

1.1 Résumé

En Ontario, nous avons la chance d'avoir un système de santé financé par les deniers publics qui fournit une vaste gamme de services à tous. Pour assurer le bon fonctionnement du système, le gouvernement a créé le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) à titre d'organisme indépendant en 2005 afin de surveiller tous les aspects du système, de rendre des comptes à la population de la province au sujet de la qualité du système et d'encourager les améliorations continues.

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

Processus de rédaction du rapport

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

Composantes clés du rapport de cette année

Couverture élargie des neuf attributs de qualité

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

- analyse élargie des jours-lit « autres niveaux de soins » (ANS) dans les hôpitaux;
- plus d'information sur la sécurité et la santé des résidents des foyers de soins de longue durée;
- analyse élargie des infections nosocomiales et des événements indésirables;
- santé de la mère et du nourrisson, santé sexuelle et blessures.
- couverture élargie des troubles de santé mentale, dont suicide, blessures auto-infligées et dépression des résidents des foyers de soins de longue durée et des personnes recevant des soins à domicile.

Présentation compacte

Nous présentons l'ensemble du système de santé sous forme de 32 thèmes pour lesquels nous avons consacré deux pages à chacun d'eux. La plupart des indicateurs comportent un mini-graphique présentant les progrès réalisés ou l'absence de progrès au fil du temps et accompagnée d'une courte description aux fins d'interprétation. L'information sur la façon dont les

indicateurs ont été définis et calculés et des tableaux plus détaillés des données actuelles sont inclus dans l'annexe technique du présent rapport.

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

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

Analyse des causes fondamentales et idées de changement

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

Exemples de réussite

Nous avons sélectionné plusieurs exemples de cas ayant fait l'objet d'améliorations, sélectionnant ceux qui comportaient des objectifs précis, des mesures et des idées de changement ainsi que des tableaux indiquant les améliorations considérables réalisées en peu de temps. Ces exemples sont étroitement liés aux constatations clés présentées dans le rapport, afin de montrer qu'il est possible d'améliorer les choses.

Nos principales constatations

Il y a de graves problèmes en ce qui concerne le flux des patients dans le système de santé : de la salle des urgences à l'hôpital au foyer de soins de longue durée. Les patients attendent trop longtemps et il y a gaspillage des ressources au sein du système.

Le temps d'attente pour un lit de soins de longue durée (SLD) est trop long, 105 jours ou plus de trois mois. Pour les personnes qui vivent chez elles, cette attente est de 173 jours (presque six mois). Les temps d'attente ont triplé depuis le printemps 2005.

Les temps d'attente pour les soins de longue durée affectent les hôpitaux, car les personnes de santé fragile qui ne peuvent pas vivre chez elles passent en général 53 jours à l'hôpital en attente d'un placement. En conséquence, à l'heure actuelle, 16 % de tous les lits hospitaliers en Ontario sont occupés par des patients désignés « autre niveau de soins (ANS) » qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. De fait, chaque augmentation de 3,3 jours du temps moyen passé à attendre à l'hôpital pour un placement dans un foyer de soins de longue durée est associée à une hausse d'un point de pourcentage de la proportion de lits désignés ANS. Non seulement il en résulte un gaspillage des ressources hospitalières, mais cela met aussi les patients en danger, car ils sont soignés par des personnes qui n'ont pas reçu la formation nécessaire pour répondre à leurs besoins. Ce problème s'est aggravé considérablement au cours des trois années précédentes.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Les temps d'attente pour les patients ANS dans les hôpitaux sont l'un des principaux facteurs qui influent sur les temps d'attente aux services des urgences (SU). Les personnes qui visitent les SU attendent trop longtemps d'être hospitalisées après que la décision de les admettre a été prise, habituellement 3,4 heures. Ces personnes encombrant alors les urgences, ce qui se traduit par de longues attentes pour les personnes nécessitant des soins moins aigus. En 2009, 25 % des patients ont passé beaucoup trop de temps aux SU par rapport à l'objectif recommandé. La plupart des patients ne réussissent pas à voir un médecin dans les délais recommandés par les experts nationaux. Environ 6 % des gens quittent les services des urgences sans voir un médecin, sans doute parce qu'elles sont fatiguées d'attendre. Cet indicateur a atteint son point le plus bas au cours des cinq années précédentes. Globalement, les temps d'attente aux SU en Ontario comptent parmi les pires au monde.

Nous craignons que les problèmes associés au flux des patients aient une incidence indirecte sur les temps d'attente pour des chirurgies. Par ailleurs, les temps d'attente ont diminué pour les chirurgies de la cataracte et les arthroplasties de la hanche et du genou, et sont généralement bons pour les interventions associées aux problèmes cardiovasculaires. Toutefois, en ce qui concerne les chirurgies en général, notre système de santé a de la difficulté à atteindre les objectifs relatifs aux temps d'attente associés aux cas urgents (priorité 2). Par exemple, seulement 53 % des cas de cancer urgents sont traités dans les deux semaines. Nous ne savons pas quelles sont les raisons de ces attentes et reconnaissons que les causes peuvent être multiples et complexes. Toutefois, il convient de souligner que les cas de priorité 2 sont généralement plus complexes et qu'ils peuvent nécessiter l'admission en service de soins intensifs tout de suite après une intervention. Si les hôpitaux ont une capacité très réduite en raison du problème associé aux lits ANS, le traitement de ces cas urgents pourrait en être davantage retardé. L'an dernier, nous avons indiqué qu'un hôpital (Hôpital général de North York) avait réussi à faire en sorte que toutes les chirurgies urgentes soient effectuées en temps voulu en améliorant le processus de prise de rendez-vous, et en trouvant des solutions pour réduire le nombre de lits ANS. Dans ce cas précis, le fait d'avoir résolu ces problèmes de flux a fait une énorme différence.

De nombreuses mesures sont en cours pour améliorer le flux des patients. Les hôpitaux ont mis en place, dans leurs services des urgences, un programme d'amélioration du rendement pour optimiser leurs processus internes et la présentation des rapports sur les temps d'attente, une initiative de rémunération au rendement, ainsi qu'un programme de soins infirmiers praticiens afin de réduire le nombre de visites aux urgences par les résidents des foyers de soins de longue durée. Toutes ces stratégies sont prometteuses et nous avons l'intention de présenter leurs résultats dans le futur. Toutefois, elles ne viennent pas à bout de l'une des principales causes fondamentales : la longue liste de personnes qui attendent d'être placées dans un foyer de soins de longue durée.

Si cette longue liste est à la source du problème, quelles sont alors les solutions? Dans le rapport de l'an dernier, nous avons parlé de la région de Lethbridge (Alberta) qui applique cette méthode pour réduire le temps d'attente à seulement 28 jours et utilise de ce fait un tiers de lits de soins de longue durée de moins que l'Ontario. Cette région a mis en place différentes options financées par les fonds publics pour les résidences-services où les gens peuvent vivre dans un cadre familial et obtenir au besoin une aide 24 heures sur 24, si leur état nécessite des soins inférieurs à ceux prodigués dans les foyers de soins de longue durée, mais supérieurs à ceux offerts

à domicile. L'Ontario peut appliquer les importantes leçons tirées de cet exemple et d'autres du même genre. Une telle stratégie nécessiterait aussi la mise en place de dispositifs de sécurité et de surveillance pour s'assurer que les soins ainsi prodigués reposent sur les normes les plus strictes qui soient.

Nous constatons des améliorations appréciables au niveau du traitement des maladies cardiovasculaires et quelques signes d'amélioration dans les méthodes de traitement du diabète et d'autres maladies chroniques. Toutefois, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire.

Les nouvelles sont bonnes en ce qui concerne les crises cardiaques, puisque, depuis quelques années, on enregistre une baisse graduelle de l'incidence (taux de nouvelles crises cardiaques dans la population) du taux de mortalité et du taux de réadmission à l'hôpital. Pour les angines de poitrine, le taux d'hospitalisation a diminué considérablement : de plus de la moitié au cours des six années précédentes. Pour ce qui est des interventions cardiovasculaires électives, à savoir pontages, angiographies ou interventions coronaires percutanées (pose de ballonnet ou d'endoprothèse vasculaire), environ 95 % de ces cas sont réglés dans les délais ciblés, ce qui est excellent. (Comme nous l'avons mentionné antérieurement, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire pour les cas les plus urgents.) Cependant, davantage de patients victimes de crises cardiaques suivent le bon traitement (médicaments contre le cholestérol, bêta-bloquants, et inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA)). En ce qui concerne les insuffisances cardiaques congestives, la bonne nouvelle est que le taux d'admission aux hôpitaux diminue, cependant, les réadmissions sont encore trop nombreuses, le taux de mortalité reste élevé et nous pouvons encore accroître l'utilisation de médicaments fondés sur des données scientifiques.

Pour ce qui est du diabète, nous sommes heureux de constater que les taux de complications graves, comme les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les amputations, ont commencé à baisser. Beaucoup plus de personnes diabétiques prennent des médicaments indispensables, comme les médicaments contre le cholestérol et les IECA. Toutefois, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire. Encore plus de personnes diabétiques devraient utiliser les bons médicaments et beaucoup ne se font pas suivre comme elles le devraient (examen régulier des yeux et des pieds).

Nous sommes également heureux de constater une baisse des admissions dues à l'asthme en Ontario. Toutefois, les taux d'admissions et de réadmissions pour les troubles pulmonaires obstructifs, dont l'emphysème, restent élevés.

Si les améliorations constatées au chapitre des soins sont encourageantes, nous constatons un ralentissement des progrès depuis trois ans au niveau des comportements pouvant donner lieu à des maladies chroniques, à savoir : tabagisme, consommation excessive d'alcool, obésité, inactivité physique et faible consommation de fruits et de légumes. S'il est vrai que les gens qui s'adonnent à de tels comportements nuisibles pour la santé viennent de tous les groupes socioéconomiques, les personnes les plus à risque sont celles dont les revenus sont les moins élevés et qui ont un niveau d'éducation inférieur au secondaire ou vivent dans des zones rurales. De nombreux obstacles empêchent les personnes appartenant à ces groupes d'adopter une bonne hygiène de vie, p. ex., manque d'accès ou d'information sur la manière de s'adonner à des activités physiques peu dispendieuses ou de bien s'alimenter. Il sera important de concevoir des stratégies pour les populations les plus vulnérables afin d'accélérer les progrès au chapitre des maladies chroniques.

1.1 Résumé

De plus, pour améliorer davantage la gestion des maladies chroniques, il faudra aussi que les patients se prennent mieux en charge et instaurer une meilleure coordination et communication entre les soignants ou les établissements. Par exemple, seulement un quart des personnes qui sortent de l'hôpital reçoivent toute l'information dont elles ont besoin, p. ex., les symptômes dangereux à surveiller, quand elles peuvent reprendre leurs activités normales et explications compréhensibles des médicaments à prendre chez soi. Bien trop de médecins disent devoir attendre trop longtemps avant d'obtenir l'information des hôpitaux ou des spécialistes. La résolution de ces problèmes pourrait se traduire par une réduction des taux de réadmissions ou d'autres complications.

L'Ontario a fait des progrès considérables au chapitre de la technologie de l'information, notamment en ce qui concerne l'utilisation de dossiers médicaux électroniques (DME) par les médecins en Ontario. Toutefois, nous sommes encore à la traîne d'autres pays pour ce qui est de l'adoption de ces outils et le partage de l'information entre les médecins, les hôpitaux et d'autres établissements, aux fins de création d'un véritable dossier médical électronique, laisse encore beaucoup à désirer.

La proportion de médecins de famille qui utilisent des DME est passée de 26 % en 2007 à 43 % en 2009 grâce aux subventions et au soutien du programme OntarioMD. Il s'agit là de progrès considérables réalisés en peu de temps. Toutefois, nous sommes à la traîne, loin derrière des pays comme le Royaume-Uni, l'Australie et les Pays-Bas où entre 95 % et 99 % des médecins de famille ont mis en place un système de DME. Le fait que tous les médecins n'utilisent pas toutes les fonctions du DME afin d'améliorer la qualité, notamment signalisation d'éventuelles erreurs médicamenteuses ou rappel d'examen, est aussi sujet à préoccupation.

Les fonds consacrés à la technologie de l'information dans tous les secteurs de la santé ont augmenté graduellement, ce qui est aussi encourageant. Les hôpitaux ont fait de gros investissements, notamment dans la capacité d'emmagasiner, d'extraire et de partager les diagnostics par images numériques (p. ex., rayons X). Cependant, seulement neuf pour cent des hôpitaux de la province envoient de l'information par voie électronique à l'extérieur, p. ex., à d'autres hôpitaux, aux médecins ou aux organismes de soins à domicile.

Le terme « dossier médical électronique » (DME) s'entend généralement de systèmes d'information situés au même endroit (p. ex., cabinet médical ou hôpital), alors que « dossier de santé électronique » (DES) s'entend des systèmes où l'information provenant de plusieurs sources peut être regroupée ou partagée. Il faut insister sur le fait que nous ne pourrions pas bénéficier de la plupart des avantages associés à la technologie de l'information tant que la province ne se dotera pas d'un DSE. La mise en place d'un tel dossier de santé électronique se traduira par une réduction du nombre d'examen inutiles attribuables à l'impossibilité d'accéder aux résultats passés, ainsi que par une baisse du taux d'erreurs médicamenteuses attribuables à l'impossibilité de savoir si tous les médicaments sont pris et du taux d'erreurs ou de retards dans la prestation des soins quand un patient consulte un nouveau médecin ou soignant parce que tous les antécédents médicaux ne sont pas disponibles.

Les problèmes d'accès aux soins primaires persistent malgré les investissements considérables effectués au cours des années précédentes.

Environ 7,1 % des Ontariennes et Ontariens n'ont toujours pas de médecin de famille, soit environ 730 000 personnes. Environ la moitié de ces personnes souhaiteraient avoir un médecin de famille, mais n'en trouve pas. En ce qui concerne celles qui ont un médecin de famille, 50 % seulement peuvent voir leur médecin le même jour ou le jour suivant en cas de maladie. Comparativement à 10 autres pays, l'Ontario et le Canada enregistrent les pires résultats au chapitre de l'accès en temps voulu aux soins primaires. Près de neuf Ontariens sur 10 disent devoir attendre trop longtemps avant de voir leur médecin et ces résultats ont empiré au cours des trois années précédentes.

Cette absence d'amélioration au chapitre de l'accès nous rend perplexes, car, dans le même temps, le nombre de professionnels de la santé ne cesse d'augmenter. Au cours des six années précédentes, le nombre de médecins de famille par habitant s'est accru de 6,2 % et celui d'infirmières et infirmiers praticiens a augmenté de 82 %. De plus, des investissements considérables ont été effectués dans la formation d'autres professionnels de la santé, comme les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Depuis 2005, l'Ontario a créé 150 équipes de santé familiale qui prodiguent des soins interdisciplinaires et a prolongé les heures de travail afin d'améliorer l'accès aux services.

Pourquoi, alors, l'accès ne s'est-il pas amélioré? Nous n'aurons pas les réponses exactes tant que nous n'aurons pas plus de détails, p. ex., les résultats imminents d'une étude indépendante de l'initiative de création des équipes de santé familiale. Cette absence d'amélioration pourrait s'expliquer par le fait que, même s'il est important d'accroître les effectifs et de créer des équipes, cela ne signifie pas nécessairement que le rendement des équipes s'améliorera aussi bien qu'il le devrait ou que les professionnels de la santé exercent pleinement leur champ d'activité. Il faudra organiser les horaires des cabinets de soins primaires, le déroulement du travail et l'attribution des tâches aux membres de l'équipe de façon à optimiser l'efficacité, à réduire les pertes de temps et à améliorer la qualité des soins. Nous décrivons la façon dont deux cabinets de soins primaires ontariens ont réussi à réduire les temps d'attente à un taux de presque zéro et à améliorer considérablement la gestion des maladies chroniques grâce aux ressources qu'ils possédaient déjà. Nous ne voyons pas pourquoi ces réussites ne devraient pas se répéter partout dans la province.

Malgré les progrès réalisés pour réduire les infections nosocomiales, il y a encore d'énormes améliorations à faire.

D'un autre côté, l'Ontario devance les autres provinces au chapitre des rapports sur les taux d'infections nosocomiales. Les taux d'infection à *C. difficile* ont diminué graduellement au cours de l'année écoulée. Cependant, les taux d'observation des pratiques d'hygiène des mains sont encore beaucoup trop bas, car, à l'heure actuelle, seulement 53 % des professionnels de la santé se lavent les mains avant de voir un patient. Les infections comme les pneumonies acquises sous ventilateur ou associées à la présence d'un cathéter central continuent de se produire dans nos hôpitaux. Ces infections sont associées à des taux de mortalité élevés; toutefois, bon nombre d'établissements nord-américains et ontariens de premier plan les ont éliminées en adoptant des pratiques rigoureuses de prévention des infections. Nous ne voyons pas pourquoi tous les hôpitaux ontariens ne pourraient pas en faire de même. Pour ce faire, les conseils d'administration des hôpitaux et les RLISS devront faire preuve de grande fermeté afin d'obliger leurs organismes à modifier leurs façons de faire et à instaurer une culture de sécurité.

1.2 Cadre des attributs

Les attributs d'un système de santé très performant

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

LA POPULATION ONTARIENNE SOUHAITE QUE LE RÉSEAU DE SANTÉ SOIT :

ACCESSIBLE

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

EFFICACE

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

SÛR

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

AXÉ SUR LE PATIENT

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

ÉQUITABLE

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

EFFICIENT

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

ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

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

INTEGRÉ

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

CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

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

1.3 Hôpitaux de soins actifs

Résumé pour les conseils, chefs de la direction, hauts dirigeants et chefs cliniques

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser au conseil d'administration, aux hauts dirigeants et au comité de la qualité
1. ANS (section 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> Seize pour cent des lits sont occupés par des personnes nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS); le problème s'est aggravé au cours des trois années précédentes. 	<ul style="list-style-type: none"> La planification des congés des patients se fait-elle rapidement? Identifions-nous les personnes les plus susceptibles de devenir des patients ANS? Identifions-nous assez rapidement les personnes à risque élevé nécessitant d'autres niveaux de soins (p. ex., même lorsqu'elles se présentent aux SU pour la première fois)? Classons-nous rapidement les personnes dans la catégorie de celles ayant besoin de soins de longue durée, avant même qu'elles aient le temps de se remettre? Utilisons-nous des outils de gestion pour décider de manière objective quand une personne peut quitter l'hôpital? Nos patients ANS ont-ils vraiment besoin d'un lit de soins de longue durée ou d'un logement supervisé? Dans le deuxième cas, collaborons-nous avec d'autres organismes pour assurer que ces ressources sont disponibles dans notre localité? Avons-nous, parmi nos patients, des personnes âgées ou de santé fragile dont les besoins n'ont pas encore été évalués par un CASC?
2. Temps d'attente aux SU (section 2.1)	<ul style="list-style-type: none"> Malgré les nombreux efforts pour réduire les temps d'attente, il n'y a pas eu encore d'amélioration et nous n'atteignons toujours pas les objectifs. Environ 25 % des gens passent plus de temps aux SU que nécessaire. Six Ontariens sur 100 qui se rendent aux SU s'en vont sans avoir vu un médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> Avons-nous étudié les divers moyens d'améliorer le flux des patients aux urgences (p. ex., zones de soins rapides, meilleur agencement, sièges pour les patients nécessitant des soins actifs, aménagement des horaires aux urgences, étalement des interventions chirurgicales électives et non urgentes dans la semaine, systèmes de suivi des patients et des résultats, etc.) Plaçons-nous les patients ne nécessitant pas une hospitalisation au bon endroit le plus rapidement possible? (voir ci-dessus) Orientons-nous les personnes qui utilisent les SU en premier recours vers les services dont elles ont réellement besoin et qui réduiront les risques de retour aux urgences (p. ex., patients atteints de troubles psychiatriques et personnes sans médecin de famille)?
3. Temps d'attente pour les chirurgies et les tomodensitogrammes/IRM (section 2.3)	<ul style="list-style-type: none"> Les temps d'attente sont bons pour les chirurgies de la cataracte et cardiovasculaires et se sont améliorés pour les arthroplasties de la hanche et du genou, mais il y a encore des améliorations à faire. Les domaines où les besoins sont les plus urgents (priorité 2) sont toutes les chirurgies et les tomodensitogrammes/IRM (50 % des chirurgies urgentes du cancer ne sont pas réalisées dans les délais recommandés). Les temps d'attente pour les tomodensitogrammes/IRM sont encore trop longs, seulement un tiers des IRM sont effectuées en temps voulu, même si le nombre d'appareils a doublé au cours des six années précédentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Que faisons-nous pour assurer que le processus tout entier de prise de rendez-vous se fait de manière cohérente et sans délai? Évaluons-nous l'offre et la demande et savons-nous si elles sont équilibrées? Avons-nous déjà effectué des opérations éclair pour éliminer les listes d'attente? Pour les cas urgents, quelles sont les causes fondamentales des retards : mauvaise organisation, absence de processus normalisés, absence de lits soins intensifs ou d'autres lits? (dans le deuxième cas, voir les stratégies sous ANS) Tomodensitogrammes/IRM : avons-nous bien étudié l'utilité des examens effectués? Utilisons-nous de nouveaux outils pour y parvenir (p. ex., échelles de qualité)?



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser au conseil d'administration, aux hauts dirigeants et au comité de la qualité
<p>4. Sécurité – infections acquises en milieu hospitalier et ailleurs (sections 4.1, 4.2 et 4.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les ratios normalisés de mortalité hospitalière (RNMH) ont chuté pour la deuxième année de suite. 71 % des hôpitaux ont enregistré une baisse de leur RNMH au cours de l'année précédente. • Le taux de mortalité hospitalière due aux crises cardiaques et aux AVC a aussi diminué. • Les taux d'infection à <i>C. difficile</i> ont diminué au cours de l'année précédente, toutefois, il y a encore des améliorations à faire. • L'hygiène des mains pose toujours problème, seulement la moitié des soignants se lavent les mains correctement. • Les pneumonies acquises sous ventilateur et les infections associées à la présence d'un cathéter central continuent de se produire dans les unités de soins intensifs. Il y a des améliorations à faire puisque beaucoup d'hôpitaux ont éliminé ces incidents complètement. • Un patient opéré sur 200 continue d'avoir des caillots de sang constituant un danger de mort. Il n'y a pas eu d'amélioration et nous pouvons faire mieux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous mis en place des systèmes appropriés de surveillance et de signalisation des incidents? • Utilisons-nous régulièrement des listes de vérification, des séries de procédures normalisées ou des protocoles pour réduire au minimum le recours à la mémoire? • Suivons-nous des pratiques exemplaires pour le nettoyage des lieux, l'hygiène des mains et la prévention des infections? • Que faisons-nous pour assurer que tous les membres du personnel et les médecins utilisent des techniques appropriées d'hygiène des mains (documents d'information, emplacement approprié de postes de lavage des mains et de lotions désinfectantes, vérification des façons de procéder et commentaires au personnel)? • Avons-nous désigné un médecin pour préconiser les pratiques de prévention des infections? • Favorisons-nous et évaluons-nous une culture de sécurité dans notre hôpital? Les gens se sentent-ils libres de parler en cas de problème de sécurité? • Encourageons-nous les patients à poser des questions sur la sécurité? • Informons-nous les patients sur leur rôle dans le domaine de la sécurité? • Avons-nous envisagé d'utiliser des séries de procédures et des protocoles automatisés tout en veillant à l'observation des méthodes par le biais des processus de délivrance de titres et certificats aux médecins? • Si vous avez recours à des sous-traitants pour l'entretien et le nettoyage, le contrat comporte-t-il des normes de sécurité et comment ces normes sont-elles respectées?
<p>5. Efficacité/ pratiques fondées sur des données scientifiques (section 3.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On constate une hausse du nombre de patients qui obtiennent des médicaments à la sortie de l'hôpital, en particulier, 86 % des patients ayant subi un IAM reçoivent des statines à leur sortie. • Si on fait en sorte que les patients reçoivent les bons médicaments à leur sortie de l'hôpital, on contribuera à réduire les taux de réadmission. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous mis en place des systèmes TI pour rappeler aux médecins les protocoles et plans de traitement normalisés ou vérifier si les lignes directrices sont respectées? • Informons-nous les patients et les familles sur l'importance d'obtenir et de prendre leurs médicaments? • Utilisons-nous des listes de vérification ou des séries de procédures normalisées au moment de l'admission ou de la sortie?
<p>6. Axé sur les patients/ sortie, distribution (sections 5.1 et 9.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un patient sur trois quitte l'hôpital ou les SU sans avoir reçu les renseignements nécessaires; il y a des améliorations à faire. • L'Ontario est à la traîne de la plupart des pays en ce qui concerne l'envoi en temps voulu des résumés de sortie aux médecins de famille. 	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle vitesse transmettons-nous les résumés de sortie aux médecins de famille? • Remettons-nous des instructions par écrit à tous les patients lorsqu'ils sortent de l'hôpital (symptômes à surveiller, qui appeler, etc.)? • Vérifions-nous si les patients comprennent le traitement à suivre après leur sortie? • Avons-nous vérifié si des soins de suivi ont été organisés pour tous les patients qui retournent chez eux?

1.3 Hôpitaux de soins actifs

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser au conseil d'administration, aux hauts dirigeants et au comité de la qualité
7. Réadmissions (section 3.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Les taux de réadmission ont diminué pour les crises cardiaques, les insuffisances cardiaques congestives et l'asthme au cours des années précédentes, mais il y a encore des améliorations à faire. • Les troubles pour lesquels on enregistre le plus de réadmissions sont les insuffisances cardiaques congestives et les maladies respiratoires obstructives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour éviter que leur état ne se détériore ou réduire les risques de réadmission, vérifions-nous si les patients ont tous les renseignements dont ils ont besoin lorsqu'ils retournent chez eux? (voir les points 5 et 6 ci-dessus) • Vérifions-nous si les patients ont reçu les bons médicaments et le bon traitement lorsqu'ils retournent chez eux? (voir le point 5 ci-dessus)
8. Adoption du dossier de santé électronique (section 8.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Nous avons fait des progrès en ce qui concerne l'adoption de la TI dans les hôpitaux, mais il y a encore des améliorations à faire. • Les hôpitaux ont fait beaucoup d'améliorations, p. ex., en ce qui concerne leur capacité d'emmagasiner et d'extraire les diagnostics par images numériques, dont les radiographies. • L'Ontario est à la traîne derrière les États-Unis au chapitre de l'adoption des dossiers médicaux électroniques, seulement 50 % des hôpitaux ont des dossiers électroniques pour les patients et moins de un hôpital sur 10 envoie l'information par voie électronique aux médecins et aux organismes de soins à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins sont-ils favorables à l'adoption de la technologie de l'information? Qui sont ces médecins? • Quel pourcentage de notre budget annuel consacrons-nous à l'adoption de la TI? • Que faisons-nous pour améliorer la capacité de nos hôpitaux pour partager l'information avec d'autres hôpitaux, les médecins et les organismes de soins à domicile? • Quelle proportion des dossiers médicaux des hôpitaux contiennent des données informatisées par rapport aux dossiers papier?
9. Santé et sécurité au travail (section 8.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas eu d'amélioration notable sur le plan des taux de blessure au cours des six années précédentes. Il y a beaucoup d'améliorations à faire dans ce domaine. • Bien que les hôpitaux enregistrent des taux de blessure plus faibles que dans d'autres secteurs, les SLD par exemple, globalement, le secteur des soins de santé affiche des taux de blessure plus élevés que d'autres secteurs, dont ceux de la construction et de l'exploitation minière. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous mis en place des programmes de formation obligatoires sur la sécurité pour tous les nouveaux employés? Tous les membres du personnel et médecins ont-ils reçu cette formation? • Avons-nous effectué les évaluations de risque appropriées pour veiller à la sécurité de l'environnement? • Préconisons-nous et appuyons-nous des modes de vie sains dans notre organisme? • Reconnaissons-nous le travail bien fait et les personnes qui font un excellent travail? • Avons-nous acheté du matériel de sécurité pour réduire le nombre de blessures? Sinon, avons-nous prévu dans le budget les sommes nécessaires à l'achat de ce matériel
10. Hospitalisation pour des problèmes de santé ambulatoires (section 3.2)	<ul style="list-style-type: none"> • On enregistre une baisse régulière des taux d'admission pour les angines de poitrine, l'asthme et les insuffisances cardiaques congestives, nous pensons toutefois que les taux peuvent encore être améliorés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informons-nous les patients à propos du rôle qu'ils peuvent jouer dans le traitement de leurs maladies chroniques? Avons-nous simplifié les plans de soins pour qu'ils soient plus faciles à suivre? • Avez-vous besoin d'une stratégie pour encourager les fournisseurs de soins primaires et/ou la collectivité à améliorer la gestion des maladies chroniques et éviter ainsi les hospitalisations?
11. Finances des hôpitaux (section 7.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 40 % des hôpitaux étaient en déficit cette année, et un hôpital communautaire sur deux enregistre un déficit. • Les hôpitaux continuent d'avoir des difficultés à payer leurs factures sans emprunter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si la première réaction face à un déficit est de réduire les services, la direction de notre hôpital a-t-elle bien étudié toutes les sources différentes de gaspillage dans le système et mis en place des plans ambitieux pour les éliminer (examens ou services inutiles, gaspillage d'effectifs, de places, d'inventaire et de fournitures.)

1.4

Soins à domicile

Résumé pour les organismes de soins à domicile, les responsables communautaires, le personnel et les clients

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Sujet	Facteurs clés	Questions que les responsables, les membres du personnel et les clients peuvent se poser
1. Temps d'attente pour des SLD/ANS (sections 2.4 et 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> Les temps d'attente pour un lit de soins de longue durée ont triplé depuis le printemps 2005 et s'établissent maintenant à 105 jours, soit à plus de trois mois. Pour les personnes qui attendent chez elles, le temps d'attente est de 173 jours; pour celles qui attendent à l'hôpital, il est de 53 jours. Dans le dernier cas, cela contribue au problème sérieux et croissant des lits ANS dans les hôpitaux, un lit d'hôpital sur six étant occupé par une personne qui ne devrait pas être là. Une personne sur quatre placée dans un foyer de soins de longue durée pourrait être prise en charge ailleurs. 	<ul style="list-style-type: none"> Fait-on appel aux organismes de soins à domicile au début de l'hospitalisation des personnes vulnérables? Quels sont les soins à domicile supplémentaires requis pour éviter que les personnes ne soient placées dans un foyer de soins de longue durée? Quelles solutions pourrait-on envisager pour les personnes qui n'ont pas besoin d'aller dans un foyer de soins de longue durée? Davantage de soins à domicile? Placement dans une résidence-services ou un logement supervisé? Les décisions de demander une admission dans un foyer de soins de longue durée sont-elles prises rapidement pour les patients hospitalisés avant qu'ils n'aient la possibilité de se remettre?
2. Chutes (section 4.6)	<ul style="list-style-type: none"> Parmi les personnes qui reçoivent des soins dans la collectivité, 25 % ont chuté au cours des 90 jours précédents. Il y a des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifions-nous si les locaux sont encombrés ou mal éclairés dans le foyer? Y a-t-il des barres de sécurité? Encourageons-nous l'utilisation d'aides à la mobilité (p. ex., ambulateurs) et vérifions-nous si elles sont bien utilisées? Offre-t-on des soins de réadaptation aux personnes à risque élevé pour qu'elles soient plus fortes ou aient un meilleur équilibre? La personne prend-elle des médicaments ayant des effets secondaires pouvant entraîner une chute; dans l'affirmative, avons-nous discuté avec le médecin d'autres solutions plus sûres?
3. Plaies de pression (section 4.6)	<ul style="list-style-type: none"> Parmi les personnes qui reçoivent des soins à domicile et dans collectivité, 1,4 % développent des plaies de pression de niveau 2 à 4 tous les six mois. 	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes vulnérables font-elles l'objet d'évaluations des risques de plaies de pression? Ces évaluations sont-elles à jour? Le personnel surveille-t-il régulièrement les signes de plaies de pression? Les personnes à risque élevé disposent-elles d'un coussin d'aide à la prévention ou un matelas spécial pour éviter les plaies de pression sur les points de pression?
4. Blessures (section 4.6)	<ul style="list-style-type: none"> Douze pour cent des personnes recevant des soins à domicile ont eu des blessures, des brûlures ou des fractures inexplicables au cours des six mois précédents. Il y a des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifions-nous les risques d'accident à la maison (p. ex., température de l'eau trop chaude, prises électriques, encombrements)?
5. Incontinence urinaire (section 3.6)	<ul style="list-style-type: none"> Quarante-six pour cent des clients connaissent une baisse de la fonction urinaire ou leur problème d'incontinence ne s'est pas amélioré au cours des six mois précédents. 	<ul style="list-style-type: none"> Y a-t-il des membres du personnel qui peuvent enseigner les protocoles de déclenchement de la miction pour éviter l'incontinence ou les exercices de renforcement des muscles du périnée pour prévenir l'incontinence? Conseille-t-on aux clients de cesser de consommer certains aliments (p. ex., caféine)?
6. Activités quotidiennes (section 3.6)	<ul style="list-style-type: none"> Quarante-quatre pour cent des clients constatent un déclin de leur capacité à vaquer aux tâches quotidiennes (s'habiller, manger, se laver) ou ont un problème existant qui ne s'améliore pas. 	<ul style="list-style-type: none"> Offre-t-on aux personnes qui reçoivent des soins à domicile des séances de physiothérapie ou de réadaptation pour garder leur mobilité?
7. Santé mentale (section 3.6)	<ul style="list-style-type: none"> Neuf pour cent des clients affichent des signes de dépression grave (p. ex., tristesse profonde, cessation des activités normales). 	<ul style="list-style-type: none"> Les responsables des soins à domicile organisent-ils des activités sociales ou coordonnent-ils un plan de traitement de la dépression avec le médecin de famille?
8. Maîtrise de la douleur (section 3.6)	<ul style="list-style-type: none"> Chez 22 % des personnes recevant des soins à domicile qui ont mal, la douleur est mal maîtrisée. Il y a probablement des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Évalue-t-on régulièrement la douleur chez des personnes recevant des soins à domicile? Les préposés aux soins à domicile communiquent-ils les renseignements sur la douleur au médecin afin que le plan de soins puisse être modifié?
9. Réadmissions (section 3.3)	<ul style="list-style-type: none"> Les réadmissions pour une crise cardiaque, une insuffisance cardiaque congestive ou des problèmes d'asthme ont diminué au cours des cinq années précédentes. Toutefois, les taux de réadmissions pour insuffisance cardiaque congestive et maladie respiratoire obstructive (p. ex., emphysème) restent élevés. Il y a encore des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifions-nous si les patients quittent l'hôpital en ayant les bons médicaments et s'ils connaissent les symptômes à surveiller et savent à qui demander de l'aide? Dépistons-nous et suivons-nous les clients à risque élevé qui risquent d'être réadmis? Les clients obtiennent-ils le bon suivi à la maison (p. ex., prise de poids quotidienne pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque congestive)? Disposons-nous d'un processus pour que les médicaments soient examinés régulièrement (p. ex., programme MedsCheck)?

1.5 Soins primaires

Résumé pour les prestataires de soins primaires

Sujet	Facteurs clés	Questions que les médecins, le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins primaires peuvent se poser
1. Accès aux soins primaires (section 2.2)	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas eu de changement au cours des trois années précédentes en ce qui concerne le pourcentage de personnes qui n'ont pas de médecin de famille attiré en Ontario. Environ 730 000 adultes n'ont pas de médecin, et la moitié d'entre eux en recherche un activement. Neuf Ontariens sur 10 pensent qu'ils attendent trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille. Seulement 53 % des Ontariens peuvent consulter leur médecin le même jour ou le jour suivant quand ils sont malades, soit le pire résultat parmi les 11 grands pays étudiés. 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillons-nous les temps d'attente dans notre clinique? Utilisons-nous un système d'accès avancé, de prise de rendez-vous et de gestion du flux des patients pour réduire ou éliminer les temps d'attente pour les rendez-vous? Pourrions-nous réduire les visites à répétition inutiles afin de nous donner le temps de mieux servir les gens (transmettre les résultats de laboratoire au téléphone plutôt qu'en personne)? Nos processus sont-ils aussi efficaces qu'ils pourraient l'être? Par exemple, chaque salle d'examen est-elle agencée de la même manière? Peut-on réorganiser les choses pour réduire les allers et venues? Travaillons-nous en équipe? Si oui, utilisons-nous toutes les compétences de chaque membre de l'équipe? Quelles tâches pourrions-nous transférer d'un membre de l'équipe à un autre?
2. Temps d'attente pour les chirurgies et les tomodensitogrammes/IRM (section 2.3)	<ul style="list-style-type: none"> Les temps d'attente pour certaines chirurgies sont bons ou s'améliorent (chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie cardiovasculaire), mais dans l'ensemble, il y a encore des améliorations à faire. Les temps d'attente sont encore trop élevés pour les tomodensitogrammes/IRM. 	<ul style="list-style-type: none"> Les examens prescrits avant un tomodensitogramme/IRM sont-ils tous nécessaires? Sommes-nous obligés de prescrire les examens qui ne sont pas nécessaires? Que pourrions-nous faire à ce sujet? Utilisons-nous le site Web des temps d'attente en Ontario pour vérifier si une opération peut être effectuée plus rapidement si le patient le souhaite?
3. ANS (section 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> Seize pour cent des lits d'hôpitaux sont désignés ANS et le problème s'est aggravé au cours des trois années précédentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifions-nous les personnes à risque élevé pour qu'elles deviennent des patients ANS? Y a-t-il des personnes âgées ou de santé fragile dans notre cabinet dont les besoins n'ont pas encore été évalués par un CASC?
4. Gestion des maladies chroniques (section 3.2)	<ul style="list-style-type: none"> Si les complications associées au diabète ont diminué considérablement au cours des cinq années précédentes, l'état des patients et les facteurs de risque ne font toujours pas l'objet des suivis nécessaires. Seulement la moitié des patients diabétiques se font examiner les yeux et les pieds et un peu moins de la moitié obtiennent les médicaments dont ils ont besoin. Même si la situation s'est améliorée au cours des six années précédentes, on est encore loin des normes établies par les spécialistes qui affirment que pratiquement tous les patients devraient recevoir des médicaments. Le nombre de patients qui décèdent dans l'année qui suit une crise cardiaque s'est amélioré légèrement pour s'établir à un sur 11, mais il y a encore des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisons-nous des méthodes comme les organigrammes pour nous rappeler toutes les pratiques exemplaires? Si nous avons un DES, fournit-il des données sur le pourcentage des patients diabétiques qui prennent les bons médicaments (statines, IECA/ARA, acide 2-acétoxybenzoïque) ou qui ont subi récemment un test d'hémoglobine A1C ou un examen des yeux? Avons-nous établi le DES de manière à ce qu'il nous rappelle quand ces tests ou les examens de suivi sont nécessaires? Les patients connaissent-ils tous les objectifs nécessaires pour maîtriser la maladie (TA<130/80 pour les diabètes ou A1C<7)? Ont-ils établi leurs propres objectifs pour améliorer leur santé (objectifs personnels de réduction du poids)? Avons-nous recours à tous les membres de notre équipe de santé pour assurer que les lignes directrices relatives à la gestion des maladies chroniques sont observées (tests, information, etc.)? Avons-nous un monofilament dans le cabinet pour examiner les pieds de la manière appropriée?



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Sujet	Facteurs clés	Questions que les médecins, le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins primaires peuvent se poser
5. Sécurité des médicaments (section 4.4)	<ul style="list-style-type: none"> • Seulement 13 % des médecins ontariens remettent systématiquement à leurs patients une liste des médicaments pris, 46 % d'entre eux ne donnant jamais une telle liste. • Environ une personne sur cinq âgée de 65 ans et plus prend des médicaments susceptibles d'entraîner des effets secondaires dangereux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que notre DME peut produire facilement une liste à jour de tous les médicaments de nos patients? Donnons-nous ces listes mises à jour régulièrement à nos patients? • Encourageons-nous les patients à acheter leurs médicaments dans la même pharmacie à chaque fois? • Envisageons-nous des solutions plus sûres pour les personnes âgées qui prennent un médicament figurant sur la liste « Beers » des médicaments à éviter? (Exemples : utiliser de la nortriptyline au lieu de l'amitriptyline; utiliser d'autres inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine au lieu du Prozac; éviter les benzodiazépines à effet prolongé comme le Valium ; soit mettre fin aux benzodiazépines à effet temporaire soit réduire de moitié la dose habituellement conseillée aux adultes). • Vérifions-nous les médicaments administrés pendant la transition des soins?
6. Adoption du dossier de santé électronique (section 8.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage des médecins de famille dotés d'un DME est passé de 26 % en 2007 à 43 % en 2009. Nous avons fait des progrès, mais il y a encore des améliorations à faire. L'Ontario est à la traîne derrière l'Australie, le Royaume-Uni et les Pays-Bas, qui ont un taux de 95 à 99 %. • Tous les médecins de famille n'utilisent pas les composants clés du DME, dont les alertes aux interactions médicamenteuses ou les rappels de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si nous envisageons d'acheter un système de DME, posez les questions suivantes aux fournisseurs éventuels : <ul style="list-style-type: none"> - Le système peut-il produire une liste de tous les patients atteints de certaines maladies chroniques? - Peut-il suivre des indicateurs clés comme les pourcentages de patients diabétiques dont l'A1C est maîtrisé (voir le point 4 ci-dessus)? - Le système produira-t-il des rappels lorsque les patients ont besoin d'un examen de suivi ou de tests? - Le système pourra-t-il être relié aux pharmacies, laboratoires, hôpitaux et autres fournisseurs?
7. Ressources humaines en santé (section 8.4)	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2002 et 2008, le nombre de médecins de famille et d'infirmières et infirmiers praticiens a augmenté. Cependant, malgré la hausse plus importante du nombre de postes d'infirmières et infirmiers praticiens, il n'y a toujours qu'une seule infirmière praticienne par tranche de 10 médecins de famille dans la province et seulement la moitié des médecins de famille collaborent régulièrement avec d'autres fournisseurs de soins de santé au sein de leur cabinet. Il y a encore des améliorations à faire, car nous ne sommes pas prêts de pouvoir créer des équipes au sein desquelles les médecins de famille collaborent régulièrement avec du personnel infirmier praticien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisons-nous une approche d'équipe au sein de notre cabinet? Dans la négative, pourquoi? • Nos méthodes actuelles pourraient-elles être plus efficaces et/ou efficaces? (Par exemple : avons-nous un bon système de communication, utilisons-nous pleinement toutes les compétences des membres de l'équipe). • Quels sont les rôles et les responsabilités des divers professionnels de santé? Comment pourrions-nous utiliser d'autres professionnels pour réduire la charge de travail au sein de mon cabinet?
8. Santé de la population (chapitre 10)	<ul style="list-style-type: none"> • Nous avons constaté quelques améliorations dans les comportements entre 2001 et 2004, mais nous avons perdu du terrain entre 2005 et 2008. La moitié des Ontariennes et Ontariens ne font pas assez d'exercice, une personne sur six fume et une personne sur cinq consomme trop d'alcool. • Les taux d'allaitement augmentent et les taux de grossesse chez les adolescentes diminuent, mais il y a encore des améliorations à faire. • Un quart de la population n'obtient pas les services de prévention nécessaires (p. ex., tests Pap, mammographie, vaccins contre la grippe). • Les personnes à faible revenu ou ayant un faible niveau d'instruction courent des risques élevés de s'adonner à des comportements nuisibles pour la santé et n'obtiennent pas les services de prévention nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandons-nous à nos patients s'ils ont cessé de fumer à chaque visite? • Avons-nous une liste de toutes les aides à la cessation du tabagisme offertes dans la collectivité pour nos patients? • Avons-nous des programmes d'approche pour les personnes faisant partie des groupes à risque élevé? • Utilisons-nous des organigrammes pour nous rappeler toutes les mesures de prévention qui doivent être prises lors des examens de santé périodiques? • Si nous avons un DME, produit-il des rappels lorsque les gens doivent se présenter à leur prochain examen de prévention?

1.6 Soins de santé de longue durée

Résumé pour les responsables, employés et résidents des foyers de soins de longue durée et les familles

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser
1. Temps d'attente pour les foyers de soins de longue durée (sections 2.4 et 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> Malgré une importante hausse du nombre de lits de soins de longue durée il y a plusieurs années, les temps d'attente ont triplé depuis le printemps 2005 et s'établissent maintenant à 105 jours, soit à plus de trois mois. Cette situation contribue à aggraver le problème associé aux ANS dans les hôpitaux de soins actifs. Seulement 40 % des personnes qui ont besoin de soins de longue durée ont été admises dans le foyer de leur premier choix. 	<ul style="list-style-type: none"> Avons-nous suffisamment d'options de logement et de soins dans la collectivité pour les personnes qui ont besoin de davantage de services que ceux offerts par les organismes de soins à domicile, mais pas de tous les services prodigués dans un foyer de soins de longue durée? Y a-t-il des engorgements qui retardent l'admission des personnes dans un foyer? Comment le processus d'admission peut-il être restructuré pour être plus efficient? Tenons-nous compte des besoins culturels, ethniques et linguistiques des habitants de notre région? Avons-nous tenu compte de ces facteurs lors de la planification de la capacité?
2. Chutes (section 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Un résident sur sept est tombé au cours du mois précédent et il n'y a pas de changement en ce qui concerne le taux de chutes graves nécessitant une visite aux SU au cours des années précédentes. Il y a probablement des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Étudions-nous les causes de chaque chute? Procédons-nous régulièrement à des évaluations de risque? Sont-elles à jour? Vérifions-nous si les lieux sont encombrés, mal éclairés ou comportent d'autres risques? Évitions-nous les appareils de contention susceptibles de provoquer des chutes? Encourageons-nous l'utilisation d'appareils fonctionnels (p. ex., ambulateurs), de protecteurs de hanche pour les personnes à risque élevé et des programmes d'activités physiques pour aider les personnes à garder leur force et leur équilibre? Évitions-nous les médicaments qui provoquent des vertiges ou de la confusion chez les résidents (voir la section sécurité des médicaments ci-dessous)? Avons-nous assez de personnel pour aider les résidents à se rendre aux toilettes, etc.? Les résidents prennent-ils des médicaments ayant des effets secondaires pouvant provoquer une chute. Dans l'affirmative, avons-nous discuté avec le médecin d'autres options plus sécuritaires?
3. Plaies de pression (section 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Environ un résident sur neuf développe de nouvelles plaies de pression grave chaque année. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluons-nous régulièrement les risques de plaies de pression pour tous les résidents? Fournissons-nous des formations à tous les membres du personnel pour les protocoles de prévention (p. ex., dépistage précoce, changement de position des résidents immobiles, technique appropriée pour éviter la formation de plaies de pression lorsqu'on déplace un résident)? Avons-nous des protections appropriées ou des matelas spéciaux pour les résidents à haut risque? Disposons-nous de protocoles normalisés approuvés par tous les médecins pour le traitement des plaies de pression?
4. Incontinence urinaire (section 3.4)	<ul style="list-style-type: none"> Un résident sur six constate que son problème d'incontinence s'est aggravé au cours des trois mois précédents. 	<ul style="list-style-type: none"> Les résidents obtiennent-ils de l'aide en ce qui a trait aux exercices visant à renforcer les muscles du périnée ou les protocoles de déclenchement de la miction pour éviter l'incontinence? Les résidents obtiennent-ils de l'aide rapidement lorsqu'ils souhaitent aller aux toilettes? Les résidents savent-ils que certains aliments (boissons contenant de la caféine) peuvent aggraver l'incontinence?



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Sujet	Facteurs clés	Questions à poser
5. Visites aux SU évitables (section 3.7)	<ul style="list-style-type: none"> Les visites aux SU évitables sont communes chez les résidents des foyers de soins de longue durée. Il n'y a pas eu de changements au cours des six années précédentes. Il y a probablement beaucoup d'améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> De quelle formation ou de quel soutien le personnel a-t-il besoin pour perfectionner ses compétences afin de traiter les urgences mineures sans aller aux urgences? Avons-nous envisagé de faire appel à des infirmières praticiennes ou au réseau Télémédecine ou de mieux aménager les horaires des médecins afin que le personnel puisse mieux s'occuper des urgences mineures dans le foyer? Les membres de la famille sont-ils conscients des risques associés aux visites aux SU, dont état de confusion, infections nosocomiales?
6. Sécurité des médicaments (section 4.4)	<ul style="list-style-type: none"> La liste de médicaments à éviter par les personnes âgées (« liste Beers ») diminue, mais pourrait être davantage réduite. Peu après son admission dans un foyer de soins de longue durée, un résident sur six reçoit un nouvel antipsychotique qu'il ne prenait pas auparavant et un résident sur quatre prend un nouveau médicament contre l'anxiété ou l'insomnie. Ces médicaments comportent de nombreux risques. 	<ul style="list-style-type: none"> Pourquoi donne-t-on des somnifères à autant de personnes dès qu'elles sont placées dans un foyer de soins de longue durée? Essayons-nous d'autres solutions que les médicaments pour soigner l'insomnie (éviter la caféine, réduire les bruits, adopter des heures de sommeil régulières, éviter les longues siestes, soigner les dépressions)? Les médecins et les membres du personnel connaissent-ils les médicaments à éviter chez les personnes âgées? Doit-on retirer certains médicaments de la liste? Le pharmacien examine-t-il régulièrement les médicaments en collaboration avec les membres de la famille et le personnel? Avons-nous essayé d'autres solutions que les médicaments pour les problèmes de comportement comme l'agression (voir ci-dessous)?
7. Utilisation des appareils de contention (section 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Dix-sept pour cent des résidents de foyers de soins de longue durée sont soumis à la contention physique. L'Ontario est à la traîne derrière d'autres pays avec des taux bien inférieurs. Il y a des améliorations à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> Informons-nous les membres du personnel et des familles qui demandent des appareils de contention au sujet des risques (chutes, plaies de pression, asphyxie)? Pour les personnes qui ont tendance à errer, avons-nous étudié d'autres solutions que les appareils de contention, p. ex., installer une alarme près du lit et des portes?
8. Problèmes de comportement (section 4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Les comportements de onze pour cent des résidents de foyers de soins de longue durée se sont aggravés (p. ex., agression ou errance) au cours des trois mois précédents. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel a-t-il été formé dans les techniques de communication et de désamorçage des conflits pour éviter de frustrer les résidents (contact visuel, questions à une phrase)? Pouvons-nous communiquer dans les langues parlées par les résidents? Le personnel se demande-t-il si le comportement est le résultat d'un problème de santé existant ou nouveau, de gêne ou de craintes? Quand on identifie les causes des comportements perturbateurs, les intègre-t-on aux plans de soins?

1.7 Maladies cardiovasculaires

Maladies cardiovasculaires

Dans l'ensemble, nous constatons des améliorations considérables au chapitre de la gestion des maladies cardiovasculaires, mais nous pouvons faire encore mieux dans certains domaines, notamment celui des insuffisances cardiaques congestives (ICC).

- 1. Les temps d'attente pour les chirurgies cardiovasculaires sont conformes à l'objectif visé pour la plupart des patients, mais il y a encore des améliorations à faire.** Pour ce qui est des pontages coronariens, des angiographies et des interventions coronaires percutanées, environ 95 % des patients ont été opérés dans les délais recommandés. La situation peut être améliorée en ce qui concerne les temps d'attente pour les cas urgents de pontage (79 % sont effectués dans les délais visés) et les interventions coronaires percutanées moyennement urgentes (65 %).
- 2. Davantage de patients reçoivent les bons médicaments après une crise cardiaque, mais là aussi, il y a des améliorations à faire.** Le taux d'utilisation des statines, des bêta-bloquants et des IECA/ARA se situe à 86 %, 79 % et 80 % respectivement, alors que les spécialistes suggèrent que ces taux devraient plutôt être de l'ordre de 90 %.
- 3. Les taux de crises cardiaques, de mortalité et de réadmission diminuent.** Les hospitalisations pour angine de poitrine ont également diminué de plus de la moitié au cours des six années précédentes.
- 4. Les taux de mortalité et de réadmission sont élevés pour les insuffisances cardiaques congestives.** Un tiers des patients qui subissent une première hospitalisation par suite d'une première insuffisance cardiaque congestive décèdent au cours de l'année qui suit. Nous n'avons pas constaté d'amélioration au cours des six années précédentes. Le nombre de réadmissions a diminué il y a quelques années, mais la situation ne s'est pas améliorée durant les trois dernières années. Le taux de réadmission à 30 jours pour les insuffisances cardiaques congestives, qui s'établit à 11 %, reste supérieur à celui de tous les autres groupes de diagnostic.
- 5. Pour ce qui est des accidents vasculaires cérébraux, le taux de mortalité s'est amélioré, mais on pourrait faire encore mieux.** Les taux de mortalité baissent et pratiquement tous les patients prennent de l'acide 2-(acétyloxy) benzoïque ou d'autres médicaments anti-thrombotiques. Toutefois, seulement 12 % des patients victimes d'un AVC qui se présentent aux urgences et pourraient bénéficier d'un traitement thrombolytique (pour éliminer les caillots de sang) obtiennent ce traitement dans l'heure qui suit comme il le faudrait. Des vies pourraient être sauvées et des invalidités évitées si nous faisons un meilleur travail.

- 6. Les efforts de réduction des comportements nuisibles pour la santé, comme le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique qui se traduisent par des maladies cardiaques ont cessé de progresser ces trois dernières années.** Actuellement, les taux associés à ces comportements au sein de la population sont de 16 %, 50 % et 18 % respectivement.
- 7. Les personnes ayant un faible revenu et un faible niveau d'instruction continuent de présenter les plus grands risques de maladies cardiaques et de comportements nuisibles pour la santé.** Par exemple, les taux de tabagisme s'établissent à de 31 % pour les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires et à 13 % pour celles qui ont suivi des études postsecondaires. Les taux d'inactivité physique sont de 58 % pour les personnes de la tranche de revenus les plus bas contre 37 % pour celles de la tranche de revenus les plus élevés. Si nous voulons réduire ces comportements nuisibles pour la santé, nous devons mettre en place des stratégies spécialement conçues pour les groupes les plus vulnérables.

Principales questions que doivent se poser les personnes atteintes de maladie cardiaque ou dont elles doivent discuter avec leur fournisseur de soins :

- Est-ce que je prends les bons médicaments? Renseignez-vous au sujet de l'acide 2-(acétyloxy) benzoïque (aspirine), des médicaments contre le cholestérol (statines), des IECA/ARA, des bêta-bloquants pour soigner une ancienne crise cardiaque, des artères bloquées ou une ICC?
- Mon état est-il bien suivi? Les examens à faire comprennent les tests de la tension artérielle, des tests périodiques du taux de cholestérol et, pour les patients atteints d'une ICC, les échocardiogrammes et un suivi quotidien du poids.
- Est-ce que je connais les signes précoces d'un AVC pour que je puisse me rendre à l'hôpital dès leur apparition?
- Est-ce que je connais les bons taux de tension artérielle et de cholestérol? Normalement, ces taux doivent être de 140/90 ou de 130/80 pour les personnes diabétiques; le taux cible pour le LDL (« mauvais cholestérol ») est deux ou moins.
- Que fais-je pour cesser de fumer, faire davantage d'exercices et atteindre ou maintenir mon poids idéal? Quels objectifs dois-je établir pour moi-même? De quelles aides ai-je besoin : conseils en diététique, groupes d'exercice, programme d'aide à la cessation tabagique, soutien des amis ou des membres de la famille?

1.8 Diabète

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Diabète

Dans l'ensemble, nous constatons de légers signes d'amélioration en ce qui concerne la gestion du diabète, mais on pourrait faire encore mieux, surtout au chapitre du suivi et du dépistage, des facteurs de risque et des médicaments à prescrire. Pour continuer de progresser, il faudrait aussi que les patients se prennent en charge et établissent leurs propres objectifs et songent à améliorer leur hygiène de vie.

- 1. L'incidence de complications graves du diabète a diminué au cours des cinq dernières années, mais il y a encore des améliorations à faire.** Environ un patient diabétique sur 20 est victime de complications graves (décès, crise cardiaque, AVC, amputation, défaillance rénale) au cours d'une année donnée.
- 2. Davantage de patients prennent les bons médicaments pour le diabète, mais il y a encore beaucoup d'améliorations à faire.** Seulement 58 % des patients prennent régulièrement leurs médicaments pour réduire le cholestérol (statines), 67 % prennent des IECA/ARA et 46 % les deux. Selon les experts, pratiquement tous les patients diabétiques devraient prendre ces médicaments.
- 3. Le suivi des personnes diabétiques laisse à désirer.** Seulement la moitié des patients diabétiques se font examiner régulièrement les yeux et les pieds. Tous doivent subir de tels examens.
- 4. Les taux de comportements nuisibles pour la santé qui provoquent le diabète ou l'aggravent ne se sont pas améliorés et augmentent même depuis quelque temps.** Les taux d'obésité et d'inactivité physique se sont améliorés entre 2001 et 2005, mais se sont détériorés entre 2005 et 2008. En 2008, 50 % des Ontariennes et Ontariens ne faisaient pas d'exercice et 18 % étaient obèses.
- 5. Les personnes ayant un faible revenu sont moins susceptibles de se soumettre aux examens de suivi appropriés.** Par exemple, en 2008, 49 % des personnes de la tranche de revenus les plus bas se sont fait examiner les yeux contre 66 % pour les personnes de la tranche de revenus les plus élevés. Les personnes à faible revenu risquent davantage de s'adonner à des comportements nuisibles pour la santé au chapitre de l'alimentation, de l'activité physique et du tabagisme.

Questions importantes que les responsables et le personnel de santé doivent se poser :

- Utilisons-nous des méthodes comme des organigrammes pour nous rappeler les pratiques exemplaires?
- Si nous avons un dossier médical électronique (DME), ce dossier produit-il des données sur le pourcentage de nos patients diabétiques qui prennent les bons médicaments (statines, IECA/ARA) ou ces personnes ont-elles effectué un test de l'A1C ou se sont-elles fait examiner les yeux récemment? Notre DME produit-il des rappels quand les patients diabétiques doivent subir des examens ou de suivi?
- Nos patients se sont-ils fixé des objectifs pour être en meilleure santé? Ont-ils été orientés vers un programme de prise en charge des maladies chroniques?
- Notre cabinet est-il doté d'un monofilament pour effectuer des examens des pieds de manière appropriée?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables, afin qu'elles obtiennent les services dont elles ont besoin compte tenu de leur niveau d'éducation, de leur culture ou de leur langue?

Questions importantes que doivent se poser les personnes diabétiques ou dont elles doivent discuter avec leur fournisseur de soins :

- Est-ce que je prends les bons médicaments? Renseignez-vous au sujet des statines, des IECA/ARA et de l'acide 2-(acétyloxy) benzoïque (aspirine), en plus des médicaments pour contrôler le taux de sucre dans le sang.
- Mon état est-il bien suivi? Les examens à faire comprennent les examens des yeux et des pieds, les analyses d'urine, ainsi que les analyses sanguines régulières pour vérifier le taux de cholestérol et l'A1C (moyenne sur trois mois du taux de sucre dans le sang).
- Est-ce que je vérifie moi-même mon taux de sucre dans le sang et ma tension artérielle? Est-ce que je tiens un journal des résultats chez moi?
- Est-ce que j'ai établi des objectifs pour les taux de sucre dans le sang, la tension artérielle (idéalement 130/80) et mon poids avec mon médecin?
- Est-ce que j'ai une bonne alimentation et est-ce que je fais des exercices? Quels objectifs personnels dois-je me fixer pour être en meilleure santé? De quelles aides ai-je besoin : conseils en diététique, médicaments ou soutien pour cesser de fumer, soutien des amis ou des membres de la famille?

1.9 Cancer

Cancer

Dans l'ensemble, nous constatons quelques améliorations au chapitre du traitement du cancer en Ontario, les patients continuent d'attendre trop longtemps pour les chirurgies et les traitements systémiques et il faut continuer à réduire les comportements nuisibles pour la santé et améliorer le dépistage du cancer.

- 1. Les temps d'attente pour les soins du cancer peuvent être améliorés. Les domaines qui nous préoccupent le plus sont les chirurgies urgentes et les traitements systémiques (chimiothérapie).** Seulement 53 % des patients nécessitant des soins d'urgence (priorité 2) sont opérés dans les délais requis. Certains hôpitaux, dont l'hôpital général de North York, ont réalisé un taux de 97 % en instaurant des processus bien conçus et efficaces. D'autres hôpitaux pourraient en faire de même. Les temps d'attente pour la radiothérapie se sont améliorés et trois patients sur quatre sont traités dans les délais requis. Mais il y a encore des améliorations à faire. Les temps d'attente pour les traitements systémiques (chimiothérapie) continuent d'être plus longs que le délai recommandé de 14 jours pour les consultations et les traitements.
- 2. Les taux de cancer du poumon et de mortalité due au cancer du sein se sont améliorés au cours des 10 dernières années :** c'est un résultat encourageant qui peut s'expliquer par l'amélioration des traitements au fil du temps et la réduction du tabagisme depuis quelques décennies.
- 3. Les taux de dépistage du cancer du sein ou du col utérin ne s'améliorent pas.** Environ un quart des femmes ne se font toujours pas faire une mammographie ou un test Pap. Quant aux taux de dépistage du cancer du côlon, ils s'accroissent, mais demeurent trop bas (31 %).
- 4. Les efforts pour réduire les comportements nuisibles pour la santé comme le tabagisme, une consommation insuffisante de fruits et de légumes, l'obésité, l'inactivité physique et une trop grande consommation d'alcool ont cessé de progresser depuis quelque temps.** À l'heure actuelle, les taux associés à ces comportements s'établissent à 16 %, 59 %, 18 %, 50 % et 21 % respectivement en Ontario. La situation s'est quelque peu améliorée entre 2001 et 2005, mais a cessé de progresser pour se détériorer entre 2005 et 2008. Ces comportements nuisibles pour la santé sont responsables de cancers du sein, du côlon, des poumons, du foie, des reins et autres.
- 5. Les personnes ayant un faible revenu et un faible niveau d'instruction sont toujours les plus susceptibles de s'adonner à des comportements nuisibles pour la santé et de ne pas subir des tests de dépistage préventifs.** Par exemple, les taux de tabagisme sont de 31 % pour les personnes sans diplôme d'études secondaires et de 13 % pour celles qui ont fait des études postsecondaires. Les taux de mammographie sont de 64 % pour les femmes à faible revenu comparativement à 75 % pour les femmes à revenu plus élevé. Les futurs plans de lutte contre le cancer doivent comprendre des stratégies visant les personnes les plus vulnérables.

Questions importantes que les responsables et le personnel de santé doivent se poser :

- Quels objectifs établissons-nous pour les temps d'attente? Si certains établissements ont réussi à améliorer considérablement leur situation (p. ex., l'Hôpital général de North York), nous devrions le pouvoir nous aussi.
- Avons-nous instauré les processus nécessaires à l'organisation des chirurgies du cancer, de séances de radiothérapie ou de chimiothérapie? Quels sont les domaines caractérisés par les gaspillages, chevauchements, erreurs ou transmissions ratées? Que faisons-nous pour que nos processus se déroulent plus rapidement et de manière plus fiable?
- Avons-nous mis en place des systèmes d'information capables de produire des rappels pour toutes les personnes nécessitant des tests de dépistage du cancer?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables?

Questions importantes que les gens doivent se poser ou dont ils doivent discuter avec leur soignant :

- De quels tests de dépistage ai-je besoin pour mon âge et mon sexe et à quelle fréquence? Quand ces tests doivent-ils être effectués?
- Que fais-je pour cesser de fumer, faire davantage d'exercices ou atteindre ou maintenir mon poids idéal? Quels objectifs personnels devrais-je me fixer? De quelles aides ai-je besoin : conseils en diététique, groupes d'exercice, aides à la cessation du tabagisme et soutien des amis ou des membres de la famille?

1.10 Santé mentale

HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Santé mentale

La santé mentale est un domaine où l'Ontario affiche des lacunes importantes au chapitre de l'évaluation de la qualité des services de santé. Dans ce rapport, nous résumons les constatations établies au moyen des données existantes et demandons plus d'investissements dans l'évaluation de la façon dont les gens accèdent aux services dont ils ont besoin et si leurs symptômes ou leur fonctionnement quotidien se sont améliorés après avoir reçu des soins.

- 1. La dépression est un problème important chez les personnes âgées ou de santé fragile.** Neuf pour cent des personnes qui reçoivent des soins à domicile ont de graves problèmes d'anxiété ou de dépression, dont tristesse profonde ou cessation des activités quotidiennes. 22 % des résidents des foyers de soins de longue durée ont manifesté des symptômes accrus de dépression ou d'anxiété au cours des trois mois précédents.
- 2. Beaucoup de résidents des foyers de soins de longue durée affichent des comportements inappropriés comme l'agression, l'agitation ou l'errance.** Environ un résident sur neuf a affiché des comportements de gravité accrue au cours des trois mois précédents. Ces comportements sont particulièrement fréquents chez les personnes atteintes d'Alzheimer ou d'autres démences. Malgré l'absence de points repères pour cet indicateur, nous pouvons faire beaucoup mieux.
- 3. La gestion des médicaments pour les résidents des foyers de soins de longue durée et les personnes recevant des soins continus complexes reste une question préoccupante.** 17 % des résidents des foyers de soins de longue durée ayant un âge avancé prennent des antipsychotiques sans raison précise et 30 % prennent des médicaments contre l'anxiété ou hypnotiques (sommifères) prescrits sans diagnostic précis. Peu après leur admission dans un foyer de soins de longue durée, un résident sur six reçoit des antipsychotiques et un sur résident sur quatre reçoit des médicaments contre l'anxiété ou des somnifères qu'il ne recevait pas auparavant. Près de 25 % des patients recevant des soins continus complexes prennent des antipsychotiques sans raison particulière. Ces médicaments peuvent avoir des effets secondaires graves et devraient être évités dans la mesure du possible. La situation ne s'est pas beaucoup améliorée pour tous ces indicateurs.
- 4. Le taux de blessures auto-infligées a diminué au cours des années précédentes, mais il y a encore des améliorations à faire.** À l'heure actuelle, il y a 89 visites aux SU par tranche de 100 000 habitants pour blessures auto-infligées. Nous constatons que les femmes dont les revenus sont les plus faibles courent les plus grands risques. Les taux de suicide au Canada sont demeurés constants entre 2001 et 2005, soit 12 par tranche de 100 000 habitants. Malheureusement, nous ne disposons pas de données actuelles pour cet important indicateur en Ontario.

Questions importantes que les responsables et le personnel de santé doivent se poser :

- Prescrivons-nous trop de médicaments antipsychotiques et contre l'anxiété? Utilisons-nous des méthodes non médicamenteuses pour traiter les personnes agitées et souffrant d'insomnie ou d'anxiété? Offrons-nous aux personnes qui reçoivent des soins à domicile ou qui vivent dans un foyer de soins de longue durée des activités sociales ou des séances de counseling? Pour éviter la frustration chez les résidents des foyers de soins de longue durée, avons-nous recours à des stratégies comme la communication à une seule phrase, le maintien du contact visuel et les techniques de désamorçage des conflits?
- Demandons-nous à un pharmacien de procéder à des examens réguliers des médicaments en consultation avec l'avis du client/résident et des membres de la famille et du personnel?
- Si nous avons un dossier médical électronique, suit-il les tendances en matière d'utilisation des médicaments?
- Procédons-nous à des examens de dépistage des signes précoces de dépression?
- Que faisons-nous pour atteindre les populations les plus vulnérables et qu'elles obtiennent le counseling dont elles ont besoin pour réduire les incidents de blessures auto-infligées? Nos services prennent-ils en compte la culture et la situation financière et familiale des gens?

Questions importantes que les patients manifestant des symptômes de maladie mentale et les familles doivent se poser ou dont ils doivent discuter avec le fournisseur de soins :

- Est-ce que la personne montre des signes de dépression? Que fait-on pour traiter ces symptômes? Si la personne vit en foyer de soins de longue durée, y a-t-il des facteurs dans l'environnement qui pourrait contribuer à la situation? Que pourrait-on faire pour améliorer la participation aux activités ou aux réseaux sociaux?
- Mon père ou ma mère reçoit-il ou elle des antipsychotiques ou des médicaments contre l'anxiété/hypnotiques ou des somnifères (comme le Valium ou l'Ativan)? Ai-je demandé au médecin si ces médicaments sont nécessaires et s'il existe d'autres options pour traiter les problèmes d'agitation, d'insomnie ou d'anxiété?