentation du nombre de patients sur la liste d'attente de chirurgie dont l'attente est supérieure à la durée maximale préconisée dans les directives cliniques pour leurs interventions chirurgicales respectives (appelés par le ministère « patients en attente longue »). En septembre 2022, parmi les 250 000 patients sur la liste d'attente de chirurgie, environ 107 000 (43 %) étaient des patients en attente longue, ce nombre étant en hausse par rapport à une moyenne de 38 000 (20 %) avant la pandémie de COVID-19.

³⁹ Les interventions chirurgicales non urgentes font référence à des interventions qui n'impliquent pas une urgence médicale et qui n'ont donc pas besoin d'être réalisées immédiatement. Ces interventions incluent notamment, la cataracte, l'arthroplastie de la hanche ou du genou, la vésicule biliaire et certaines chirurgies oncologiques.

⁴⁰ Voir l'annexe pour une répartition des baisses par type de chirurgie.

Figure 14

Évolution de la liste d'attente de chirurgie, du nombre de patients en attente longue et des chirurgies réalisées par mois, de 2019 à 2022

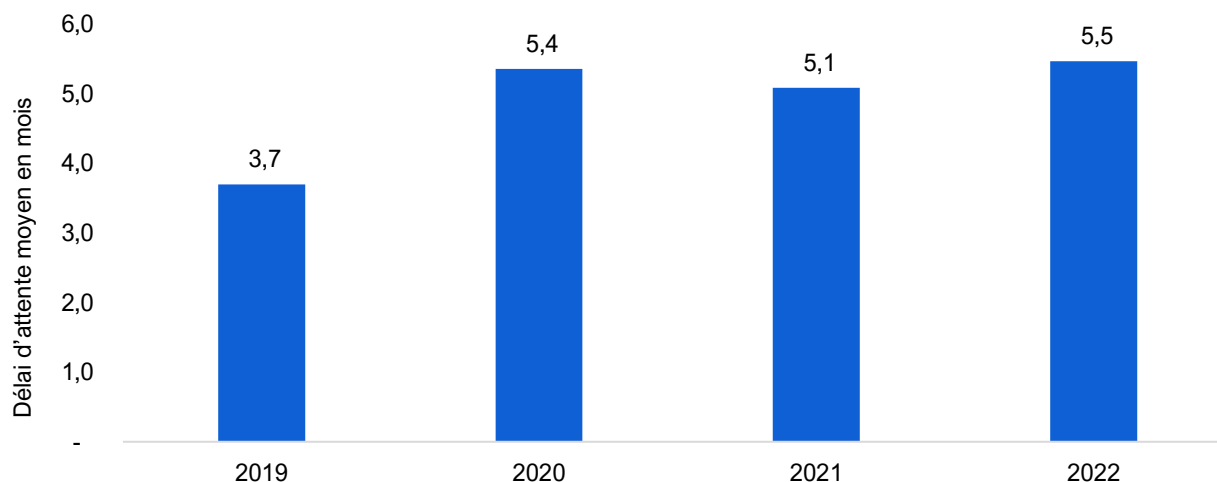


Remarque : Les zones grisées représentent des périodes pendant lesquelles la province a émis des directives préconisant le report des interventions non urgentes afin de préserver la capacité des hôpitaux. Les patients en attente longue sont des Ontariennes et des Ontariens présents sur les listes d'attente et dont l'attente est supérieure au maximum préconisé dans les directives cliniques pour leurs interventions chirurgicales respectives.
Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.

Avec une hausse de 50 000 patients en liste d'attente de chirurgie et moins d'interventions chirurgicales réalisées, le délai d'attente moyen implicite a augmenté. En 2019, le délai d'attente moyen pour une intervention chirurgicale était de 3,7 mois. En 2022, ce délai était de 5,5 mois, soit une augmentation de 48 % par rapport à 2019⁴¹.

Figure 15

Délai d'attente estimatif pour une intervention chirurgicale en mois par année



Remarque : les délais d'attente sont estimés sur la base de la liste d'attente et des interventions chirurgicales réalisées. Par exemple, en 2019 il y avait en moyenne 200 000 patients sur la liste d'attente et 649 000 interventions chirurgicales ont été réalisées, ce qui implique que les patients ont attendu en moyenne 3,7 mois. Pour la méthodologie, voir Karl Sigman, [Notes on Little's Law](#).
Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.

⁴¹ Voir l'annexe pour les délais d'attente par type de chirurgie.

Plan pour réduire les listes d'attente en chirurgie

La province a pour objectif de réduire la liste d'attente pour intervention chirurgicale, ainsi que le nombre de patients en attente longue, afin d'atteindre des niveaux équivalents à ceux d'avant la pandémie d'ici 2023. Cela signifie une liste d'attente de chirurgie d'environ 200 000 patients, dont 38 000 patients sur la liste classés comme patients en attente longue. Selon les renseignements à la disposition du BRF, en septembre 2022 la liste d'attente de chirurgie était de 250 000 patients, dont 107 000 en attente longue. Par conséquent, pour atteindre ses objectifs, la province doit réduire la liste d'attente de chirurgie de 50 000 patients et le nombre de patients en attente longue de 69 000 par rapport aux niveaux de septembre 2022.

Pour aider à atteindre ces objectifs, la province a accordé des majorations de facturation aux hôpitaux afin d'augmenter les volumes d'interventions chirurgicales. La province a également accordé des fonds pour augmenter le nombre d'interventions réalisées dans les hôpitaux pédiatriques et privés, et dans les établissements de santé indépendants. Au total, la province a alloué 858 millions de dollars pour la remise à niveau en chirurgie entre 2020-2021 et 2022-2023, dont 326 millions de dollars affectés à 2022-2023.

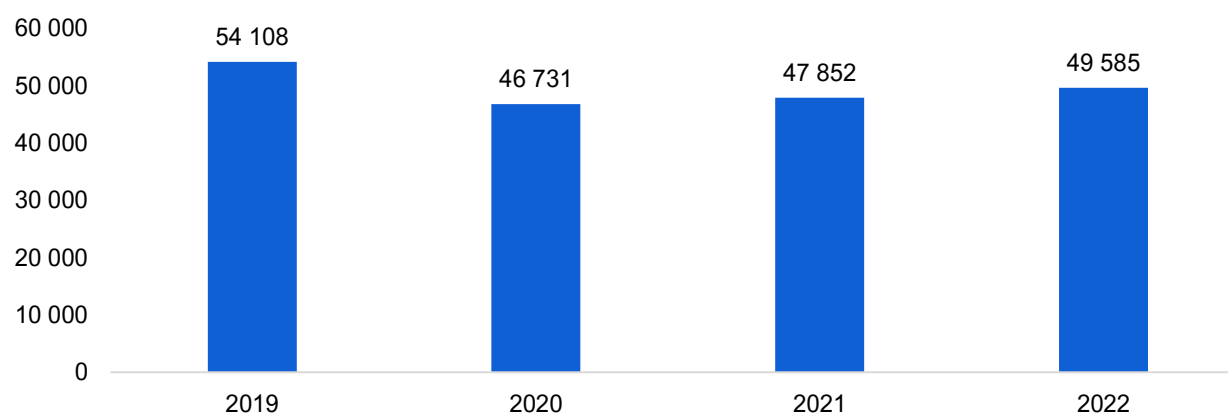
Sur ces 858 millions de dollars, environ 603 millions sont destinés à accroître les volumes d'interventions chirurgicales, à augmenter le nombre de chirurgies réalisées en dehors des heures normales dans les hôpitaux et à étendre les plages horaires de fonctionnement des machines d'IRM et de tomographie. 37 millions supplémentaires ont été affectés aux hôpitaux pédiatriques et privés, ainsi qu'aux établissements de santé indépendants, pour les interventions chirurgicales prises en charge par l'Assurance-santé et les heures d'IRM/tomographie. Les 218 millions restants ont été affectés à une série de mesures, notamment la formation, les fournitures et l'équipement.

Analyse du BRF

Malgré l'investissement de 858 millions de dollars de la province sur trois ans, le nombre d'interventions chirurgicales réalisées n'est pas revenu aux niveaux d'avant la pandémie. Si l'on prend en compte uniquement les mois qui n'ont pas été affectés par les reports des interventions chirurgicales non urgentes, le nombre moyen d'interventions chirurgicales réalisées chaque mois entre 2020 et 2022 était significativement plus faible qu'en 2019, avec un nombre mensuel moyen d'interventions chirurgicales réalisées inférieur de 14 % en 2020, inférieur de 12 % en 2021 et inférieur de 8 % en 2022 (chiffres de septembre 2022).

Figure 16

Moyenne mensuelle d'interventions chirurgicales réalisées, à l'exception des mois de report des interventions chirurgicales non urgentes, 2019-2022



Remarque : la moyenne mensuelle de 2020 n'inclut pas la période d'avant la pandémie. La moyenne mensuelle de 2022 exclut les données incomplètes des mois d'octobre et suivants.

Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.

Les volumes mensuels d'interventions chirurgicales en 2022 sont demeurés sous les niveaux de 2019 en raison de l'incidence de la COVID-19 et de l'incidence sur les opérations hospitalières d'épidémies saisonnières de grippe et de virus respiratoire syncytial (VRS)⁴². Les pénuries de personnel ont également poussé les hôpitaux à réduire le nombre d'interventions chirurgicales (voir la section E)⁴³.

La raison pour laquelle la liste d'attente de chirurgie a augmenté de seulement 50 000, alors que 398 000 interventions en moins ont été réalisées entre 2020 et 2022 comparativement aux niveaux de 2019, est qu'un nombre moins élevé de personnes a été ajouté à la liste d'attente de chirurgie comparativement aux niveaux d'avant la pandémie. Par exemple, de mars 2022⁴⁴ à septembre 2022, en moyenne 51 500 Ontariennes et Ontariens ont été inscrits chaque mois sur la liste d'attente pour intervention chirurgicale. Cela est 13 % inférieur à la moyenne de 59 100 patients ajoutés à la liste d'attente de chirurgie chaque mois entre mars et septembre 2019. Cette baisse de 13 % des ajouts à la liste d'attente mensuelle entre mars et septembre 2022 est supérieure à la baisse de 8 % du nombre mensuel d'interventions chirurgicales réalisées pour la même période⁴⁵.

L'augmentation de la liste d'attente s'est produite principalement pendant les périodes visées par la deuxième et la troisième directives préconisant le report des interventions non urgentes au cours desquelles il n'y a pas eu de diminution significative des diagnostics par imagerie et de soins primaires. En dehors des périodes où les interventions chirurgicales non urgentes étaient reportées, le nombre d'interventions réalisées a dépassé le nombre d'ajouts à la liste d'attente et la province a pu graduellement réduire la liste d'attente. Par exemple, après l'expiration de la dernière directive de report des interventions chirurgicales en mars 2022, la liste d'attente a été graduellement réduite de 263 000 en mars 2022 à environ 250 000 en septembre 2022.

⁴² Renseignements fournis au BRF par le ministère de la Santé et Global News, « [Ontario sees 100K-plus waiting longer than recommended for surgery during pandemic](#) », 24 janvier 2023.

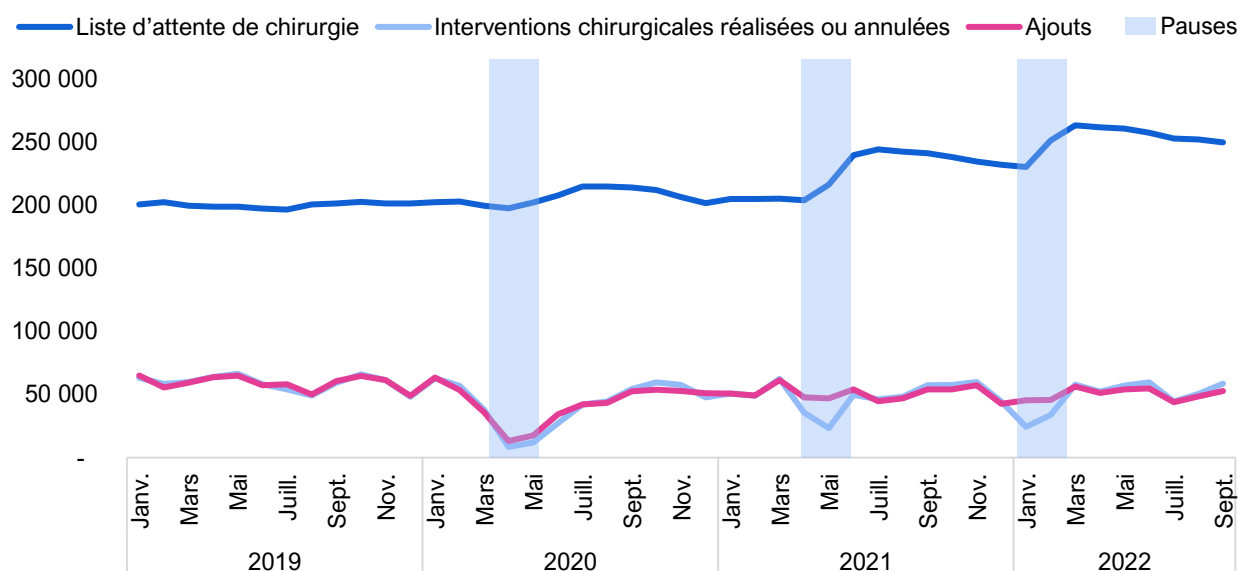
⁴³ Renseignements fournis au BRF par le ministère de la Santé.

⁴⁴ Après la fin de la dernière directive de reporter les interventions chirurgicales non urgentes.

⁴⁵ La baisse des ajouts à la liste d'attente est intervenue dans tous les types de chirurgies, notamment les chirurgies qui présentent un volume élevé, telles que les chirurgies ophtalmiques (8 % d'ajouts en moins), les chirurgies orthopédiques (11 % d'ajouts en moins) et les chirurgies gynécologiques (17 % d'ajouts en moins).

Figure 17

Interventions chirurgicales réalisées, ajouts à la liste d'attente et total de la liste d'attente de chirurgie par mois



Remarque : les données de la liste d'attente sont uniquement présentées jusqu'aux données complètes les plus récentes pour septembre 2022. Les changements dans la liste d'attente reflètent les différences entre les ajouts et les retraits de personnes de la liste d'attente parce que leur intervention chirurgicale a été réalisée ou annulée. Les zones grisées représentent des périodes pendant lesquelles la province a émis des directives préconisant le report des interventions non urgentes afin de préserver la capacité des hôpitaux.
Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.

La province atteindra-t-elle ses objectifs en matière de liste d'attente et de patients en attente longue

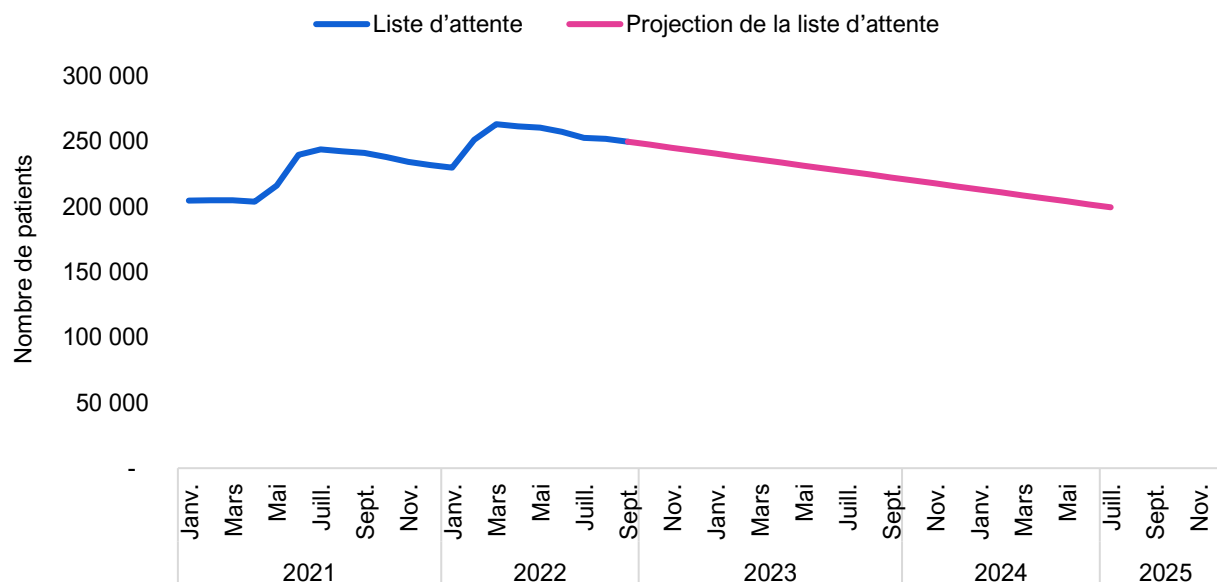
En septembre 2022, date des données les plus récentes à la disposition du BRF, la liste d'attente de chirurgie était de 250 000 patients⁴⁶. L'objectif de la province est de réduire la liste d'attente à 200 000 patients d'ici mars 2023. Pour atteindre cet objectif, le rythme de réduction de la liste d'attente devrait être significativement plus rapide que ce que la province a été capable de faire jusqu'en septembre 2022.

Après des reports d'interventions chirurgicales non urgentes en 2021 et 2022, la liste d'attente a été réduite en moyenne de 2 280 patients par mois. En supposant qu'il n'y ait plus d'interruptions, qu'il y ait des volumes similaires d'interventions réalisées et des volumes similaires de patients ajoutés à la liste d'attente, la province serait en bonne voie pour réduire la liste d'attente de chirurgie pour la faire passer à 200 000 patients d'ici juillet 2024. Cela interviendrait 16 mois après l'objectif de la province qui est le mois de mars 2023. Cependant, si le volume d'interventions chirurgicales réalisées ou le nombre de patients ajoutés à la liste d'attente changent, la projection du BRF portant sur la date à laquelle la liste d'attente de chirurgie atteindrait 200 000 patients serait modifiée.

⁴⁶ Les données incomplètes pour octobre à décembre 2022 sont exclues de l'analyse du BRF étant donné que les données des listes d'attentes sont révisées à la hausse avec le temps.

Figure 18

Le BRF prévoit que la liste d'attente pour intervention chirurgicale atteindra les niveaux pré-pandémiques d'ici juillet 2024



Remarque : La projection du BRF suppose que le volume d'interventions chirurgicales réalisées et le nombre d'ajouts mensuels à la liste d'attente de chirurgie restent similaires aux niveaux observés en 2021 et 2022, à l'exception des périodes pendant lesquelles la province a émis des directives préconisant le report des interventions chirurgicales non urgentes.

Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.

Afin d'atteindre une réduction de 50 000 patients sur la liste d'attente pour intervention chirurgicale de septembre 2022 à mars 2023, le BRF estime que la province devrait augmenter le volume mensuel des interventions chirurgicales de 12 % entre octobre et mars 2023 par rapport aux volumes d'interventions de mars à septembre 2022⁴⁷. Lorsque l'on compare avec les volumes d'interventions chirurgicales d'avant la pandémie, pour atteindre son objectif de mars 2023, la province aurait dû augmenter les volumes d'interventions de 2 % par rapport aux niveaux de 2019. Comme indiqué ci-dessus, ce volume d'interventions chirurgicales n'a pas été atteint en 2021 et jusqu'en septembre 2022.

En ce qui concerne les patients présents sur la liste d'attente de chirurgie catégorisés comme patients en attente longue, la province n'a pas encore vu de diminution soutenue de leur nombre. En septembre 2022, le nombre de patients sur la liste d'attente de chirurgie catégorisés comme patients en attente longue était de 107 000, ce qui constitue le nombre le plus élevé depuis le début de la pandémie. Par conséquent, sans mesures supplémentaires, la province n'atteindra pas son objectif de réduction du nombre de patients en attente longue au niveau d'avant la pandémie de 38 000.

⁴⁷ Suppose également que le rythme d'ajout à la liste d'attente reste constant.

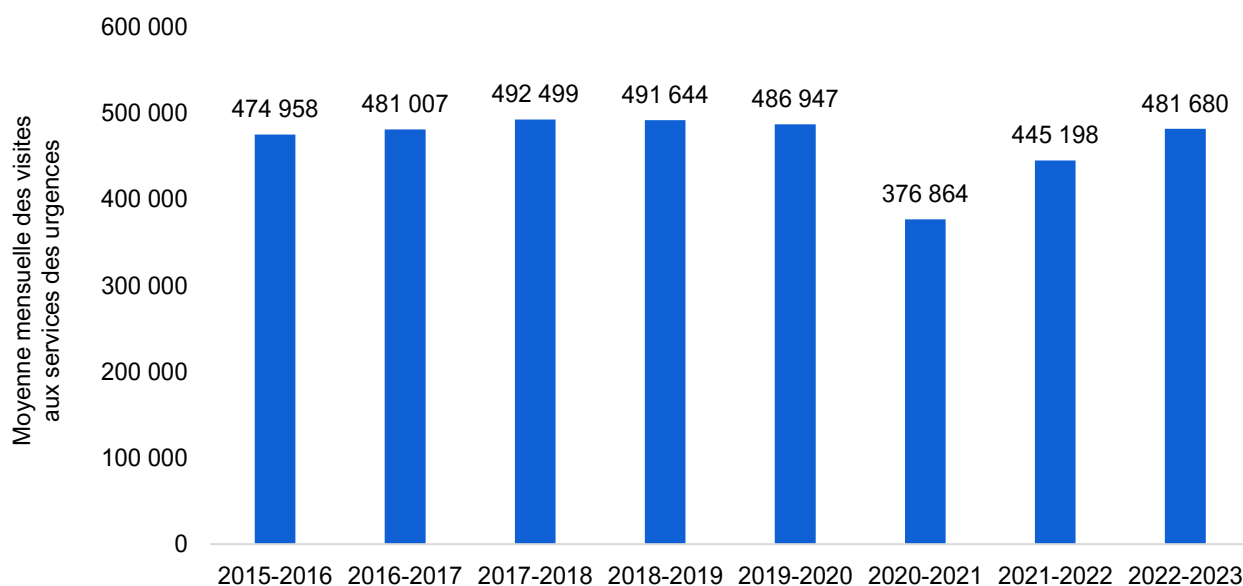
D. Services des urgences

Historique et contexte

La pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur la fréquentation des services des urgences par les Ontariennes et les Ontariens. En 2020-2021, les visites auprès des services des urgences de l'Ontario s'élevaient en moyenne à 377 000 par mois. Cela représentait une baisse de 23 % par rapport à la moyenne de 487 000 visites par mois au cours de la période de cinq ans avant la pandémie de COVID-19. En même temps que les mesures de prévention et de confinement du COVID-19 ont été levées, les volumes des services des urgences sont repartis à la hausse. En 2021-2022, les services des urgences de l'Ontario ont vu une moyenne de 445 000 visites par mois, ce qui n'est que 9 % sous le niveau des volumes typiques. Entre avril et novembre 2022-2023, le nombre de visites aux services des urgences était en moyenne de 482 000 par mois, ce qui est environ 1 % inférieur aux volumes typiques⁴⁸.

Figure 19

Moyenne mensuelle des visites aux services des urgences en Ontario, de 2015-2016 à 2022-2023



Remarque : Les visites mensuelles 2022-2023 concernent les mois d'avril à novembre 2022.

Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

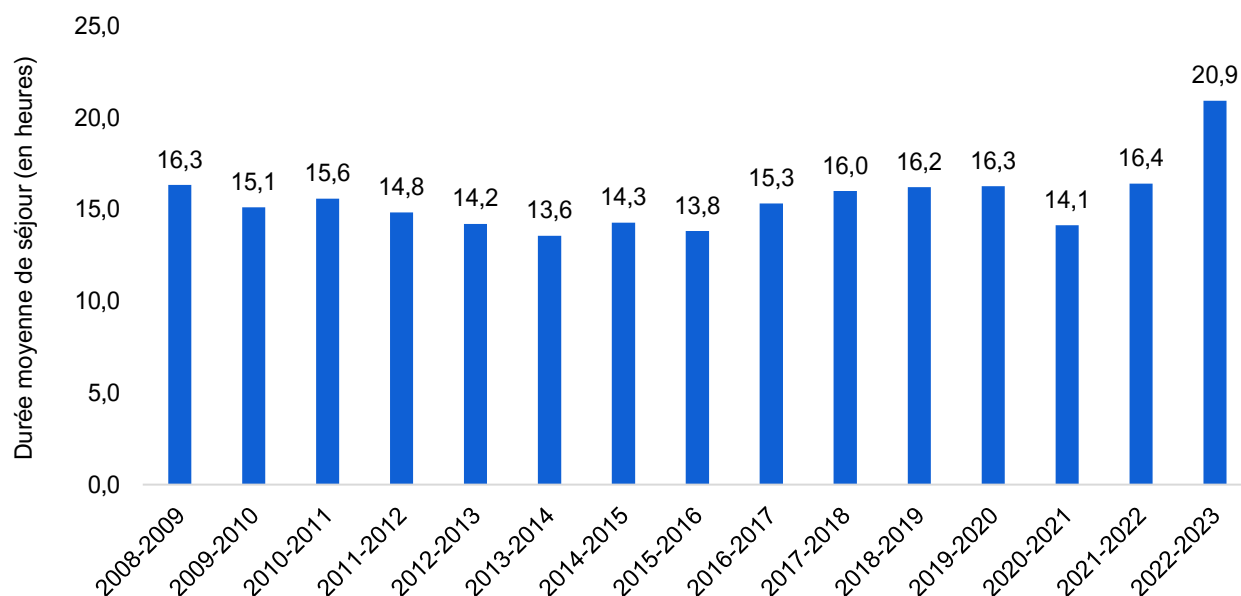
Avec le retour à la normale des volumes de patients, les délais d'attente dans les services des urgences ont fortement augmenté. En 2022-2023, le séjour moyen dans un service des urgences pour les patients admis dans un hôpital était de 20,9 heures⁴⁹. Cette durée est 34 % plus longue que les délais d'attente au cours de la période de cinq ans précédant la pandémie de COVID-19 et la plus longue durée d'attente moyenne enregistrée sur 15 ans.

⁴⁸ Les visites dans les services des urgences ont en partie un caractère de saisonnalité et la moyenne historique sur cinq ans entre avril et novembre est de 488 000 visites mensuelles.

⁴⁹ La moyenne 2022-2023 porte sur les mois d'avril à novembre 2022.

Figure 20

Séjour moyen dans les services des urgences pour les patients admis dans un hôpital, de 2008-2009 à 2022-2023

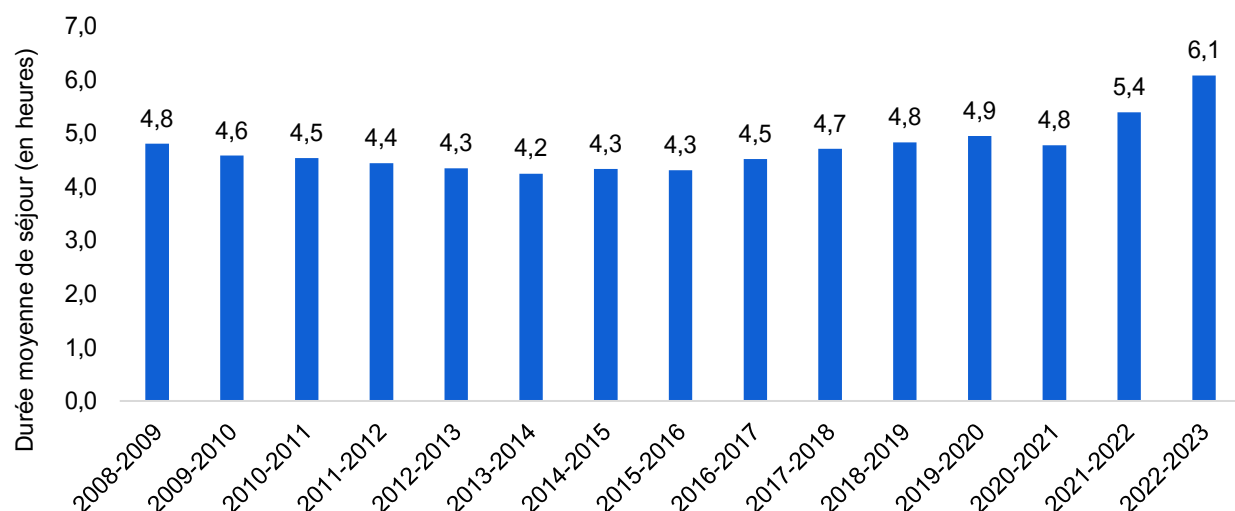


Remarque : La moyenne 2022-2023 porte sur les mois d'avril à novembre.
Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

En 2022-2023, le séjour moyen dans un service des urgences pour l'ensemble des patients était d'environ 6,1 heures⁵⁰. Cette durée est 30 % plus longue que les délais d'attente au cours de la période de cinq ans précédant la pandémie de COVID-19 et c'est également la plus longue durée d'attente moyenne enregistrée sur 15 ans.

Figure 21

Séjour moyen dans les services des urgences pour l'ensemble des patients, de 2008-2009 à 2022-2023



Remarque : La moyenne 2022-2023 porte sur les mois d'avril à novembre.
Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

⁵⁰ La moyenne 2022-2023 porte sur les mois d'avril à novembre 2022.

De plus, au moment de rédiger le présent rapport, il y a eu au moins 145 fermetures non prévues de services des urgences en Ontario en 2022-2023. Avant les fermetures des services des urgences en 2022, le BRF n'a connaissance que d'une fermeture de service des urgences non prévue depuis 2006 en raison de manque de médecins⁵¹.

Globalement, les hôpitaux de l'Ontario ont mis en évidence un manque de personnel, notamment du personnel infirmier et des médecins, nécessaire pour permettre de faire face aux volumes de patients, qui reviennent à leurs niveaux d'avant la pandémie de COVID-19, comme étant la cause principale des longs délais d'attente et des fermetures des services d'urgence⁵².

Plan pour les services des urgences

Le plan de la province porte principalement sur des mesures destinées à augmenter la couverture par les médecins des services des urgences ruraux et du Nord. Parmi ces mesures :

- affectation de 67,5 millions de dollars pour le programme de suppléance d'été temporaire, qui fournira 655 000 heures de présence de médecins dans les services des urgences ruraux et du Nord en 2022-2023⁵³;
- ajout de 400 médecins résidents en lien avec les médecins des services des urgences ruraux et du Nord;
- accélération de l'agrément des médecins qui désirent travailler dans les services des urgences ruraux et du Nord;
- accès à un programme d'assistance et d'accompagnement professionnel en temps réel pour les médecins dans les services des urgences ruraux.

Le plan de la province répond également plus largement aux problèmes des services des urgences avec des mesures destinées à faire baisser le nombre de visites dans les services des urgences et en donnant plus de souplesse aux hôpitaux pour faire face aux pics de demande. Parmi ces mesures :

- étendre les modèles de soins du service 9-1-1 afin d'orienter les patients vers d'autres services que les urgences;
- améliorer l'accès aux soins primaires afin de réduire la demande de soins d'urgence;
- libérer plus de capacités dans les hôpitaux afin d'accélérer les admissions dans les services des urgences;
- modifier le Programme d'engagement communautaire pour permettre le déploiement du personnel infirmier sur plusieurs hôpitaux afin de répondre aux pénuries de personnel.

⁵¹ Toronto Star, [Ontario Health CEO admits system is under 'tremendous strain' and talks about 5 challenges rocking hospitals](#), 2 août 2022.

⁵² CBC News, [Inside ERs at a breaking point, staff provide care while juggling shortages and closures](#), 2 octobre 2022.

⁵³ Le programme de suppléance temporaire du COVID-19 paie aux médecins une prime horaire pour travailler dans les services des urgences ruraux et du Nord admissibles. Gouvernement de l'Ontario, [Temporary Summer Expansion of Physician Locum Programs for Physicians Working in Rural and Northern Emergency Departments in response to COVID-19](#).

Analyse du BRF

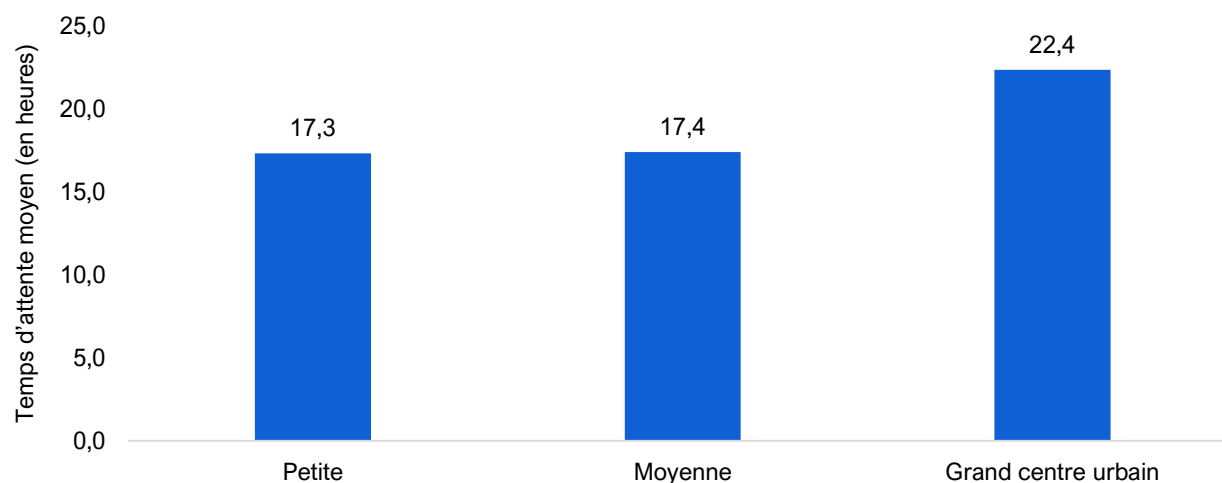
Le plan de la province porte principalement sur l'augmentation de la présence des médecins dans les services des urgences ruraux et du Nord. Les régions rurales de la province ont été affectées de façon disproportionnée par les fermetures de services des urgences, et de nombreux hôpitaux ruraux ont mis en avant le manque de médecins comme raison des fermetures de services des urgences⁵⁴. Le BRF estime que 143 des 145 fermetures de services des urgences se sont produites dans des zones à faible densité de population; avec une population inférieure à 30 000 habitants⁵⁵. Pour donner une perspective, environ 40 % des services des urgences en Ontario se trouvent dans ces zones à faible densité de population et ces services des urgences représentent 99 % de l'ensemble des fermetures.

L'Ontario a une couverture par les médecins moindre par rapport aux autres provinces du Canada, particulièrement dans les zones rurales. L'Ontario est au septième rang parmi les provinces du Canada, avec 235 médecins pour 100 000 habitants. Dans les zones rurales, l'Ontario se place au huitième rang parmi les provinces du Canada, avec 80 médecins ruraux pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne de 107 médecins pour 100 000 habitants ruraux⁵⁶.

Bien que les fermetures de services des urgences soient un problème principalement dans les zones à faible densité de population, les délais d'attente les plus longs dans les services des urgences se rencontrent généralement dans les hôpitaux des zones urbaines. En moyenne, le BRF estime que les patients admis dans les services des urgences des zones à faible densité de population ont attendu 17,3 heures, les patients dans les zones à densité de population moyenne ont attendu 17,4 heures et les patients dans les grands centres urbains ont attendu 22,4 heures.

Figure 22

Temps d'attente moyen dans les services des urgences avant admission à l'hôpital par zone de densité de population, 2022-2023



Remarque : les zones à faible densité de population ont une population inférieure à 30 000 habitants. Les zones à densité de population moyenne ont une population comprise entre 30 000 et 99 999 habitants. Les zones à forte densité de population ont une population supérieure à 100 000 habitants.

Source : analyse par le BRF des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

⁵⁴ The Canadian Press, 'A nurse can't be everywhere': Health care staff shortages prompt Ontario ER closures, 5 juillet 2022.

⁵⁵ Comme définis par Statistique Canada, les zones à faible densité de population ont entre 1 000 et 30 000 habitants.

⁵⁶ Analyse par le BRF de Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2021 — tableaux de données, de l'Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, ON : ICIS; 2022.

Le plan de la province a pour objectif de réduire la pression sur les services des urgences dans l'ensemble des hôpitaux de l'Ontario, et non uniquement dans les zones rurales, grâce à des mesures destinées à réduire la demande sur les services des urgences et à permettre aux hôpitaux de mieux affecter les ressources afin de faire face aux pénuries de personnel.

Bien que des mesures pour réduire la demande pourraient alléger les pressions sur les services des urgences, le volume des patients en 2022-2023 est toujours sous les niveaux d'avant la pandémie. Entre 2017-2018 et 2019-2020, les délais d'attente dans les services des urgences étaient significativement moins élevés malgré des volumes de patients plus élevés, et les délais d'attente dans les services des urgences de l'Ontario étaient inférieurs à la moyenne canadienne chaque année⁵⁷. Même en prenant les hôpitaux ayant les délais d'attente les plus longs en 2022, pour la plupart, ces hôpitaux ont un volume de patients plus faible qu'avant la pandémie de COVID-19. Parmi les 20 hôpitaux qui ont les délais d'attente dans les services des urgences les plus longs pour les patients admis en 2022-2023, 17 ont des volumes de patients plus faibles que la moyenne de 2017 à 2019. Cela suggère que le problème le plus urgent est un problème de dotation en personnel plutôt qu'un problème de volume ou de demande de patients. Cependant, les mesures prises par la province pour doter les services des urgences en personnel donnent aux hôpitaux uniquement la souplesse de pouvoir faire face aux problèmes à court terme. Ces mesures ne fournissent pas d'augmentation durable du personnel dans les services des urgences.

Globalement, bien que les mesures prises par la province permettent de combler les pénuries de médecins dans les services des urgences ruraux, pénuries qui contribuent à la fermeture de ces services, ces mesures ne permettent pas d'avoir une augmentation durable du personnel dans les services des urgences à l'échelle de la province. En conséquence, la capacité de l'Ontario à éliminer les pressions qui s'exercent sur les services des urgences dépend du succès des mesures prises par la province dans le cinquième domaine d'intérêt, c'est-à-dire les effectifs du secteur de la santé de l'Ontario. Ces mesures sont abordées dans la section suivante.

⁵⁷ En 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020, le 90^e percentile du temps d'attente pour les patients admis en Ontario était de 32,6, 32,5 et 37,4 heures, respectivement, alors que la moyenne canadienne était de 33,1, 35,5 et 38,3 heures. Institut canadien d'information sur la santé. Visites au service d'urgence et durée du séjour selon les données du SNISA par province/territoire.

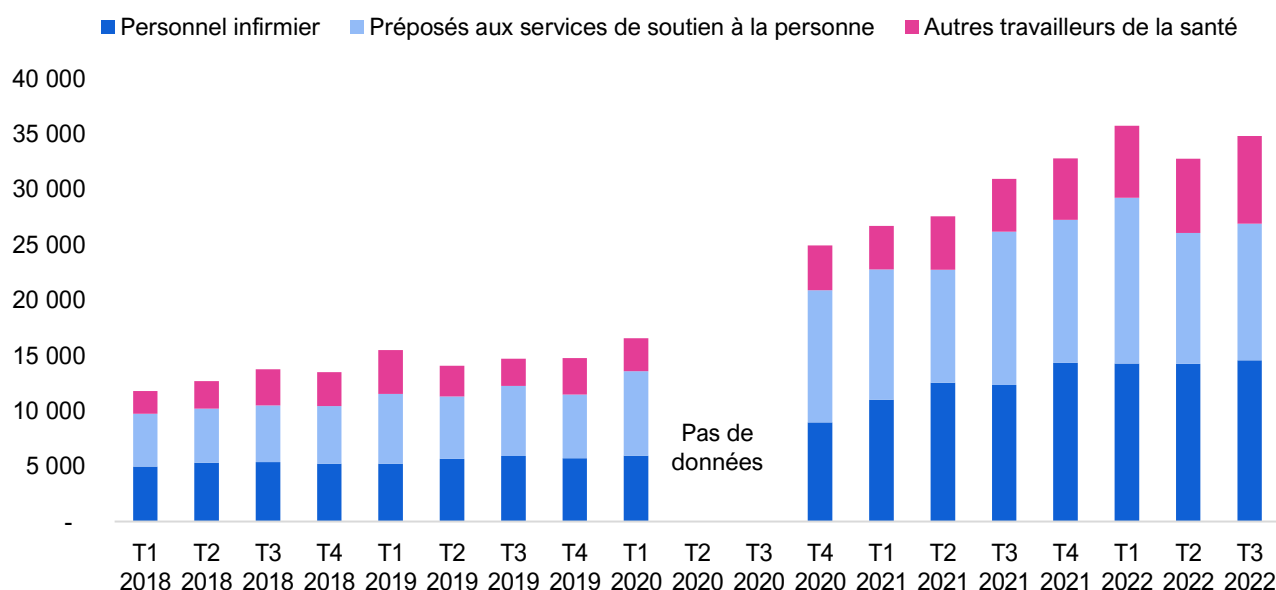
E. Effectifs du secteur de la santé de l'Ontario

Historique et contexte

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le nombre de postes vacants dans le secteur de la santé a plus que doublé en Ontario. Il est passé de 14 800 au quatrième trimestre 2019-2020 à 34 800 au troisième trimestre 2022. Ces postes sont vacants en raison du fait que le nombre de postes dans le secteur de la santé augmente plus vite que le nombre de travailleurs.

Figure 23

Postes vacants dans le secteur de la santé, de 2018 à 2022



Source : analyse par le BRF du Tableau 14-10-0328-2001 de Statistique Canada.

Au troisième trimestre 2022, il y avait 14 575 postes vacants en soins infirmiers, ce qui représente un taux de vacance de 8 %, et 12 300 postes vacants de préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), ce qui représente 8 % de l'ensemble des postes de PSSP. Pour revenir aux taux de postes vacants d'avant la pandémie⁵⁸, le BRF estime que 9 700 infirmières et 7 700 PSSP sont nécessaires.

⁵⁸ Le taux de postes vacants pour le personnel du secteur de la santé avant la pandémie était de 3,1 % (moyenne de 2017 à 2019).

Tableau 3
Personnel nécessaire pour retrouver les niveaux de personnel infirmier et de PSSP d'avant la pandémie

Groupe professionnel	Postes vacants au T3 2022	Postes vacants au T3 2022	Membres du personnel nécessaires pour revenir aux taux de
Personnel infirmier			
Personnel infirmier auxiliaire autorisé	5 345	18 %	4 595
Personnel infirmier autorisé et praticien	9 230	6 %	5 105
Total du personnel infirmier	14 575	8 %	9 700
Préposés aux services de soutien à la personne	12 320	8 %	7 746
Total du personnel infirmier et des PSSP	26 895	8 %	17 446

Remarque : le taux de postes vacants pour le personnel du secteur de la santé avant la pandémie était de 3,1 % (moyenne de 2017 à 2019). Les chiffres concernant les préposés aux services de soutien à la personne portent sur les « Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes » et « préposés aux bénéficiaires, fournisseurs de soins et professions connexes » définis dans la Classification nationale des professions qui, en Ontario, comprennent principalement les préposés aux services de soutien à la personne, mais qui englobent également quelques professions connexes.

Source : Analyse par le BRF du Tableau 14-10-0328-2001 et du Tableau 98-10-0405-2001 de Statistique Canada.

De plus, le BRF estime qu'environ 23 800 membres du personnel infirmier et 44 100 PSSP supplémentaires seront nécessaires dans les hôpitaux, les services de soins de longue durée et les services de soins à domicile d'ici 2027-2028 pour satisfaire les engagements d'élargir les programmes du gouvernement. Ces engagements incluent l'ajout d'environ 1 000 nouveaux lits d'hôpital de 2022-2023 à 2027-2028 (voir la section A pour plus de détails), l'élargissement des services de soins à domicile (voir la section B), la création de 30 000 nouveaux lits de soins de longue durée et l'augmentation des heures de soins directs pour les résidents des foyers de soins de longue durée (voir la section B).

Tableau 4
Personnel infirmier et PSSP nécessaires pour satisfaire les engagements du gouvernement d'étendre les programmes dans les hôpitaux, les soins à domicile et les soins de longue durée, de 2022-2023 à 2027-2028

Programme	Engagement	Personnel infirmier nécessaire	PSSP nécessaires
Hôpitaux	Ajout de 1 000 nouveaux lits d'hôpital environ entre 2022-2023 et 2027-2028*	2 698	409
Soins à domicile	1,0 milliard de dollars sur trois ans pour fournir plus de services de soins à domicile aux Ontariennes et aux Ontariens	1 599	4 635
Soins de longue durée	Ajout de 30 000 nouveaux lits de soins de longue durée d'ici fin 2028 et augmentation du nombre moyen d'heures de soins directs prodigués aux résidents des services de soins de longue durée par du personnel infirmier ou des préposés aux services de soutien à la personne pour les faire passer de 2,75 heures en 2018-2019 à 4 heures en 2024-2025.	19 453	39 087
Total		23 751	44 131

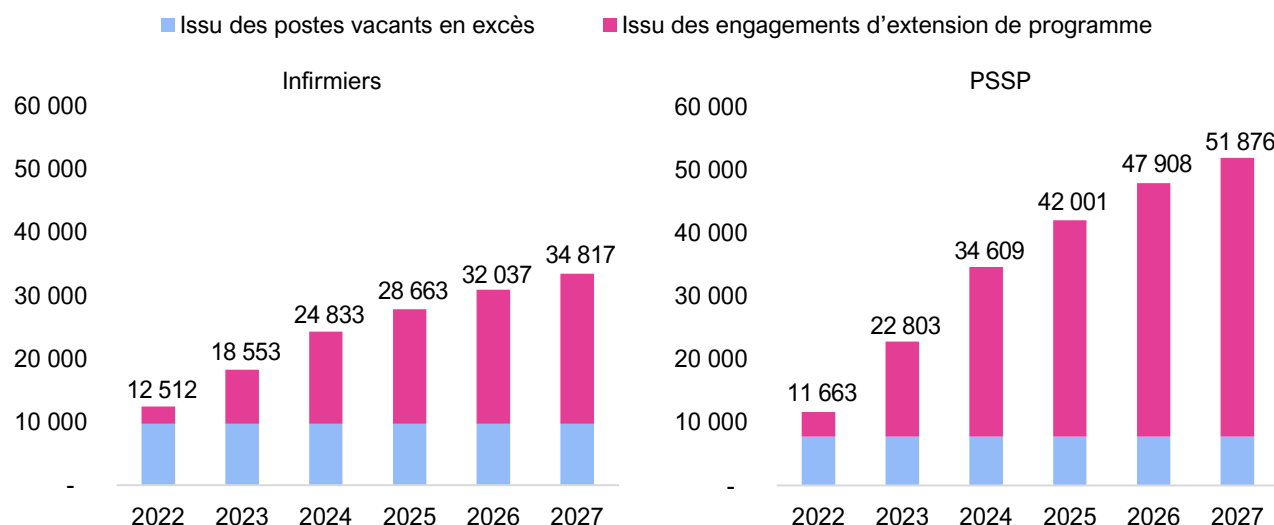
* La dotation en personnel reflète le nombre approximatif prévu de 1 000 lits d'hôpital ajoutés entre les plus récentes données d'emploi disponibles pour le troisième trimestre 2022 et la fin de la période de projection du BRF en 2027-2028.

Source : calculs du BRF.

Globalement, pour revenir aux niveaux de postes vacants d'avant la pandémie et pour satisfaire les engagements du gouvernement d'étendre les programmes dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et les services de soins de longue durée, le BRF estime que l'Ontario a besoin de 34 800 membres du personnel infirmier en plus⁵⁹ et 51 900 PSSP supplémentaires d'ici 2027⁶⁰. Cela représente une augmentation d'environ 26 % des effectifs infirmiers et de 45 % du nombre de PSSP employés dans ces secteurs.

Figure 24

Augmentation cumulée de l'emploi du personnel infirmier et des PSSP dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et communautaires, et les services de soins de longue durée nécessaires pour réduire le taux de postes vacants trop élevé et satisfaire les engagements du gouvernement d'étendre les programmes, de 2022-2023 à 2027-2028



Source : calculs du BRF.

Pour ajouter au défi, l'Ontario a le niveau de rémunération du personnel infirmier le plus faible du Canada. En 2012, les salaires du personnel infirmier en Ontario étaient au cinquième rang derrière la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique ainsi que Terre-Neuve-et-Labrador. Cependant, les politiques de restrictions salariales du gouvernement de l'Ontario⁶¹ au cours des dix dernières années ont conduit en 2022 à des salaires pour le personnel infirmier de l'Ontario inférieurs à ceux de toutes les autres provinces.

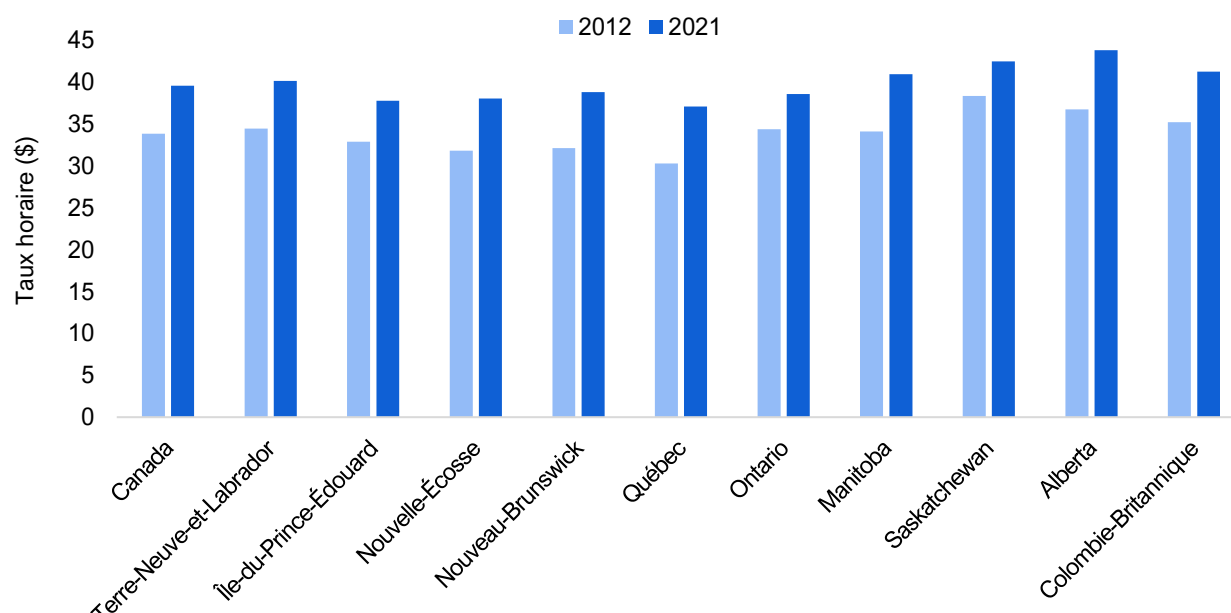
⁵⁹ Inclut un nombre estimé à 1366 membres du personnel infirmier additionnels provenant de la croissance normale dans d'autres domaines de programme du secteur de la santé.

⁶⁰ Pour plus de clarté, les totaux reflètent le nombre de personnes nécessaires pour restaurer et maintenir le niveau normal des effectifs dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et communautaires et les services de soins de longue durée, tout en satisfaisant aux engagements du gouvernement d'étendre les programmes dans ces secteurs. La projection du BRF pour le nombre de membres du personnel infirmier et de PSSP devant être embauché ne reflète pas une évaluation de la qualité des services qui devrait être proposée par ces programmes.

⁶¹ Voir le rapport du BRF [Emploi et rémunération dans le secteur public en Ontario](#), 2022.

Figure 25

Salaire horaire moyen du personnel infirmier par province, 2012 comparativement à 2022



Source : BRF selon les renseignements de Statistique Canada : Tableau 14-10-0340-2001, Salaire des employés selon la profession, données annuelles.

Bien que les données sur les salaires ne soient pas disponibles spécifiquement pour les préposés aux services de soutien à la personne, les rémunérations hebdomadaires dans les établissements de soins de longue durée en Ontario en 2022 étaient inférieures à la moyenne nationale de 1,3 %, et ce, malgré l'augmentation salariale de 3 \$ l'heure mandatée par la province pour les PSSP qui a été mise en œuvre en octobre 2020 (voir le chapitre 4) et le coût de la vie plus élevé en Ontario⁶².

Plan pour augmenter les effectifs du secteur de la santé en Ontario

La province met en œuvre un certain nombre de mesures pour répondre à la demande de personnel infirmier et de PSSP supplémentaires, notamment des mesures ciblant les salaires, la formation et les barrières réglementaires. Ces mesures ont été annoncées dans différents documents de politique⁶³.

Selon l'analyse du BRF, les mesures clés de la province pour augmenter les effectifs infirmiers consistent à accélérer l'agrément des infirmières et infirmiers formés à l'étranger, ainsi qu'une augmentation des inscriptions d'étudiants en soins infirmiers. L'agrément du personnel infirmier formé à l'étranger est rendu possible principalement par l'assouplissement des barrières réglementaires en vue de l'agrément, notamment les exigences de l'Ontario en matière d'expérience professionnelle et de tests de langue. L'agrément du personnel infirmier formé à l'étranger est également soutenu par la création de la catégorie de demandeur temporaire, l'accélération du traitement des demandes, l'élargissement du Programme de partenariat en matière d'Expérience d'exercice infirmier sous supervision, et la prise en charge temporaire des frais professionnels. Enfin, la province a temporairement augmenté les inscriptions en soins infirmiers de 2 000 personnes en 2021-2022 et s'est engagée à augmenter de manière permanente les inscriptions de 1 500 personnes supplémentaires en 2023, soit 500 places pour personnel infirmier auxiliaire autorisé et 1 000 places pour personnel infirmier autorisé.

⁶² Analyse par le BRF du Tableau 14-10-0203-01 de Statistique Canada.

⁶³ Des mesures continues significatives découlent du plan de dotation en personnel des services de soins de longue durée de l'Ontario, du Plan pour rester ouvert, du Plan pour rester ouvert : Stabilité et relance pour le système de santé et du plan Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes. L'analyse du BRF prend également en considération des annonces de mesures complémentaires.

Les mesures clés de la province pour augmenter le nombre de préposés aux services de soutien à la personne prennent la forme de bourses étudiantes et d'augmentations salariales. En 2021-2022, la province s'est engagée à dépenser jusqu'à 200 millions de dollars pour former jusqu'à 16 200 PSSP par l'entremise de collèges financés par des fonds publics, des collèges privés d'enseignement professionnel et des conseils scolaires. Sur ces financements, la province a affecté 115 millions de dollars à la formation de jusqu'à 6 000 PSSP sur six mois dans des collèges publics à compter d'avril 2021⁶⁴, 86 millions de dollars pour former 8 000 nouveaux PSSP dans des collèges privés d'enseignement professionnel et conseils scolaires en 2021-2022⁶⁵. Par la suite, la province a annoncé un financement de 54,7 millions de dollars pour former jusqu'à 4 000 nouveaux PSSP dans des collèges professionnels privés à l'été 2022⁶⁶. En ce qui concerne les augmentations salariales en octobre 2020 en réponse à la pandémie de COVID-19, la province a provisoirement augmenté les salaires des travailleurs de soutien à la personne de 3 \$ l'heure dans les soins à domicile et les soins de longue durée et de 2 \$ l'heure dans les hôpitaux. En 2022, ces augmentations salariales ont été pérennisées (voir le chapitre 4).

Analyse du BRF

Embauche de personnel infirmier

Selon l'analyse du BRF, la pénurie de personnel infirmier se poursuivra tout au long de la période de prévisions. Le BRF estime que 34 800 membres du personnel infirmier supplémentaires seront nécessaires d'ici 2027, mais que seulement 31 900 seront ajoutés, ce qui entraînera une pénurie de 2 900 personnes. Au cours des trois prochaines années, la pénurie s'élèvera approximativement à 10 000 membres du personnel infirmier, puis chutera graduellement tandis que la demande en personnel infirmier dans les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux ralentira et que les finissants ayant bénéficié de l'augmentation des inscriptions arriveront graduellement sur le marché du travail.

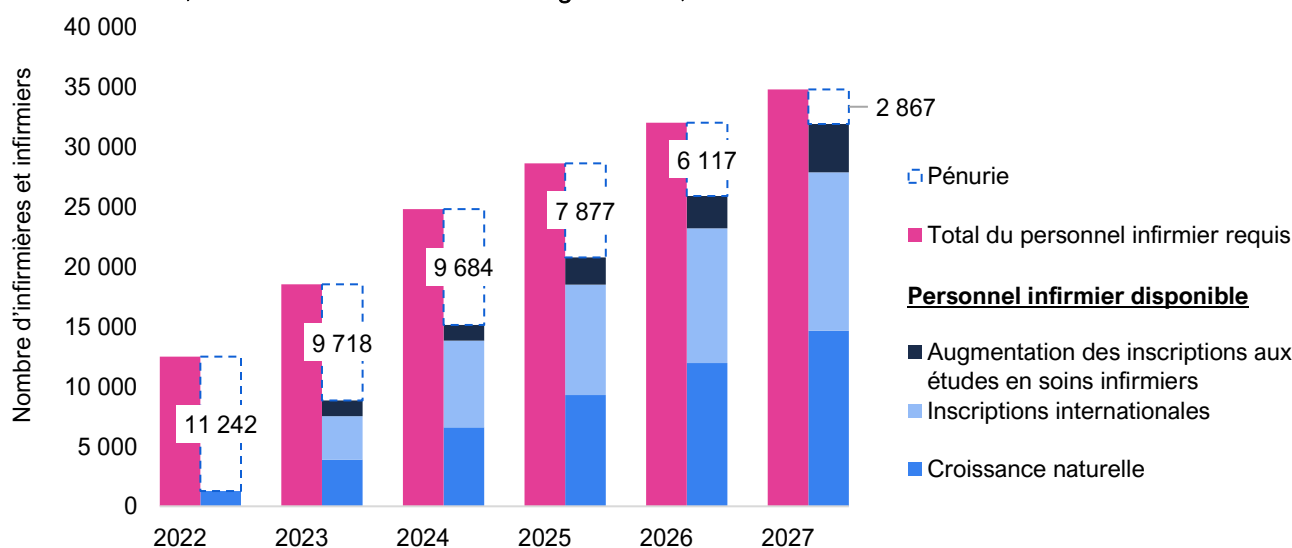
⁶⁴ Gouvernement de l'Ontario, [L'Ontario investit dans une campagne historique pour accélérer la formation des préposés aux services de soutien à la personne](#), 24 février 2021. Des bourses ont également été offertes à 2200 étudiants en PSSPP, ce qui porte le total à jusqu'à 8 200 étudiants qui ont reçu une aide financière. Malgré le fait qu'aucune autre annonce n'ait été faite et que le ministère de la Santé n'a inclus aucune augmentation dans une ventilation de ses mesures sur ses effectifs qu'elle a fournie au BRF, au moins un collège a offert le programme une fois de plus en juillet 2022. Collège Algonquin, [Registration now open for Algonquin College Personal Support Worker Accelerated program](#), 17 juin 2022.

⁶⁵ Gouvernement de l'Ontario, [L'Ontario aide à former davantage de préposés aux services de soutien à la personne](#), 28 avril 2021.

⁶⁶ Gouvernement de l'Ontario, [L'Ontario renforce la formation des préposés aux services de soutien à la personne](#), 10 mars 2022.

Figure 26

Projection de pénurie de personnel infirmier dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et communautaires, et les services de soins de longue durée, de 2022 à 2027



Remarque : le terme « nombre total de membres du personnel infirmier requis » représente l'augmentation nécessaire pour combler le surcroît de postes vacants et satisfaire les engagements d'expansion du gouvernement. La hauteur des barres reflète l'offre et la demande cumulées en personnel infirmier découlant de différents facteurs et l'écart reflète la pénurie qui en résulte chaque année.

Source : modèle du BRF.

Les mesures destinées à accélérer l'agrément du personnel infirmier formé à l'étranger ont déjà eu un certain succès. En 2022, l'Ontario a agréé 5 125 nouveaux membres du personnel infirmiers formés à l'étranger, ce qui représente une hausse de 1 411 agréments par an entre 2015 et 2019. Cependant, une partie de ce succès est dû à un arriéré de demandes actives, qui a atteint 14 880 en 2020. Sans nouvelles mesures pour augmenter l'immigration de personnel infirmier en Ontario, le BRF prévoit maintenir cette augmentation en 2022 sera difficile. Sur cette base, le BRF suppose que l'Ontario ajoutera graduellement 3 600 membres du personnel infirmiers formés à l'étranger jusqu'en 2024, et compter de 2025, le BRF suppose que l'Ontario continuera d'accréditer un niveau plus soutenable de 2 000 membres du personnel infirmier formés à l'étranger chaque année.

Comme nous l'avons noté plus haut, la province a financé une augmentation ponctuelle de 2 000 inscriptions en soins infirmiers en 2021-2022, soit 1 453 places en soins infirmiers auxiliaires autorisés et 551 places en soins infirmiers autorisés. La province s'est également engagée à augmenter de manière permanente les inscriptions en soins infirmiers de 1 500 personnes, soit 500 places en soins infirmiers auxiliaires autorisés et 1 000 places en soins infirmiers autorisés⁶⁷. On prévoit que l'augmentation des inscriptions ajoutera 4 100 membres du personnel infirmier au cours de la période de projection⁶⁸.

En plus des mesures politiques, le marché de l'emploi du personnel infirmier aura une croissance naturelle. La croissance naturelle reflète les effets nets permanents de facteurs qui ajoutent aux effectifs infirmiers (comme l'obtention du diplôme et l'immigration) et de facteurs qui réduisent des effectifs infirmiers (comme l'émigration, la sortie vers d'autres carrières et les départs à la retraite). Le BRF estime que la croissance naturelle ajoutera

⁶⁷ Gouvernement de l'Ontario, *Perspectives économiques et revue financière de l'Ontario 2022*, p 38.

⁶⁸ Le BRF suppose que 90 % des étudiants inscrits en soins infirmiers recevront un diplôme et trouveront un emploi dans le secteur de la santé. On suppose que les soins infirmiers auxiliaires recevront un diplôme et occuperont un poste vacant en soins infirmiers après deux ans, tandis que les étudiants en soins infirmiers autorisés devraient recevoir un diplôme et occuper un poste vacant après quatre ans. Bien que les étudiants en soins infirmiers travaillent durant leurs études, les stages en soins infirmiers ne sont généralement pas rémunérés et cette analyse examine seulement les emplois et les postes vacants rémunérés.

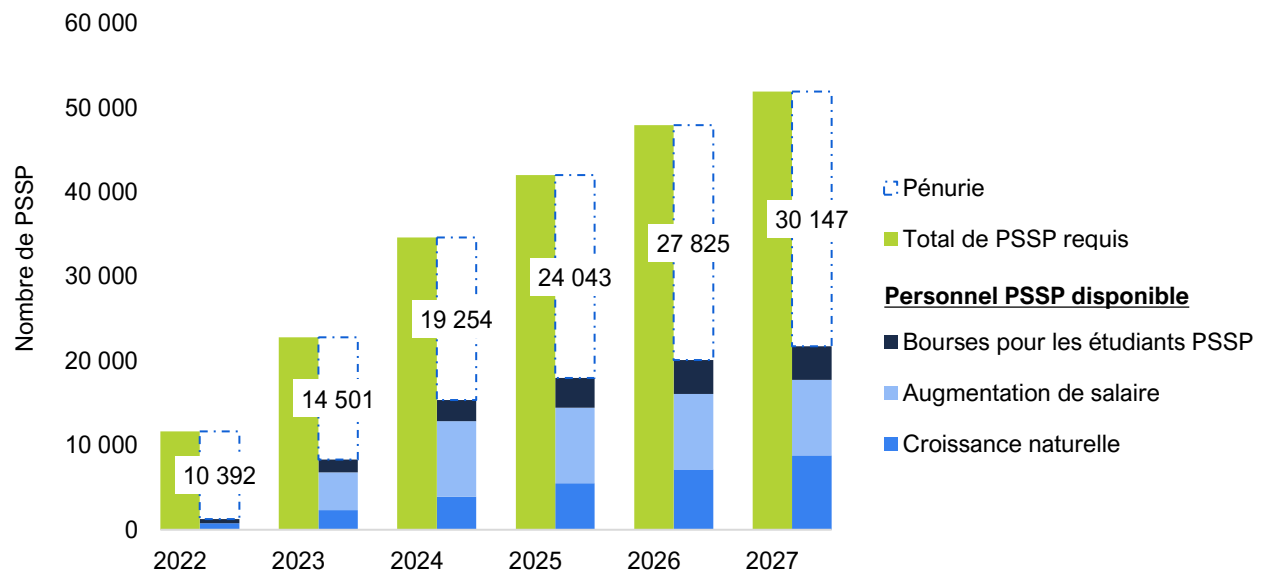
un nombre net de 2 400 infirmières et infirmiers chaque an pour les hôpitaux, les services de soins à domicile et les services de soins de longue durée; ce qui est cohérent avec les tendances d'avant la pandémie.

Embauche de préposés aux services de soutien à la personne

Selon l'analyse du BRF, les mesures prises par la province ne seront pas suffisantes pour combler le déficit de personnel PSSP. Le BRF estime que 51 900 PSSP supplémentaires seront nécessaires d'ici 2027, mais que seulement 21 700 seront ajoutés, ce qui entraînera une pénurie de 30 100 personnes. On prévoit que la pénurie de PSSP s'aggravera de manière soutenue au cours de la période de projection, tandis que les mesures visant à augmenter le nombre de PSSP sont plus que contrebalancées par les besoins de ce type de travailleurs afin de satisfaire aux engagements d'expansion du gouvernement dans les hôpitaux, pour les soins à domicile et dans les établissements de soins de longue durée.

Figure 27

Projection de la pénurie de préposés aux services de soutien à la personne dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et communautaires ainsi que les services de soins de longue durée, de 2022 à 2027



Remarque : le terme « nombre total de PSSP requis » représente l'augmentation nécessaire pour combler le surcroît de postes vacants et satisfaire les engagements d'expansion du gouvernement. La hauteur des barres reflète l'offre et la demande cumulées en PSSP découlant de différents facteurs et l'écart reflète la pénurie qui en résulte chaque année.

Source : modèle du BRF.

Comme nous l'avons souligné plus haut, l'Ontario a donné des bourses pour appuyer les étudiants PSSP des collèges publics, des collèges privés et des conseils scolaires. Le BRF estime que la plupart des étudiants qui ont reçu des bourses sont déjà diplômés et sont entrés sur le marché du travail. Le BRF suppose que la province continuera d'offrir des bourses pour appuyer jusqu'à 4 000 étudiants des collèges professionnels privés chaque année jusqu'en 2025-2026. Cependant, puisqu'un grand nombre de ces places auraient déjà été occupées sans les bourses, le BRF estime que cela augmentera les inscriptions de seulement 1 000 étudiants par année jusqu'en 2025-2026 et que les derniers finissants entreront sur le marché du travail en 2026-2027.

L'augmentation salariale de 2 à 3 \$ l'heure mise en œuvre par la province pour les PSSP dans les hôpitaux, les soins à domicile et les soins de longue durée (chapitre 4) a le potentiel d'attirer de nouveaux travailleurs de soutien à la personne et d'augmenter la rétention du personnel; en fait, les travailleurs de soutien à la personne indiquent que les augmentations salariales sont la chose la plus importante que les employeurs peuvent faire pour améliorer leurs conditions de travail⁶⁹. Le BRF estime que l'augmentation de salaire de 2 à 3 dollars l'heure pour les PSSP sera un facteur d'accélération pour l'embauche de personnel PSSP, qui pourrait atteindre 8 900 d'ici 2027⁷⁰.

Le BRF estime que la croissance naturelle ajoutera un nombre net de 1 600 PSSP chaque année. Bien que la croissance dans ce domaine professionnel dans son ensemble devrait être plus forte, il y a également une demande pour des préposés aux services de soutien à la personne provenant d'autres secteurs qui répondent aux besoins de soins à la personne de la population vieillissante de l'Ontario, comme les maisons de retraite privées et les organismes de soins à domicile privés.

Implications générales et défis

En bref, au moment de rédiger le présent rapport, le BRF estime que les mesures politiques en faveur des effectifs de santé annoncées par la province, combinées à la croissance naturelle, devraient permettre d'ajouter 53 700 membres du personnel infirmier et PSSP au cours de la période de six ans allant jusqu'en 2027-2028. Cependant, cette augmentation du nombre de membres du personnel infirmier et de PSSP ne sera pas suffisante pour combler les pénuries de personnel actuelles et satisfaire les engagements de l'Ontario d'étendre les services de soins dans les hôpitaux, les services de soins de longue durée et les services de soins à domicile. La pénurie de personnel infirmier et de PSSP devrait être de 33 000 personnes en 2027-2028.

Si la province ne parvient pas à combler la pénurie prévue de personnel infirmier et de PSSP, elle ne pourra pas satisfaire ses engagements d'élargissement des services dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et de soins de longue durée, et cela aura également une incidence sur les niveaux de service dans le secteur de la santé.

La pénurie de personnel infirmier et de PSSP dans les hôpitaux pourrait avoir une incidence sur le nombre de nouveaux lits d'hôpital qui devraient ouvrir d'ici 2027-2028 (voir la section A). Les déficits de capacité des hôpitaux limitent à leur tour les ressources disponibles dans les hôpitaux pour réaliser des interventions chirurgicales non urgentes, ce qui a conduit à moins d'interventions réalisées, ainsi qu'à des listes et des délais d'attente plus longs, comparativement aux niveaux d'avant la pandémie (voir la section C). Enfin, les pénuries de personnel dans les services des urgences des hôpitaux et un manque de lits d'hôpital disponibles pour admettre des patients contribuent à des délais d'attente records dans les services des urgences, ainsi qu'à des fermetures temporaires de services des urgences (voir la section D).

Dans les services de soins de longue durée, les pénuries de personnel infirmier et de PSSP peuvent avoir une incidence sur l'engagement de la province à ouvrir un nombre net de 30 000 nouveaux lits de soins de longue durée et d'augmenter le nombre moyen d'heures de soins directs prodigués aux résidents des services de soins de longue durée par des membres du personnel infirmier ou de services de soutien à la personne, pour les faire passer de 2,75 heures en 2018-2019 à 4 heures en 2024-2025 (voir la section B). Selon une enquête récente

⁶⁹ Peter Kemper et coll. « [What Do Direct Care Workers Say Would Improve Their Jobs? Differences Across Settings](#) », juillet 2008, The Gerontologist 48 Spec N° 1 (suppl. 1) : 17-25.

⁷⁰ Il existe une incertitude importante sur l'estimation de l'incidence des augmentations salariales sur l'emploi des PSSP. Les estimations actuelles sur l'élasticité entre emploi et salaires vont de 0,05 à 1,9, ce qui donnerait des estimations d'incidence entre 800 et 29 800 PSSP en plus. Le BRF a choisi une élasticité de 0,6 sur la base de tous les documents disponibles et de sa propre évaluation de l'incidence des augmentations salariales récentes pour le personnel de soutien aux soins à domicile. Cela donne un résultat similaire à l'estimation donnée dans Dass et coll. « [Forecasting Staffing Needs for Ontario's Long-Term Care Sector](#) ».

auprès de 100 foyers de soins de longue durée à but non lucratif, 44 % d'entre eux rapportent ne pas être certains de pouvoir atteindre l'objectif du gouvernement de 4 heures de soins directs d'ici 2024-2025 en raison des pénuries de personnel et des frais élevés facturés par les agences de recrutement de travailleurs temporaires⁷¹.

Dans les services de soins à domicile, les pénuries de personnel infirmier et de PSSP peuvent avoir une incidence sur le plan de la province d'améliorer la disponibilité des services de soins à domicile grâce à un financement de 1 milliard de dollars supplémentaire sur trois ans (voir la section B).

La littérature universitaire décrit les pénuries de personnel dans le secteur de la santé comme entraînant des effets négatifs pour les patients, notamment plus d'infections, plus de blessures dues à la pression, plus de chutes de patients et une hausse de la mortalité⁷². Pour le personnel infirmier, les sous-effectifs contribuent à plus de stress, une plus forte insatisfaction et, en fin de compte, un roulement du personnel plus important⁷³.

Il est à noter que la projection du BRF pour les dépenses dans le secteur de la santé (chapitres 3 et 4) présuppose que la province sera capable de combler les pénuries de personnel actuelles et de remplir les engagements de l'Ontario consistant à élargir les soins dans les hôpitaux, les services de soins de longue durée et de soins à domicile tout en respectant les mesures de restriction salariale en vertu du projet de loi 124, puis de suivre la croissance historique des salaires. Cependant, le BRF prévoit également que sans mesures supplémentaires, il y aura un déficit de 33 000 membres du personnel infirmier et PSSP en 2027-2028. Afin de résoudre ce manque de personnel, la province pourrait devoir avoir recours à de nouvelles mesures qui feraient augmenter les dépenses au-delà des perspectives de dépenses du BRF pour le secteur de la santé. Par exemple, de telles mesures pourraient inclure l'augmentation des salaires, la réduction des charges de travail, la structuration du personnel de sorte à recourir à plus de postes à plein temps, se tourner plus vers les employés d'agences et des fournisseurs privés non soumis aux restrictions salariales, ou encore l'ajout de financements pour la formation et l'apprentissage.

Le BRF a également identifié des risques importants liés à sa projection de pénurie de personnel infirmier et de PSSP :

- L'analyse du BRF suppose que la croissance naturelle du nombre de membres du personnel infirmier et de PSSP dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et communautaires ainsi que dans les services de soins de longue durée suivra les tendances historiques, cependant certains facteurs pourraient conduire à une augmentation inférieure à la croissance historique. Certains faits indiquent que les hôpitaux ont du mal à retenir le personnel infirmier en raison d'une faible satisfaction due à l'épuisement professionnel et à la faible croissance des salaires. Pour illustrer ce fait, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a indiqué un roulement du personnel de 14,5 % en 2021-2022, alors que ce taux était de 8,4 % en 2019-2020⁷⁴. Comme indiqué plus haut, les salaires du personnel infirmier en Ontario étaient les plus bas au Canada en 2022, alors que les salaires des travailleurs dans les établissements de soins de longue durée en Ontario étaient inférieurs à la moyenne canadienne.

⁷¹ AdvantAge Ontario, [Non-Profit LTC Homes Are Being Gouged by Some Temporary Staffing Agencies](#).

⁷² Pour un résumé de la littérature pertinente, voir McGill Nursing Collaborative for Education and Innovation in Patient- and Family-Centered Care, [Global Shortage of Nurses](#).

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Toronto Star, [An inside look at Ontario's nursing nightmare: Why turnover and vacancy rates are only getting worse](#), 28 octobre 2022.

- La province a annoncé récemment que les établissements de santé indépendants auraient l'autorisation de proposer des services médicaux supplémentaires normalement proposés dans les hôpitaux, comme la chirurgie de la cataracte⁷⁵. Bien que le déplacement de la capacité en dehors des hôpitaux pourrait réduire les exigences d'effectifs des hôpitaux, et par conséquent les insuffisances de personnel, ces établissements seront en concurrence pour les mêmes professionnels de la santé. L'impact réel est donc incertain.
- Les prévisions pour la dotation en personnel préposé aux services de soutien à la personne sont très incertaines. L'incidence des bourses provinciales est incertaine en raison du manque de données disponibles relatives à l'inscription, à l'embauche et à la rétention du personnel. L'impact de l'augmentation salariale de 2 à 3 dollars l'heure sur l'emploi des PSSP est incertain parce que la littérature universitaire a fourni un large éventail d'estimation sur la façon dont les personnes pourraient réagir aux augmentations salariales. Le taux de croissance naturelle de l'emploi des PSSP dans les hôpitaux, les services de soins à domicile et les services de soins de longue durée pourrait être affecté par l'augmentation du nombre de postes disponibles dans ces établissements. Enfin, l'impact cumulé de ces mesures est compliqué par le niveau de conservation du personnel et l'incidence potentielle des pénuries de personnel sur les salaires. Bien que les projections du BRF mesurent les éléments probants disponibles pour fournir la meilleure estimation possible, il y a toujours un risque que les pénuries puissent être significativement plus étendues ou plus limitées que dans les projections.

⁷⁵ Gouvernement de l'Ontario, [L'Ontario réduit les temps d'attente pour les chirurgies et les interventions médicales](#), 16 janvier 2023 et gouvernement de l'Ontario, [L'Ontario réduit les temps d'attente pour les chirurgies et les diagnostics financés par le public](#), 21 février 2023.

6. Annexe

Interventions chirurgicales réalisées, liste d'attente et délais d'attente par service et par an

Tableau A-1

Interventions chirurgicales réalisées par service et par année

Domaine de service	2019	2020	2021	2022	Variation (2019 de 2022)
Chirurgie générale	80 389	59 346	64 706	67 480	-16 %
Chirurgie gynécologique	56 882	38 870	42 539	45 239	-20 %
Neurochirurgie	7 326	5 546	5 768	6 302	-14 %
Chirurgie oncologique	57 155	49 069	53 783	56 845	-1 %
Chirurgie ophtalmique	163 340	112 740	145 878	153 059	-6 %
Chirurgie maxillofaciale	9 285	5 076	5 632	5 409	-42 %
Chirurgie orthopédique	111 995	80 862	93 210	96 148	-14 %
Chirurgie otolaryngologique	27 041	18 226	20 141	21 142	-22 %
Chirurgie cardiovasculaire pédiatrique	501	493	492	527	5 %
Chirurgie dentaire/buccale/maxillofaciale pédiatrique	10 557	6 081	7 703	6 474	-39 %
Chirurgie générale pédiatrique	3 838	2 895	3 295	3 147	-18 %
Chirurgie gynécologique pédiatrique	397	307	418	372	-6 %
Neurochirurgie pédiatrique	490	396	510	425	-13 %
Chirurgie ophtalmique pédiatrique	3 687	2 644	3 427	2 986	-19 %
Chirurgie orthopédique pédiatrique	4 345	3 048	3 837	3 513	-19 %
Chirurgie otolaryngologique pédiatrique	22 117	11 820	8 590	10 966	-50 %
Chirurgie plastique et reconstructive pédiatrique	2 963	2 113	3 093	3 023	2 %
Chirurgie urologique pédiatrique	4 201	2 727	3 415	3 185	-24 %
Chirurgie plastique et reconstructive	26 404	16 968	18 024	19 082	-28 %
Chirurgie thoracique	1 896	1 351	1 351	1 732	-9 %
Chirurgie urologique	43 425	32 371	36 550	38 533	-11 %
Chirurgie vasculaire	11 065	8 836	9 879	9 898	-11 %
Total	649 299	461 785	532 241	555 487	-14 %

Remarque : un ratio constant d'interventions chirurgicales réalisées par rapport aux interventions réalisées ou annulées a été supposé pour mars 2021 et par la suite.

Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.

Tableau A-2
Liste d'attente en chirurgie par service et par année

Domaine de service	2019	2020	2021	2022	Variation (2019 de 2022)
Chirurgie générale	18 139	20 430	23 076	27 438	51 %
Chirurgie gynécologique	14 705	16 077	18 314	21 402	46 %
Neurochirurgie	2 140	2 397	2 271	2 452	15 %
Chirurgie oncologique	5 886	5 640	5 796	7 130	21 %
Chirurgie ophtalmique	58 776	59 330	70 743	76 393	30 %
Chirurgie maxillofaciale	3 826	3 526	3 587	3 917	2 %
Chirurgie orthopédique	50 475	52 362	53 680	58 718	16 %
Chirurgie otolaryngologique	10 242	9 907	11 839	13 957	36 %
Chirurgie cardiovasculaire pédiatrique	83	130	105	101	22 %
Chirurgie dentaire/buccale/maxillofaciale pédiatrique	4 261	3 824	3 199	3 395	-20 %
Chirurgie générale pédiatrique	872	966	850	1 190	36 %
Chirurgie gynécologique pédiatrique	96	128	147	140	45 %
Neurochirurgie pédiatrique	67	96	81	88	32 %
Chirurgie ophtalmique pédiatrique	1 156	1 339	1 258	1 362	18 %
Chirurgie orthopédique pédiatrique	1 788	2 028	1 841	2 059	15 %
Chirurgie otolaryngologique pédiatrique	5 482	5 068	3 033	3 713	-32 %
Chirurgie plastique et reconstructive pédiatrique	1 026	1 190	1 465	1 694	65 %
Chirurgie urologique pédiatrique	1 884	2 333	2 812	3 349	78 %
Chirurgie plastique et reconstructive	8 062	7 601	8 129	8 852	10 %
Chirurgie thoracique	373	337	484	707	90 %
Chirurgie urologique	8 661	9 343	10 392	12 427	43 %
Chirurgie vasculaire	1 888	2 014	2 271	2 506	33 %
Total	199 890	206 066	225 372	252 986	27 %

Remarque : les chiffres reflètent la liste d'attente moyenne entre janvier et décembre 2019 à 2021 et janvier à septembre pour 2022.
 Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.

Tableau A-3
Délai d'attente en chirurgie estimé par le BRF, par service et par année

Domaine de service	2019	2020	2021	2022	Variation (2019 de 2022)
Chirurgie générale	2,7	4,1	4,3	4,9	80 %
Chirurgie gynécologique	3,1	5,0	5,2	5,7	83 %
Neurochirurgie	3,5	5,2	4,7	4,7	33 %
Chirurgie oncologique	1,2	1,4	1,3	1,5	22 %
Chirurgie ophtalmique	4,3	6,3	5,8	6,0	39 %
Chirurgie maxillofaciale	4,9	8,3	7,6	8,7	76 %
Chirurgie orthopédique	5,4	7,8	6,9	7,3	36 %
Chirurgie otolaryngologique	4,5	6,5	7,1	7,9	74 %
Chirurgie cardiovasculaire pédiatrique	2,0	3,2	2,5	2,3	16 %
Chirurgie dentaire/buccale/maxillofaciale pédiatrique	4,8	7,5	5,0	6,3	30 %
Chirurgie générale pédiatrique	2,7	4,0	3,1	4,5	66 %
Chirurgie gynécologique pédiatrique	2,9	5,0	4,2	4,5	55 %
Neurochirurgie pédiatrique	1,6	2,9	1,9	2,5	52 %
Chirurgie ophtalmique pédiatrique	3,8	6,1	4,4	5,5	45 %
Chirurgie orthopédique pédiatrique	4,9	8,0	5,8	7,0	42 %
Chirurgie otolaryngologique pédiatrique	3,0	5,1	4,2	4,1	37 %
Chirurgie plastique et reconstructive pédiatrique	4,2	6,8	5,7	6,7	62 %
Chirurgie urologique pédiatrique	5,4	10,3	9,9	12,6	134 %
Chirurgie plastique et reconstructive	3,7	5,4	5,4	5,6	52 %
Chirurgie thoracique	2,4	3,0	4,3	4,9	108 %
Chirurgie urologique	2,4	3,5	3,4	3,9	62 %
Chirurgie vasculaire	2,0	2,7	2,8	3,0	48 %
Total	3,7	5,4	5,1	5,5	48 %

Remarque : les délais d'attente sont estimés sur la base de la liste d'attente et des interventions chirurgicales réalisées. Par exemple, en 2019 il y avait en moyenne 200 000 patients sur la liste d'attente et 649 000 interventions chirurgicales ont été réalisées, ce qui implique que les patients ont attendu en moyenne 3,7 mois. Pour la méthodologie, voir Karl Sigman, [Notes on Little's Law](#).
 Source : BRF, en se fondant sur la base de données fournie par Santé Ontario.