

1 INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

L'Ontario compte près de 13 millions d'habitants de tous les âges et présentant divers états de santé. Ceux d'entre nous qui n'ont pas besoin de soins médicaux connaissent certainement quelqu'un qui en a eu besoin à un moment donné – souvent une personne proche très malade. Nous souhaitons un système de santé de premier ordre et très performant aussi bien pour ces personnes que pour nous.

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme autonome qui a été créé par la province en 2004. Il a pour mandat d'aider à améliorer le système de santé financé par les deniers publics en surveillant la qualité, en présentant des rapports à la population de l'Ontario à ce sujet et en encourageant les améliorations constantes. Pour améliorer l'ensemble du système de manière continue, il faut planifier les changements en les associant à des objectifs et à des échéances bien définis, en évaluant les progrès réalisés et en établissant des rapports. En publiant les avantages de ces initiatives – et les conséquences de nos échecs – le Conseil ontarien de la qualité des services de santé peut favoriser le changement et renforcer les efforts déployés pour améliorer la qualité.

1.1 Le rapport de cette année

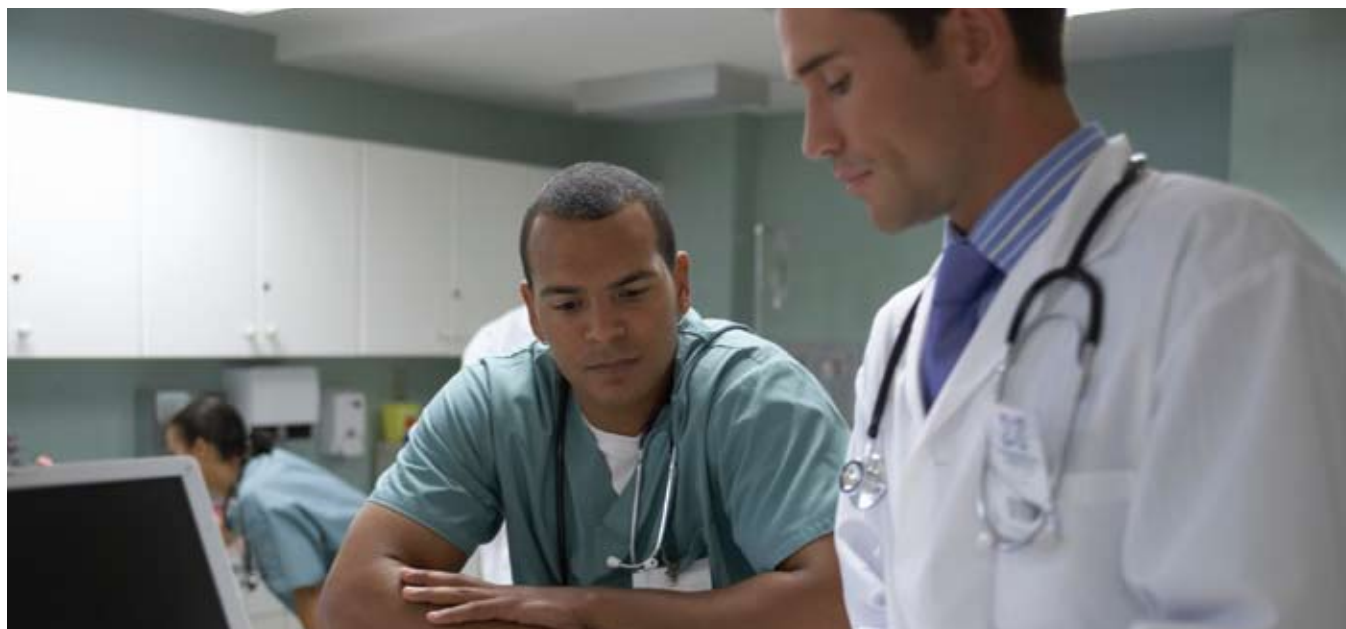
Il s'agit de notre quatrième rapport annuel sur le système de santé financé par les deniers publics en Ontario. Nous y examinons les conclusions précédentes et faisons le point sur ces conclusions, et ajoutons quelques nouveaux indicateurs (aspects des soins de santé que nous pouvons mesurer et suivre) pour donner aux

Ontariennes et Ontariens une image exacte de la manière dont le système se comporte et ce qui doit être amélioré.

Avant de rédiger le rapport, nous avons consulté des experts dans plusieurs domaines de la recherche sur la santé afin de sélectionner de bons indicateurs qui reflètent la qualité des soins en Ontario et de comprendre ce que les résultats disent réellement. Ces experts forment le Conseil consultatif sur la mesure du rendement et le Comité d'évaluation du rendement par des pairs. Nous recueillons des données provenant de diverses sources, notamment des enquêtes menées par le gouvernement et des organismes indépendants comme le Fonds du Commonwealth. Ensuite, nous travaillons avec des chercheurs de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences pour analyser les données.

Comme par le passé, les renseignements contenus dans le présent rapport sont regroupés en catégories, à savoir les « neuf attributs » qui ont été établis d'après ce que les Ontariennes et Ontariens nous ont dit apprendre d'un système de santé autonome performant – un système accessible, efficace, sûr, axé sur le patient, équitable, efficient, intégré, axé sur la santé de la population et adéquatement outillé.

Les années précédentes, nous avons mis l'accent sur les domaines particuliers qui doivent être améliorés. Une année, il a été question d'améliorer la technologie de l'information; d'autres années, nous avons décrit les lacunes dans la manière dont on traite les maladies chroniques. Cette année, nous revenons sur ces deux questions, mais ajoutons également de nouveaux renseignements sur les problèmes associés à l'accessibilité du système de santé.



1.2 Prôner l'amélioration de la qualité

Publier des rapports sur les indicateurs et les objectifs est un élément important du processus d'amélioration de la qualité, mais la mission du Conseil ne s'arrête pas là. Selon le deuxième volet de son mandat – appuyer l'amélioration constante de la qualité dans les soins de santé – le Conseil doit être un catalyseur du changement. Ainsi, le rapport contient également plusieurs exemples d'initiatives d'amélioration de la qualité déployées partout dans la province, que nous appelons « études de cas de réussite ».

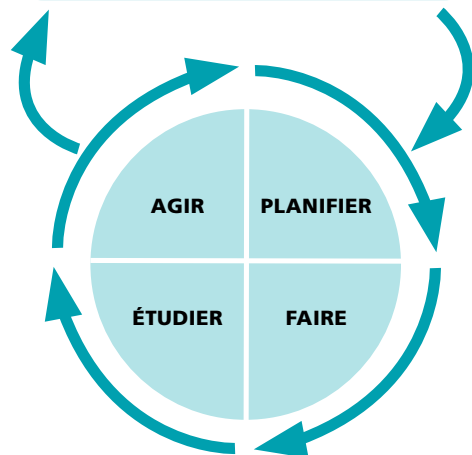
Il ne s'agit pas seulement de décrire les idées intéressantes qui ont été mises en œuvre. Nous avons utilisé le « modèle d'amélioration » mis au point par l'Institute for Healthcare Improvement, organisme sans but lucratif situé à Cambridge, au Massachusetts. Selon ce modèle, pour réussir, les projets d'amélioration de la qualité devraient avoir un objectif clair et suivre des mesures précises qui indiquent si les changements effectués aboutissent à une amélioration. Le modèle fournit des données probantes solides aux autres organismes lorsqu'ils recherchent des moyens d'améliorer la qualité.

Modèle d'amélioration

Ce que nous essayons d'accomplir?

Comment saurons-nous si un changement aboutit à une amélioration?

Quels changements pouvons-nous apporter pour améliorer les choses?



Les études de réussite sont étroitement liées au reste du travail que nous effectuons pour améliorer le système de santé et la santé des Ontariennes et Ontariens. Vous pouvez en savoir plus à ce sujet en consultant notre plan stratégique, mais, en bref, nous avons l'intention de coordonner notre travail avec les personnes qui gèrent le système de santé, afin que les mesures de la qualité décrites dans le présent rapport soient celles que les leaders prendront au cours de leurs activités de planification quotidiennes. Nous nous sommes également engagés à accroître la capacité du système de santé de s'améliorer en prônant l'utilisation d'outils d'amélioration de la qualité, en reliant les groupes qui travaillent sur les mêmes problèmes de qualité et en encourageant les décideurs à établir des objectifs d'amélioration et à planifier les mesures nécessaires pour y parvenir.

1.3 Nos principales conclusions

Le système de santé financé par les deniers publics de l'Ontario améliore la santé des gens et sauve des vies chaque jour. Il compte des professionnels bien formés, dont beaucoup travaillent des longues heures à des emplois difficiles, car ils croient en ce qu'ils font pour leurs concitoyens. Leur travail et les soins coûtent beaucoup : les dépenses de santé en 2009-2010 devraient atteindre les 42,4 milliards de dollars, soit près de la moitié de l'ensemble des dépenses provinciales.



Nous savons que des soins de mauvaise qualité se traduisent par un gaspillage d'argent et des souffrances. Ce gaspillage prend diverses formes, qu'il s'agisse de personnes dont l'état de santé empire parce qu'elles n'ont pas été suivies et qu'elles n'ont pas reçu les soins dont elles avaient besoin ou de personnes qui tombent malades parce qu'on leur a administré les mauvais médicaments ou qu'elles ont attrapé une infection à l'hôpital. Le résultat est le même : un gaspillage de ressources qui ne pourront servir à d'autres fins. Notre mission consiste à montrer en quoi le système pourrait s'améliorer et à encourager les initiatives d'amélioration de la qualité dans ces domaines. Voici les principaux messages tirés du travail que nous avons réalisé cette année :

Les temps d'attente ont été réduits pour beaucoup d'interventions chirurgicales, mais les gens attendent encore trop longtemps pour recevoir des soins en Ontario – notamment en ce qui concerne les interventions chirurgicales d'urgence pour le cancer, les examens IRM, les spécialistes et les foyers de soins infirmiers.

Bien que les temps d'attente pour la chirurgie du cancer aient diminué au cours des dernières années, le problème n'a pas été réglé pour les personnes qui ont besoin d'une intervention chirurgicale d'urgence. Les personnes dont la catégorie est Priorité 2 devraient être opérées dans un délai de deux semaines, mais la moitié d'entre elles attendent plus longtemps et certaines attendent même jusqu'à quatre semaines. Un hôpital ontarien a trouvé une solution. L'Hôpital général de North York a examiné la manière dont il coordonnait les soins du cancer et réalise désormais les interventions chirurgicales du cancer hautement prioritaires dans des délais de deux semaines.

Bien qu'il y ait beaucoup plus de machines IRM dans la province et que nous réalisions près de deux fois plus d'examen, nous sommes très loin de l'objectif d'attente de 28 jours. Les temps d'attente ont fluctué entre 90 et 120 jours pendant près de quatre ans, mais globalement, il n'y a pas eu beaucoup d'amélioration depuis 2005. Cela peut se traduire par un retard de traitement pour les problèmes de santé décelés par les IRM. Cela fait plusieurs années que ce problème persiste et nous sommes encore loin d'en connaître la raison.

Les temps d'attente pour les spécialistes sont également trop longs. La majorité des adultes malades en Ontario disent devoir attendre plus d'un mois avant de pouvoir consulter un spécialiste. À titre de comparaison, seulement une personne sur quatre attend aussi longtemps en Allemagne, aux Pays-Bas et aux États-Unis.

Le fait que les attentes pour entrer dans un foyer de soins de longue durée aient doublé au cours des deux dernières années, pour passer de 49 à 106 jours, nous inquiète beaucoup. Les personnes qui attendent d'être admises dans un foyer de soins de longue durée sont trop frêles pour vivre seules. Si elles attendent chez elles, il est probable qu'elles ne recevront pas les soins dont elles ont besoin. Si elles attendent à l'hôpital, leur état peut empirer en raison de l'immobilité et de l'absence de soutien pour

devenir aussi autonomes que possible. Les familles sont stressées dans l'un ou l'autre cas. D'autres provinces ont réduit leurs listes d'attente tout en ayant moins recours aux soins de longue durée ont trouvé d'autres solutions. Certaines localités de la province réussissent à renvoyer les gens chez eux avec plus de soutien au lieu de les diriger directement vers un foyer de soins de longue durée. Il serait possible de mieux gérer les temps d'attente, simplement en diffusant ces bonnes idées partout dans la province.

Des progrès réels ont été réalisés dans certains domaines depuis la mise en place de la Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente en 2004. Les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies de la cataracte ont été réduits : en septembre 2005, il fallait attendre 440 jours pour une chirurgie du genou. En décembre 2008, le temps d'attente était de 189 jours. Il fallait attendre 350 jours pour une arthroplastie de la hanche, alors que l'attente est maintenant de 162 jours. Les temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte sont passés de 310 jours à environ 103 jours durant la même période. Les temps d'attente pour les angiographies et les angioplasties ont diminué régulièrement depuis 2005 et la grande majorité des patients qui ont besoin d'un pontage coronarien sont traités en temps voulu.

Il est absolument essentiel que vos renseignements médicaux soient exacts et complets pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des soins qui vous sont prodigués. Le système de santé ontarien ne tire pas suffisamment parti de la technologie de l'information pour dispenser ces soins.

En 2007, seulement un médecin de famille ontarien sur quatre utilisait des fichiers électroniques, comparativement à 50 pour 100 pour l'Alberta, 98 pour 100 pour les Pays-Bas et 89 pour 100 pour le Royaume-Uni. Alors que 93 pour 100 des médecins britanniques utilisent des fichiers électroniques pour envoyer des rappels à leurs patients (p. ex., pour le dépistage du cancer), seulement 8 pour 100 des médecins canadiens le font.

Le Rapport sur les hôpitaux, qui est publié en Ontario chaque année, note dans quelle mesure les établissements utilisent la technologie de l'information. Un système entièrement intégré qui desservirait tous les services hospitaliers obtiendrait un total de 100 points. Au cours des deux dernières années, les plus grands hôpitaux universitaires ont obtenu près de 80 points tandis que les petits hôpitaux n'ont reçu qu'un peu moins de 50 pour 100. Mais le plus important, c'est que moins de 20 pour 100 des hôpitaux pouvaient communiquer l'information aux médecins ou aux organismes de la communauté. Ces faibles notes signifient que les hôpitaux ontariens ne disposent probablement pas de tous les systèmes d'information dont ils auraient besoin pour gérer des soins de santé complexes.

L'utilisation insuffisante de la technologie est l'un des plus gros obstacles à la qualité des soins en Ontario. Sans système informatique intégré, les données sont mal communiquées et les professionnels risquent de ne pas obtenir tous les renseignements dont ils ont besoin. Au pire, les patients risquent de faire l'objet

d'erreurs et d'oublis. Mais le plus souvent, les soins sont désorganisés, l'efficacité est réduite et les patients ont le sentiment de perdre leur temps.

Nous craignons que cette perte de temps ne mine la confiance du public envers le système de santé. Selon un sondage, 33 pour 100 des Ontariennes et Ontariens plus gravement malades* indiquent perdre leur temps à cause d'une mauvaise organisation des soins, soit plus que partout ailleurs au Canada et plus que dans six pays sur huit; aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, seulement 20 pour 100 des patients estiment perdre leur temps à cause d'une mauvaise organisation. En outre, 18 pour 100 des personnes interrogées ont indiqué avoir perdu leur temps parce que les résultats de leurs examens, fichiers médicaux ou lettres d'orientation n'étaient pas disponibles au moment de leurs rendez-vous, comparativement à 9 pour 100 pour les Pays-Bas. Finalement, 11 pour 100 des personnes interrogées ont indiqué avoir subi de nouveaux examens inutiles, par rapport à seulement 4 pour 100 pour les Pays-Bas. Il convient de souligner que près de 100 pour 100 des médecins de famille hollandais ont informatisé les fichiers médicaux de leurs patients.

Nous nous réjouissons du lancement de Cybersanté Ontario – nouvel organisme créé pour établir une stratégie provinciale cohérente d'utilisation de la technologie de l'information et améliorer les soins de santé. Cybersanté Ontario a jusqu'en 2015 pour réaliser la promesse du gouvernement de créer un fichier de santé électronique pour tous les Ontariens et Ontariennes. Les autres objectifs de l'organisme consistent à améliorer l'accès aux soins, à accroître la sécurité des patients et à aider ces derniers à gérer leurs soins.

Un véritable fichier de santé électronique est axé sur le patient et intègre les renseignements provenant de diverses sources en un seul endroit. Les gens doivent pouvoir accéder à leurs renseignements médicaux, car c'est un droit fondamental et parce que cela leur permet de participer activement à la prise de décision. Alors que le gouvernement a établi une date précise pour la mise en place d'un fichier médical électronique, nous n'avons pas encore tous les détails de la manière dont cet objectif sera réalisé. Pour préserver l'investissement des contribuables dans ce projet, il doit y avoir une définition claire de ce que le produit final sera, des étapes déterminantes qui seront suivies, et la présentation des rapports afin d'informer le public de la manière dont la mise en œuvre progresse en ce qui a trait à chaque étape. Nous souhaitons également que la population ait la possibilité de donner son point de vue en ce qui a trait à la conception et à la mise en place du fichier.

Malgré les quelques petites améliorations constatées, les personnes atteintes de maladies chroniques – notamment le diabète, les maladies du cœur et l'asthme – ne reçoivent pas tous les soins dont elles ont besoin.

Le problème de la non-informatisation des fichiers médicaux est le plus criant pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Les gens peuvent vivre normalement pendant des années tout en ayant une maladie chronique s'ils font l'objet d'un suivi attentif après que les symptômes ont été décelés et traités et avant que leur état ne s'aggrave.

Mais il y a de graves lacunes concernant le suivi, les médicaments et le soutien professionnel dont les maladies chroniques ont besoin pour gérer leurs maladies et le coût de notre échec dans ce domaine est exorbitant. L'an dernier, nous avons calculé que près de 8 000 vies pourraient être sauvées chaque année et qu'on pourrait améliorer la vie de beaucoup plus de personnes grâce à une meilleure gestion des maladies chroniques. Moins de la moitié des Ontariennes et Ontariens souffrant du diabète réussissent à contrôler leur taux de glycémie et leur pression artérielle. Cette année, nous avons constaté qu'on pouvait apporter beaucoup d'améliorations, notamment en nous assurant que les personnes atteintes du diabète, qui ont subi une crise cardiaque ou souffrent d'une insuffisance cardiaque congestive reçoivent les bons médicaments. Les taux individuels d'utilisation des médicaments nécessaires au traitement de ces maladies (statines, bêta-bloquants et IECA/BRA) vont de 65 à 82 pour 100, mais devraient être de 90 pour 100 ou plus.

Le suivi des patients, les examens et les prescriptions dont les personnes atteintes de maladies chroniques ont besoin doivent se faire de manière routinière et exhaustive, à un niveau que seuls les fichiers informatiques peuvent atteindre. Les fichiers médicaux informatisés peuvent servir à rappeler aux soignants quand il est temps de passer un examen ou une visite de suivi, suivre les résultats et envoyer des alertes en cas de problème. Les Ontariennes et Ontariens atteints du diabète sont moins aptes que les gens d'autres pays à obtenir des examens réguliers des pieds et des yeux et les pays qui affichent les meilleurs taux de suivi, comme les Pays-Bas, sont également ceux qui utilisent le plus les fichiers médicaux électroniques.

Pour optimiser la santé, les soignants doivent encourager les malades chroniques à s'occuper eux-mêmes de leurs soins, mais seulement une personne sur trois atteintes d'une maladie chronique en Ontario a indiqué que son soignant lui avait demandé quels étaient ses objectifs personnels pour ce qui est de la gestion de ses soins.

* Notre source pour les soins prodigués à la population cette année est l'International Health Policy Survey of Sicker Adults 2008, du Fonds du Commonwealth. On a interrogé uniquement les personnes qui ont indiqué être en « assez bonne » ou en « mauvaise » santé à cause d'une maladie, d'une blessure ou d'une invalidité ayant nécessité beaucoup de soins, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale au cours des deux dernières années. Si le système ne fonctionne pas pour ces personnes particulièrement vulnérables, cela suggère de profonds problèmes de qualité pour tous.

On doit évidemment insister sur le fait qu'une bonne santé ne s'acquière pas uniquement par un bon système de santé. Beaucoup de facteurs différents contribuent à une bonne santé, dont certains peuvent être contrôlés. Nous aimerions voir les Ontariennes et Ontariens être davantage responsables de leur santé, en ayant une meilleure hygiène de vie, notamment en consommant plus de fruits et de légumes, en perdant du poids, en faisant plus d'exercice et en cessant de fumer. Il y a eu des progrès en ce qui a trait à la réduction du tabagisme entre 2001 et 2005, mais aucun progrès n'a été réalisé depuis et l'obésité et l'inactivité physique se sont accrues légèrement entre 2005 et 2007.

La bonne nouvelle, toutefois, est que les médicaments qui servent à réduire le cholestérol – les statines – sont prescrits à beaucoup plus de personnes atteintes du diabète, afin de réduire le risque de crise cardiaque, d'accidents vasculaires cérébraux et de décès (même si les taux pourraient être encore plus élevés). L'autre bonne nouvelle est que moins de gens vont à l'hôpital pour des crises d'asthme et il y a des signes que le Programme de soins primaires de traitement de l'asthme de l'Ontario fonctionne bien – après 12 mois, les participants ont indiqué une chute de 30 pour 100 des crises d'asthme, une chute de 34 pour 100 des symptômes asthmatiques pendant la journée et une chute de 49 pour 100 des absences scolaires.

L'accès aux médecins de famille ne s'est pas amélioré.

La proportion d'adultes ontariens qui n'ont pas de médecin de famille n'a pas bougé au cours des deux dernières années. Environ 7,4 pour 100 des adultes ontariens n'ont pas de médecin de famille et environ la moitié d'entre eux, soit 400 000 personnes, en cherchent un sans succès. Ce chiffre ne s'est pas amélioré au cours des deux dernières années.

Avoir un médecin de famille ne garantit pas l'accès en temps voulu aux soins de santé. Seulement une personne sur trois en Ontario (et partout au Canada) peut consulter son médecin le même jour ou le jour suivant lorsqu'elle est malade et a besoin de soins. Aux Pays-Bas, le pays le plus performant, les gens sont deux fois plus aptes que les Ontariens à voir un médecin dès qu'ils sont malades.

Le système de santé ontarien n'est pas aussi sûr que ce qu'il devrait être.

Nous savons que beaucoup de médicaments courants peuvent être dangereux pour les personnes âgées frêles, qui risquent le plus d'être susceptibles à leurs effets secondaires. Beaucoup de ces médicaments provoquent des vertiges et des chutes, ce qui peut parfois entraîner la mort. L'an dernier, en Ontario, une personne âgée sur 25 a reçu une prescription pour un médicament qui aurait pu lui nuire, malgré l'existence d'autres médicaments moins dangereux. Le taux de prescription de ces médicaments aux personnes âgées a diminué ces six dernières années, mais il est encore trop élevé.

Alors que les éclosions de maladies infectieuses dans les hôpitaux constituent une tendance inquiétante, nous avons eu le plaisir de constater que la province a réagi aux inquiétudes du public en ordonnant la publication de rapports sur les taux d'infection à intervalle régulier. Ces rapports ont pour but de renseigner les patients et les soignants sur les dangers d'une mauvaise hygiène et encouragent les hôpitaux à déployer tous les efforts nécessaires pour enrayer la propagation des infections.

Nous sommes fort inquiets de constater que les travailleurs de la santé affichent des taux de blessures plus élevés que les mineurs ou les pompiers – et que les personnes qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée sont les plus touchées, souvent en soulevant ou en déplaçant des patients. Une meilleure formation et un meilleur matériel contribueraient énormément à réduire ces taux.

L'Ontario a entamé un processus d'amélioration, mais le rythme doit s'accélérer.

Nous avons constaté de modestes améliorations de la qualité dans notre système de santé, ce dont nous sommes reconnaissants. Toutefois, les progrès sont trop lents et dans certains cas, les choses ne progressent plus du tout. Les chercheurs ontariens qui travaillent sur le projet Qualité sur mesure financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont récemment publié une analyse des systèmes de santé de pays qui obtiennent les meilleurs résultats en matière de qualité¹. Leurs études de cas indiquent que pour améliorer rapidement un système, il faut un leadership fort, une culture d'amélioration de la qualité, un personnel capable de gérer le changement, des incitatifs et des mesures de reconnaissance de la qualité, et des renseignements en temps réel sur la manière dont le système fonctionne et les domaines qui doivent être améliorés. Dans notre rapport, nous décrivons des exemples précis de rendement en Ontario et ailleurs où il a été prouvé que de meilleurs résultats sont possibles. Nous encourageons les soignants, les planificateurs et les décideurs à tirer les leçons des méthodes éprouvées et d'appliquer ces leçons.

1.4 Comment nous avons collecté, évalué et interprété les données

Le rapport du Conseil ontarien de la qualité des services de santé tient compte de données provenant de nombreuses sources, notamment les dossiers administratifs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, les données collectées par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences et l'Institut canadien d'information sur la santé, et des entretiens avec les patients menés par le Fonds du Commonwealth dans le cadre de l'International Survey of Sicker Adults. La méthodologie et les sources de données sont décrites en détail dans le rapport technique disponible sur notre site Web à <http://www.ohqc.ca/fr/yearlyreport.php>