



Soins de santé de couloir : un système sous tension

1er rapport provisoire du Conseil du premier ministre
pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination
de la médecine de couloir

Janvier 2019



Table des matières

<i>Lettre au premier ministre de l'Ontario et à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée</i>	2
<i>Résumé</i>	3
<i>Introduction</i>	6
L'histoire d'Ida et de Sara : peur, froid et exposition à la vue de tous	7
<i>Chapitre 1 : l'expérience du patient</i>	8
En quoi consiste la médecine de couloir?	8
Orientation et accès aux soins de santé	8
Temps d'attente et soins de qualité	9
Pleins feux : santé mentale, toxicomanie et médecine de couloir	11
L'histoire de Chelsea : échecs et guérison	12
<i>Chapitre 2 : pression sur les soignants et les prestataires de santé</i>	13
<i>Chapitre 3 : des besoins en santé différents</i>	14
Pleins feux : un accès équitable aux soins de santé	15
<i>Chapitre 4 : pressions exercées sur la capacité immédiate et à long terme</i>	15
En attente de soins au mauvais endroit : comprendre l'accès à un autre niveau de soins (ANS)	16
Vieillesse de la population et services de soins de santé	17
Croissance de la population et services de soins de santé.....	19
<i>Chapitre 5 : responsabilités dans le secteur des soins de santé</i>	20
L'histoire de Randy : le bilan global.....	22
<i>Possibilités d'amélioration</i>	23
Des soins de santé numériques et modernes	23
Prestation de soins de santé intégrés.....	24
Efficacité du système.....	24
<i>Prochaines étapes</i>	25
Nous voulons entendre votre point de vue!	25
<i>Biographies</i>	27
<i>Remerciements</i>	34

Lettre au premier ministre de l'Ontario et à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Monsieur le Premier ministre Ford, Madame la Ministre Elliott,

À titre de président du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir, j'entends les commentaires des patients qui reçoivent des soins par l'intermédiaire de notre système de santé. Je suis impressionné par le dévouement des professionnels de santé qui œuvrent au service de la collectivité et prodiguent des soins de haute qualité. Cependant, je suis également inquiet.

Chaque jour dans la province, au moins 1 000 patients reçoivent des soins dans les couloirs de nos hôpitaux. Par ailleurs, le temps d'attente pour être admis dans un foyer de soins de longue durée est de 146 jours, délai qui varie de manière importante selon le lieu de résidence en Ontario.

Nous avons de nombreuses raisons de nous féliciter de notre système de santé, tant en matière d'innovation que de collaboration harmonieuse entre équipes pour offrir des services globaux à des patients aux besoins complexes. Cependant, nous nous sommes également aperçus que de nombreux obstacles, qui n'avaient pas lieu d'être, nuisaient au fonctionnement du système.

Pour faire suite à ce premier rapport, le Conseil vous adressera un certain nombre d'autres rapports publics destinés à orienter l'avenir des soins de santé dans la province. Le prochain rapport contiendra une série de recommandations orientées vers des solutions. Dans chacun de ces rapports, qui sont également destinés aux habitants de l'Ontario, vous trouverez nos meilleurs conseils.

À l'heure où nous nous penchons sur les défis actuels et les besoins futurs du système de soins de santé, nos principaux objectifs sont la transparence et la responsabilité vis-à-vis du public. Au cours des trois prochaines années, la population sera en mesure de suivre nos avancées et de participer à nos travaux. Elle nous aidera à demeurer responsables et à atteindre notre but. Si nous faisons du bon travail, les Ontariens pourront constater les améliorations qui en découleront dans leur hôpital local, mais également à l'échelle de l'ensemble du système de santé.

Notre but est de participer à l'avènement d'un système de soins de santé équilibré sur le plan des professionnels de la santé, possédant des lits d'hôpitaux et des places en soins de longue durée en nombre suffisant, et offrant des soins où et quand ils sont nécessaires. Des décisions difficiles devront être prises pour relever les défis auxquels notre système de santé est confronté, tandis que nous continuerons à soutenir les professionnels de la santé qui font de l'excellent travail au sein de nos communautés.

J'aimerais remercier les membres du Conseil, dont la variété des expériences et des connaissances, l'enthousiasme et l'optimisme ont contribué à la richesse de nos discussions. Je me réjouis de poursuivre notre partenariat dans les années à venir et de concrétiser leur vision au bénéfice de la population de l'Ontario.

D^r Rueben Devlin, *Président*

Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir

Résumé

Les soins de santé de couloir constituent un problème important dans la province. Les Ontariens, qui ont de la difficulté à s’orienter dans un système de santé complexe, attendent trop longtemps pour recevoir des soins et – bien souvent – les reçoivent au mauvais endroit, ce qui entraîne l’engorgement des hôpitaux au bout du compte.

La mission de conseiller le gouvernement sur la manière de résoudre ce problème et d’améliorer les résultats en santé à l’échelle de la province a été confiée au Conseil du premier ministre pour l’amélioration des soins de santé et l’élimination de la médecine de couloir.

Ce premier rapport propose un aperçu de certains des principaux problèmes qui favorisent la médecine de couloir, et fait ressortir des possibilités et des thèmes émergents à partir des travaux initiaux du Conseil, notamment la possibilité d’intégrer les soins de santé et d’introduire des solutions technologiques visant à renforcer les services hospitaliers et communautaires et à les rendre plus efficaces, de favoriser l’amélioration des résultats pour les patients et enfin de résoudre le problème des soins de santé prodigués dans les couloirs.

Principales constatations

1. Les patients et leurs familles ont de la difficulté à s’y retrouver dans le dédale du système de santé et attendent trop longtemps pour être soignés. Non seulement les effets néfastes de cette situation se font sentir chez les patients, mais ils se répercutent sur les prestataires et les aidants.
2. Des pressions s’exercent actuellement sur la capacité du système de santé, en termes de diversité des services, de nombre de lits et d’outils numériques nécessaires pour répondre aux prévisions d’augmentation des soins complexes et aux pressions accrues sur la capacité à court et à long terme.
3. Une coordination plus efficace doit être mise en place tant au niveau du système que de celui des points d’intervention. Cette mesure permettrait de valoriser, par de meilleurs résultats en santé, l’argent des contribuables dépensé dans tout le système. Tel qu’il est actuellement, le système de soins de santé ne fonctionne pas toujours de manière efficace.

Chapitre 1 : l'expérience du patient

Les patients et leurs familles ont de la difficulté à s'y retrouver dans le dédale du système de santé. Les Ontariens n'ont pas toujours la possibilité de rencontrer leur prestataire de soins primaires quand ils en ont besoin; les temps d'attente pour certaines procédures et l'accès aux médecins spécialistes et aux soins communautaires sont trop longs; et le recours aux services d'urgence est en augmentation. Le manque d'intervention précoce et de prévention contribue à la mauvaise santé de la population. Toute cette problématique favorise le recours à la médecine de couloir.

Chapitre 2 : pression sur les aidants et les prestataires de santé

Les prestataires de soins de santé, les parents et les amis ressentent les contraintes d'un système qui ne facilite pas le travail des aidants. Il en résulte des niveaux de stress élevés qui pèsent lourd sur les épaules des aidants qui doivent lutter pour des services de soins de santé de qualité et rapides.

Chapitre 3 : des besoins en santé différents

La gestion doit être plus coordonnée et minutieuse, car le nombre de patients ayant des besoins complexes augmente, ainsi que les problèmes de santé chroniques, liés par exemple au vieillissement de la population, qui vit plus longtemps avec des taux de démence élevés. L'accès équitable aux soins de santé à l'échelle de la province reste problématique.

Chapitre 4 : pressions exercées sur la capacité immédiate et à long terme

L'Ontario ne dispose pas d'une diversité de services adéquate et d'un nombre de lits suffisant à l'échelle du système de soins de santé. Cette situation entraîne des pressions qui s'exercent sur la capacité des hôpitaux et des foyers de soins de longue durée. D'après les projections démographiques, des contraintes supplémentaires s'exerceront sur la capacité existante dans un avenir proche.

Chapitre 5 : responsabilités dans le secteur des soins de santé

Le système de santé de l'Ontario est un réseau important et ramifié. La responsabilité de la coordination des soins de haute qualité est répartie entre plusieurs organismes gouvernementaux, organisations administratives et le Ministère, mais sans réelle convergence vers un point de responsabilité unique qui mettrait l'accent sur l'amélioration des résultats en santé au bénéfice des Ontariens. On assiste à un manque de clarté flagrant sur les services que doivent offrir les prestataires aux patients et sur la manière de travailler ensemble efficacement. La province pourrait mieux valoriser le montant qu'elle dépense pour le système de soins de santé.

Possibilités d'amélioration

Le système de soins de santé peut s'appuyer davantage sur la technologie disponible et doit s'efforcer de fournir des services intégrés et efficaces partout dans la province. Les gens ont davantage accès aux outils numériques et à l'information que par le passé, ce qui induit des attentes plus élevées en matière de qualité, d'efficacité et de soins de santé intégrés.

Étapes suivantes

Le Conseil travaille à un second rapport, avec des recommandations et des conseils pour le gouvernement sur la manière de remédier au problème des soins de santé dans les couloirs en Ontario. Les quatre grands thèmes qui ont émergé des travaux initiaux du Conseil serviront de guide à la mise au point de recommandations détaillées dans le prochain rapport :

1. Le besoin pressant d'articuler les soins autour du patient et entre prestataires d'une manière logique dans chacune des communautés de la province et de sorte à améliorer les résultats en santé des Ontariens.
2. La demande croissante et les possibilités d'innovation dans les prestations de soins, en particulier avec l'utilisation des soins de santé virtuels et des applications, et la possibilité pour les patients d'accéder à leurs propres données en matière de santé.
3. Le potentiel d'amélioration de l'efficacité en matière de rationalisation et d'harmonisation des objectifs du système pour obtenir des soins de qualité.
4. Le rôle crucial d'un plan à long terme pour atteindre l'équilibre en matière de professionnels de la santé, de services et de lits, afin de répondre aux besoins en soins de santé, en constante évolution.

Introduction

En Ontario, de nombreux signes témoignent de la pression subie par le système de santé. Les patients attendent plus longtemps qu'ils ne le devraient dans des services d'urgence engorgés, reçoivent des soins dans les couloirs des hôpitaux, ne sont pas en mesure d'accéder à des soins hospitaliers en phase post-aiguë et enfin ne peuvent accéder à des services une fois sortis de l'hôpital, car ceux-ci ne sont pas disponibles dans la communauté.

Les hôpitaux constituent un point d'accès important au système de santé. Cependant, trop de patients se rendent à l'hôpital pour des pathologies qui pourraient être traitées dans des établissements de soins primaires ou communautaires, ou même faire l'objet d'une prévention. L'engorgement des services d'urgence oblige les Ontariens qui ne peuvent être soignés qu'aux urgences à attendre plus longtemps pour accéder aux soins dont ils ont besoin, et parfois à attendre dans des endroits qui ne sont pas prévus à cet effet, tels que des couloirs. En moyenne en 2018, environ 1 000 patients par jour attendaient un lit à l'hôpital dans un endroit non prévu à cet effet ou dans une civière du service des urgences¹. Cela ne devrait pas arriver.

Le système de santé est complexe et les hôpitaux reçoivent des patients provenant de divers milieux de soins, tels que des établissements de soins primaires (médecins de famille ou infirmiers praticiens), des foyers de soins de longue durée, des centres de soins à domicile et en milieu communautaire, d'organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et des services d'urgence.

En réalité, la progression à l'intérieur du système de soins de santé n'est ni simple ni linéaire; les patients passent d'un environnement de soins à un autre en fonction de la gravité de leurs problèmes ou du type de soins requis à chaque stade du parcours. En parallèle, d'autres patients – avec juste un peu d'aide supplémentaire d'un prestataire de soins de santé – pourraient rester à domicile plus longtemps, éviter un déplacement dans un service d'urgence et une hospitalisation, tout en restant en santé et indépendants.

Nous observons les conséquences d'un système sous pression dans nos couloirs d'hôpitaux, même si la médecine de couloir n'est qu'un symptôme d'une problématique plus large à laquelle doit faire face le système de santé.

De nombreux Ontariens nous ont dit qu'ils attendaient davantage du système de soins de santé et notamment d'accéder de manière simple aux soins de grande qualité qui sont offerts en Ontario.

Souvent, ce n'est simplement pas possible.

L'histoire d'Ida et de Sara : peur, froid et exposition à la vue de tous

Aidante familiale, Ida s'occupe de sa tante âgée, Sara. Elle nous fait part de son expérience après avoir passé deux jours dans un couloir du service des urgences d'un hôpital.



Tante Sara

Lorsqu'elle appelle une ambulance pour emmener sa tante de 94 ans à l'hôpital, Ida sait qu'elle finira probablement dans un couloir. En tant que principale aidante familiale de Sara depuis plus de 10 ans, Ida l'a accompagnée au service des urgences de l'hôpital d'autres fois et a dû attendre, pour que des soins lui soient prodigués, en général de huit à dix heures dans un couloir très fréquenté.

Cette fois, après avoir été prise en charge par une infirmière de triage, Sara est transportée sur une civière dans un couloir proche, où elle rejoint trois autres patients tassés le long des murs d'une zone très passagère et fortement éclairée. La police est en train d'amener des personnes qui causent du désordre. « Il y avait beaucoup de cris et de jurons », raconte Ida.

« Sara a eu peur à cause de la présence du policier. Elle se sentait vraiment mal à l'aise et affolée. Même si elle avait voulu dormir, c'était impossible ».

Ida passe toute la nuit au chevet de Sara. Elle dispose d'une chaise, mais elle ne peut pas la placer devant la civière, par conséquent elle doit s'asseoir derrière, hors de vue de sa tante effrayée. Des infirmières viennent poser des questions et procéder à des examens. Le couloir est en proie à une activité frénétique constante et bruyante.

« Tout ce temps, Sara était perturbée. C'était affreux à voir. Elle ne savait pas ce qui se passait, où elle était et si elle avait des ennuis à cause de la présence du policier. Elle me répétait qu'elle avait peur et qu'elle ne comprenait pas pourquoi elle n'était pas dans une chambre toute seule. Elle me demandait d'éteindre la lumière; elle voulait un somnifère ».

Sara a très froid dans le couloir, mais les infirmières sont tellement occupées que Ida s'en va elle-même chercher une couverture. Au cours de la nuit, il arrive que le support pour intraveineuse tombe et Ida doit le remettre en place. Plusieurs fois, lorsque Ida s'en va chercher du thé ou se rend aux toilettes, elle trouve à son retour Sara étendue complètement découverte et exposée à la vue de tous ceux qui passent, après que sa jaquette d'hôpital et son drap ont glissé.

Le matin suivant, Ida doit s'absenter quelques heures pour effectuer certaines tâches et lorsqu'elle revient, elle a la désagréable surprise de voir que Sara se trouve toujours dans le couloir. Elle reste à ses côtés le reste de la journée, en craignant que le docteur arrive juste au moment où elle partirait chercher un thé.

Sara se tourne et se retourne dans la civière inconfortable qu'elle occupe depuis 30 heures. Depuis deux jours, Sara n'a pas dormi – pas plus que Ida. Plus tard dans la journée, les docteurs déterminent que Sara doit être hospitalisée. Dans la soirée, un lit se libère et Sara est enfin sortie du couloir où elle se trouve depuis 48 heures.

Sara a repris des forces à l'hôpital, avant d'être placée récemment dans un foyer pour aînés.

Chapitre 1 : l'expérience du patient

Durant ses quatre premiers mois d'existence, le Conseil a récolté les témoignages de plus de 340 patients, et ce qui revient régulièrement dans leurs récits, c'est leur expérience de l'attente d'être soignés dans des environnements qui ne permettent ni le repos ni le soulagement. De nombreux patients se plaignent du manque d'intimité dans les services d'urgence et de la perte de dignité ressentie lorsqu'ils parlent de leur vécu et de leurs antécédents médicaux à un prestataire de soins de santé dans un couloir, là où tout le monde peut les entendre. Pour certaines personnes, même quelque chose qui devrait être simple, comme d'aider des patients à aller aux toilettes à temps, peut devenir difficile dans les conditions actuelles.

En quoi consiste la médecine de couloir?

L'expression « médecine de couloir » s'emploie lorsque des patients attendent un lit d'hôpital dans un endroit inhabituel ou non prévu à cet effet. Il peut s'agir d'un couloir ou de tout autre endroit à l'intérieur d'un établissement de soins de santé qui n'est pas prévu pour être utilisé à cette fin.

Le décompte de la médecine de couloir s'effectue en comptant le nombre de personnes qui passent une nuit à attendre dans un endroit non prévu à cet effet ou sur une civière du service des urgences qu'un lit d'hôpital leur soit affecté. Cela permet de se rendre compte de l'ampleur du problème, mais il existe d'autres éléments inhérents au système qui sont liés à la médecine de couloir, tels que les temps d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée, qui ont une incidence sur le bon fonctionnement du système.

Dans un système de santé très performant, très peu de personnes doivent attendre qu'on leur affecte un lit d'hôpital quand elles en ont besoin.

Orientation et accès aux soins de santé

Le Conseil a recueilli des témoignages selon lesquels les patients et leurs familles ont de la difficulté à s'orienter dans le système de santé. Certains ne sont pas en mesure d'obtenir des soins en temps voulu, à cause des longs temps d'attente ou des heures d'ouverture peu pratiques. Pour d'autres, il peut être compliqué de savoir où aller pour obtenir les soins qui s'imposent. Des personnes, par exemple, se rendent souvent au service des urgences avec des problèmes de santé mentale ou de dépendances qui pourraient être traités plus rapidement, et souvent de manière plus appropriée, dans un centre de soins primaires ou un organisme communautaire œuvrant dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. Ne sachant pas comment accéder à des services communautaires ou attendant trop longtemps pour de tels

services en raison de leur nombre insuffisant, nombreux sont ceux qui atteignent un stade de crise qui les conduit vers le service des urgences.

Dans tous les cas, cela signifie que les gens convergent vers les services d'urgence, attendent des heures des soins qu'ils pourraient recevoir de manière plus appropriée dans un autre environnement de soins ou qu'ils pourraient éviter complètement par des mesures proactives et préventives. Ces questions d'orientation et d'accès en temps opportun participent au problème de la médecine de couloir dans la mesure où la façon dont les patients entrent à l'hôpital ou le quittent a une incidence importante sur l'efficacité du système de santé dans sa globalité.

Se rendre au service des urgences pour des soins de santé qui pourraient être prodigués ailleurs est un scénario fréquent en Ontario, parfois simplement parce qu'il s'agit du seul service de santé ouvert 24 h/24 et 7 j/7. Selon le Sondage de 2018 sur l'expérience en matière de soins de santé, 41 % des Ontariens qui se sont rendus à l'urgence et 93 % de ceux qui sont allés dans une clinique sans rendez-vous ont bénéficié de soins pour une pathologie qui aurait pu être traitée par leur prestataire de soins primaires². Même si 94 % des Ontariens ont un médecin de famille ou une infirmière praticienne,³ les données laissent à penser que les Ontariens ne privilégient pas toujours – ou n'y ont pas toujours accès en temps opportun – leur prestataire de soins primaires. Bien que le système de soins de santé ait évolué au cours des 15 à 20 dernières années, le service des urgences reste le seul lieu de soins de santé ouvert et disponible quand les gens sont malades et ont besoin de soins. Davantage de mesures préventives et une mobilisation efficace auprès des prestataires de soins de santé pourraient aider à endiguer le flot de patients qui convergent vers les services d'urgence et les hôpitaux, et contribuer à réduire le problème des soins prodigués dans les couloirs.

Temps d'attente et soins de qualité

D'une façon générale, les visites aux services d'urgence dans la province ont augmenté d'environ 11 % au cours des six dernières années, ce qui porte leur chiffre à 5,9 millions en 2017-2018⁴. Cette augmentation de l'ampleur du phénomène est seulement l'un des facteurs qui contribuent à l'accumulation dans le système, car toutes les visites à l'urgence n'aboutissent pas une hospitalisation.

L'objectif actuel recommandé pour l'Ontario – ce que la province attend de ses hôpitaux – c'est, lorsqu'un patient doit faire l'objet d'une admission, qu'il intègre un lit dans une chambre d'hospitalisation dans les huit heures qui suivent sa prise en charge à l'urgence.⁵ However, in November 2018, only 34% of patients admitted to hospital are admitted to an inpatient bed from the emergency department within that 8 hour target.^{6,7}

En outre, les patients de l'Ontario qui ont besoin d'être hospitalisés passent en moyenne 16 heures à l'urgence avant qu'un lit ne se libère, ce qui correspond au temps d'attente le plus long depuis six ans.⁸

Les temps d'attente trop longs ne sont pas le propre des hôpitaux; ils sont également trop longs dans d'autres structures du système de soins de santé. Par exemple, le temps d'attente moyen pour le placement dans un foyer de soins de longue durée en Ontario pour l'année financière 2017-2018 était de 146 jours et celui pour les soins à domicile d'environ six jours.^{9,10}

Une fois que les Ontariens ont accès aux services et au soutien, les données montrent qu'ils sont généralement satisfaits. Par exemple, les résultats du sondage pour les soins à domicile et communautaires témoignent d'un taux élevé de satisfaction chez les clients : 92 % des répondants évaluent leur expérience comme globalement excellente, très bonne ou bonne,¹¹ même si les temps d'attente trop longs dans certaines parties du système sont révélateurs de dysfonctionnements. En outre, l'emplacement des services de soins de santé joue également un rôle. Par exemple, les familles témoignent de la difficulté de s'orienter dans l'offre de services de soins pédiatriques. En outre, une meilleure disponibilité de l'accès à des services de qualité plus proches de la maison aiderait les familles et les patients.

Outre un temps d'attente raisonnable pour l'accès des Ontariens aux services de santé, la province vise à fournir des soins de haute qualité dans toutes les structures de soins. Une façon d'améliorer l'accès aux soins consiste à s'assurer que les patients ne subissent pas des complications qui peuvent être évitées en cours de traitement. Il est prouvé, par exemple, que les patients qui contractent certaines infections nosocomiales voient leur séjour à l'hôpital se prolonger de deux semaines.¹² Ces infections, qui peuvent être très coûteuses à traiter, peuvent être évitées en respectant de bonnes pratiques de soins.

« La moitié des parents qui ont sollicité de l'aide pour des services de santé mentale pour leur enfant ont déclaré rencontrer des difficultés à obtenir les services dont ils avaient besoin, principalement en raison des temps d'attente ».
– Santé mentale pour enfants Ontario (Novembre 2017)

Nous savons de manière intuitive que tout délai pour accéder à des soins de santé – que ce soit pour qu'un lit se libère dans la structure de soins adaptée, pour obtenir un diagnostic ou pour une référence à un spécialiste – retarde le chemin de la guérison et peut même la rendre plus difficile.

Pleins feux : santé mentale, toxicomanie et médecine de couloir

Le Conseil s'inquiète du fait que les patients ne puissent pas accéder à des services en matière de dépendances et de santé mentale lorsqu'ils en ont le plus besoin. Par exemple :

- Environ un adulte sur trois qui se rend au service des urgences pour obtenir des soins de santé mentale ou de lutte contre les dépendances n'a pas eu accès auparavant à des soins prescrits par un médecin pour sa maladie mentale¹³.
- Au cours des 11 dernières années, les taux de visites aux services d'urgence et les hospitalisations ont augmenté respectivement de 72 % et de 79 % pour les enfants et les adolescents.¹⁴

L'accès aux soins de santé en lieu et en temps opportuns est crucial pour les patients présentant des problèmes de santé mentale et de dépendances. La plupart des problèmes de santé mentale et de dépendances sont mieux traités à l'intérieur des communautés. Cependant, les temps d'attente trop longs pour ce type de traitement entraînent parfois une aggravation de l'état du patient pendant qu'il attend son tour, ce qui l'oblige à se tourner vers le service des urgences, puis à retourner à son domicile pour continuer à attendre des services. Le taux de réhospitalisation pour des problèmes de santé mentale ou de dépendances est beaucoup plus important que pour nombre d'autres problèmes de santé.¹⁵

L'histoire de Chelsea : échecs et guérison



Chelsea

Chelsea, une jeune mère de deux enfants de 29 ans qui vit à Sudbury, a lutté pendant des années pour obtenir des soins pour lutter contre l'anxiété, le trouble panique et la dépression.

Les problèmes de santé mentale de Chelsea commencent réellement à l'âge de 22 ans lors d'une crise de panique. « Je ne voulais plus sortir de la maison », explique Chelsea. « Je ne voulais plus prendre de douche. Le simple fait de vivre faisait mal. La douleur est une telle souffrance émotionnelle que vous ne savez pas quoi faire de vous-même. Vous vous sentez seule et terrorisée ».

Cherchant désespérément de l'aide, Chelsea se rend au service des urgences de son hôpital local plusieurs fois au cours d'une semaine, attend des heures pour voir un médecin, qui chaque fois la renvoie rapidement chez elle sans information sur les ressources communautaires disponibles et susceptibles de l'aider.

Pour finir, un médecin prescrit à Chelsea une ordonnance de médicaments contre l'anxiété et d'antidépresseurs. Malgré qu'elle a reçu un diagnostic de trouble anxieux généralisé à l'âge de 12 ans, Chelsea n'a jamais pris de médicaments pour cette maladie mentale. Le médecin de l'hôpital la dirige également vers un centre externe de thérapie comportementale cognitive, mais le temps d'attente est de neuf mois.

Chelsea essaie de reprendre sa vie en main et arrive à voir un psychiatre tous les trois mois plus ou moins, mais elle a le sentiment qu'il ne la connaît pas et il n'est pas en mesure de lui prodiguer les soins nécessaires à sa guérison.

Quelques années plus tard, le père de Chelsea trouve le nom d'une psychothérapeute et Chelsea commence à la rencontrer toutes les semaines, et parfois même trois fois par semaine lorsque ses symptômes empirent. La psychothérapeute parvient à connaître Chelsea en tant que personne et, pour la première fois, elle sent qu'elle bénéficie d'une oreille compatissante vis-à-vis de sa maladie. « Si j'avais besoin, elle était là » affirme-t-elle.

Chelsea explique que la plupart des personnes à qui elle a parlé ont vécu des expériences similaires à la sienne – sinon pires – avec le système de santé mentale. « Les gens ne savent pas où aller, ni quelles ressources sont disponibles », résume-t-elle. « Le système, qui doit être davantage orienté vers le patient et la guérison, gagnerait à adopter une approche plus globale ». Elle aimerait également qu'il y ait davantage de financement pour les organismes de soutien à la santé mentale et d'autres services, comme la psychothérapie structurée. « Ça peut être difficile financièrement de s'offrir des services de psychothérapie; ça peut coûter aux patients des milliers de dollars par an ».

Âgée maintenant de 29 ans, Chelsea sait qu'elle doit participer activement à sa guérison, mais elle a davantage confiance dans sa capacité à affronter et gérer sa maladie, et elle se sent plus forte pour le faire.

Chapitre 2 : pression sur les soignants et les prestataires de santé

L'un des indicateurs les plus troublants qui laissent à penser que notre système de soins de santé ne fonctionne pas correctement, c'est la pression ressentie par les parents et les amis qui s'occupent des patients, et par certains prestataires de santé. Il existe des signes évidents dans tout le système d'épuisement professionnel des prestataires, de pénuries de personnel à certains postes et à certains endroits de la province, et de niveaux de stress élevés.

Parmi les patients qui ont reçu des soins à domicile pendant six mois ou plus, au premier semestre de l'année financière 2017-2018, environ 26 % d'entre eux avaient un aidant principal, parent ou ami, qui vivait dans un état permanent de détresse, de colère ou de dépression en rapport avec son rôle d'aidant – pourcentage en hausse par rapport au chiffre de 21 % pour le premier semestre de l'AF 2012-2013¹⁶. Certains préposés aux services de soutien personnel (PSSP) ressentent également cette pression. Ils exercent un travail difficile et gratifiant, mais la planification, souvent imprévisible, peut entraîner des interruptions dans la continuité des soins pour les travailleurs et les patients à domicile.

« C'était difficile pour ma mère qui souffrait de la maladie d'Alzheimer de se retrouver dans cet endroit perturbant pendant si longtemps. Nous avons dû rester toute la nuit avec elle pour nous assurer qu'elle n'avait pas froid et qu'elle savait que quelqu'un était là pour s'occuper d'elle ».

– Réponse à l'enquête menée auprès des patients

Cette pression sur les prestataires a fini par atteindre les hôpitaux et d'autres milieux de soins de santé. Une étude menée dans quatre hôpitaux de l'Ontario, par exemple, montre que les prestataires de soins sont souvent surchargés (trop de responsabilités et trop peu de temps) et que 59 % d'entre eux se plaignent d'un niveau de stress élevé.¹⁷

Pour résoudre le problème de la médecine de couloir, il ne suffira pas d'injecter des lits supplémentaires dans le système. C'est en augmentant la capacité des ressources communautaires, le nombre des effectifs, la formation et les dispositifs de soutien que nous pourrons espérer bâtir un système performant pour tous les Ontariens, y compris ceux qui travaillent dans le secteur des soins de santé.

Chapitre 3 : des besoins en santé différents

Les besoins en santé des Ontariens ne sont pas les mêmes que ceux de la génération précédente, et ces nouveaux besoins contribuent au problème de la médecine de couloir. Les résidents des foyers de soins de longue durée, par exemple, sont caractéristiques de l'évolution du profil des patients et des besoins en soins de santé. Ces patients ont changé ces dernières années, d'une façon qui rend plus complexes les soins à leur apporter. Le résident typique d'un foyer de soins de longue durée dans la province a plus de 85 ans, souffre de maladies chroniques –telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les cardiopathies ou les maladies du système circulatoire et la démence – et a généralement besoin d'une aide plus importante pour ses soins personnels.¹⁸ Ajoutés les uns aux autres, les soins nécessaires à ces patients pèsent lourdement sur les ressources en santé.

Les hôpitaux connaissent également une évolution des besoins en soins de santé des patients, ainsi qu'une augmentation des patients hospitalisés dans les services de médecine interne générale. Lors d'une étude menée dans sept centres hospitaliers de la région du grand Toronto, il est apparu que les patients de médecine interne générale correspondaient à environ 39 % des admissions dans les services d'urgence et grossièrement à 24 % de l'ensemble des jours d'hospitalisation. En outre, les patients admis en médecine interne générale souffraient en moyenne de six pathologies simultanément, ce qui signifie qu'ils ont besoin de beaucoup de soutien médical et de ressources.¹⁹

De manière générale, davantage de patients de tous âges et de toutes capacités, en réadaptation complexe et avec des besoins en santé mentale et en dépendances pourraient bénéficier d'un soutien supplémentaire de la communauté. Étant donné les caractéristiques particulières d'une population vieillissante, les services de soins à domicile prennent désormais en charge une base de clients avec des besoins accrus et de plus en plus complexes. Malgré le fait que la province a investi des ressources considérables par le passé pour aider les Ontariens qui vieillissent à rester à la maison, ces patients qui vivent plus longtemps atteignent désormais un stade de la vie où ils connaissent un déclin de leur capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne.

Le Conseil s'engage à s'assurer que les Ontariens sont soutenus et ont la possibilité de vivre pleinement leur vie. Il est important que notre système de soins de santé participe de manière significative à aider les personnes (patients et aidants) à vivre bien et au meilleur de leurs capacités. Au fur et à mesure que la population vieillit, et que le profil des personnes qui reçoivent des soins à domicile et des services communautaires change, le système doit s'adapter et offrir le bon niveau de soutien au bon endroit pour atteindre ces objectifs.

Pleins feux : un accès équitable aux soins de santé

Grâce aux progrès technologiques, aux percées médicales et à la prise de conscience grandissante de la population en général sur la manière de vivre en santé, l'espérance de vie moyenne en Ontario a augmenté – et c'est une bonne nouvelle – dans la majeure partie de la province.²⁰

Malheureusement, ces résultats en santé ne sont pas partout les mêmes dans la province. Ainsi, le taux de mortalité, qui représente une façon de mesurer la santé d'une population, diffère à l'échelle de la province en fonction du lieu, du milieu socio-économique et du sexe.²¹

Autre exemple, dans le nord de l'Ontario, il reste du travail à faire pour améliorer les résultats en santé. Dans les communautés du Nord, l'espérance de vie moyenne est inférieure à celle du reste de la province, car ses habitants ont plus de risque de mourir prématurément de maladie du système circulatoire, de maladie respiratoire et par suicide.²²

Au fur et à mesure que le Conseil poursuit ses travaux et émet des recommandations dans le but d'améliorer les résultats en santé et de résoudre le problème de la médecine de couloir en Ontario, il tiendra compte des besoins de soins particuliers et des différences culturelles des diverses populations de la province, y compris des Autochtones et des francophones.

Chapitre 4 : pressions exercées sur la capacité immédiate et à long terme

Les pressions exercées sur la capacité contribuent également au problème des soins de santé de couloir en Ontario. Plusieurs causes sont sous-jacentes au problème de capacité : 1) il se peut que l'Ontario ne dispose pas du nombre approprié de lits d'hôpitaux ou de places en soins de longue durée pour répondre aux besoins de la population en matière de santé, 2) la capacité est insuffisante dans les systèmes de soins communautaires, p. ex., soins à domicile, soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, pour éviter que les gens ne doivent aller à l'hôpital et leur permettre d'en sortir et de retourner chez eux rapidement, et 3) la province n'utilise pas les lits de l'ensemble du système aussi efficacement que possible. En pratique, cela signifie qu'il y a des personnes dans la province qui passent du temps dans les lits d'hôpitaux, parce qu'elles ne peuvent pas accéder à d'autres options de soins de santé.

En attente de soins au mauvais endroit : comprendre l'accès à un autre niveau de soins (ANS)

Une approche courante pour mesurer l'adéquation de l'utilisation des places pour les patients consiste à effectuer un suivi du nombre de patients qui nécessitent un « autre niveau de soins ». Lorsqu'un patient occupe un lit dans un hôpital et qu'il n'a pas besoin de l'intensité des ressources ou des services offerts, le patient est considéré comme ayant besoin d'un autre niveau de soins.

Les pourcentages et les volumes d'ANS ne sont qu'un moyen de mesurer l'efficacité avec laquelle le système de santé fait circuler les patients vers les différents milieux de soins. C'est une désignation qui fait référence aux patients qui restent à l'hôpital bien qu'ils n'aient plus besoin de soins hospitaliers.

Un système de soins de santé hautement performant aurait un pourcentage d'ANS faible, ce qui signifierait que les patients reçoivent les soins correspondant à leurs besoins à l'endroit approprié.

En Ontario, de nombreux patients attendent au mauvais endroit du système et ont besoin d'accéder à un autre niveau de soins (ANS). Ainsi, en octobre 2018, presque 16 % des jours d'hospitalisation correspondaient à des patients attendant des soins dans un autre milieu.²³ Ce pourcentage est élevé et il augmente malgré les investissements engagés pour un plus grand nombre de lits dans l'ensemble du système. En novembre 2018, environ 4 665 patients étaient considérés comme nécessitant un ANS.²⁴ Cela représente une augmentation de 4 % en volumes absolus, par rapport à l'année précédente.²⁵

En plus d'être élevé, le pourcentage d'ANS est différent selon l'endroit où vous vous trouvez dans la province et peut changer selon la période de l'année. En octobre 2018, la fourchette de pourcentages d'ANS en Ontario variait entre 5 % et 34 %, certains problèmes étant plus prononcés dans le nord de la province et dans la région du grand Toronto.²⁶

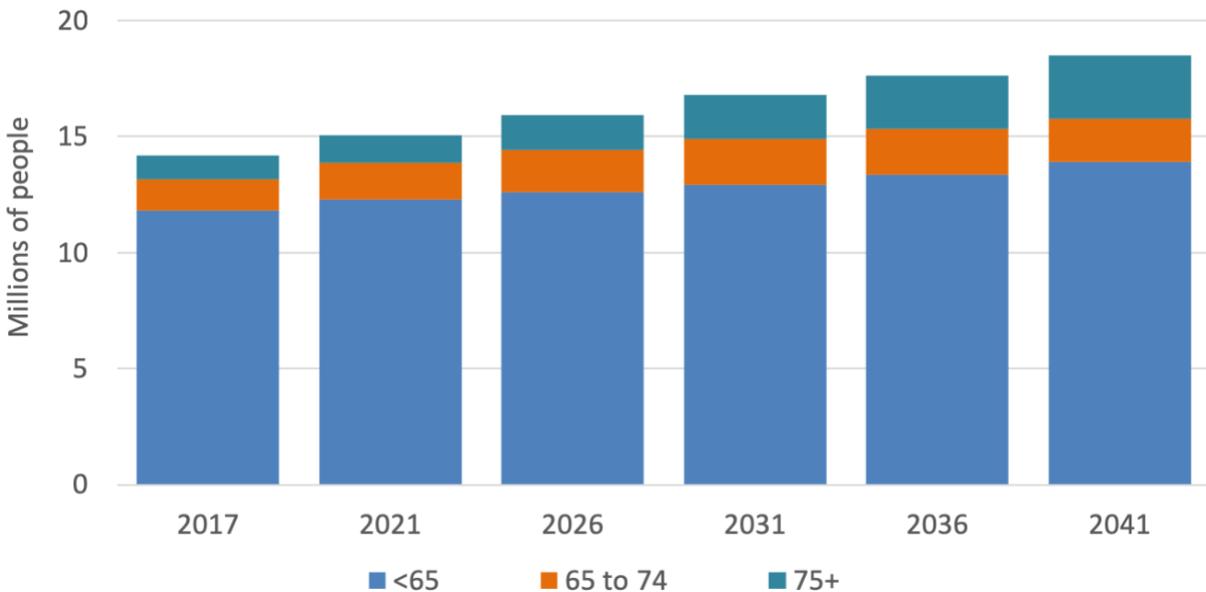
Il existe de nombreux exemples de personnes attendant des soins de santé au mauvais endroit du système qui pourraient bénéficier d'un autre type de soutien. Ainsi, plus de 9 % des personnes considérées comme nécessitant un ANS qui ont attendu plus de 30 jours sont des personnes qui ont des besoins spécialisés en santé mentale²⁷ qui pourraient être servies, avec des soutiens appropriés, dans des logements avec services de soutien plutôt que dans des lits d'hôpitaux.

Un autre domaine dans lequel nous pouvons constater l'incidence directe des pressions exercées sur la capacité réside dans la difficulté à trouver une place dans les foyers de soins de longue durée. La majeure partie des jours cumulés en ANS (à l'échelle de la province) est actuellement attribuée à des patients en attente de prise en charge en soins de longue durée (59 %).²⁸ Cela signifie que ces personnes attendent trop longtemps dans les hôpitaux avant d'être déplacées vers un lit vacant dans un foyer de soins de longue durée. Ceci est en partie dû au fait que la capacité des foyers de soins de longue durée est actuellement occupée à 98 %, avec environ 78 910 résidents répartis dans 627 foyers de soins de longue durée dans toute la province, et également parce que les soutiens communautaires ne se développent pas assez vite.²⁹ Par exemple, un rapport de 2017 de l'Institut canadien d'information sur la santé a conclu qu'au Canada, plus de 20 % des personnes âgées admises en soins en établissement pourraient rester chez elles avec des soutiens appropriés. En outre, les personnes âgées évaluées à l'hôpital risquent beaucoup plus d'être admises en soins en établissement que celles évaluées par le système communautaire.³⁰ La non-concordance de la capacité, de la demande et de l'utilisation des services est l'un des principaux points de pression auxquels est confronté le système de santé, et qui contribue aux soins de santé de couloir.

Vieillessement de la population et services de soins de santé

Selon les projections démographiques, la population âgée de l'Ontario (personnes de plus de 65 ans) devrait presque doubler, passant de 2,4 millions, soit quasi 17 % de la population en 2017 à 4,6 millions, soit 25 % d'ici 2041.³¹ Ainsi, cela signifie pour les services de soins de santé, que 76 % des personnes âgées (de plus de 75 ans) ayant besoin de soins reçoivent les soins à domicile. Pour maintenir ce pourcentage, le système devrait offrir des services de soins à domicile à plus de 97 194 patients.³²

Croissance de la population par groupe d'âge, 2017 à 2041



(Source : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2019)

L'un des défis associés à une population vieillissante est l'augmentation du nombre de patients atteints de démence. Près de 228 000 Ontariens sont actuellement atteints de démence et ce nombre va augmenter à plus de 430 000 d'ici 2038.³³ La démence est l'une des principales causes de dépendance et de handicap chez les personnes âgées et les responsabilités vis-à-vis d'une personne atteinte de démence peuvent avoir des répercussions importantes sur la famille et les amis.

Entre 2008 et 2038, la démence coûtera à la province près de 325 milliards de dollars.³⁴ Ceci comprend les soins de santé et d'autres frais, notamment les salaires perdus ou les frais remboursables avancés par les personnes atteintes de démence ou leurs partenaires de soins.

Environ 64 % des résidents des foyers de soins de longue durée souffrent de démence.³⁵ Certains foyers de soins de longue durée ne peuvent pas accueillir de résidents supplémentaires atteints de démence, car leur nombre est déjà très élevé, ce qui peut retarder les admissions et entraîner un fardeau supplémentaire pour les familles en recherche de soutien.

Et alors que nous nous concentrons sur le nombre croissant de personnes âgées requérant différents services de soins de santé, il est également important de noter que d'ici les vingt prochaines années, il y aura plus de 560 000 enfants (âgés de 0 à 18 ans) de plus en Ontario.³⁶

Des interventions de soins de santé proactives et précoces aideront ces enfants à avoir une vie meilleure et permettront de réduire les frais de soins de santé tout au long de leur vie.

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs économiques et sociaux qui ont un impact sur notre santé. Ils jouent un rôle essentiel à long terme sur les soins de santé, en particulier pour les personnes souffrant de problèmes chroniques. Avoir un emploi, manger de la nourriture saine et avoir un endroit sûr pour dormir sont la base d'une bonne santé.

Croissance de la population et services de soins de santé

En plus de la croissance prévue de la population vieillissante, la population ontarienne globale augmente également. Les projections démographiques suggèrent que la province connaîtra une augmentation de sa population d'environ 30 % d'ici 2041.³⁷

Cette croissance de la population n'aura pas lieu de manière uniforme dans l'ensemble de la province, ce qui aura une incidence sur la façon dont le système de soins de santé prévoira de gérer cette croissance future et ce à quoi il allouera ses ressources limitées pour répondre à l'augmentation prévue de la demande de services.

Les projections suggèrent en particulier que la population de la région du grand Toronto (RGT) sera la région à la croissance la plus rapide de la province. D'ici 2041, la population de la RGT devrait s'accroître de 41 %, soit environ 2,8 millions de personnes, par rapport à 2017. Parallèlement, la croissance de la population sera plus lente dans certaines parties de la province, ce qui impactera le système de différentes manières.³⁸

Si aucune mesure n'est prise, ces changements démographiques auront un impact considérable sur la disponibilité des soins de santé dans la province. Sans la création de capacité supplémentaire, ou si aucune autre efficacité n'est trouvée dans le système, le nombre de lits d'hôpitaux en Ontario déclinera d'environ 222 lits pour 100 000 personnes en 2018 à approximativement 173 lits pour 100 000 personnes en 2041.³⁹

Les projections sont plus préoccupantes pour le nombre de lits en soins de longue durée, qui devrait baisser de 72 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus à 29 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus d'ici 2041. Cela correspond à un déclin total du nombre de lits en soins de longue durée d'environ 60 %, soit l'équivalent de la suppression de 48 000 lits d'ici 2041 si rien n'est entrepris.⁴⁰

Le fait de rajouter simplement des lits au système ne résoudra pas le problème des soins de santé de couloir. Ainsi, les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les

dépendances, ainsi que les services communautaires de réadaptation sont deux secteurs dans lesquels un accès supplémentaire aux services pourrait permettre d'alléger en partie les pressions à l'origine des soins de santé de couloir.

En raison des pressions actuelles sur la capacité et des implications des changements démographiques futurs, le Conseil cherchera des solutions novatrices en vue de supprimer les obstacles inutiles qui empêchent les Ontariens d'obtenir un accès aux soins de santé qui soit juste, opportun et adapté à la culture.

Chapitre 5 : responsabilités dans le secteur des soins de santé

Le dernier facteur qui contribue aux soins de santé de couloir est le manque d'intégration tout au long de la prestation des services de soins de santé en Ontario. Des obstacles se dressent à l'encontre d'une véritable intégration entre les différents milieux de soins de la province. Par exemple, le système de soins de santé actuel de l'Ontario peut être décrit comme un système décentralisé, vaste et en silo, et il peut parfois s'avérer difficile de savoir qui est chargé de veiller à ce que les Ontariens aient accès à des soins de santé de qualité.

Ceci est en partie dû à la taille du système. Aujourd'hui, 21 organismes sanitaires gouvernementaux participent à la conception et la prestation des soins de santé en Ontario. Un grand nombre de ces organismes ont été créés pour s'attaquer à des problèmes

particuliers, soutenir la recherche ou établir des normes et des mesures de qualité pour aider le système tout au long de son évolution. Toutefois, ces organismes ne sont pas toujours en harmonie et la supervision stratégique visant à garantir une utilisation efficace et coordonnée des ressources est limitée.

Outre le fait d'être surdimensionné, le système est également décentralisé. Sur les 54,6 milliards de dollars de dépenses provinciales en soins de santé, la majorité de ces fonds sont alloués par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée aux bénéficiaires des paiements de transfert.⁴¹ Tout comme d'autres systèmes du pays, le ministère de l'Ontario ne

« Il y a de telles lacunes dans la transition des soins... l'intérêt ne porte pas sur le patient, mais sur les objectifs stratégiques et le budget unique de chaque prestataire de services de santé. Pourquoi chacun des organismes a-t-il sa propre administration contrairement à un système régional ou provincial véritablement coordonné?
– Réponse à l'enquête menée auprès des patients

fournit pas directement les soins de santé, il rétribue d'autres personnes pour offrir ces services aux clients. Cependant, les aides financières et les modèles de financement utilisés pour payer les prestataires de soins de santé afin de coordonner et de fournir les services doivent être correctement harmonisés, sinon le système ne fonctionnera pas de la façon qu'il devrait.

La décentralisation peut également contribuer à la duplication des processus et des procédures, ce qui peut ralentir l'accès aux services de soins de santé. Le processus d'évaluation est un exemple de duplication dans le système de soins de santé. Environ 11 % du temps passé à la coordination des soins sert aux évaluations et réévaluations destinées aux services de soins à domicile et communautaires.⁴² Des évaluations sont également réalisées par les prestataires de services et les hôpitaux, alors que les prestataires de soins primaires ont souvent détaillé et mis à jour les dossiers des patients qui pourraient être utilisés pour informer la planification et la prestation des soins et éviter que les patients aient à répéter leurs histoires.

« Les membres du personnel ont tous été gentils et professionnels... le point négatif serait le constant besoin de fournir les mêmes renseignements de base, comme l'adresse, la date de naissance, les médicaments, le nom du médecin de famille, les allergies, etc. C'est très frustrant pour une personne âgée de devoir toujours répondre aux mêmes questions. »
– Réponse à l'enquête menée auprès des patients

En plus des obstacles au partage des renseignements, certaines duplications inutiles dans le processus d'évaluation sont dues à la séparation entre le rôle de coordinateur et les soins de première ligne. Ce genre de problèmes liés à la conception du système a une réelle incidence sur les patients, car il n'est pas toujours évident de savoir quel prestataire de services est responsable de la prestation des soins.

Il est important également de ne pas oublier que la prestation des soins de santé aux enfants est différente de celle des adultes. Le système actuel ne reconnaît pas très bien cela et les enfants reçoivent des soins dans bien plus de milieux encore, comme les écoles, les soins primaires, les soins

communautaires et à domicile, et bien sûr avec leurs familles.

Les patients tout comme les professionnels de la santé sont frustrés par le manque de communication entre les professionnels, les organisations de soins de santé et les patients. Ce manque de coordination et la duplication de certains rôles et de certaines fonctions sont onéreux pour le système à la fois en temps et en argent, et cela risque de ne pas toujours se traduire par l'accès des patients aux soins dont ils ont besoin.

Une meilleure hiérarchie des responsabilités permettrait de rendre le système de santé plus efficace et de faire en sorte que la province optimise ce qu'elle dépense actuellement pour les

soins de santé. Aujourd’hui, le gouvernement dépense environ 42 cents de chaque dollar de recette fiscale pour la santé.⁴³ Bien que ce soit la somme la plus faible par habitant dépensée pour la santé par rapport à d’autres provinces et territoires, le système pourrait fonctionner de manière plus judicieuse et utiliser ce même montant pour obtenir de meilleurs résultats en santé.⁴⁴ Par rapport à des pays semblables, le Canada dépense de manière générale davantage pour la santé, mais obtient de moins bons résultats pour certains indicateurs de rendement clés.⁴⁵ Avec des aides financières basées sur le rendement qui associent les investissements aux résultats, l’Ontario pourrait recentrer l’intérêt des dépenses de santé sur la qualité plutôt que sur des coûts élevés. Avec une hiérarchie plus claire des responsabilités au sein du système de santé, l’Ontario devrait renforcer le système complet et résoudre le problème des soins de santé de couloir.

L’histoire de Randy : le bilan global



Randy

Randy, un retraité de Pickering, déclare que les patients comme lui tireraient bénéfice d’un dossier de santé électronique détaillé qui couvrirait l’ensemble de leur parcours de santé.

Chaque fois que Randy voit un nouveau médecin, il emporte un graphique qu’il a lui-même conçu. Sur la page, une ligne ressemblant à un battement de cœur raconte l’histoire de sa santé au fil des ans. Lorsque la ligne s’élève pour atteindre un pic, cela indique une maladie grave ou une urgence sanitaire à un âge précis. Il y a une commotion et un nez cassé dans ses jeunes années, et plus récemment, deux cas de thrombose veineuse profonde et un flutter auriculaire.

Randy s’est bien remis de son urgence la plus récente, bien qu’il soit sous anticoagulants et soit attentif aux symptômes d’autres maladies. En repensant aux événements de santé passés dont il devrait faire le suivi, il a réalisé qu’alors que tous ses médecins devaient être en possession de différents dossiers qui ensemble reconstitueraient l’historique complet de ses soins, lui-même n’en avait pas.

Alors, il a réalisé le diagramme en s’appuyant sur sa mémoire. Sans l’image complète, les patients ne disposent que de fragments, dit-il. « Il y a juste beaucoup trop de secteurs, trop de points de contact. La responsabilité revient au patient ou au soignant de prendre des notes ou d’en rédiger l’historique. »

Globalement, Randy est plutôt satisfait des soins qu’il a reçus. Sur Trip Advisor, il a mis cinq étoiles à l’hôpital qui a soigné son flutter auriculaire. Mais nous aimerions que les hôpitaux et les médecins permettent aux patients d’accéder plus facilement aux dossiers numériques afin

qu'ils puissent entamer les prochaines étapes de leur parcours de soins de santé. Les soins de santé relèvent d'une responsabilité partagée, fait-il remarquer, et les patients ne peuvent pas adapter leur comportement s'ils n'ont pas facilement accès à l'information.

Randy sait déjà comment il utiliserait des dossiers plus détaillés. Il vérifierait les choses les plus urgentes, comme sa santé cardiovasculaire, et examinerait les problèmes qui peuvent nécessiter de l'attention, et partagerait certains renseignements importants sur le plan génétique avec ses enfants adultes, afin qu'ils puissent poser les bonnes questions à leurs médecins. « Si nous voulons examiner les données qui nous concernent, nous le pouvons. Si nous ne nous sentons pas à l'aise de le faire, attendons. Selon moi, ce devrait être un choix possible.

« Le système possède différents indicateurs sur moi, mais aucun d'eux ne dispose de l'histoire complète. »

Possibilités d'amélioration

Des soins de santé numériques et modernes

Le système de santé de l'Ontario pourrait être amélioré sur le plan de l'utilisation de la technologie comme outil permettant de coordonner et de fournir les services et pour améliorer les résultats chez les patients. Durant la poursuite de ses travaux, le Conseil s'efforcera d'envisager des solutions technologiques afin d'améliorer les résultats en santé des patients de toute la province. Cela pourrait prendre la forme de nouveaux partenariats afin d'offrir des services particuliers ou d'appuyer l'intégration des soins au niveau local. Cela pourrait également se concrétiser par l'identification d'options pour des systèmes intégrés d'information sur la santé qui faciliteraient les transferts entre les milieux de soins.

Selon le Sondage de 2018 sur l'expérience en matière de soins de santé, seuls 16 % des Ontariens pourraient prendre un rendez-vous avec leur prestataire de soins de santé par courriel ou sur un site Web. Peut-être plus surprenant encore, moins de 1 % des rendez-vous ont été virtuels cette année en Ontario.⁴⁶ Ceci n'est qu'un exemple de la façon dont la province pourrait améliorer l'aiguillage des patients vers les soins. Étant donné qu'il est prévu que les frais de santé en Ontario augmentent davantage avec le vieillissement de la population que l'inflation, il sera plus important que jamais d'explorer comment l'adoption de la technologie pourrait réduire les coûts et débloquer des économies potentielles.

L'accès aux soins de santé ne doit pas être compliqué et le Conseil va chercher des moyens pour que les patients et leurs familles puissent se connecter facilement à un système de santé véritablement intégré.

Prestation de soins de santé intégrés

Le Conseil s'intéresse également à la fourniture de conseils qui permettraient d'informer sur la façon dont les soins de santé sont offerts en Ontario. Les soins de santé intégrés ont le potentiel d'impliquer l'ensemble du continuum des services de soins de santé et de connecter tous les prestataires de soins de santé et les milieux de soins en un partenariat étroit et motivé par un objectif commun : offrir des services globaux aux patients et améliorer les résultats en santé. Ceci inclut tenir compte de l'incidence des déterminants sociaux de la santé et offrir des interventions en santé plus proactives.

Il existe déjà des exemples de soins de santé intégrés fonctionnant dans la province. Le Conseil va rechercher des solutions novatrices pour soutenir les chefs de file et les pionniers du secteur des soins de santé intégrés et envisagera comment développer ces initiatives afin que chacun puisse bénéficier de soins coordonnés. Cela pourrait se traduire par une réflexion sur les rôles et les fonctions des professionnels de la santé et comment rationaliser certaines fonctions, comme la coordination des soins. Le Conseil peut également fournir une orientation sur comment l'Ontario pourrait introduire des mécanismes de paiement et de responsabilisation novateurs visant à garantir l'harmonisation avec la prestation des services et les objectifs gouvernementaux, notamment l'autodétermination des patients.

Qu'est-ce que les soins de santé intégrés?

Les soins de santé intégrés ont diverses significations selon les personnes et peuvent apparaître comme un nouveau moyen d'accéder aux soins au sein de votre communauté. Ces soins sont motivés par un objectif principal : offrir des services de santé globaux aux patients.

Des soins de santé intégrés signifient que le système n'agit pas comme un obstacle pour fournir aux patients des services de santé opportuns. Cela signifie que les services de soins à votre domicile fonctionnent en partenariat total avec votre hôpital local et les prestataires de soins primaires pour veiller à ce que tout soit prêt pour rentrer chez vous dès que vous-même ou l'être qui vous est cher pouvez quitter l'hôpital.

Efficacité du système

Le fait de rajouter simplement des lits d'hôpitaux ou de soins de longue durée au système ne résoudra pas le problème des soins de santé de couloir. Le Conseil va envisager des stratégies qui comprendront des programmes de prévention, d'intervention précoce et probants qui amélioreront les résultats en santé, et étudiera les pratiques exemplaires mises en œuvre en Ontario et dans d'autres pays du monde entier lors de l'élaboration des conseils destinés au gouvernement.

Le Conseil veillera à ce que les recommandations incluses dans son prochain rapport se penchent sur l'équilibre entre les besoins à court et à long terme du système de santé, rendent le système plus efficace pour les patients, les fournisseurs et les soignants, et enfin permettent de donner à l'Ontario toutes les chances de réussite dans les années à venir.

Prochaines étapes

Dans son deuxième rapport, le Conseil s'attachera à fournir des recommandations qui permettront au système de fournir de meilleurs soins de santé dans la province.

Les quatre grands thèmes qui ont émergé des travaux initiaux du Conseil serviront de guide à la mise au point de recommandations détaillées dans le prochain rapport :

1. Le besoin pressant d'articuler les soins autour du patient et entre prestataires d'une manière logique dans chacune des communautés de la province et de sorte à améliorer les résultats en santé des Ontariens.
2. La demande croissante et les possibilités d'innovation dans les prestations de soins, en particulier avec l'utilisation des soins de santé virtuels et des applications, et la possibilité pour les patients d'accéder à leurs propres données en matière de santé.
3. Le potentiel d'amélioration de l'efficacité en matière de rationalisation et d'harmonisation des objectifs du système pour obtenir des soins de qualité.
4. Le rôle crucial d'un plan à long terme pour atteindre l'équilibre en matière de professionnels de la santé, de services et de lits, afin de répondre aux besoins en soins de santé, en constante évolution.

Nous voulons entendre votre point de vue!

Le Conseil va canaliser son attention sur l'élaboration de recommandations destinées au gouvernement sur la façon de corriger le problème des soins de santé de couloir. Le deuxième rapport sera publié au printemps 2019.

Pendant les prochains mois, notre attention se portera sur l'identification de solutions novatrices, abordables et probantes qui seront à même de fonctionner en Ontario. Comme nous travaillerons avec vous et les professionnels de la santé de tout le système sur l'élaboration de ces recommandations, nous étudierons également soigneusement comment mesurer l'avancement des travaux. Nous voulons que vous suiviez nos progrès et que vous nous aidiez à respecter nos engagements alors que nous continuons à réfléchir sur comment améliorer les soins de santé en Ontario.

Nous prendrons également la route pour organiser des séances de consultation dans l'ensemble de la province afin de nous assurer que les recommandations que nous élaborons fonctionneront dans votre communauté. Si vous n'avez pas l'occasion de nous rencontrer en personne, vous pouvez également nous trouver en ligne.

Comment nous joindre : hallwayhealthcare@ontario.ca

Biographies



Dr Rueben Devlin

Conseiller spécial et président du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir

Chirurgien orthopédique, le Dr Devlin a terminé ses études de médecine et a effectué sa résidence à l'Université de Toronto. Au cours de ses 17 années d'exercice à Newmarket, il a occupé des postes de cadre dans des hôpitaux, notamment ceux de chef du service de chirurgie et de président du comité consultatif médical.

Par la suite, le Dr Devlin a été président et chef de la direction de l'Hôpital Humber River à Toronto, de 1999 à 2016. Cet hôpital est l'un des plus importants hôpitaux régionaux de soins actifs au Canada et il dessert une zone de plus de 850 000 personnes située dans la région nord-ouest du grand Toronto. À titre de président et chef de la direction de cet hôpital, il en a non seulement dirigé la transformation opérationnelle, mais il a également été responsable de la vision et de la mise en œuvre du premier hôpital entièrement numérique en Amérique du Nord.

Le Dr Devlin a toujours su élaborer et mettre en œuvre des plans stratégiques d'entreprise aux plus hauts niveaux des soins de santé et prendre des mesures audacieuses pour innover et employer une technologie qui a des effets directs sur l'accessibilité des patients aux soins et leur satisfaction.

Le Dr Devlin a été nommé conseiller spécial et président du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir en juin 2018.



Adalsteinn Brown

Adalsteinn (Steini) Brown est le doyen de l'école de santé publique Dalla Lana à l'Université de Toronto. Précédemment, il a occupé des postes de haute direction en matière de politique et de stratégie au sein du gouvernement de l'Ontario et des rôles fondateurs dans des entreprises en démarrage. Il a également mené des travaux sur la mesure du rendement dans les soins de santé. Il a étudié l'administration publique à l'Université Harvard et la santé publique à l'Université Oxford.



Connie Clerici

Connie Clerici est une chef de file chevronnée qui dirige depuis longtemps de grandes équipes dans l'environnement complexe et hautement réglementé des soins de santé au Canada. Elle est la fondatrice et la présidente exécutive de Closing the Gap Healthcare, un organisme qui concentre ses ressources sur l'avancement des innovations et sur la création et le soutien d'un système de santé de grande qualité financé par les deniers publics et durable pour les Canadiennes et les Canadiens.

La passion de Mme Clerici est d'aider les personnes les plus démunies de la société et de se montrer pleinement responsable en la matière. Son exigence de lier l'éthique et la compassion à des pratiques commerciales saines s'est révélée dès le début de sa carrière, y compris dans le cadre de son travail visant à faire sortir les enfants gravement handicapés de la garde en établissement du foyer pour enfants Christopher Robin à Ajax afin de les réintégrer dans la collectivité, dans les années 1980, de même que son travail au Rose Cherry Home for Kids (maintenant Darling Home for Kids).

Mme Clerici est une apprenante permanente qui a obtenu une formation poussée en leadership et en affaires dans diverses écoles de commerce et universités. Elle est actuellement membre du conseil d'administration et conseillère auprès de nombreux organismes publics et privés, chargée de cours auxiliaire à l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé de l'Université de Toronto, une chef de file de l'Ivey Business School qui favorise l'entrepreneuriat et la coprésidente du comité sur les normes de qualité de Qualité des services de santé Ontario.



Barb Collins

Barb Collins a été nommée présidente et chef de la direction de l'Hôpital Humber River le 1^{er} juillet 2016. Mme Collins est infirmière autorisée et titulaire d'une maîtrise en administration des affaires de l'Université Queen's de Kingston, en Ontario. Elle a plus de 40 ans d'expérience dans les hôpitaux de soins actifs, y compris en tant qu'infirmière aux soins intensifs, dans les salles d'opération et aux services d'urgence. Elle a aussi géré des services de soutien et des installations.

Avant d'assumer ses responsabilités actuelles de présidente et chef de la direction de l'Hôpital Humber River, Mme Collins a été chef de l'exploitation de cet hôpital. À ce titre, elle était chef de la direction du projet de réaménagement de l'hôpital, supervisant la conception, la construction et l'activation du nouvel Hôpital Humber River. Cet établissement de soins actifs comptant 656 lits, d'une superficie de 1,8 million de pieds carrés, a offert à Humber une occasion unique d'optimiser la conception, d'intégrer la technologie et de réinventer les

procédés pour offrir des soins plus efficaces axés sur le patient, dont certains sont offerts au moyen d'une technologie médicale d'avant-garde à l'échelle internationale.

L'Hôpital Humber River, a été reconnu comme le premier hôpital entièrement numérique en Amérique du Nord. Cette ouverture vers l'innovation se poursuit avec l'inauguration du premier centre de commande d'hôpital au monde axé à la fois sur le flux des patients et des soins hautement fiables. Plus récemment, Humber River a lancé un robot humanoïde, une étape supplémentaire dans la transformation des soins.



Michael Decter

Michael B. Decter est président et chef de la direction de LDIC Inc. Il est actuellement président du conseil d'administration de Croix Bleue Medavie, membre du conseil d'administration de Blue Cross Life et de la fiducie de santé des retraités du secteur de l'automobile, et chancelier de l'Université de Brandon.

Auparavant, M. Decter a été sous-ministre de la Santé de l'Ontario, secrétaire du Conseil des ministres du gouvernement du Manitoba et président du Conseil canadien de la santé.

M. Decter est diplômé de l'Université Harvard avec une majeure en économie. Il est également l'auteur de trois ouvrages sur la santé, *Healing Medicare*, *Four Strong Winds* et *Navigating Canada's Health Care*, en collaboration avec Francesca Grosso.



D^{re} Suzanne Filion

Psychologue clinicienne de grande expérience, la D^{re} Filion est également une chef de file du changement, avec un profond engagement envers les services publics et communautaires. Elle a obtenu un doctorat en psychologie de l'Université de Montréal et une maîtrise en éducation de l'Université d'Ottawa. Elle possède également un certificat en droit de la santé mentale de l'Osgoode Hall Law School de l'Université York.

En tant qu'ancienne directrice du programme de santé mentale et de toxicomanie de l'Hôpital général de Hawkesbury et district (HGH), la D^{re} Filion a mis en œuvre plus de 15 programmes communautaires novateurs en santé mentale et toxicomanie, afin d'améliorer l'accès aux services et augmenter l'efficacité. Elle est actuellement vice-présidente du développement et de l'intégration à l'HGH. Elle est aussi PDG de son propre cabinet dans l'est de l'Ontario. La D^{re} Filion a enseigné à l'Université d'Ottawa et à l'Université Saint-Paul.

Elle est connue à l'échelle nationale pour ses travaux sur les traumatismes psychologiques et avec les groupes minoritaires. En reconnaissance de ses réalisations exceptionnelles dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie pendant plus de 25 ans, elle a récemment

reçu le Prix pour contributions remarquables au service public ou communautaire de la Société canadienne de psychologie.



Dr^e Lisa Habermehl

La Dr^e Habermehl est une médecin de famille en région rurale vivant dans le nord-ouest de l'Ontario. Elle pratique actuellement à Red Lake, où durant la majeure partie des vingt dernières années, elle a offert des soins dans différents milieux, notamment des soins de longue durée, en milieu clinique, hospitalier et en salle d'urgence.

La Dr^e Habermehl a été membre du corps professoral de l'École de médecine du Nord de l'Ontario dès sa création et est actuellement professeure adjointe, offrant un mentorat aux médecins résidents et aux étudiants en médecine, lorsqu'ils élargissent leurs connaissances en médecine par une immersion dans les communautés rurales.

Elle a été auparavant présidente du comité d'experts « Rural Expert Panel » de l'Ontario Medical Association dont le mandat est de promouvoir un système de santé équitable pour les médecins et les patients en zone rurale.

La Dr^e Habermehl a terminé sa résidence en médecine familiale du programme d'internat dans le Nord à Thunder Bay, après avoir obtenu son diplôme de l'Université Western Ontario. Depuis, elle a reçu une bourse de recherche en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada.



Peter Harris

Peter Harris c.r. possède une formation juridique diversifiée dans le domaine de la fiscalité et du conseil général aux entreprises. Sa pratique fiscale met l'accent sur les litiges fiscaux, les transactions transfrontalières et internationales. Il a fourni des conseils fiscaux et commerciaux à certaines des principales institutions financières et industrielles du Canada.

M. Harris a été conseiller spécial auprès de l'Agence du revenu du Canada et du ministère fédéral des Finances. Il a aussi agi à titre de conseiller auprès du gouvernement de l'Ontario pour diverses questions financières. Il fait actuellement partie du conseil d'administration du RLISS du Centre-Ouest.

Outre sa pratique fiscale, M. Harris a siégé au conseil d'administration d'Énergie atomique du Canada limitée, au Centre des sports de l'Ontario, à titre de président. Il a aussi été directeur de l'Hôpital Toronto General & Headwaters (président). M. Harris est actuellement président du comité de la Chambre de commerce sur la fiscalité et l'économie.



Dr^e Gillian Kernaghan

La Dr^e Kernaghan a été nommée présidente et chef de la direction du St. Joseph's Health Care, London (St Joseph) en 2010. St Joseph est une institution de santé universitaire regroupant plusieurs établissements sur le territoire de London et de la région.

Avant d'occuper ce poste, elle a été pendant 17 ans vice-présidente médicale pour différents hôpitaux de London et elle a dirigé l'équipe médicale pendant la restructuration complexe au cours de laquelle quatre hôpitaux ont été fusionnés pour former St Joseph. Du fait de cette restructuration et de divers transferts de programmes entre institutions, les rôles des hôpitaux de London ont considérablement changé. En 1984, la Dr^e Kernaghan a rejoint le personnel médical de St Joseph, de l'hôpital Parkwood et du London Health Sciences Centre à titre de médecin de famille. Elle a terminé sa résidence à l'hôpital St Joseph en 1984 après avoir obtenu son diplôme de l'Université Western Ontario et a reçu sa bourse de recherche en 2000.

Gillian est actuellement membre du conseil d'administration de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, du Conseil des hôpitaux universitaires de l'Ontario. Elle est également présidente du Conseil d'administration de l'Association catholique de la santé de l'Ontario. De 2014 à 2018, elle a été coprésidente du CHLNet et de 2010 à 2012, présidente de la Société canadienne des leaders médicaux.



Dr Jack Kitts

Le Dr Jack Kitts est président et chef de la direction de l'Hôpital d'Ottawa. Il a obtenu son diplôme de médecine de l'Université d'Ottawa en 1980 et a terminé une formation spécialisée en anesthésie en 1987. Il a passé une année en tant que chercheur universitaire à l'Université de Californie à San Francisco.

Le Dr Kitts a ensuite rejoint le personnel médical de l'Hôpital Civic d'Ottawa en tant qu'anesthésiste et directeur de recherche au département d'anesthésie. En 1995, il a été nommé chef de l'anesthésie à l'Hôpital Civic d'Ottawa et professeur agrégé à l'Université d'Ottawa. En 1998, il a accédé au poste de vice-président des affaires médicales et a dirigé le personnel médical lors d'une restructuration complexe dans laquelle trois hôpitaux et cinq grands programmes ont été fusionnés en l'Hôpital d'Ottawa.



Kimberly Moran

Kimberly Moran est déterminée à améliorer la vie des enfants et des jeunes en renforçant les politiques, les systèmes et les résultats des soins de santé au Canada et à l'échelle internationale. Sa passion pour l'amélioration de la prestation des traitements en santé mentale pour les enfants et les adolescents est profondément ancrée dans les expériences vécues par sa famille dans ce domaine - la fille de Mme Moran est tombée gravement malade.

Mme Moran est actuellement chef de la direction de Santé mentale pour enfants Ontario, le plus important fournisseur de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents de la province. Elle veille sur les besoins de 120 000 enfants et adolescents, et à ceux de leur famille. Elle siège au conseil d'administration de l'Association canadienne pour la santé mentale à Toronto et a précédemment collaboré aux conseils d'administration de l'Hôpital général de North York et du SIM-one Simulation Healthcare Network.

Mme Moran cumule plus de trente années d'expérience en tant que cadre supérieur dans les secteurs privé et sans but lucratif. Elle est également comptable professionnelle agréée, ce qui explique sa passion pour le développement de systèmes de santé efficaces et abordables.

Avant de rejoindre Santé mentale pour enfants Ontario, elle a occupé les fonctions de conseillère spéciale du doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, de chef de la direction et de chef de l'exploitation par intérim d'UNICEF Canada, ainsi que de cadre supérieur en finance à la Banque TD et à Ernst & Young.



David Murray

David Murray est directeur général de la Northwest Health Alliance (NWA). M. Murray a mené une longue et brillante carrière dans l'administration des soins de santé pendant de nombreuses années et dans de nombreux organismes et secteurs.

Avant de rejoindre la NWA, M. Murray a été chef de la direction du centre de santé Meno-Ya-Win de Sioux Lookout pendant sept ans. M. Murray a également été chef de la direction du Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington, chef de la direction du RLISS du Nord-Est, président et chef de la direction du Group Health Centre à Sault Ste. Marie, un organisme renommé au Canada, et chef de la direction du CASC de Kenora Rainy River.

M. Murray est titulaire d'un baccalauréat spécialisé en commerce, d'une maîtrise en administration des affaires et des désignations CBNA et CHE.



Dr Richard Reznick

Le Dr Reznick est le doyen de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's et professeur au département de chirurgie. Il est également chef de la direction de l'Organisation médicale universitaire du Sud-Est de l'Ontario.



Shirlee Sharkey

Shirlee Sharkey est présidente et chef de la direction de Saint Elizabeth (SE) Health. Sous la direction de Mme Sharkey, cette entreprise sociale a connu une croissance et une expansion exponentielles et a facilité la mise en place de solutions de transformation dans des domaines tels que la santé des Autochtones, les soins en fin de vie, de même que le bien-être et le soutien des soignants. SE Health offre aujourd'hui 20 000 échanges quotidiens de soins grâce à son équipe de 9 000 leaders et professionnels.

Active dans la fonction publique, Mme Sharkey est la présidente actuelle d'Excellence Canada et membre du conseil d'administration de l'Institut C.D. Howe et du Canadian Frailty Network.

Sur la scène universitaire, elle a été conjointement nommée professeure adjointe à la Faculté de sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg de l'Université de Toronto et à l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé.

En 2017, Mme Sharkey a reçu un doctorat honorifique en droit de l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario pour ses percées en leadership dans le domaine des soins de santé communautaires.

Remerciements

Le conseil voudrait remercier les organismes et les groupes suivants pour leur participation à l'élaboration du présent rapport :

- Qualité des services de santé Ontario pour leurs travaux qui consistaient à interroger les patients, et les patients;
- le Conseil consultatif ministériel des patients et des familles pour son aide qui a permis de faciliter l'enquête menée auprès des patients et de fournir un aperçu des résultats de l'enquête;
- Les membres des six sous-comités du Conseil du premier ministre, sur les soins primaires, les soins à domicile et communautaires, les soins hospitaliers, les soins de longue durée, la santé mentale et les dépendances et l'innovation numérique, pour le partage de points de vue importants sur l'ensemble du système de soins de santé.

Références

- ¹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2019. [Résumé du recensement des lits](#).
- ² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018. [Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, avril 2017 – mars 2018](#)
- ³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018. [Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, avril 2017 – mars 2018](#)
- ⁴ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [À la hauteur 2018 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario](#).
- ⁵ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [À la hauteur 2018 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario](#).
- ⁶ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [Temps passé aux urgences : Durée du séjour aux urgences pour tous les patients admis à l'hôpital](#).
- ⁷ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [À la hauteur 2018 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario](#).
- ⁸ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [À la hauteur 2018 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario](#).
- ⁹ Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario, 2018. [Pan-LHIN Environmental Scan : 2019-2022 Integrated Health Service Plans](#).
- ¹⁰ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [Rendements des soins à domicile en Ontario : Temps d'attente pour les services de soins à domicile](#).
- ¹¹ Qualité des services de santé Ontario, 2016. [Rendement du système : Expérience du patient en soins à domicile](#).
- ¹² P. Lloyd-Smith, J. Younger, E. Lloyd-Smith, H. Green, V. Leung et M.G. Romney 2013. [Economic Analysis of Vancomycin-Resistant Enterococci at a Canadian Hospital: Assessing Attributable Cost and Length of Stay](#). *Journal of Hospital Infection*, 85(1), p. 54 à 59.
- ¹³ Qualité des services de santé Ontario, 2015. [Faire le point : A Un rapport sur la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario](#).
- ¹⁴ Santé mentale pour enfants Ontario, 2019. [Ontario's Kids and Families Can't Wait: CMHO's 2019 Pre-Budget Submission](#).
- ¹⁵ N. Madi, H. Zhao et J.F. Li 2007. [Hospital Readmissions for Patients with Mental Illness in Canada](#). *Healthcare Quarterly*, 10(2), p. 30 à 32.
- ¹⁶ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [À la hauteur 2018 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario](#).
- ¹⁷ Duxbury, L., Higgins, C., & Lyons, S. [The Etiology and Reduction of Role Overload in Canada's Health Sector](#).
- ¹⁸ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [À la hauteur 2018 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario](#).
- ¹⁹ A.A Verma, Y. Gui, J.L Kwan, L. Lapointe-Shaw., S. Rawal et coll. 2017. Patient characteristics, resource use and outcomes associated with general internal medicine hospital care: the General Medicine Inpatient Initiative (GEMINI) retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal Open*, 5(4), E842-E849.
- ²⁰ Ministère des Finances, 2018. [Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2017-2041](#).
- ²¹ E. Buajitti, S. Chiodo, T. Watson, K. Kornas, C. Bornbaum, D. Henry et L.C. Rosella 2018. [Ontario atlas of adult mortality, 1992-2015, Version 2.0: Trends in Public Health Units](#). Toronto (Ontario) : Population Health Analytics Lab.
- ²² Qualité des services de santé Ontario, 2017. [Santé dans le Nord](#) : Rapport sur la géographie et la santé de la population des deux régions du Nord de l'Ontario.
- ²³ Action Cancer Ontario – Accès aux soins. 2018. Provincial Monthly Alternate Level of Care Performance Summary, novembre 2018.
- ²⁴ Action Cancer Ontario – Accès aux soins. 2018. Provincial Monthly Alternate Level of Care Performance Summary, novembre 2018.

-
- ²⁵ Action Cancer Ontario – Accès aux soins. 2018. Provincial Monthly Alternate Level of Care Performance Summary, novembre 2018.
- ²⁶ Action Cancer Ontario – Accès aux soins. 2018. Provincial Monthly Alternate Level of Care Performance Summary, novembre 2018.
- ²⁷ Action Cancer Ontario – Accès aux soins. 2018. Provincial Monthly Alternate Level of Care Performance Summary, novembre 2018.
- ²⁸ Action Cancer Ontario – Accès aux soins. 2018. Provincial Monthly Alternate Level of Care Performance Summary, novembre 2018.
- ²⁹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2019. Données du MSSLD.
- ³⁰ Institut canadien d'information sur la santé, 2017. [Aînés en transition : Cheminement dans le continuum des soins.](#)
- ³¹ Ministère des Finances, 2018. [Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2017-2041.](#)
- ³² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2019. Données du MSSLD.
- ³³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2016. [Élaborer la stratégie ontarienne en matière de démence : Document de travail.](#)
- ³⁴ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2016. [Élaborer la stratégie ontarienne en matière de démence : Document de travail.](#)
- ³⁵ Qualité des services de santé Ontario, 2018. [À la hauteur 2018 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario.](#)
- ³⁶ Ministère des Finances, 2018. [Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2017-2041.](#)
- ³⁷ Ministère des Finances, 2018. [Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2017-2041.](#)
- ³⁸ Ministère des Finances, 2018. [Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2017-2041.](#)
- ³⁹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2019. Données du MSSLD.
- ⁴⁰ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2019. Données du MSSLD.
- ⁴¹ Ernst et Young. 2018. [Gestion de la transformation : Un plan d'action pour la modernisation de l'Ontario. Examen ligne par ligne des dépenses du gouvernement de l'Ontario de 2002-2003 à 2017-2018.](#)
- ⁴² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2019. Données du MSSLD.
- ⁴³ Ernst et Young. 2018. [Gestion de la transformation : Un plan d'action pour la modernisation de l'Ontario. Examen ligne par ligne des dépenses du gouvernement de l'Ontario de 2002-2003 à 2017-2018.](#)
- ⁴⁴ Institut canadien d'information sur la santé, 2018. [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018.](#)
- ⁴⁵ The Conference Board of Canada, 2012. [International Ranking: Health.](#)
- ⁴⁶ OTN, 2017. [OTN Rapport annuel 2016- 2017](#), et OMA, 2018. [Not a Second Longer.](#)

