

Audit de performance

Surveillance de l'accès aux soins primaires

// Rapport de l'auditeur indépendant



Table des matières

1.0 L'audit en bref	1
// Pourquoi nous avons effectué cet audit	1
// Nos constatations	2
// Notre conclusion	5
2.0 Contexte	6
2.1 Aperçu et importance des soins primaires	6
2.2 Rattachement et accès aux soins primaires	7
2.3 Modèles de prestation des soins primaires et financement	8
2.4 Parties responsables dans le système de soins primaires	10
2.5 Équipe d'action pour les soins primaires	12
2.6 Cadre des soins primaires	13
3.0 Objectif et étendue de l'audit	14
4.0 Nos constatations	15
4.1 Planification du système et surveillance du rattachement aux soins primaires	15
4.2 Programme Accès Soins	24
4.3 Surveillance ministérielle des mesures de responsabilisation du modèle de paiement par capitation	33
4.4 Mesure de l'expérience des patients en matière d'accès aux soins primaires	43
Recommandations et réponses de l'entité auditée	51
Critères d'audit	60
Approche d'audit	61
Opinion d'audit	63
Acronymes	64
Annexe 1 : Modèles de soins primaires prodigués en équipe en février 2025	65
Annexe 2 : Liste des 58 ESO et taux de non-rattachement par région	66



1.0 L'audit en bref

// Pourquoi nous avons effectué cet audit

- Les soins primaires sont des soins complets qui favorisent la santé et le bien-être à toutes les étapes de la vie. Les patients cherchent à obtenir des soins primaires pour le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies courantes et pour obtenir un aiguillage vers des spécialistes de la santé et des ordonnances de médicaments. L'accès rapide aux soins primaires peut aider les patients à prévenir ou à retarder l'apparition de maladies chroniques, à gérer leurs maladies, à améliorer leur bien-être général et à prévenir des visites plus coûteuses à l'urgence. Dans l'ensemble, l'accès aux soins primaires aide à améliorer les soins aux patients et à réduire le coût du système de santé de l'Ontario.
- Les soins primaires sont dispensés principalement par des médecins de famille, aussi appelés omnipraticiens. D'autres fournisseurs de soins de santé, notamment des infirmières praticiennes, fournissent également des soins primaires. Selon les données les plus récentes du ministère de la Santé (le Ministère), environ 11 000 médecins offrant des services complets de santé familiale (2025) et 2 000 infirmières praticiennes (2023) prodiguent des soins primaires en Ontario. Notre audit a porté sur les médecins qui fournissent des soins primaires.
- INSPIRE-PHC a noté qu'environ 2 millions d'Ontariens avaient besoin d'un médecin de famille en mars 2024. Il s'agit d'une hausse par rapport aux 1,8 million de 2020. En 2020 et en 2024, ce chiffre représentait environ 12 % de la population totale de l'Ontario.
- De plus, selon un sondage mené en 2022 par l'Ontario Medical Association (OMA), 40 % des médecins de famille envisageaient de prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années.
- En 2024-2025, le Ministère a versé environ 4,3 milliards de dollars aux médecins qui fournissent des soins primaires aux Ontariens. Environ 59 % des médecins de famille en Ontario sont rémunérés en fonction d'un montant fixe par patient ainsi que de l'âge du patient. Ils reçoivent ce montant peu importe le nombre de visites effectuées par le patient.

**4,3 milliards
de dollars**
versés aux médecins de
soins primaires par le
Ministère en 2024-2025

// Nos constatations

Accès Soins n'a pas entièrement répondu aux besoins des Ontariens à la recherche d'un fournisseur de soins primaires

- Le Ministère a lancé Accès Soins en 2009. Accès Soins est le seul mécanisme centralisé du Ministère visant à aider les Ontariens à trouver un fournisseur de soins primaires. D'après les renseignements fournis par le Ministère sur les personnes qui se sont inscrites auprès d'Accès Soins entre 2020-2021 et 2024-2025 :
 - Les données sur les aiguillages ont révélé que sur les 197 000 inscrits qui ont été aiguillés vers un fournisseur de soins primaires en avril 2025, plus de 92 000 (47 %) avaient attendu moins de 21 jours et plus de 28 800 (15 %) avaient attendu plus de 260 jours.
 - Les données relatives aux listes d'attente ont révélé que sur les 178 000 inscrits qui attendaient toujours d'être aiguillés en juin 2025, plus de 108 000 étaient en attente depuis plus d'un an, dont environ 5 000 qui présentaient des besoins de santé complexes.
- En moyenne, pour chaque année comprise entre 2022-2023 et 2024-2025, seulement 648 médecins, soit 7 % des médecins financés selon un modèle de paiement par capitation, acceptaient les inscrits d'Accès Soins. Cela a contribué aux longs temps d'attente.
- En décembre 2024, un groupe de 12 équipes Santé Ontario (ESO) a informé le Ministère que celles-ci [traduction] « n'appuient pas la mise à jour de l'outil Accès Soins existant, car il n'est plus adapté à l'usage prévu ». Ces ESO ont indiqué qu'Accès Soins n'était pas largement soutenu par les fournisseurs ni utilisé par les Ontariens, et qu'en tant que système désuet datant de 2009, il nécessitait une refonte pour s'intégrer aux ESO.
- Depuis 2015, le Ministère n'a pas mis à jour son plan de communication d'Accès Soins ciblant le public et les fournisseurs de soins de santé. Au 1^{er} janvier 2025, environ 235 000 Ontariens étaient inscrits à Accès Soins. Ce chiffre ne représente qu'environ 11 % des Ontariens qui, selon les informations disponibles, n'ont pas de médecin de famille.

» Recommandations 4, 5 et 6

Les réseaux de soins primaires (les réseaux) au sein des ESO n'ont pas le pouvoir d'exiger des fournisseurs locaux qu'ils participent à la planification du système

- Le Ministère a délégué la tâche d'organiser la prestation régionale des soins primaires à 58 réseaux au sein des 58 ESO. Toutefois, il n'a pas accordé aux réseaux le pouvoir d'exiger que les fournisseurs de soins primaires collaborent avec eux à la planification du système afin d'accroître l'accès aux soins primaires.

- Par conséquent, les réseaux ont un niveau de connaissances variable quant au nombre de fournisseurs de soins primaires dans leur collectivité. Cela augmente le risque qu'ils ne puissent pas atteindre efficacement l'objectif de l'Équipe d'action pour les soins primaires (EASP) de la province, soit un taux de rattachement aux soins primaires de 100 % d'ici 2029, car ils ignorent combien de fournisseurs sont actuellement en exercice.
- Le Ministère ne dispose pas d'un cadre provincial permettant une approche coordonnée et équitable pour le recrutement des médecins de famille. Il s'attend à ce que les réseaux soutiennent la planification des ressources humaines en soins de santé primaires dans chaque ESO, mais ni le Ministère ni Santé Ontario n'exigent que les ESO communiquent avec les municipalités pour obtenir des renseignements sur la planification de leurs ressources humaines dans le domaine de la santé.
- À l'été 2025, l'Association des municipalités de l'Ontario (AMO) a recueilli des données auprès des municipalités de l'Ontario pour savoir combien elles avaient dépensé pour le recrutement de médecins. L'AMO a constaté que les municipalités répondantes, qui couvrent environ 89 % de la population de l'Ontario, dépensaient collectivement au moins 6 millions de dollars par année en mesures de recrutement et en incitatifs pour les ressources humaines dans le domaine de la santé, y compris les fournisseurs de soins primaires. Puisque ce ne sont pas toutes les municipalités qui disposent de telles ressources, cela soulève une question d'équité pour les Ontariens.

» Recommandations 1 et 2

Le Ministère n'a pas demandé aux ESO de soumettre des propositions comportant des options évolutives pour établir un nouveau modèle de soins ou élargir les modèles de soins existants prodigués par une équipe.

- Au printemps 2025, le Ministère a invité 40 ESO à soumettre jusqu'à un maximum de 5 propositions pour mettre sur pied de nouvelles équipes de soins primaires ou agrandir celles-ci. Le Ministère a approuvé 75 propositions.
- Dans l'ensemble, les propositions que nous avons examinées ont reçu 30 millions de dollars, soit 36 % des sommes demandées, et une proposition en a reçu 10 %. Le Ministère n'avait pas demandé aux demandeurs d'élaborer des options évolutives supposant divers niveaux de financement fournis. Dans certains cas, cela a entraîné une perte de ressources et a retardé la mise en œuvre, car le Ministère et Santé Ontario ont collaboré avec les demandeurs retenus pour peaufiner leurs plans de mise en œuvre afin de tenir compte du niveau de financement approuvé et des nouvelles cibles.

» Recommandation 3



Le Ministère ne réduit pas les paiements par capitation versés aux médecins des organismes de santé familiale (OSF) lorsque leurs patients reçoivent des soins ailleurs

- En février 2025, plus de 6 400 médecins faisaient partie d'OSF, le modèle de financement le plus courant pour les médecins de famille. Les médecins des OSF reçoivent des honoraires de base, ou capitation, pour fournir un ensemble de services aux patients inscrits. Nous avons constaté que même si les patients consultent un autre fournisseur de soins primaires, comme une clinique sans rendez-vous, pour recevoir un service qui devrait être inclus dans l'ensemble de services, la structure de paiement du Ministère auprès de ces médecins ne l'oblige pas à réduire le paiement par capitation.
- En 2022-2023 et 2023-2024, le Ministère aurait pu retenir environ 14 millions de dollars à des OSF dont la prime d'accès était négative parce que leurs patients recevaient une quantité importante de soins primaires dans un autre établissement.

» Recommandation 7

Le Ministère n'a pas établi d'échéancier ni de cibles pour mesurer le rendement

- Quatre des cinq indicateurs de rendement clés (IRC) que le Ministère a définis en janvier 2025 pour mesurer les progrès de la mise en œuvre du Plan d'action pour les soins primaires sont semblables à ceux énoncés dans un cadre de 2014 élaboré par Qualité des services de santé Ontario (QSSO) pour mesurer le rendement des soins primaires, ou s'appuient sur ceux-ci. Comme certains des IRC de 2014 n'ont jamais été mesurés, le Ministère a raté l'occasion de recueillir des données de référence et d'établir des cibles au cours de la dernière décennie.
- Le Ministère n'a pas établi d'échéancier pour recueillir des données visant à mesurer les cinq IRC ou cibles de rendement afin de déterminer si des améliorations sont apportées.

» Recommandation 9



// Notre conclusion

Notre audit a permis de conclure que le Ministère, de concert avec Santé Ontario, n'a pas systématiquement mis en place des processus pour planifier et superviser les programmes et les initiatives visant à améliorer l'accès des patients aux soins primaires. Plus précisément, le Ministère :

- » n'a pas accordé aux réseaux, qui font partie des ESO supervisées par Santé Ontario, le pouvoir d'exiger des fournisseurs de soins primaires qu'ils collaborent avec eux à la planification du système afin d'accroître l'accès aux soins primaires;
- » ne dispose pas d'un cadre provincial permettant une approche coordonnée et équitable pour le recrutement des médecins de famille;
- » n'a pas demandé aux ESO d'élaborer des propositions comportant des options évolutives pour élargir les équipes de soins primaires ou en créer de nouvelles;
- » n'a pas collaboré avec Santé Ontario pour promouvoir activement Accès Soins afin de permettre aux Ontariens de s'inscrire pour trouver un fournisseur de soins primaires.

De plus, le Ministère n'a pas surveillé efficacement si les médecins se conforment aux mesures de responsabilisation conçues pour améliorer l'accès des patients aux soins primaires, comme le prévoient les ententes contractuelles entre les médecins et le Ministère.

Enfin, le Ministère ne disposait d'aucun processus efficace pour mesurer l'accessibilité des patients aux soins primaires et pour en rendre compte, et il n'a établi aucun échéancier pour la collecte des données.

Le Ministère et Santé Ontario ont souscrit à nos 11 recommandations.



2.0 Contexte

2.1 Aperçu et importance des soins primaires

Les soins primaires sont des soins complets qui favorisent la santé et le bien-être du patient à toutes les étapes de sa vie. Ils se veulent le premier point de contact entre un patient et le système de santé. Les fournisseurs de soins primaires, le plus souvent les médecins de famille, offrent des services complets de médecine familiale tout au long de la vie, diagnostiquent, traitent et gèrent des maladies, mettent les patients en relation avec des spécialistes au besoin et aident les patients à prévenir les maladies chroniques.

Un rapport publié en 2024 par l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto prévoit que d'ici 2040, environ 3,1 millions de personnes en Ontario vivront avec une maladie grave, comme le diabète, l'hypertension ou le cancer. Il s'agit d'une augmentation de 1,3 million de personnes par rapport à 2020. Le rapport indique qu'en 2040, un adulte sur quatre vivra avec une maladie grave et nécessitera des soins hospitaliers importants. Lorsque les soins primaires sont accessibles, ils peuvent améliorer de façon proactive la santé globale d'une personne et aider à prévenir des visites plus coûteuses dans les hôpitaux, réduisant ainsi la pression sur l'ensemble du système de santé.

**3,1 millions
de personnes**

**en Ontario vivront avec
une maladie grave d'ici
2040, soit 1,3 million de
plus qu'en 2020**



2.2 Rattachement et accès aux soins primaires

Dans le contexte des soins primaires, deux termes, « rattachement » et « accès », sont souvent utilisés de manière interchangeable pour décrire la capacité d'une personne à obtenir les soins nécessaires, mais en pratique, ces termes sont bien distincts. Le rattachement fait référence à un lien documenté et confirmé entre un patient et un fournisseur de soins primaires régulier; l'accès fait référence à la capacité de consulter un fournisseur au besoin.

INSPIRE-Primary Health Care (INSPIRE-PHC), un réseau de chercheurs en soins primaires, a noté qu'en mars 2024, le nombre d'Ontariens qui n'étaient pas rattachés à des soins primaires était d'environ 2 millions, soit environ 12 % de la population totale de l'Ontario, une hausse par rapport aux 1,8 million de personnes de 2020.

Le rattachement fait référence à un lien documenté et confirmé entre un patient et un fournisseur de soins primaires régulier; l'accès fait référence à la capacité de consulter un fournisseur lorsque le besoin se fait sentir

Les chercheurs soulignent également une baisse prévue du nombre de médecins de famille qui pratiquent des services complets de santé familiale tout au long de la vie des patients. Selon une étude soutenue par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) et publiée par le Ministère en 2025, entre 1993-1994 et 2021-2022, la proportion de médecins de famille pratiquant des soins complets est passée d'environ 92 % à 81 %.

Un sondage mené en 2023 par l'Ontario College of Family Physicians révélait également que 65 % des médecins de famille prévoyaient quitter la profession ou réduire leurs heures de travail au cours des cinq prochaines années pour des raisons comme le manque de soutien et le travail administratif inutile, par exemple le suivi des résultats des tests de laboratoire et des tests diagnostiques. De plus, selon un sondage mené par l'OMA en 2022, 40 % des médecins de famille envisageaient de prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années.

Selon le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé mené par le Ministère en 2023, seulement 35 % des patients qui avaient un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires ont pu le consulter le jour même ou le lendemain lorsqu'ils étaient malades.



2.3 Modèles de prestation des soins primaires et financement

Bien que la plupart des gens associent les soins primaires à leur médecin de famille ou à une clinique sans rendez-vous, les soins primaires en Ontario sont beaucoup plus complexes. Ils sont prodigués selon différents modèles, et chaque modèle peut comporter plusieurs mécanismes de financement. Les mécanismes de financement ne correspondent généralement pas au modèle de prestation, mais sont plutôt fondés sur des ententes contractuelles entre le Ministère et les médecins.

En ce qui concerne la prestation des soins, les médecins de famille de l'Ontario travaillent généralement de façon autonome, avec d'autres médecins ou au sein d'équipes de soins primaires, où ils collaborent avec une équipe interprofessionnelle de soins primaires (EISP) composée de fournisseurs de soins de santé multidisciplinaires, comme des infirmières, des diététistes, des sages-femmes et des travailleurs sociaux, pour fournir aux patients des soins de santé complets. Selon un rapport publié en 2024 par l'Association of Family Health Teams of Ontario, 25 % des Ontariens ont accès à des soins prodigués par une équipe. L'**annexe 1** présente les quatre types de modèles de prestation de soins primaires prodigués en équipe en Ontario.

Selon l'OMA, les soins primaires prodigués en équipe réduisent l'épuisement professionnel des cliniciens et favorisent une approche plus holistique des soins. L'Association médicale canadienne (AMC) souligne que les soins primaires prodigués en équipe présentent des avantages pour les patients, puisque ceux-ci peuvent être évalués, traités ou mis en relation plus rapidement avec d'autres services de santé dans leur collectivité. L'AMC souligne également que les soins primaires prodigués en équipe aident à atténuer de nombreux problèmes en aval liés au système de santé, notamment la surpopulation dans les hôpitaux et la pression sur les services d'urgence.

Le Ministère finance de nombreux services de soins primaires en Ontario directement ou indirectement par l'entremise de Santé Ontario (explications à la **section 2.4**). Entre 2021-2022 et 2024-2025, le Ministère a dépensé en moyenne 4 milliards de dollars par année pour rémunérer les médecins de soins primaires. Il existait deux principaux modèles de financement pour tous les médecins de famille autorisés en Ontario en février 2025 :

- » **Paiement à l'acte (PA)** : Environ 1 600 médecins de famille sont rémunérés en facturant au Ministère chaque service rendu figurant sur la liste des prestations, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*. La Loi établit le cadre d'accès aux services de soins de santé publics dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO).

» **Modèles de paiement par capitation** : Environ 9 600 médecins de famille sont rémunérés selon un modèle de paiement par capitation. De ce nombre, environ 6 600 sont membres d'un OSF ou d'un Réseau de santé familiale (RSF) et sont rémunérés en recevant un montant fixe, appelé capitation, pour chaque patient inscrit sur leur liste, peu importe les services prodigués. Les quelque 3 000 médecins de famille restants sont rémunérés principalement au moyen d'un PA bonifié au moyen de petits paiements par capitation ou de contrats spécialisés. Les médecins œuvrant au sein des groupes de santé familiale (GSF) ou dans le cadre du modèle de soins complets (MSC) en sont des exemples. Ces modèles sont décrits plus en détail à la **section 4.3**.

Le Ministère a également conclu des contrats spécialisés avec environ 500 médecins qui fournissent des services à des patients présentant des besoins spécialisés ou complexes, comme ceux des refuges pour sans-abri et ceux recevant des soins palliatifs.

La **figure 1** résume tous les principaux modèles de prestation des soins primaires et leurs types d'ententes de financement. Tous les types sont financés par le Ministère ou Santé Ontario, et Santé Ontario supervise la plupart des modèles de soins prodigués par une équipe.

Figure 1 : Types de financement et d'ententes de financement les plus courants pour les modèles de prestation des soins primaires

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Type	Soins prodigués en équipe	Source de financement	Type d'entente de financement
Modèle de paiement par capitation (MSC, GSF, OSF, RSF)	Non*	Ministère	Contrat avec le Ministère; combinaison du RASO et des primes de performance
Médecin seul	Non	Ministère	Aucun contrat; chaque médecin facture ses services au Ministère selon la liste des prestations du RASO
Organisme de soins de santé primaires autochtones (OSSPA)	Oui	Ministère	Entente de paiement de transfert
Centre de santé communautaire (CSC)	Oui	Santé Ontario	Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels
Équipe de santé familiale (ESF)	Oui	Santé Ontario	Entente de paiement de transfert
Clinique dirigée par le personnel infirmier praticien (CDPIP)	Oui	Santé Ontario	Entente de paiement de transfert

* Certains OSF et RSF affiliés aux ESF suivent un modèle de soins prodigués en équipe.



L'OMA représente environ 36 700 médecins actifs en Ontario. Son mandat comprend la négociation de la rémunération des médecins avec le Ministère, qui est décrite dans une entente pluriannuelle sur les services de médecin entre les deux parties. Le Ministère et l'OMA ont finalisé leur entente 2024-2028 en septembre 2025, après l'achèvement de nos travaux d'audit. Les principaux changements apportés par cette entente sont les suivants :

- » des honoraires facturables à l'heure pour le temps consacré à des tâches administratives;
- » des augmentations de 30 % à 50 % des primes pour le travail après les heures normales de travail;
- » des augmentations des primes versées pour rattacher de nouveaux patients.

L'incidence de ces changements sur l'accès aux soins primaires prendra du temps à se concrétiser et n'a pas été évaluée dans le cadre de cet audit.

2.4 Parties responsables dans le système de soins primaires

Le Ministère établit les priorités et l'orientation des soins primaires en Ontario. Il est responsable de négocier avec l'OMA la responsabilisation et la rémunération des médecins. De plus, il supervise des initiatives visant à améliorer le rattachement des patients et leur accès aux soins primaires par l'entremise d'Accès Soins, par exemple. Accès Soins est un programme d'auto-aiguillage en ligne ou par téléphone qui aide les Ontariens à trouver un médecin de famille ou un autre praticien de soins primaires.

Santé Ontario est un organisme provincial créé en 2019 dans le but de connecter, de coordonner et de moderniser le système de santé. Il supervise les ententes de responsabilisation en matière de services et les ententes de paiements de transfert conclues avec trois (CSC, ESF et CDPIP) des quatre modèles de soins primaires prodigués en équipe, collabore avec le Ministère pour exploiter Accès Soins et aide à la mise en place de 58 ESF à l'échelle de la province.

La province a créé les ESO comme solution à l'organisation et à la prestation aux patients de soins intégrés et coordonnés dans leur collectivité. Dans le cadre du plan de soins de santé de la province pour 2023 (dont il est question à la **section 2.5**), le Ministère a indiqué que chaque ESO inclurait un groupe de fournisseurs de soins primaires organisés en réseau « afin de participer à la prise de décisions et d'améliorer l'accès aux soins au profit des patients ».



Les objectifs de ces réseaux, énoncés dans un document d'orientation du Ministère datant de janvier 2024, sont d'organiser le secteur local des soins primaires et de soutenir les ESO dans la mise en œuvre des priorités locales et provinciales. Le document énonce également les fonctions de base des réseaux, notamment le soutien à la planification locale des ressources humaines en santé pour les soins primaires (voir la **figure 2**).

Figure 2 : Relation entre le Ministère, Santé Ontario et les ESO dans la planification du système de soins primaires et leurs responsabilités

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Ministère de la Santé	Définit la politique et l'orientation en matière de soins primaires
	
Santé Ontario	Coordonne et appuie la prestation des soins primaires
	
ESO	Organisent les fournisseurs de soins de santé locaux pour offrir des soins coordonnés

Réseaux de soins primaires : Relient les fournisseurs de soins primaires pour soutenir les ESO et améliorer la prestation des soins grâce aux cinq fonctions de base :

1. Relier les soins primaires au sein de l'ESO
2. Permettre au secteur local des soins primaires de faire entendre sa voix dans le processus décisionnel des ESO
3. Appuyer les approches des ESO en matière de gestion du changement clinique et de gestion de la santé de la population
4. Faciliter l'accès aux soutiens et aux améliorations cliniques et numériques pour les soins primaires
5. Soutenir la planification locale des ressources humaines en santé pour les soins primaires au sein de l'ESO



2.5 Équipe d'action pour les soins primaires

En octobre 2024, la province a annoncé la création de l'Équipe d'action pour les soins primaires (EASP). Son mandat est de veiller à ce que « [t]outes les personnes de l'Ontario [aient] accès à un médecin de famille ou à une infirmière praticienne en soins primaires qui travaille dans une équipe financée par des fonds publics qui leur prodigue des soins continus, complets et commodes », d'ici 2029, comme le montre la **figure 3**.

Figure 3 : Échéanciers de mise en œuvre de l'EASP

Source des données : Équipe d'action pour les soins primaires

	2025-2026	2026-2027	2027-2028	2028-2029	Total
Nombre de nouvelles personnes rattachées	300 000	+ 500 000	+ 600 000	+ 600 000	2 000 000*
Nombre de nouvelles équipes de soins primaires ajoutées	76	+ 73	+ 78	+ 78	305

* Estimation du Ministère fondée sur les données de 2024.

L'EASP a par la suite été établie en décembre 2024 et, en mai 2025, la province a annoncé un financement de 2,1 milliards de dollars pour appuyer la mise en œuvre du Plan d'action pour les soins primaires de l'EASP. Ce financement comprend 1,8 milliard de dollars destinés à aiguiller chaque Ontarien vers un médecin de famille ou une équipe de soins primaires, ainsi que 300 millions de dollars pour élargir le nombre de cliniques d'enseignement des soins primaires, comme il a été mentionné dans notre audit de 2025 sur la surveillance de la formation médicale en médecine familiale.

La province a annoncé un financement de 2,1 milliards de dollars pour appuyer la mise en œuvre du Plan d'action pour les soins primaires de l'EASP

Ces travaux s'appuient sur le plan de février 2023 de la province visant à améliorer la qualité des soins de santé. *Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes* incarnait la vision du Ministère pour un système de santé axé sur le patient. La prestation de soins de santé axés sur le patient fait participer le patient aux décisions concernant ses soins et favorise une relation respectueuse, empathique et culturellement adaptée entre le patient et le fournisseur, qui répond aux besoins du patient et s'accorde avec ses valeurs.

2.6 Cadre des soins primaires

En juin 2025, la *Loi de 2025 sur les soins primaires* (la Loi), qui fait partie du Plan d'action pour les soins primaires, a été adoptée à l'Assemblée législative. Elle comprend un cadre de soins primaires et établit la vision de la province en matière de soins primaires pour les Ontariens couverts par le RASO. L'Ontario est la première province au Canada à établir un tel cadre dans la loi.

La Loi énonce six objectifs pour les soins primaires financés par l'Ontario, comme le montre la **figure 4**. Ces objectifs sont fondés sur le standard NosSoins, qui est le résultat d'un projet pancanadien sur l'avenir des soins primaires qui a été mené entre septembre 2022 et décembre 2023. L'Ontario exige du ministre de la Santé qu'il prépare un rapport annuel sur la façon dont la province s'efforce d'atteindre les six objectifs. C'est la première fois qu'une province ou un territoire du Canada impose une telle exigence.

Figure 4 : Objectifs de la Loi de 2025 sur les soins primaires

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Objectif	Définition
 Système de soins à l'échelle provinciale	Les assurés de toutes les régions de la province devraient avoir la possibilité d'entretenir une relation documentée et permanente avec un clinicien ou une équipe de soins primaires.
 Système de soins interconnectés	Les assurés devraient avoir la possibilité de recevoir des services de soins primaires qui sont coordonnés avec les services de santé et les services sociaux existants.
 Système de soins en temps opportun	Les assurés devraient avoir accès à des services de soins primaires en temps opportun.
 Système de soins inclusifs	Les assurés devraient avoir la possibilité de recevoir des services de soins primaires exempts à la fois d'obstacles et de discrimination au sens du <i>Code des droits de la personne</i> ou de la <i>Charte canadienne des droits et libertés</i> .
 Système de soins axés sur l'autonomie	Les assurés devraient avoir la possibilité d'accéder à leurs renseignements personnels sur la santé par l'intermédiaire d'un système de soins primaires intégré sur le plan numérique qui les relie aux cliniciens participant à la prestation des soins qui leur sont prodigués.
 Système de soins adaptés	Le système de soins primaires devrait répondre aux besoins des communautés qu'il sert; les assurés devraient avoir accès aux renseignements sur les progrès et l'évolution du système.



3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le Ministère, de concert avec Santé Ontario, avait mis en place des politiques et des processus pour :

- » planifier et superviser les programmes, les initiatives et les modèles de financement des médecins dans le but d'améliorer l'accès des patients aux soins primaires;
- » mesurer leur efficacité et en rendre compte.

Notre audit portait sur la planification et la surveillance par le Ministère de l'accès et du rattachement des patients aux soins primaires. Il s'intéressait notamment à la stratégie globale, à la planification du système (à laquelle participe également Santé Ontario), à la surveillance des ententes contractuelles avec les médecins et à d'autres activités connexes pertinentes en vue d'améliorer l'accès et le rattachement des patients aux soins primaires. L'augmentation du nombre d'EISP par l'EASP était en cours pendant notre audit. Nous avons audité les activités connexes au 31 août 2025.

Notre audit a porté sur les médecins, mais pas sur d'autres fournisseurs de soins primaires, comme le personnel infirmier praticien. Nous n'avons pas non plus mis l'accent sur l'augmentation du nombre de médecins de famille par l'élargissement du nombre de places dans les écoles de médecine, car cette question est abordée dans un audit distinct.

Notre audit ne s'est pas intéressé à Préparation à la pratique médicale en Ontario, un programme en phase pilote visant à évaluer les compétences des médecins formés à l'étranger en vue de déterminer s'ils sont prêts à exercer leur profession de manière indépendante en Ontario, car ce programme n'avait produit qu'une seule cohorte de participants à la fin de notre audit.

Pour plus de détails, voir nos **critères d'audit**, notre **approche d'audit** et notre **opinion d'audit**.



4.0 Nos constatations

4.1 Planification du système et surveillance du rattachement aux soins primaires

4.1.1 Pour environ 70 % des ESO, plus de 10 % de leur population n'est rattachée à aucun fournisseur de soins primaires

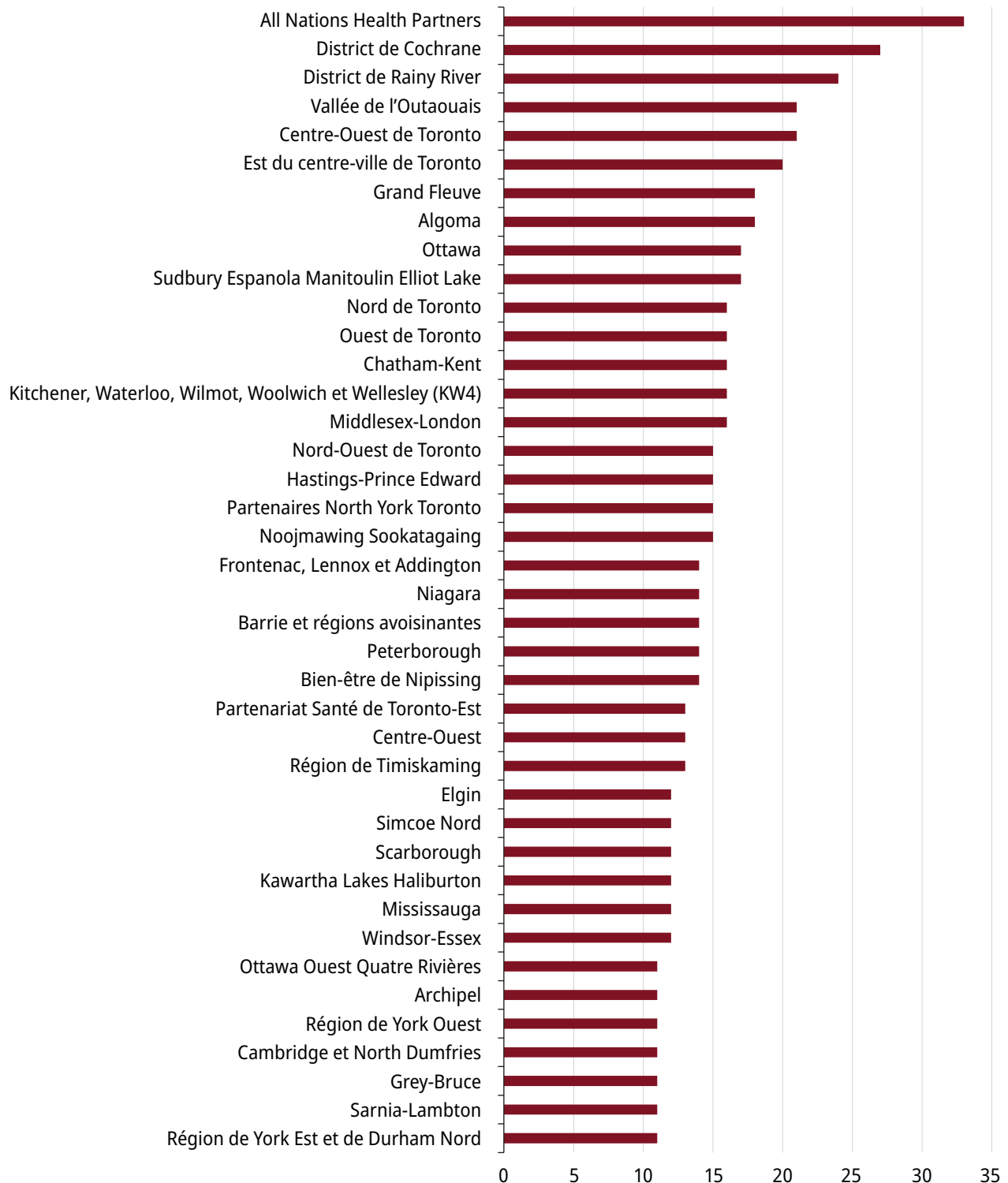
En février 2025, dans le cadre de la planification de l'élargissement des équipes de soins primaires, le Ministère a regroupé des données sur le nombre de patients non rattachés par région. Ces données ont montré que certaines régions de l'Ontario, en particulier dans le Nord de l'Ontario, auront davantage de difficulté à atteindre la cible de 100 % de rattachement.

Nous avons analysé les taux de non-rattachement de février 2025 par ESO et constaté que dans 40 ESO, soit dans environ 70 % de tous les ESO, plus de 1 résident sur 10 n'était pas rattaché aux soins primaires (voir la **figure 5**). Cinq ESO comptaient plus de 2 résidents sur 10 non rattachés aux soins primaires. Parmi ces cinq ESO, les trois premières se trouvent dans le Nord, et les deux autres se trouvent à Toronto et dans l'Est de l'Ontario. L'**annexe 2** présente la liste complète des 58 ESO et leurs taux de rattachement par région de Santé Ontario.

40 ESO
comptaient plus
de 2 résidents sur
10 non rattachés aux
soins primaires

Figure 5 : 40 ESO dont le taux de non-rattachement était supérieur à 10 % en février 2025

Source des données : ministère de la Santé





4.1.2 Les réseaux de soins primaires (les réseaux) au sein des ESO n'ont pas le pouvoir d'exiger des fournisseurs locaux qu'ils participent à la planification du système

Nous avons constaté qu'en mai 2025, Santé Ontario a communiqué aux 58 ESO de l'Ontario que les soins primaires étaient maintenant l'une des trois priorités clés de l'exercice. Chaque réseau devrait élaborer sa propre approche régionale pour favoriser le rattachement de 100 % de sa population locale d'ici 2029.

Bien que le Ministère ait demandé aux réseaux d'organiser des services de soins primaires dans leurs collectivités, les réseaux n'ont pas le pouvoir d'exiger que les fournisseurs de soins primaires collaborent avec eux à la planification des systèmes locaux de soins primaires. Dans le cadre des réalisations attendues de la part des ESO pour 2025-2026, on s'attend à ce que les réseaux déterminent la capacité existante des services de soins primaires à rattacher des patients et de mobiliser les fournisseurs qui ne font pas partie des réseaux. En l'absence d'une structure de gouvernance et d'un pouvoir clairs pour appuyer cette collaboration, les réseaux ne peuvent pas déceler efficacement les lacunes dans leur collectivité et déterminer les fournisseurs qui ont la capacité de prendre en charge un plus grand nombre de patients.

Au cours de notre audit, Santé Ontario a constaté que tous les ESO disposent d'un réseau en cours d'élaboration, mais dont le stade de maturité varie. En 2024-2025, les 58 ESO ont dû effectuer des autoévaluations de l'état de leur réseau et les soumettre à Santé Ontario. Santé Ontario nous a informés qu'il avait utilisé ces autoévaluations pour déterminer les réussites et les défis des ESO, de même que les domaines nécessitant un soutien, et qu'il avait communiqué cette rétroaction aux ESO et aux réseaux.

Nous avons examiné les autoévaluations et constaté que 32 réseaux (55 %) étaient en mesure de mesurer le pourcentage de fournisseurs de soins primaires dans leur région qui s'étaient joints au réseau. Ce pourcentage variait de 4 % à 100 %. Parmi ces 32 réseaux, 12 ont indiqué que moins de 50 % des fournisseurs de soins primaires de leur région étaient membres de leur réseau.

55 % des réseaux ont pu mesurer le pourcentage de fournisseurs de soins primaires dans leur région qui se sont joints au réseau

Les réseaux restants (45 %) n'ont pas été en mesure de fournir cette information en raison de données désuètes ou peu fiables. Santé Ontario nous a informés qu'il n'existe actuellement aucune méthode normalisée de suivi de la participation des fournisseurs aux réseaux. Chez les ESO, cela a donné lieu à des définitions variées de la participation.

■ Pourquoi est-ce important?

Si le rôle des réseaux dans la planification du système de soins primaires n'est pas établi et que le pouvoir nécessaire ne leur est pas conféré, ces réseaux continueront d'évoluer de manière incohérente. Cela aura une incidence sur leur capacité à déterminer les besoins locaux en soins primaires et à y répondre.

Recommandation 1

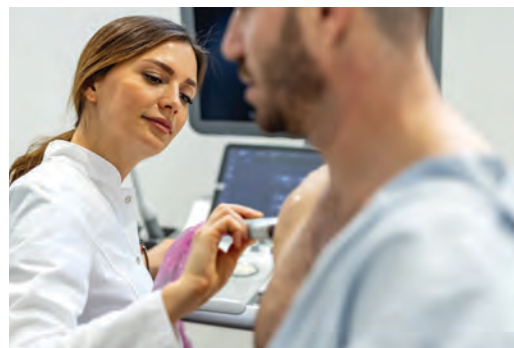
Le Ministère devrait prendre l'initiative et collaborer avec Santé Ontario pour :

- travailler avec les ESO à l'élaboration d'un cadre aux fins de la mobilisation des réseaux auprès des fournisseurs de soins, y compris une méthodologie normalisée de suivi de la participation des fournisseurs aux réseaux;
- fournir une orientation aux réseaux pour les aider à accroître le nombre de médecins de soins primaires, d'infirmières praticiennes, d'infirmiers praticiens et d'équipes de soins primaires participants.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.

4.1.3 Le recrutement de médecins entraîne une concurrence, un dédoublement des efforts et des inégalités à l'échelle de la province

Pour répondre aux besoins en soins primaires de leur collectivité, certaines municipalités consacrent des fonds publics à des comités de recrutement et offrent des incitatifs financiers pour attirer des médecins de famille. Il en résulte une concurrence entre les ESO, les réseaux et les municipalités de l'Ontario. En outre, puisque ce ne sont pas toutes les municipalités qui disposent des ressources nécessaires, cela soulève une question d'équité pour les Ontariens.



En plus d'assurer la supervision et le soutien des ESO, Santé Ontario administre des programmes de suppléance pour les médecins dans le Nord et en milieu rural afin d'offrir une couverture médicale temporaire, et il partage des ressources fondées sur des pratiques exemplaires pour aider ces collectivités et bien d'autres à recruter des médecins. ProfessionsSantéOntario, qui fait maintenant partie de Santé Ontario, compte également des conseillers en ressources humaines dans le domaine de la santé qui aident les collectivités à recruter des médecins en leur offrant un soutien en matière de marketing, d'intégration et de planification de la relève. Bien que les collectivités puissent collaborer avec ProfessionsSantéOntario, Santé Ontario n'est pas responsable du recrutement global des médecins en Ontario.

Le Ministère s'attend à ce que les réseaux soutiennent la planification des ressources humaines en soins de santé primaires dans chaque ESO. En 2022, le Ministère a informé les ESO qu'elles avaient le pouvoir discrétionnaire d'inclure des groupes comme les municipalités dans leur processus décisionnel. Toutefois, ni le Ministère ni Santé Ontario n'exigent que les ESO ne communiquent avec les municipalités pour obtenir des renseignements sur la planification de leurs ressources humaines dans le domaine de la santé.

Dans le cadre de notre examen des autoévaluations des ESO de 2024-2025, nous avons constaté que cinq réseaux travaillent expressément avec les municipalités au recrutement de médecins, et un réseau a déclaré que [traduction]« la crise des ressources humaines dans le domaine de la santé est une crise provinciale qui ne peut pas être gérée au moyen de solutions locales ». En mai 2025, 39 des 58 ESO, soit les deux tiers, comptaient au moins un partenaire municipal. Toutefois, ces partenariats peuvent concerner, par exemple, la coordination des services de santé pour les personnes en logement social, et pas spécifiquement le recrutement des médecins.

Nous avons constaté que plusieurs municipalités offrent des incitatifs, comme des primes à la signature, le remboursement des frais de réinstallation et la gratuité du logement ou des espaces de clinique, pour attirer les médecins de famille à travailler dans leur collectivité. Les municipalités emploient aussi couramment des recruteurs de médecins, et certaines se sont même unies pour former des alliances de recrutement de médecins afin de partager leurs ressources et de réduire le dédoublement des efforts entre les recruteurs.

Par exemple, l'Ontario Physician Recruitment Alliance (OPRA) est un organisme composé de 55 membres recruteurs de médecins représentant diverses régions de l'Ontario. Selon l'OPRA, toutes les provinces et tous les territoires du Canada, à l'exception de l'Ontario, ont mis en œuvre des modèles centralisés de recrutement de médecins pour combler les pénuries et améliorer l'accès aux soins de santé.

Toutes les provinces et tous les territoires du Canada, à l'exception de l'Ontario, ont mis en œuvre des modèles centralisés de recrutement de médecins

Une note d'information de 2024 préparée par un groupe de travail sur le recrutement de médecins de famille pour une municipalité du Sud de l'Ontario indiquait que huit des neuf municipalités du Sud de l'Ontario visées par leur analyse avaient contribué au financement d'un budget de recrutement de médecins dans leur collectivité. Le financement fourni par les municipalités variait de 41 % à 100 % du budget total de leur collectivité. Il y avait aussi d'autres sources de financement, notamment les fondations d'hôpitaux et les organismes de santé publique.

Au printemps 2025, l'AMO a recueilli des données auprès des municipalités de l'Ontario pour savoir combien elles dépensaient pour le recrutement de médecins. L'AMO a constaté que les municipalités répondantes, qui couvrent environ 89 % de la population de l'Ontario, dépensaient collectivement plus de 6,3 millions de dollars par année en mesures de recrutement et en incitatifs.

L'absence d'une entité provinciale chargée de coordonner le recrutement des médecins dans la province a donné lieu à une approche fragmentée et concurrentielle en matière de recrutement entre Santé Ontario, les ESO, les réseaux et les municipalités.

■ Pourquoi est-ce important?

Le recrutement de médecins est un défi qui se pose partout au Canada. L'accès aux soins de santé et leur prestation sont des responsabilités provinciales qui nécessitent une planification et des ressources à l'échelle du système, ce qui accroît l'importance d'une stratégie provinciale coordonnée en matière de recrutement. L'incapacité de coordonner le recrutement des médecins à l'échelle provinciale pourrait accroître les inégalités dans l'accès aux soins primaires en Ontario. Cela pourrait également amener les municipalités et les organismes individuels à se faire concurrence et à élaborer des solutions coûteuses.

Recommandation 2

En partenariat avec le Ministère, Santé Ontario devrait élargir la portée de son travail afin de coordonner le recrutement équitable de médecins de famille avec ses principaux partenaires, entre autres les municipalités, les organismes de soins de santé et les collectivités.

Pour les réponses de l'entité audité, voir **Recommandations et réponses de l'entité audité**.

4.1.4 Dépenses du Ministère destinées à élargir les soins primaires prodigués en équipe

Comme il est décrit à la **section 2.5**, le mandat principal de l'EASP est d'aiguiller chaque Ontarien vers un médecin de famille ou une équipe de soins primaires d'ici 2029. En janvier 2025, le Ministère a annoncé un investissement de plus de 1,8 milliard de dollars pour mettre en œuvre le Plan d'action pour les soins primaires sur une période de quatre ans. Plus de 1 milliard de dollars de ce financement sont consacrés à la création d'équipes de soins primaires ou à l'élargissement d'équipes existantes. Le reste du financement couvre d'autres aspects du plan d'action, comme la modernisation d'Accès Soins, le recrutement et le maintien en poste de ressources humaines dans le domaine de la santé et le soutien des cliniques d'enseignement de soins primaires.

En 2025-2026, soit la première année du plan quadriennal, le Ministère s'est engagé à investir 132 millions de dollars pour aider les collectivités ayant de plus grands besoins à mettre sur pied de nouvelles équipes de soins primaires ou à agrandir celles-ci. Le Ministère a sélectionné ces collectivités en fonction de critères comme le nombre de patients non rattachés et la taille de la liste d'attente d'Accès Soins au 1^{er} janvier 2025. Au printemps 2025, le Ministère a invité 40 ESO situées dans ces collectivités à soumettre chacune jusqu'à cinq propositions. Le Ministère a également permis aux organismes dirigés par des Autochtones de soumettre des propositions, même s'ils ne sont pas associés à une ESO. L'objectif du Ministère était d'établir ou d'élargir jusqu'à 80 EISP à l'échelle de la province d'ici la fin de 2025-2026.

Plus de 1 milliard de dollars de financement ministériel sont consacrés à la création d'équipes de soins primaires ou à l'élargissement d'équipes existantes

En août 2025, le Ministère avait envoyé des lettres de financement à tous les demandeurs retenus, soit 130 EISP, après avoir reçu 75 propositions.



Le Ministère n'a pas demandé aux demandeurs de soumettre des propositions comportant des options évolutives pour tenir compte des modifications apportées à l'affectation des fonds

Nous avons sélectionné 25 % des propositions acceptées en vue de leur faire subir un examen détaillé. Nous avons constaté qu'aucune de ces propositions n'avait reçu le montant total du financement demandé.

À la suite de cet examen, nous avons constaté que ces propositions avaient reçu un total de près de 30 millions de dollars, soit 36 % des sommes demandées, et qu'une proposition en avait reçu aussi peu que 10 %.

Les documents de demande fournis par le Ministère comprenaient des renseignements obligatoires à soumettre. Ces renseignements comprenaient entre autres le nombre :

- » de postes supplémentaires de médecins et de professionnels de la santé demandés;
- » de membres supplémentaires du personnel de gestion et d'administration demandés;
- » de nouveaux patients que la nouvelle équipe pourrait rattacher aux soins primaires.

Le Ministère a ensuite évalué les propositions pour s'assurer qu'elles correspondaient aux cibles de rattachement établies par le Ministère. Le Ministère a également tenu compte d'autres facteurs, comme la qualité globale des propositions et d'autres obligations liées aux ententes de paiement de transfert qu'il pourrait y avoir, pour déterminer le montant du financement à accorder aux demandeurs retenus.

Nous avons constaté que le Ministère n'expliquait pas aux demandeurs retenus pourquoi certains éléments n'avaient pas été approuvés : il était donc difficile pour eux de savoir s'ils devaient présenter une nouvelle demande à l'avenir, et pour quels postes de professionnels de la santé.



Le Ministère a confirmé que son appel de propositions n'avait pas demandé aux demandeurs d'élaborer des options évolutives supposant divers niveaux de financement fournis. Dans un cas, comme le Ministère n'avait pas octroyé la totalité du montant de financement demandé, les ressources que les demandeurs avaient mentionnées ne leur étaient plus accessibles. Dans d'autres cas, la mise en œuvre a été retardée, car le Ministère et Santé Ontario ont collaboré avec les demandeurs retenus pour peaufiner leurs plans de mise en œuvre afin de tenir compte du niveau de financement approuvé et des nouvelles cibles.

Nous avons constaté que certains demandeurs retenus avaient présenté des propositions comportant des projections de rattachement fondées sur divers facteurs. L'une de ces propositions évoquait notamment le besoin d'augmenter l'espace en clinique. Ces demandeurs avaient également en leur possession des lettres dans lesquelles des médecins et d'autres cliniciens s'engageaient à exercer à condition que le financement soit accordé en entier.

Par exemple, un organisme autochtone qui avait présenté une demande a reçu 14 % du montant de financement qu'il avait demandé. Cet organisme disposait d'une lettre signée par un médecin de famille autochtone dans laquelle celui-ci s'engageait à exercer dans sa collectivité d'origine. L'organisme a plutôt obtenu du financement pour embaucher une infirmière praticienne. Cela a entraîné la perte du médecin de famille, qui a signé un contrat ailleurs. Non seulement l'organisme avait perdu un médecin, mais il devait maintenant recruter une infirmière praticienne qualifiée compatible avec les critères de financement et les besoins de sa communauté.

Dans un cas, comme le Ministère n'avait pas octroyé la totalité du financement demandé, les ressources que les demandeurs avaient mentionnées ne leur étaient plus accessibles

■ Pourquoi est-ce important?

Afin d'élargir l'accès aux soins de santé primaires, les organismes locaux ou les ESO doivent pouvoir accéder à des espaces de clinique et recruter des cliniciens afin de fournir des soins prodigués par une équipe dans leur collectivité. Étant donné que le Ministère prévoit d'inviter un plus grand nombre de demandeurs à soumettre des propositions pour mettre sur pied de nouvelles équipes de soins primaires ou agrandir celles-ci, il est essentiel de communiquer clairement les attentes pour leur permettre de répondre de façon efficiente et efficace aux besoins des patients dans leur collectivité et, par le fait même, de permettre à chaque Ontarien d'avoir accès à une équipe de soins primaires ou à un médecin de famille financés par l'État d'ici 2029.

Recommandation 3

Le Ministère devrait :

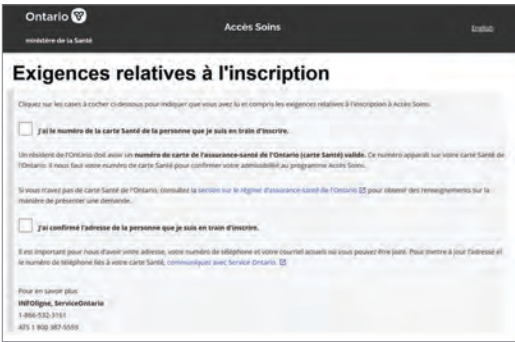
- cerner les leçons tirées des appels de propositions antérieurs, notamment lorsque les attentes à l'égard des demandeurs ne concordaient pas avec celles du Ministère;
- mettre à jour les exigences des futurs appels de propositions pour les demandeurs qui sollicitent un financement dans le but de mettre sur pied de nouvelles équipes de soins primaires ou d'agrandir celles qui existent déjà afin d'inclure davantage d'informations sur ce à quoi les candidats peuvent s'attendre concernant les résultats de ces propositions.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.

4.2 Programme Accès Soins

Le Ministère a lancé le programme Accès Soins en février 2009 pour aider les Ontariens à trouver un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires. En octobre 2021, le Ministère a conclu un contrat avec un consortium externe pour exploiter un service d'orientation en matière de soins de santé appelé Santé811, une plateforme d'information sur la santé offerte en ligne et par téléphone financée par la province. Les personnes qui souhaitent obtenir des soins primaires peuvent s'inscrire en ligne ou en appelant Santé811, car cette plateforme est associée à Accès Soins. Plus tard ce mois-là, le Ministère a transféré la surveillance des contrats à Santé Ontario, tout en participant à la formulation d'une orientation stratégique.

Santé à domicile Ontario est responsable du fonctionnement du programme Accès Soins et relève directement de Santé Ontario. Santé à domicile Ontario emploie des personnes-ressources pour les soins qui aident les personnes inscrites au programme Accès Soins à trouver des fournisseurs de soins primaires qui indiquent accepter de nouveaux patients inscrits au programme Accès Soins. Le processus d'Accès Soins est illustré à la **figure 6**.



Plus de 941 000 Ontariens se sont inscrits à Accès Soins entre le lancement du programme en février 2009 et janvier 2025.

Figure 6 : Flux du processus d'Accès Soins

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Inscription ↓	• La personne (l'inscrit) s'inscrit auprès d'Accès Soins en ligne ou par téléphone. • L'inscrit remplit un questionnaire pour évaluer ses besoins de santé. • Les inscrits sont encouragés à continuer de chercher leur propre fournisseur de soins de santé pendant qu'ils sont sur la liste d'attente.
Établissement des priorités ↓	• Le système d'Accès Soins attribue une priorité sur la liste d'attente en fonction de la complexité, déterminée au moyen d'un questionnaire sur l'état de santé.
Demande d'aiguillage par la personne-ressource pour les soins ↓	• L'inscrit est mis en relation avec une infirmière, appelée personne-ressource pour les soins, qui recherche un médecin de famille ou une infirmière praticienne qui confirme auprès de la personne-ressource pour les soins qu'elle accepte de nouveaux patients.
Aiguillage	• La personne-ressource pour les soins traite l'aiguillage et envoie des lettres à l'inscrit et au fournisseur. • Le fournisseur de soins primaires accepte le nouvel aiguillage.

4.2.1 La mise en œuvre du programme Accès Soins n'a pas entièrement répondu aux besoins des Ontariens

Les Ontariens inscrits à Accès Soins connaissent de longs temps d'attente

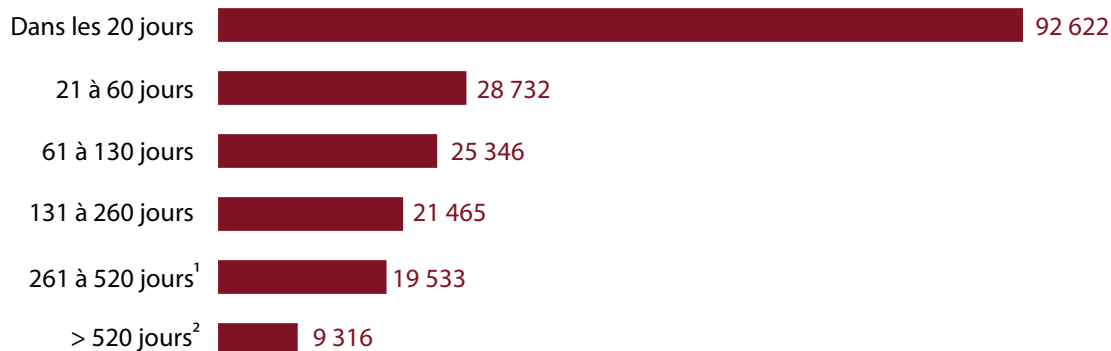
Avant la mise sur pied de l'EASP en décembre 2024, le Ministère n'avait pas établi de cible officielle en matière de temps d'attente. Nous avons constaté que le programme a connu de longs temps d'attente et que certaines personnes ont attendu pendant plus de quatre ans.



Nous avons analysé les temps d'attente pour l'aiguillage des personnes qui se sont inscrites auprès d'Accès Soins entre 2020-2021 et 2024-2025. Nous avons constaté que sur les quelque 197 000 personnes aiguillées en avril 2025, plus de 92 000 (47 %) avaient attendu moins de 21 jours, et plus de 28 800 (15 %) avaient attendu plus de 260 jours, comme le montre la **figure 7**.

Figure 7 : Nombre de personnes inscrites au programme Accès Soins entre 2020-2021 et 2024-2025 qui avaient été aiguillées en avril 2025, selon le temps d'attente

Source des données : ministère de la Santé



Note : Ces inscrits ont été aiguillés vers des médecins financés selon un modèle de paiement par capitation. Avant juillet 2025, le Ministère ne recueillait pas de données sur les temps d'attente pour les aiguillages vers d'autres fournisseurs de soins primaires, comme ceux des centres de santé communautaires, des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien ou des organismes de soins de santé primaires autochtones.

1. Cette catégorie exclut les inscrits de 2024-2025, car ils avaient attendu moins de 261 jours en avril 2025.

2. Cette catégorie exclut les inscrits de 2023-2024 et de 2024-2025, car ils avaient attendu moins de 520 jours en avril 2025.

De plus, les données sur les listes d'attente ont révélé que sur les quelque 178 000 personnes qui se sont inscrites entre 2020-2021 et 2024-2025 et qui attendaient toujours d'être aiguillées en juin 2025, plus de 108 000 étaient en attente depuis plus d'un an. Ces chiffres incluent 5 000 personnes présentant des besoins complexes. Voir la **figure 8**.

Figure 8 : Nombre d'inscrits au programme Accès Soins en attente d'un aiguillage en juin 2025, par année d'inscription, 2020-2021 à 2024-2025

Source des données : ministère de la Santé

Exercice	Inscrits présentant des besoins complexes	Autres inscrits au programme Accès Soins	Total
2020-2021	453	7 080	7 533
2021-2022	905	16 405	17 310
2022-2023	1 394	30 483	31 877
2023-2024	2 286	49 044	51 330
2024-2025	3 228	66 650	69 878

En janvier 2025, l'EASP a annoncé son intention de moderniser Accès Soins dans le but d'aiguiller les Ontariens figurant sur la liste d'attente vers un fournisseur de soins primaires dans les 12 mois suivant leur inscription. L'EASP a également annoncé son intention de rattacher les 235 000 inscrits qui figuraient sur la liste d'attente d'Accès Soins au 1^{er} janvier 2025 à une équipe de soins primaires d'ici le printemps 2026. Au cours de notre audit, le Ministère a mené des activités de sensibilisation ciblées au moyen de lettres, de courriels, de messages texte et d'appels téléphoniques aux personnes inscrites sur la liste d'attente d'Accès Soins au 1^{er} janvier 2025 pour les informer de son engagement à leur donner accès aux soins primaires et pour saisir tout changement apporté à leurs renseignements d'inscription.

Nous avons constaté qu'Accès Soins considère qu'une personne est rattachée lorsqu'elle est aiguillée vers un fournisseur, que la personne choisisse ou non de s'inscrire auprès de ce fournisseur. Cela pourrait entraîner une surestimation du nombre réel de rattachements des inscrits retirés de la liste d'attente d'Accès Soins.

Les temps d'attente pour l'aiguillage sont influencés par la disponibilité des fournisseurs de soins primaires qui participent à Accès Soins. La participation des fournisseurs à Accès Soins est abordée à la **section 4.2.2**.

L'inscription en ligne à Accès Soins pourrait ne pas répondre aux besoins de diverses populations de l'Ontario

Nous avons constaté que le processus d'inscription en ligne d'Accès Soins ne permet pas de recueillir des renseignements sociodémographiques qui pourraient aider les personnes-ressources pour les soins à mettre les Ontariens en relation avec les fournisseurs qui répondent le mieux à leurs besoins en matière de soins. Des facteurs comme la race, l'origine ethnique et l'auto-identification comme Autochtone ou comme membre de la communauté 2ELGBTQQIA+ en sont des exemples.

De plus, l'inscription en ligne d'Accès Soins n'est offerte qu'en anglais et en français, contrairement au processus d'inscription par téléphone, qui est offert dans plus de 120 langues. Selon les données du recensement de 2021, plus de 3,7 millions d'Ontariens, soit environ 27 % de la population, avaient une langue maternelle autre que le français ou l'anglais.

Le site Web de la province, qui renvoie vers Accès Soins, ne contient pas de renseignements sur la façon de s'inscrire par téléphone dans d'autres langues que le français ou l'anglais.

De plus, l'inscription en ligne à Accès Soins ne demande pas les préférences de la personne concernant les fournisseurs avec lesquels elle sera jumelée, comme la langue parlée par le fournisseur. À titre de comparaison, au Manitoba, l'inscription en ligne comporte les préférences concernant les fournisseurs, comme le sexe, l'emplacement et la langue du fournisseur, avec jusqu'à 15 langues disponibles. De même, l'Alberta dispose du site Web « Find a Doctor », qui permet aux Albertains de rechercher des fournisseurs acceptant de nouveaux patients, avec la possibilité de filtrer par emplacement, sexe et langue du fournisseur. Le site Web a été lancé en 2019 dans le cadre d'un partenariat entre les réseaux de soins primaires de l'Alberta, le gouvernement de l'Alberta et Primary Care Alberta.

Le site Web de la province ne contient aucun renseignement sur la façon de s'inscrire par téléphone dans des langues autres que le français ou l'anglais

■ Pourquoi est-ce important?

La collecte de renseignements sur l'identité d'une personne lorsqu'elle s'inscrit auprès d'Accès Soins peut aider les personnes-ressources pour les soins à l'aiguiller vers des fournisseurs de soins primaires qui peuvent mieux comprendre ses besoins. Un meilleur accès à des fournisseurs ayant une forme quelconque d'identité commune pourrait contribuer à éliminer les obstacles et à encourager les personnes issues de communautés marginalisées à accéder aux soins lorsqu'elles en ont besoin.

Recommandation 4

Le Ministère devrait prendre l'initiative et collaborer avec Santé Ontario et Santé à domicile Ontario afin de mettre à jour le processus d'inscription et de jumelage des soins de santé pour :

- inviter les Ontariens qui accèdent à l'inscription en ligne à utiliser les services d'inscription téléphonique pour obtenir de l'aide dans des langues autres que le français et l'anglais;
- permettre aux inscrits d'inclure leurs préférences en matière de fournisseurs et leurs renseignements sociodémographiques, notamment la langue, la race, l'origine ethnique, l'identité autochtone, l'orientation sexuelle et l'identité de genre;
- permettre le jumelage des inscrits avec les fournisseurs en fonction des préférences et des renseignements sociodémographiques des inscrits.

Pour les réponses de l'entité audité, voir **Recommandations et réponses de l'entité audité**.

4.2.2 La mise en œuvre du programme Accès Soins n'a pas entièrement répondu aux besoins des médecins

En moyenne, 7 % des médecins financés selon un modèle de paiement par capitation participent au programme Accès Soins

Nous avons constaté que très peu de médecins participent à Accès Soins, ce qui contribue aux longs temps d'attente. Le Ministère fait le suivi du nombre de médecins financés selon un modèle de paiement par capitation qui acceptent des personnes qui ne figurent pas sur la liste d'attente d'Accès Soins. Nous avons examiné les données pour chaque année comprise entre 2022-2023 et 2024-2025. Les données montrent qu'en moyenne, seulement 7 % des médecins financés selon un modèle de paiement par capitation acceptaient les inscrits d'Accès Soins. Il s'agit d'une moyenne de 648 médecins pour chacune de ces années. De plus, seulement 5 % des médecins financés selon un modèle de paiement par capitation acceptaient les inscrits d'Accès Soins présentant des besoins de santé complexes.

En moyenne, pour chaque année comprise entre 2022-2023 et 2024-2025, seulement 7 % des médecins financés selon un modèle de paiement par capitation acceptaient les inscrits d'Accès Soins

Le Ministère a souligné que seuls les fournisseurs qui acceptent de nouveaux patients peuvent participer à Accès Soins. En moyenne, environ 250 autres fournisseurs de soins primaires et 40 équipes de soins primaires ont également accepté des inscrits à Accès Soins chaque année entre 2022-2023 et 2024-2025.



Un examen du programme Accès Soins effectué par le Ministère et Santé Ontario en 2023 a révélé que les médecins avaient constaté que l'autoévaluation de la complexité médicale était souvent inexacte, ce qui augmentait le temps dont les médecins avaient besoin pour gérer les besoins des patients. Les médecins, et en particulier les nouveaux médecins, avaient de la difficulté à accorder la priorité aux personnes présentant des besoins de santé complexes, ce qui a entraîné une diminution du nombre de fournisseurs participant au programme Accès Soins et le refus de certains fournisseurs de prendre en charge certains patients.

Pour répondre à ces préoccupations, dans le cadre de la négociation de l'entente de services des médecins de 2024, le Ministère et l'OMA ont convenu, pour les années 2 à 4, d'augmenter les paiements aux médecins pour la prise en charge d'inscrits figurant sur la liste d'attente d'Accès Soins et de verser une prime pour la prise en charge de patients présentant des besoins de santé plus complexes. Les médecins pourront également facturer la prime si, selon leur avis clinique, une personne inscrite comme un cas non complexe représente en réalité un cas complexe.

Les ESO ont indiqué au Ministère qu'Accès Soins ne répondait pas à leurs besoins

En novembre 2024, 58 ESO de l'Ontario se sont rencontrées pour discuter de solutions numériques à l'appui de l'accès aux soins primaires et du rattachement des patients dans la province. Un mois plus tard, 12 de ces ESO ont fait savoir au Ministère qu'elles [traduction] « n'appuyaient pas la mise à jour de l'outil Accès Soins existant, car il n'était plus adapté à l'usage prévu ». Ces ESO ont indiqué qu'Accès Soins n'est pas largement soutenu par les fournisseurs ni utilisé par les Ontariens, et que son système désuet (créé en 2009) nécessite une refonte pour s'intégrer aux réseaux et aux ESO.

Les 12 ESO ont recommandé qu'un nouveau programme, comprenant un registre numérique des patients et une source de données plus fiable pour les personnes non rattachées, soit conçu conjointement avec les fournisseurs de soins primaires, les ESO et les Ontariens. Elles ont recommandé que le programme soit administré par Santé Ontario afin d'assurer son intégration aux réseaux et aux ESO.

■ Pourquoi est-ce important?

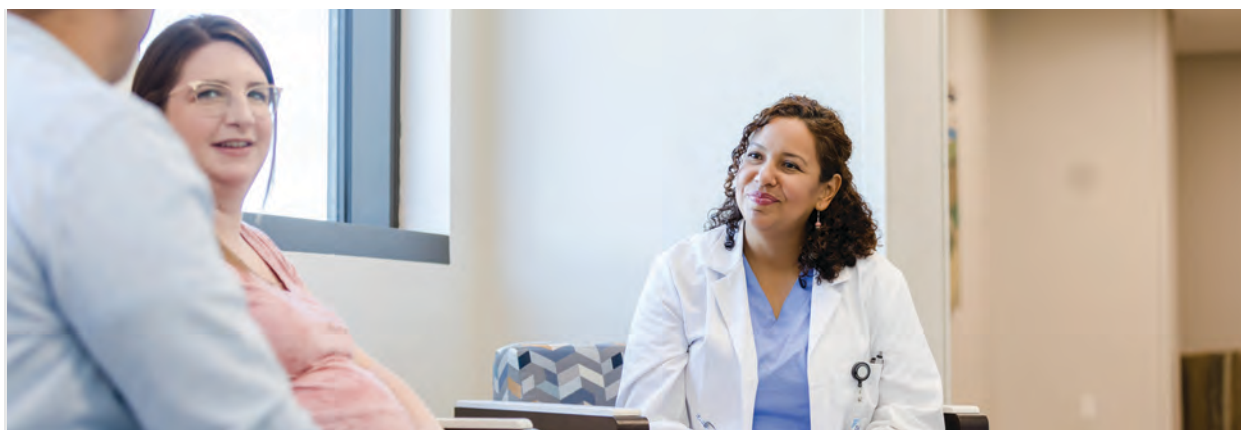
Un programme qui permet de mettre en relation de manière efficace et efficiente les médecins de famille et les fournisseurs de soins primaires avec les Ontariens qui en sont dépourvus peut aider ceux-ci à mieux prévenir et gérer la maladie. Il peut également permettre à la province de réaliser plus efficacement l'objectif de donner à 100 % des Ontariens un accès aux soins primaires d'ici 2029 et de réduire la nécessité pour eux d'utiliser d'autres solutions plus coûteuses pour obtenir les soins dont ils ont besoin. Dans son audit des services d'urgence en 2023, notre Bureau a constaté que le coût direct d'une visite aux services d'urgence en Ontario était d'environ 165 \$, ce qui était près de trois fois plus élevé que les autres options comme les soins primaires, qui coûtaient environ 56 \$ par visite à ce moment-là.

Recommandation 5

Nous recommandons que le Ministère prenne l'initiative et collabore avec Santé Ontario et Santé à domicile Ontario pour :

- surveiller le nombre de fournisseurs de soins primaires qui utilisent maintenant Accès Soins en raison des nouveaux incitatifs;
- mobiliser les ESO, les réseaux, les fournisseurs de soins primaires et les patients pour déterminer les éléments nécessaires à la mise en place ou à l'amélioration des systèmes du programme Accès Soins;
- élaborer et mettre en œuvre des options pour mettre à jour ou remplacer Accès Soins par un nouveau programme permettant de répondre aux besoins des inscrits, des fournisseurs de soins primaires et des planificateurs du système.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.





4.2.3 La liste d'attente d'Accès Soins n'est pas représentative des véritables besoins en Ontario

Au 1^{er} janvier 2025, environ 235 000 Ontariens étaient inscrits au programme Accès Soins, ce qui représente environ 11 % des Ontariens sans médecin de famille. Cela signifie que la plupart des Ontariens non rattachés ne figurent pas sur la liste d'attente d'Accès Soins, qui est le seul mécanisme centralisé dont dispose la province pour aider les Ontariens à trouver un médecin de famille.

Dans leur examen d'Accès Soins mené en 2023, le Ministère et Santé Ontario ont déterminé que le manque de sensibilisation et de promotion au sujet d'Accès Soins était une faiblesse, mais aucun changement n'a été apporté, car on considérait qu'il ne s'agissait pas d'une priorité. Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas mis à jour depuis 2015 son plan de communication sur Accès Soins ciblant le public et les fournisseurs de soins de santé.

■ Pourquoi est-ce important?

Accès Soins est le seul mécanisme centralisé du Ministère visant à aider les Ontariens à trouver un fournisseur de soins primaires. Il existe un risque que les Ontariens ne soient pas tous au courant du programme et que le rattachement aux soins primaires ne soit donc pas équitable. Au fil du temps, cela pourrait entraîner une utilisation accrue des hôpitaux et une détérioration des résultats en matière de santé, deux facteurs qui engendrent une hausse des coûts des soins de santé.

Recommandation 6

Nous recommandons que le Ministère prenne l'initiative et collabore avec Santé Ontario et Santé à domicile Ontario pour :

- mettre à jour les plans de communication sur Accès Soins;
- surveiller l'efficacité de ses plans de communication et les ajuster au besoin.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.



4.3 Surveillance ministérielle des mesures de responsabilisation du modèle de paiement par capitation

Comme il est mentionné à la **section 2.3**, environ 9 600 médecins de famille sont rémunérés selon un modèle de paiement par capitation, comparativement à environ 1 600 médecins de famille fournissant des soins primaires complets qui sont rémunérés selon un modèle de paiement à l'acte. La **figure 9** décrit les caractéristiques de chacun des quatre modèles de paiement par capitation et met en évidence la répartition des médecins selon les modèles.

Figure 9 : Modèles de paiement par capitation utilisés en soins primaires¹

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Modèle	Base de rémunération	Nombre de types de modèles en février 2025	Nombre de médecins dans chaque modèle	Nombre de médecins en février 2025
Modèle de soins complets (MSC)	PA et primes, y compris de petits paiements mensuels par capitation versés pour tous les patients inscrits	362	1 (médecin seul)	362
Groupe de santé familiale (GSF)	PA et primes, y compris de petits paiements mensuels par capitation versés pour tous les patients inscrits	218	≥ 3	2 150
Réseau de santé familiale (RSF)	Capitation pour un ensemble défini de services ² , y compris les primes	12	≥ 3	132
Organisme de santé familiale (OSF)	Capitation pour un ensemble défini de services ² (plus grand que celui des RSF), y compris les primes	601	≥ 6	6 479
Total				9 123

1 Exclut les EISP et les contrats spécialisés.

2. Tout service fourni en dehors de cet ensemble de services définis peut être facturé comme PA.

L'entente sur les services de médecin conclue entre le Ministère et l'OMA et les ententes distinctes sur le modèle de paiement par capitation qui énoncent des modalités et des exigences supplémentaires comprennent deux principales mesures de responsabilisation pour les médecins qui adhèrent à un modèle de paiement par capitation. Ces deux mesures, comme le montre la **figure 10**, servent d'indicateurs indirects de l'accès et visent à encourager la continuité des soins et à s'assurer que les patients reçoivent des soins de la part du médecin auprès duquel ils sont inscrits :

- » **Soins après les heures normales de travail** : Au moins un médecin est disponible en dehors des heures normales de travail pour s'occuper des visites et des rendez-vous prévus et non prévus des patients inscrits. Les soins après les heures normales de travail sont prodigués en blocs de trois heures, et le nombre de blocs requis par semaine varie en fonction du nombre de médecins dans chaque modèle : un médecin de MSC doit effectuer un bloc par semaine, et les OSF doivent effectuer au moins cinq blocs par semaine.
- » **Utilisation de services à l'externe** : Un nombre suffisant de médecins sont disponibles pour offrir des services pendant les heures normales de travail afin d'éviter que leurs patients ne cherchent à obtenir des services de soins primaires ailleurs, comme dans une clinique sans rendez-vous.

Figure 10 : Surveillance des principales mesures de responsabilisation liées à l'accès aux soins

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Mesure de responsabilisation	Base de surveillance	Applicabilité de la mesure de responsabilisation			
		MSC	GSF	RSF	OSF
Soins après les heures normales de travail	% des blocs requis de soins après les heures normales de travail avec au moins cinq patients vus	✓	✓	✓	✓
Utilisation de services à l'externe*	% de visites de soins primaires par des patients inscrits auprès d'un médecin qui ont été effectuées à l'extérieur du groupe auquel ils sont inscrits	–	–	✓	✓

* Cette mesure est liée à une prime d'accès, qui ne s'applique qu'aux médecins des RSF et des OSF.

De plus, le Ministère a établi des seuils à partir desquels il enverrait une lettre aux médecins ou aux groupes de médecins d'un RSF ou d'un OSF pour les informer de leur défaut de se conformer aux exigences liées aux mesures de responsabilisation. Le Ministère fait un suivi auprès d'un médecin d'un RSF ou d'un OSF si 30 % ou plus des soins prodigués aux patients inscrits ont été fournis par d'autres médecins ou si 35 % ou moins des blocs requis de soins après les heures normales de travail ont été effectués.

4.3.1 Le Ministère ne réduit pas les paiements par capitation versés aux médecins lorsque leurs patients reçoivent des soins ailleurs

Les médecins d'un OSF reçoivent les paiements suivants pour chaque patient inscrit :

- » **Paiement par capitation** : payé au médecin pour fournir un ensemble de services à ses patients inscrits
- » **Prime d'accès** : un paiement mensuel spécial, jusqu'à 18,59 % de la capitation, pour encourager le respect de la mesure d'utilisation de services à l'externe, déduit du montant versé par le Ministère pour payer les autres fournisseurs de soins aux patients inscrits qui ont obtenu des soins à l'extérieur de l'OSF
- » Autres primes, comme les multiplicateurs dépendant de l'âge, les incitatifs et les primes pour les services fournis

Le Ministère exige que chaque médecin de l'OSF fournisse un ensemble de services de santé à ses patients inscrits, mais certains patients continuent de consulter d'autres fournisseurs pour ces services. Le Ministère surveille les cas d'utilisation de services à l'externe où les patients inscrits auprès d'un médecin de l'OSF obtiennent des soins de la part d'autres fournisseurs, comme les cliniques sans rendez-vous.

Les renseignements sur un patient inscrit sont stockés dans l'ensemble de données Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE). Les renseignements sur le médecin et le groupe d'inscription du patient, qui sont produits à partir des données de facturation du RASO, sont également inclus. Le Ministère utilise les données de facturation du CAPE et du RASO pour surveiller l'utilisation de services à l'externe par les patients inscrits et cerne les groupes où 30 % ou plus des soins prodigués aux patients d'un médecin de l'OSF sont fournis à l'extérieur du groupe. Dans le cas des groupes qui dépassent le seuil, le Ministère avise l'OSF qu'il n'a pas respecté les conditions de financement énoncées dans son entente. Le Ministère s'attend à ce que le groupe corrige ce problème, principalement en sensibilisant les patients à leur utilisation de services à l'externe, mais il n'exige pas que le groupe présente des plans détaillés sur la façon dont il procédera pour y arriver. En 2023-2024, les patients inscrits dans des OSF partout en Ontario ont obtenu des services de soins primaires à l'extérieur de leur groupe plus de 3 millions de fois.

Lorsqu'un patient obtient des soins ailleurs, le Ministère réduit la prime d'accès du médecin de l'OSF. Une fois ce paiement épuisé, le Ministère ne récupère pas d'autres fonds auprès du médecin de l'OSF.

Nous avons constaté que même si les patients se rendent dans une clinique sans rendez-vous pour recevoir un service qui devrait être inclus dans l'ensemble de services, le Ministère ne réduit pas le paiement par capitation, mais seulement la prime. En 2023-2024, le Ministère a versé plus de 103 millions de dollars à d'autres fournisseurs de soins primaires pour la prestation de soins à des patients inscrits.

Cette question a également été soulevée dans notre audit de 2016 sur les factures des médecins. Nous avons analysé les OSF dont la prime d'accès était négative parce que leurs patients avaient obtenu une quantité importante de soins primaires ailleurs et constaté que le Ministère aurait pu retenir environ 14 millions de dollars en 2022-2023 et 2023-2024 si cette option avait été énoncée dans les modalités de l'entente.

D'après les données du Ministère, le nombre d'OSF peu performants dont les patients inscrits ont reçu au moins 30 % de leurs soins primaires à l'extérieur du groupe est passé de 20 en 2021-2022 à 28 en 2023-2024. En moyenne, ces OSF peu performants ont vu de 35 % à 38 % de leurs patients inscrits recevoir des soins dans un autre établissement. En 2023-2024, sur les 28 OSF dont le rendement dépassait le seuil fixé par le Ministère, 19 ont vu leur prime d'accès réduite à 0 \$, tandis que les autres ont reçu en moyenne 32 % de leur prime maximale même s'ils étaient considérés comme peu performants.

Dans l'entente sur les services de médecin de 2021, le Ministère et l'OMA ont mis sur pied un groupe de travail bilatéral chargé d'étudier l'utilisation des cliniques sans rendez-vous. Ce groupe de travail avait deux mandats :

- » élaborer un cadre pour permettre et exiger que les cliniques sans rendez-vous communiquent avec le médecin principal d'un patient inscrit;
- » élaborer un processus pour communiquer avec les patients qui utilisent régulièrement les cliniques sans rendez-vous afin de mieux comprendre pourquoi ils le font.

Le groupe de travail a publié son rapport final en mars 2024 et a fait des recommandations pour donner suite à son deuxième mandat, mais a indiqué qu'il s'abstiendrait de formuler des recommandations concernant le premier mandat. Le Ministère et l'OMA ont convenu que des travaux supplémentaires étaient nécessaires, mais ces travaux n'avaient pas été achevés au moment de notre audit.

En septembre 2025, après la fin de nos travaux d'audit, le Ministère et l'OMA ont conclu une entente pour 2024-2028 qui supprimait la prime d'accès et son refus lorsque les patients d'un OSF obtiennent des services ailleurs. À la place, le Ministère et l'OMA ont instauré une mesure de continuité des soins qui pourrait réduire le taux de capitation de 15 % si le médecin d'un OSF ne fournit pas de soins pour au moins 75 % des visites de soins primaires effectuées par des patients figurant sur sa liste. L'incidence de ce changement sur l'accès aux soins primaires prendra du temps à se concrétiser et n'a pas été évaluée dans le cadre de cet audit.



4.3.2 Le Ministère n'a pris aucune mesure corrective à l'égard des médecins rémunérés selon les modèles MSC, GSF et RSF qui ne satisfont pas aux exigences contractuelles de prestation de soins après les heures normales de travail

Nous avons constaté que le Ministère ne demande pas de comptes à rendre à plus de 2 600 médecins qui exercent leur profession dans le cadre des modèles MSC, GSF et RSF, mais qui ne satisfont pas à leurs exigences en matière de soins après les heures normales de travail.

Dans le cadre de son entente avec les médecins sur les modèles de paiement par capitation, le Ministère exige des médecins qu'ils fournissent à leurs patients un nombre fixe de blocs de soins après leurs heures normales de travail. Le Ministère examine chaque année les données sur les demandes de paiement des OSF et envoie des lettres aux médecins qui effectuent 35 % ou moins des blocs requis de soins après les heures normales de travail. De même, le Ministère ne fait pas de suivi auprès des médecins des trois autres modèles pour les aviser de leur mauvais rendement ou pour leur demander comment ils comptent améliorer la situation.

Nous avons analysé les données de 2023-2024 et constaté que 27 GSF (11 %) et 1 RSF n'avaient pas satisfait à leurs exigences en matière de soins après les heures normales de travail. En moyenne, les 27 GSF n'avaient effectué que 12 % des blocs requis de soins après les heures normales de travail. Le RSF n'avait effectué aucun des blocs requis de soins après les heures normales de travail. De plus, le Ministère a effectué une analyse qui a révélé que seulement 39 médecins (11 %) travaillant selon le modèle MSC avaient satisfait à leurs exigences en matière de soins après les heures normales de travail en 2023-2024, et que 106 médecins (29 %) n'avaient satisfait à aucune de leurs exigences.

4.3.3 Les indicateurs concernant les soins après les heures normales de travail et l'utilisation de services à l'externe ne tiennent pas compte de l'utilisation des services d'urgence.

La définition retenue par le Ministère pour les soins après les heures normales de travail et l'utilisation de services à l'externe dans les modèles de paiement aux médecins de famille ne s'applique pas aux visites des patients à l'urgence pour obtenir des services qui auraient pu être gérés par les fournisseurs de soins primaires.

Les hôpitaux font le suivi des visites non urgentes et peu urgentes au service d'urgence, provoquées par exemple par des maux de gorge ou des douleurs musculaires légères, aux niveaux 4 et 5 de l'Échelle canadienne de triage et de gravité. Nous avons demandé au Ministère d'analyser le coût estimatif de ces visites. En 2023-2024, nous avons constaté que plus de 136 000 visites étaient classées au niveau 4 ou 5, et que près de 70 % de ces visites étaient le fait de patients inscrits. Le coût estimatif des visites de patients inscrits s'élevait à 36 millions de dollars cette année-là, comme le montre la **figure 11**. Environ 53 % des visites de patients inscrits ont eu lieu pendant les heures normales de travail.

Figure 11 : Visites à l'urgence potentiellement évitables par les patients inscrits, 2023-2024

Source des données : ministère de la Santé

Modèle de paiement par capitation	Heures normales de travail ¹ (%)	Après les heures normales de travail ² (%)	Coût (en millions de dollars)
MSC	50	50	1
GSF	47	53	5
RSF	59	41	2
OSF	53	47	26
Autres modèles ³	58	42	2
Total			36

1 Du lundi au vendredi entre 8 h et 17 h
2 Du lundi au vendredi entre 17 h et 8 h ou les fins de semaine.
3. Par exemple, le modèle salarial mixte, l'Entente relative au groupe de médecins en milieu rural et dans le Nord et le Centre de santé St. Joseph's.

L'audit des services d'urgence mené par notre Bureau en 2023 a également mis en lumière ce problème en soulignant que l'une des principales raisons des temps d'attente plus longs dans les salles d'urgence était le manque de services de soins primaires offerts dans la région, particulièrement les soirs et les fins de semaine.

Selon une étude ontarienne réalisée en 2019 par des médecins de l'ICES, *[traduction]* « les médecins adhérant à ce modèle ontarien fondé sur la capitation seraient plus susceptibles de recevoir la prime d'accès s'ils encourageaient leurs patients à se rendre à l'urgence plutôt qu'à une clinique sans rendez-vous ».

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fait également le suivi d'un indicateur qui mesure la relation entre l'utilisation des services d'urgence et les soins primaires, lorsque les patients se rendent à l'urgence pour des raisons ou des problèmes de santé comme les rhumes, l'obtention d'une ordonnance d'antibiotiques ou le renouvellement d'une ordonnance. En 2022-2023 et 2023-2024, soit les deux années où cet indicateur a fait l'objet d'un suivi en Ontario, le pourcentage de patients qui se sont rendus à l'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être gérés par les services de soins primaires était d'environ 13 %.



■ Pourquoi est-ce important?

Les modèles de paiement par capitation ont été créés pour améliorer l'accès des patients aux soins et assurer une meilleure continuité des soins par un groupe stable de fournisseurs. Si les listes de ces fournisseurs sont remplies de personnes qui obtiennent des soins ailleurs, ces personnes prennent la place d'autres Ontariens qui pourraient être rattachés à l'équipe.

Au cours des négociations de l'entente sur les services de médecin de 2024, l'arbitre indépendant a déclaré qu'il était *[traduction]* « tout à fait approprié de faire le suivi de la responsabilisation des médecins d'un OSF ». Si les mesures de responsabilisation existantes ne sont pas appliquées, le Ministère ne peut pas détecter efficacement les cas où les Ontariens ne sont pas en mesure d'accéder aux soins dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin.

Recommandation 7

Le Ministère devrait :

- examiner les principales raisons pour lesquelles les patients inscrits obtiennent des soins primaires chez des fournisseurs externes, comme les cliniques sans rendez-vous et les services d'urgence, et appliquer ces connaissances dans le cadre de la prochaine mise à jour des mesures de responsabilisation;
- collaborer avec l'OMA et les médecins pour sensibiliser les patients à modifier ce comportement;
- surveiller les médecins des quatre modèles de paiement par capitation qui ne satisfont pas aux exigences minimales imposées par la mesure de responsabilisation en matière de soins après les heures normales de travail et collaborer avec les médecins peu performants afin qu'ils soient en mesure de satisfaire à ces exigences;
- collaborer avec l'OMA pour examiner les mesures de responsabilisation en matière de soins après les heures normales de travail et d'utilisation de services à l'externe dans les ententes de financement afin d'y ajouter les cas d'utilisation des services d'urgence pour des raisons et des problèmes de santé qui auraient pu être gérés par les services de soins primaires;
- utiliser les informations recueillies dans le cadre de cet examen pour appuyer la planification de la prochaine ronde de négociations de l'OMA.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.





4.3.4 Le Ministère ne peut pas détecter les cas de patients inscrits qui reçoivent des soins primaires d'une équipe interprofessionnelle de soins primaires (EISP) supervisée par Santé Ontario

Comme il est mentionné à la **section 2.3**, il existe quatre modèles d'EISP en Ontario : les organismes de soins de santé primaires autochtones (OSSPA), les centres de santé communautaire (CSC), les équipes de santé familiale (ESF) et les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP). Le Ministère supervise les OSSPA. Il a transféré la supervision des CSC, des ESF et des CDPIP à Santé Ontario en 2023. Les CDPIP, les CSC et les OSSPA ne facturent pas leurs services par l'entremise du RASO et ne génèrent aucune information dans le CAPE, ce qui signifie que le CAPE ne comprend pas de listes pour ces modèles.

Le Ministère n'est pas en mesure de détecter les cas où un patient inscrit auprès d'un médecin de famille demande des soins dans une EISP à laquelle son médecin n'appartient pas, ce qui constituerait une autre forme d'utilisation de services à l'externe, comme il est mentionné à la **section 4.3.1**. Par conséquent, le Ministère n'est pas en mesure de déterminer si l'utilisation de services à l'externe était attribuable au fait que les besoins des patients n'étaient pas satisfaits adéquatement par leur propre médecin.

Le Ministère n'est pas en mesure de déterminer si cette utilisation de services à l'externe était attribuable au fait que les besoins des patients n'étaient pas satisfaits adéquatement par leur propre médecin

En 2025, le Ministère a effectué une analyse ponctuelle des données de 2022-2023 à 2024-2025 et a constaté que, pendant cette période, environ 39 000 patients inscrits auprès d'environ 7 000 médecins avaient reçu régulièrement des soins primaires dans un CSC. Dans le cas d'un médecin de l'Ontario, 66 % des quelque 1 600 patients inscrits sur sa liste avaient régulièrement reçu des soins dans un CSC.

Des données de ce type n'étaient pas disponibles pour les ESF, les OSSPA ou les CDPIP, ce qui signifie que le Ministère n'est pas en mesure de déterminer dans quelle mesure une telle situation peut se produire au sein de ces équipes. Le Ministère a expliqué que, comme les données sur les inscriptions des patients utilisées pour cette analyse ont été extraites à un moment précis, il n'est pas en mesure de déterminer de façon définitive si ces patients avaient reçu des soins primaires d'un CSC alors qu'ils étaient inscrits auprès d'un médecin de soins primaires.

■ Pourquoi est-ce important?

Dans un système de soins primaires qui évolue vers des soins prodigués en équipe, le Ministère a désormais de la difficulté à repérer les cas de patients inscrits qui visitent une EISP pour obtenir des soins que leur propre médecin de famille pourrait leur prodiguer. Cela crée un risque d'utilisation accrue de services à l'externe et d'utilisation inefficace d'autres milieux de soins primaires. Cela réduit également la capacité de ces systèmes, car ils prennent en charge le même patient, alors qu'un autre patient pourrait bénéficier de ces soins.

Recommandation 8

Le Ministère devrait prendre l'initiative et collaborer avec Santé Ontario pour :

- élaborer une méthodologie pour inclure les listes des EISP dans le CAPE ou d'autres systèmes;
- surveiller régulièrement l'utilisation des EISP par les patients inscrits et déterminer les mesures à prendre pour promouvoir une utilisation plus efficace des services de soins primaires.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.



4.4 Mesure de l'expérience des patients en matière d'accès aux soins primaires

4.4.1 Le Ministère n'a pas établi d'échéancier ni de cibles pour mesurer le rendement du système de soins primaires

En janvier 2025, l'EASP a défini cinq IRC pour mesurer ses progrès, dont un indicateur qui mesure l'accès aux soins primaires. Au moment de notre audit, le Ministère n'avait pas établi d'échéancier pour la collecte de données permettant de mesurer ces IRC ou cibles visant à favoriser l'amélioration.

La *Loi de 2025 sur les soins primaires* est entrée en vigueur en juin 2025. Selon la Loi, la ministre de la Santé est tenue de faire rapport, d'ici juin 2026 et par la suite annuellement, sur :

- » la façon dont la province s'emploie à atteindre les six objectifs de la Loi (dont il est question à la **section 2.6**);
- » le pourcentage de personnes assurées en Ontario qui entretiennent une « relation permanente » avec un clinicien ou une équipe de soins primaires;
- » toute autre mesure prescrite par règlement.

Au moment de notre audit, le Ministère n'avait pas encore déterminé si le rapport annuel de la ministre comprendrait les cinq IRC définis par l'EASP. Nous avons également constaté que certains de ces indicateurs sont semblables aux mesures proposées par QSSO dans son cadre de mesure du rendement des soins primaires de 2014 ou qu'ils s'appuient sur celles-ci, comme le montre la **figure 12**. Bien que ces mesures aient été proposées, elles n'ont pas toutes fait l'objet d'un suivi : le Ministère a ainsi raté l'occasion de recueillir des données de référence et d'établir des cibles au cours de la dernière décennie.

Bien que l'objectif de l'EASP soit de rattacher l'ensemble des Ontariens aux soins de santé, comme il est mentionné à la **section 2.2**, le rattachement ne signifie pas l'accès, et le fait de privilégier l'élaboration d'indicateurs liés à l'accès contribuera à garantir que le travail de l'EASP répond aux besoins des Ontariens. Parmi les cinq indicateurs définis par l'EASP, seul le quatrième se rapporte directement à l'accès des patients aux services de soins primaires. Le premier IRC mesure le rattachement, et les trois autres mesurent d'autres aspects des soins primaires.

Figure 12 : Indicateurs de rendement clés prévus par l'EASP par rapport aux indicateurs de QSSO

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Indicateurs de l'EASP (2025)	Indicateurs de QSSO (2014)
1. Pourcentage d'Ontariens qui ont un accès continu à un fournisseur de soins primaires	Accès à un fournisseur de soins primaires régulier
2. Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui travaillent dans des équipes interdisciplinaires	Accès à une équipe interprofessionnelle de soins primaires
3. Pourcentage d'Ontariens qui peuvent avoir accès à leurs dossiers de santé en ligne	Accès des patients à leurs propres renseignements sur la santé (décrit comme un domaine de mesure à considérer dans l'avenir)
4. Pourcentage d'Ontariens qui peuvent obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain lorsque cela est nécessaire	Accès rapide au lieu de soins habituel
5. Pourcentage d'Ontariens qui ne sont plus sur la liste d'attente d'Accès Soins	s.o.

Le quatrième indicateur n'est pas un nouvel indicateur, car il est déjà mesuré à l'échelle provinciale dans le cadre du Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé mené en 2023 par le Ministère. Le sondage comportait une question visant à déterminer si les patients étaient en mesure d'obtenir un rendez-vous avec un fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'ils étaient malades. Au moment de notre audit, QSSO avait émis un avertissement concernant les résultats du sondage de 2023, qui soulignait que certains résultats n'avaient pas été déclarés parce qu'ils n'étaient pas fiables. Par conséquent, ce nombre n'a pas été déclaré pour les régions du Nord-Est et du Nord-Ouest de l'Ontario.

Outre les cinq indicateurs définis par l'EASP, nous avons relevé un autre indicateur potentiel d'accès, appelé le « troisième rendez-vous disponible ». La Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan utilisent cette mesure. Le troisième rendez-vous disponible est considéré comme une mesure d'accès plus précise que le « prochain rendez-vous disponible », car le prochain ou même le deuxième rendez-vous disponible peut être devenu disponible en raison d'une annulation ou d'un autre événement qui n'est pas prévisible ou fiable.

Une étude menée en Ontario en 2022 par un groupe de médecins chercheurs qui portait sur les mesures d'accès déclarées par les patients et évaluées dans le cadre d'un sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires a révélé que leurs résultats [traduction] « renforcent l'idée que l'accès rapide aux soins primaires est un concept complexe qu'il vaut mieux évaluer au moyen de multiples mesures ».

Privilégier l'élaboration d'indicateurs liés à l'accès contribuera à garantir que le travail de l'EASP répond aux besoins des Ontariens



■ Pourquoi est-ce important?

L'élaboration d'indicateurs de rendement pour mesurer l'accès aux soins primaires et la fixation d'objectifs sont des outils de base qui peuvent aider le Ministère à cerner les cas d'accès limité aux soins primaires et à améliorer le rendement du système. La gestion du rendement permet d'apporter des ajustements en fonction des éléments qui fonctionnent et de ceux qui ne fonctionnent pas. La publication de ces indicateurs assure la transparence quant à la façon dont la province gère cet élément important du système de santé.

Recommandation 9

Le Ministère devrait :

- déterminer des sources de données fiables pour les IRC liés à l'accès des patients aux soins primaires;
- élaborer un plan de collecte de données assorti d'échéanciers et commencer à recueillir ces données avant la fin du mandat de l'EASP;
- établir des cibles et rendre compte publiquement du rendement par rapport à ces cibles, par exemple dans le rapport annuel de la ministre, comme décrit dans la *Loi de 2025 sur les soins primaires*.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.

4.4.2 Le Ministère n'encourage pas la collecte de données sur les expériences des patients au niveau des cliniques

Le Ministère ne surveille pas l'expérience des patients dans tous les milieux de soins primaires pour s'assurer que les soins sont axés sur le patient et répondent aux besoins de la collectivité desservie, ce qui est l'un des objectifs de la *Loi de 2025 sur les soins primaires*.

L'expérience des patients est actuellement mesurée dans certains milieux de soins primaires, mais pas dans tous. Par exemple :



- » Conformément à leurs ententes avec Santé Ontario, les CSC, les ESF et les CDPIP doivent soumettre un plan d'amélioration de la qualité qui met l'accent sur la mobilisation des patients.
- » Bien qu'ils ne soient pas tenus par contrat de le faire, certains OSSPA ont élaboré et mis en œuvre leurs propres sondages sur l'expérience des patients en matière de soins primaires.
- » Les établissements d'enseignement en milieu hospitalier qui dispensent des soins primaires doivent réaliser un sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires étant donné qu'ils font partie d'un hôpital. Cette pratique est assujettie à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, qui exige que les hôpitaux relevant de la *Loi sur les hôpitaux publics* réalisent des sondages sur la satisfaction auprès des patients dans le cadre de leurs plans d'amélioration de la qualité. Par exemple, les cliniques d'enseignement communautaires de l'Université de Toronto ont lancé au printemps 2020 un sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires, qui comporte des questions concernant la compréhension de l'accès rapide aux soins, les points de vue sur les soins virtuels et la mobilisation des patients. À la suite du sondage, les cliniques ont mis à jour leurs procédures relatives aux temps d'attente téléphonique et aux soins après les heures normales de travail.

Bien que le Ministère ait réalisé le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé en 2023, celui-ci mesurait l'expérience des patients à l'échelle de la population et ne comprenait aucun renseignement propre aux cliniques. Par exemple, ce sondage ne comportait aucune question liée à l'accès concernant la prise de rendez-vous et l'expérience de soins.

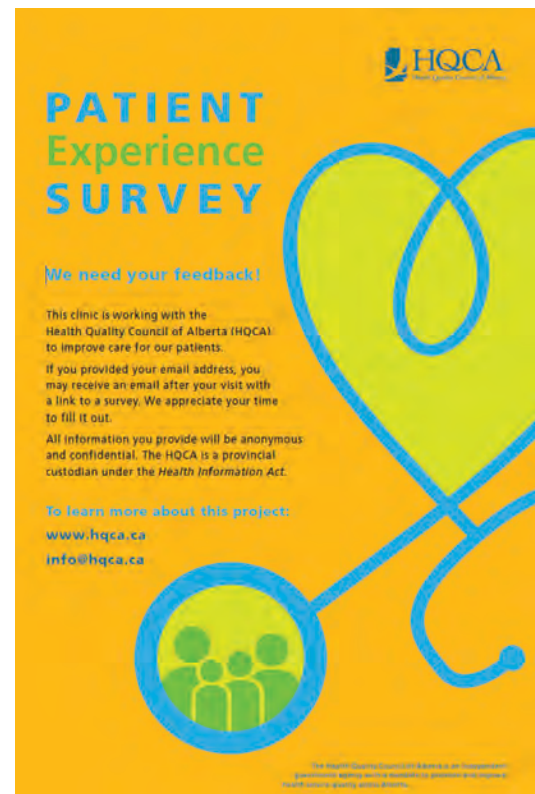
En mai 2015, QSSO a publié un guide relatif aux sondages sur l'expérience des patients en matière de soins primaires afin d'aider les cliniciens à mesurer l'expérience des patients dans leurs cliniques. Plus de 10 ans après sa publication, ce guide n'a toujours pas été mis en œuvre dans tous les milieux de soins primaires.

En revanche, le Conseil de la qualité des services de santé de l'Alberta (l'équivalent de QSSO) a élaboré un sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires au niveau des cliniques en 2018. Il s'est servi des résultats du sondage pour élaborer des IRC relatifs à la qualité perçue des soins par les patients. Ce sondage comporte environ 25 questions, dont 4 portent sur l'accès, afin de mieux comprendre la capacité des patients à obtenir des soins quand ils en ont besoin.

Afin de réduire le fardeau administratif des cliniques, le Conseil de la qualité des services de santé de l'Alberta a fourni du matériel de marketing (voir la **figure 13**) et d'autres ressources à l'appui de l'administration des sondages. Des stratégies semblables pourraient être envisagées en Ontario pour recueillir des données sur l'expérience des patients, sans pour autant imposer des responsabilités administratives supplémentaires aux cliniques.

Figure 13 : Matériel de marketing – Sondage sur l'expérience des patients en soins primaires de l'Alberta

Source : Conseil de la qualité des services de santé de l'Alberta



■ Pourquoi est-ce important?

La collecte systématique de données sur l'expérience des patients peut aider le Ministère et les fournisseurs de soins primaires à cerner les possibilités d'améliorer cette expérience. Cela permettra au Ministère et aux fournisseurs de soins primaires de répondre aux besoins les plus importants de leurs patients. Cela fournit également au Ministère davantage de renseignements à prendre en considération pour déterminer si les services de soins primaires sont fournis d'une manière qui est axée sur le patient et qui répond aux besoins de la collectivité desservie. Par exemple, s'il faut des semaines pour obtenir un rendez-vous, les patients pourraient se rendre à une clinique sans rendez-vous ou aux urgences. La compréhension de l'expérience des patients aidera ceux-ci à obtenir l'accès dont ils ont besoin.

Recommandation 10

Le Ministère devrait :

- effectuer une analyse des provinces et territoires pour déterminer les pratiques exemplaires relativement aux sondages sur l'expérience des patients en matière de soins primaires et entreprendre une évaluation de faisabilité concernant l'élaboration d'un tel sondage pour les cliniques ontariennes où cela n'a pas déjà été fait;
- examiner les prochaines étapes en fonction des résultats de l'évaluation de la faisabilité.

Pour les réponses de l'entité audité, voir **Recommandations et réponses de l'entité audité**.

4.4.3 Le Ministère s'appuie sur des incitatifs pour encourager la prestation de soins accessibles sans recueillir suffisamment de données pour en évaluer l'efficacité



Pour surveiller la charge de travail des médecins en soins primaires, le Ministère n'utilise que les données recueillies dans le cadre des demandes de paiement du RASO, mais ces données sont incomplètes parce que ce ne sont pas tous les médecins qui facturent leurs services par l'entremise du RASO. Le Ministère ne dispose d'aucun autre moyen

de surveiller efficacement si les médecins rémunérés selon l'un des modèles de paiement par capitation offrent un accès aux soins en cas de besoin, en particulier aux patients présentant des besoins de santé plus complexes. Bien que le Ministère ait instauré de multiples incitatifs, il n'est pas en mesure de confirmer avec confiance si ceux-ci ont l'effet escompté.

La gestion des problèmes de santé chroniques des patients présentant des besoins de santé plus complexes peut exiger davantage de visites. Étant donné que les médecins de famille reçoivent des paiements par capitation même si les patients ne reçoivent pas leurs soins, cela crée un risque que ces médecins préfèrent choisir des patients en meilleure santé pour leur liste, comme c'est le cas pour les patients d'Accès Soins (voir la **section 4.2.2**). Il est également possible qu'il n'y ait pas suffisamment de rendez-vous disponibles pour que les patients présentant des besoins complexes aient accès à leur médecin de famille lorsqu'ils ont besoin de soins.

Le Ministère a tenté d'atténuer ces risques au moyen de plusieurs incitatifs, notamment :

- » la modification des taux de capitation pour résoudre les problèmes liés au maintien des patients présentant des besoins complexes dans un modèle de financement fondé sur la capitation;
- » les primes à la signature et l'augmentation de la capitation à la première année d'inscription du patient;
- » des primes pour retirer des Ontariens de la liste d'attente d'Accès Soins;
- » des primes pour élargir sa liste de patients et devenir leur fournisseur de soins désigné;
- » des paiements supplémentaires fondés sur le niveau de gravité des problèmes de santé des patients inscrits aux modèles OSF et RSF, tel que mesuré par la méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS. Cette mesure tient compte du profil démographique et clinique d'un patient afin de mieux refléter la complexité de ses besoins et d'offrir une rémunération plus équitable aux médecins qui desservent une population de patients présentant des besoins plus complexes.

Malgré ces incitatifs, les patients ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin quand ils en ont besoin. Selon le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé mené par le Ministère en 2023, seulement 35 % des Ontariens peuvent consulter leur médecin de famille ou un autre professionnel de la santé de son bureau le jour même ou le lendemain. Comme nous l'avons mentionné à la **section 4.3**, certains patients se tournent également vers les EISP et d'autres milieux de soins primaires, comme les cliniques sans rendez-vous, pour obtenir des soins, même s'ils sont inscrits auprès d'un médecin de famille.

Pour s'assurer que les médecins n'acceptent pas plus de patients que ce qu'ils sont en mesure de gérer et qu'ils n'abusent pas des incitatifs, le Ministère est tenu, en vertu de l'entente sur les services de médecin de 2021, d'examiner chaque trimestre les OSF dont les listes dépassent en moyenne 2 400 patients par médecin. Nous avons constaté que le Ministère surveillait la taille des listes en fonction du seuil. Toutefois, cette mesure isolée ne témoigne pas de la valeur ajoutée des incitatifs visant à accroître l'accès.

L'OMA a constaté que les médecins de plus de 50 ans avaient des listes de plus de 1 370 patients, tandis que ceux de moins de 40 ans avaient en moyenne des listes de 986 patients. Le Ministère a aussi fait remarquer que certaines régions disposeraient d'un nombre de médecins plus que suffisant pour atteindre un taux de rattachement de 97 % si ces médecins prenaient en charge un plus grand nombre de patients. Bien que le montant des incitatifs offerts ait augmenté et que la taille moyenne des listes ait diminué, l'accès, tel que mesuré par le respect des exigences en matière de soins après les heures normales de travail et d'utilisation de services à l'externe, a diminué (voir la **section 4.3**).

Une étude de 2019 soutenue par INSPIRE-PHC a associé de multiples bases de données pour déterminer si les primes d'accès (dont il est question à la **section 4.3.1**) correspondent à l'objectif visé, soit d'encourager l'accès aux soins primaires et de réduire au minimum les visites ne relevant pas des pratiques de capitation. Les chercheurs ont recommandé de procéder à des évaluations des incitatifs financiers pour s'assurer de leur pertinence, de leur adéquation aux objectifs du système et de leur équité. Notre audit de 2011 sur la diversification des modes de financement pour les médecins de famille a également mis en lumière la nécessité d'analyser périodiquement les avantages offerts par de nouveaux incitatifs.

■ Pourquoi est-ce important?

La collecte et l'analyse des données relatives à l'accès des patients dans les modèles de paiement par capitation peuvent contribuer à garantir que les mesures mises en œuvre, y compris les incitatifs visant à encourager la prestation de soins accessibles, améliorent réellement l'accès des patients aux soins primaires et entraînent des changements significatifs dans les soins aux patients.

Recommandation 11

Le Ministère devrait recueillir des données et évaluer annuellement si les incitatifs financiers existants visant à améliorer l'accès aux soins primaires ont contribué à améliorer l'accès des patients, et les ajuster au besoin.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.



Recommandations et réponses de l'entité audité

Recommandation 1

Le Ministère devrait prendre l'initiative et collaborer avec Santé Ontario pour :

- travailler avec les ESO à l'élaboration d'un cadre aux fins de la mobilisation des réseaux auprès des fournisseurs de soins, y compris une méthodologie normalisée de suivi de la participation des fournisseurs aux réseaux;
- fournir une orientation aux réseaux pour les aider à accroître le nombre de médecins de soins primaires, d'infirmières praticiennes, d'infirmiers praticiens et d'équipes de soins primaires participants.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Le gouvernement a établi une orientation stratégique claire dans le cadre du Plan d'action pour les soins primaires. On a demandé aux ESO et à leurs réseaux de travailler en étroite collaboration avec les cliniciens et les équipes de soins primaires pour coordonner les efforts locaux et planifier l'intégration de 100 % de leurs communautés aux soins primaires d'ici 2029.

Ce travail est déjà en cours. Les ESO et leurs réseaux travaillent en étroite collaboration avec les cliniciens et les équipes de soins primaires pour éliminer la liste d'attente d'Accès Soins. En novembre 2025, 60 % des personnes qui figuraient sur la liste d'attente d'Accès Soins le 1^{er} janvier 2025 avaient été éliminées de cette liste. De plus, les ESO et leurs réseaux appuient le processus d'appel de propositions visant à mettre sur pied de nouvelles équipes de soins primaires élargies à l'échelle de la province.

Le Ministère et Santé Ontario établiront des exigences aux fins de la mesure uniforme des fournisseurs de soins primaires qui participent aux réseaux.

Recommandation 2

En partenariat avec le Ministère, Santé Ontario devrait élargir la portée de son travail afin de coordonner le recrutement équitable de médecins de famille avec ses principaux partenaires, entre autres les municipalités, les organismes de soins de santé et les collectivités.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Le Ministère, qui est responsable de la planification de la capacité et des stratégies de ressources humaines en santé (RHS), reconnaît l'importance de recruter de façon équitable des médecins de famille et d'autres RHS précieuses partout en Ontario.

Des travaux visant à améliorer la répartition des médecins, des cliniciens en soins primaires et des professionnels paramédicaux sont en cours dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action de l'Ontario pour les soins primaires. Grâce à un investissement de 2,1 milliards de dollars, ce plan adopte une approche ciblée et fondée sur des données probantes pour mettre sur pied de nouvelles équipes interprofessionnelles de soins primaires à l'échelle de la province, et élargir celles existantes, afin d'aider à rattacher les deux millions de patients non rattachés en Ontario aux soins primaires.

Le Ministère continuera de collaborer avec Santé Ontario, qui met en œuvre son orientation en matière de planification des ressources humaines. Santé Ontario et ses bureaux régionaux continueront d'élaborer des stratégies de recrutement locales adaptées aux besoins uniques de chaque région et collectivité.

Recommandation 3

Le Ministère devrait :

- cerner les leçons tirées des appels de propositions antérieurs, notamment lorsque les attentes à l'égard des demandeurs ne concordaient pas avec celles du Ministère;
- mettre à jour les exigences des futurs appels de propositions pour les demandeurs qui sollicitent un financement dans le but de mettre sur pied de nouvelles équipes de soins primaires ou d'agrandir celles qui existent déjà afin d'inclure davantage d'informations sur ce à quoi les candidats peuvent s'attendre concernant les résultats de ces propositions.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Le processus d'appel de propositions pour les équipes de soins primaires nouvelles et élargies a été peaufiné à la lumière de la rétroaction des intervenants et des leçons tirées, et cette démarche se poursuivra.

Dans le cadre du Plan d'action pour les soins primaires, les collectivités élaborent des stratégies pour atteindre un taux de rattachement de 100 % aux soins primaires dans leurs collectivités. Le financement dans le cadre du processus d'appel de propositions est une étape essentielle vers la réalisation de cette vision. Le processus d'appel de propositions a suscité un grand intérêt. Le nombre de propositions soumises témoigne d'un large soutien à l'engagement du gouvernement de financer des équipes de soins primaires nouvelles et élargies.

En réponse aux commentaires des intervenants en soins primaires, le Ministère a fourni une orientation supplémentaire et clarifié les attentes à l'appui des propositions retenues, et il continuera de le faire à l'avenir.

Recommandation 4

Le Ministère devrait prendre l'initiative et collaborer avec Santé Ontario et Santé à domicile Ontario afin de mettre à jour le processus d'inscription et de jumelage des soins de santé pour :

- inviter les Ontariens qui accèdent à l'inscription en ligne à utiliser les services d'inscription téléphonique pour obtenir de l'aide dans des langues autres que le français et l'anglais;
- permettre aux inscrits d'inclure leurs préférences en matière de fournisseurs et leurs renseignements sociodémographiques, notamment la langue, la race, l'origine ethnique, l'identité autochtone, l'orientation sexuelle et l'identité de genre;
- permettre le jumelage des inscrits avec les fournisseurs en fonction des préférences et des renseignements sociodémographiques des inscrits.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Dans le cadre du Plan d'action pour les soins primaires, le gouvernement s'est engagé à rattacher les quelque 235 000 personnes inscrites sur la liste d'attente d'Accès Soins au 1^{er} janvier 2025 aux soins primaires d'ici le printemps 2026.

Sous la direction stratégique du Ministère et en partenariat avec Santé Ontario et Santé à domicile Ontario, la liste d'attente avait été réduite de 60 % en novembre 2025.

Parmi les améliorations récentes apportées à Accès Soins, mentionnons l'élimination de l'obligation de se désinscrire auprès d'un clinicien en soins primaires existant pour s'inscrire et la possibilité de mettre à jour ses renseignements en ligne. D'autres améliorations seront apportées, comme la possibilité de recevoir de l'aide dans des langues autres que le français et l'anglais.

Recommandation 5

Nous recommandons que le Ministère prenne l'initiative et collabore avec Santé Ontario et Santé à domicile Ontario pour :

- surveiller le nombre de fournisseurs de soins primaires qui utilisent maintenant Accès Soins en raison des nouveaux incitatifs;
- mobiliser les ESO, les réseaux, les fournisseurs de soins primaires et les patients pour déterminer les éléments nécessaires à la mise en place ou à l'amélioration des systèmes du programme Accès Soins;
- élaborer et mettre en œuvre des options pour mettre à jour ou remplacer Accès Soins par un nouveau programme permettant de répondre aux besoins des inscrits, des fournisseurs de soins primaires et des planificateurs du système.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Dans le cadre du Plan d'action pour les soins primaires, le gouvernement s'est engagé à rattacher les quelque 235 000 personnes inscrites sur la liste d'attente d'Accès Soins au 1^{er} janvier 2025 aux soins primaires d'ici le printemps 2026. Le Ministère, en partenariat avec Santé Ontario et Santé à domicile Ontario, avait réduit la liste d'attente de plus de 60 % en novembre 2025.

Le financement d'équipes de soins primaires nouvelles et élargies à l'échelle de la province constitue une initiative clé à l'appui de ces progrès. Ces équipes rattachent activement des personnes de leur collectivité aux soins, y compris des personnes qui figurent sur la liste d'attente d'Accès Soins. Le Ministère dirigera les efforts visant à surveiller les progrès et à adapter les processus pour atteindre ses objectifs, en s'appuyant sur les commentaires des ESO, des réseaux, des cliniciens et des patients.

D'autres améliorations continueront d'être apportées à Accès Soins pour s'assurer que le système répond aux besoins des patients et des fournisseurs.

Recommandation 6

Nous recommandons que le Ministère prenne l'initiative et collabore avec Santé Ontario et Santé à domicile Ontario pour :

- mettre à jour les plans de communication sur Accès Soins;
- surveiller l'efficacité de ses plans de communication et les ajuster au besoin.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Accès Soins constitue un élément essentiel du Plan d'action pour les soins primaires du gouvernement et demeurera le principal programme provincial permettant aux personnes de trouver un fournisseur de soins primaires.

Parmi les améliorations récentes apportées à Accès Soins, mentionnons l'élimination de l'obligation de se désinscrire auprès d'un clinicien en soins primaires existant pour s'inscrire et la possibilité de mettre à jour ses renseignements en ligne.

Depuis l'annonce du Plan d'action pour les soins primaires en janvier 2025, de nombreuses tactiques de communication avec le public et les intervenants au sujet d'Accès Soins ont été mises en œuvre.

Recommandation 7

Le Ministère devrait :

- examiner les principales raisons pour lesquelles les patients inscrits obtiennent des soins primaires chez des fournisseurs externes, comme les cliniques sans rendez-vous et les services d'urgence, et appliquer ces connaissances dans le cadre de la prochaine mise à jour des mesures de responsabilisation;
- collaborer avec l'OMA et les médecins pour sensibiliser les patients à modifier ce comportement;
- surveiller les médecins des quatre modèles de paiement par capitation qui ne satisfont pas aux exigences minimales imposées par la mesure de responsabilisation en matière de soins après les heures normales de travail et collaborer avec les médecins peu performants afin qu'ils soient en mesure de satisfaire à ces exigences;

- collaborer avec l'OMA pour examiner les mesures de responsabilisation en matière de soins après les heures normales de travail et d'utilisation de services à l'externe dans les ententes de financement afin d'y ajouter les cas d'utilisation des services d'urgence pour des raisons et des problèmes de santé qui auraient pu être gérés par les services de soins primaires;
- utiliser les informations recueillies dans le cadre de cet examen pour appuyer la planification de la prochaine ronde de négociations de l'OMA.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Des travaux visant à améliorer l'accès aux services de soins primaires sont en cours, y compris l'augmentation des soins accessibles après les heures normales. Cet engagement se reflète dans l'élargissement des équipes de soins primaires dans le cadre du Plan d'action de l'Ontario pour les soins primaires et de l'entente sur les services de médecin récemment négociée avec l'OMA.

Le Ministère continuera de surveiller la conformité et d'examiner plus en détail les obstacles à l'accès rapide aux soins primaires à mesure de la mise en oeuvre de l'entente sur les services de médecin de 2024-2028 et de la poursuite des investissements dans les soins prodigués en équipe à l'échelle de la province.

La surveillance s'étendra à tous les modèles de paiement par capitation des soins primaires afin de garantir un accès uniforme après les heures normales et de faire progresser notre vision d'offrir des soins primaires pratiques, complets et fiables.

Recommandation 8

Le Ministère devrait prendre l'initiative et collaborer avec Santé Ontario pour :

- élaborer une méthodologie pour inclure les listes des EISP dans le CAPE ou d'autres systèmes;
- surveiller régulièrement l'utilisation des EISP par les patients inscrits et déterminer les mesures à prendre pour promouvoir une utilisation plus efficace des services de soins primaires.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Dans le cadre de son engagement à rattacher deux millions de personnes supplémentaires aux soins primaires d'ici 2029, le Ministère reconnaît l'importance de connaître le statut de rattachement des Ontariens ainsi que de communiquer les progrès dans le cadre du Plan d'action pour les soins primaires aux intervenants et au public.

À l'avenir, le Ministère examinera les possibilités d'élaborer un processus pour déterminer et surveiller le statut officiel de rattachement des patients d'une EISP afin d'appuyer l'engagement du gouvernement de faire en sorte que tous les Ontariens aient accès aux soins primaires.

Recommandation 9

Le Ministère devrait :

- déterminer des sources de données fiables pour les IRC liés à l'accès des patients aux soins primaires;
- élaborer un plan de collecte de données assorti d'échéanciers et commencer à recueillir ces données avant la fin du mandat de l'EASP;
- établir des cibles et rendre compte publiquement du rendement par rapport à ces cibles, par exemple dans le rapport annuel de la ministre, comme décrit dans la *Loi de 2025 sur les soins primaires*.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Le Ministère a établi des processus de collecte de données et d'autres processus pour surveiller l'incidence de l'investissement de 2,1 milliards de dollars consenti par le gouvernement dans le cadre du Plan d'action pour les soins primaires. Cela sous-tend de mesurer les progrès réalisés par rapport à notre engagement d'offrir aux deux millions d'Ontariens non rattachés un accès à des soins primaires complets.

Le Ministère continuera d'explorer d'autres sources de données et des indicateurs de rendement clés pour renforcer ses efforts de surveillance, d'évaluation et de production de rapports.

Recommandation 10

Le Ministère devrait :

- effectuer une analyse des provinces et territoires pour déterminer les pratiques exemplaires relativement aux sondages sur l'expérience des patients en matière de soins primaires et entreprendre une évaluation de faisabilité concernant l'élaboration d'un tel sondage pour les cliniques ontariennes où cela n'a pas déjà été fait;
- examiner les prochaines étapes en fonction des résultats de l'évaluation de la faisabilité.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Dans le cadre de son Plan d'action pour les soins primaires, le Ministère fait des progrès dans le rattachement de deux millions de patients aux soins primaires d'ici 2029, ce qui permet d'atteindre l'objectif du gouvernement de rattacher chaque Ontarien aux soins primaires. Pour s'assurer que les expériences et les points de vue des patients continuent d'orienter la prise de décisions, le Ministère poursuivra les consultations avec les intervenants, y compris le Conseil consultatif des patients et des familles du ministre.

Le Ministère procédera également à une analyse des provinces et territoires et à une évaluation de la faisabilité afin de déterminer les pratiques exemplaires pour les sondages sur l'expérience des patients et de déterminer les options que le gouvernement pourrait envisager.

Recommandation 11

Le Ministère devrait recueillir des données et évaluer annuellement si les incitatifs financiers existants visant à améliorer l'accès aux soins primaires ont contribué à améliorer l'accès des patients, et les ajuster au besoin.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Grâce à un investissement de 2,1 milliards de dollars dans le cadre du Plan d'action pour les soins primaires pour permettre à deux millions de personnes de plus d'accéder aux soins primaires d'ici 2029, ainsi qu'à des investissements nouveaux et modernisés et aux mesures incitatives offertes en vertu de l'entente sur les services de médecin de 2024-2028, les patients auront un meilleur accès aux soins primaires.

Le Ministère dispose actuellement d'un processus de surveillance et de leviers pour superviser les équipes de soins primaires, et il continuera de surveiller l'incidence de ces mesures incitatives sur l'amélioration de l'accès des patients.

Tout rajustement ou changement éventuel des incitations financières pour les médecins devrait être inclus dans les discussions et les négociations avec les intervenants concernés, tels que l'OMA.

Critères d'audit

Dans la planification de ses travaux, le Bureau a déterminé les critères d'audit auxquels il aurait recours pour atteindre ses objectifs en la matière (indiqués à la **section 3.0**). Ces critères sont fondés sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables ainsi que sur des études internes et externes et des pratiques exemplaires. La haute direction du Ministère et de Santé Ontario a passé en revue nos objectifs et les critères connexes suivants, et elle a convenu de leur pertinence :

1. Le Ministère a examiné diverses options et élaboré un plan stratégique comportant des objectifs bien définis et une approche interdisciplinaire visant à améliorer l'accès aux soins primaires. Le plan oriente les programmes, les initiatives et les activités qui soutiennent ses objectifs.
2. Le Ministère répartit équitablement les médecins de soins primaires et les équipes interprofessionnelles de soins primaires dans les collectivités où les besoins sont les plus pressants.
3. Le Ministère et Santé Ontario examinent régulièrement Accès Soins pour en déceler les lacunes et y apporter les améliorations nécessaires.
4. Le Ministère recueille régulièrement et en temps voulu des données financières et opérationnelles exactes et complètes auprès des bénéficiaires de financement pour s'assurer qu'ils se conforment aux exigences des ententes contractuelles relatives à l'accès aux soins primaires pour les modèles de financement des médecins, et prend des mesures correctives en temps opportun lorsque des problèmes sont décelés.
5. Des indicateurs et des cibles de rendement clés liés à l'accès aux soins primaires sont établis, surveillés et comparés au rendement réel.

Approche d'audit

Nous avons effectué notre audit entre janvier 2025 et août 2025. Nous avons obtenu du Ministère une déclaration écrite selon laquelle, au 24 novembre 2025, il avait fourni à notre Bureau toute l'information qui, à sa connaissance, pourrait avoir une incidence importante sur les constatations ou la conclusion du présent rapport.

Dans le cadre de nos travaux d'audit, nous nous sommes entretenus avec des membres du personnel et avons examiné les renseignements qu'ils nous ont fournis. Ces personnes travaillaient pour les organismes suivants :

- » le Ministère, principalement la Direction de la planification de la capacité et des ressources humaines dans le domaine de la santé, la Direction des soins de santé primaires, la Direction du Programme des solutions numériques pour la santé, la Direction des politiques et des opérations des équipes Santé Ontario et la Direction de l'analytique et des connaissances en matière de santé;
- » Santé Ontario, principalement l'équipe de soins primaires et communautaires, l'équipe de mise en œuvre de l'Équipe Santé Ontario et ProfessionsSantéOntario;
- » l'Équipe d'action pour les soins primaires (nous avons examiné des documents liés au travail de cette équipe, dont un échantillon de propositions d'élargissement des équipes de soins primaires et d'évaluations connexes).

De plus, nous avons :

- » analysé les données sur les demandes de paiement du RASO et les demandes de financement budgétaire, les données sur les programmes et les communications avec les intervenants;
- » examiné les lois et règlements pertinents, les politiques et les cadres de programme, les ententes de financement et de responsabilisation, et les documents ministériels internes relatifs à l'accès aux soins primaires;
- » discuté avec plusieurs équipes de Santé Ontario, réseaux de soins primaires et fournisseurs de soins primaires, y compris des représentants des régions nordiques et rurales, ou obtenu des renseignements de leur part;
- » discuté avec des chercheurs en soins primaires de l'Ontario et obtenu des données de leur part;

- » discuté avec des intervenants externes et des experts en la matière ou obtenu des renseignements de leur part pour mieux comprendre les enjeux liés à l'accès aux soins primaires, notamment INSPIRE-PHC, l'Ontario College of Family Physicians, l'Ontario Medical Association, l'Indigenous Primary Health Care Council, l'Alliance pour des communautés en santé, l'Association of Family Health Teams of Ontario, l'Ontario Health Coalition, l'Ontario Physician Recruitment Alliance et l'Association des municipalités de l'Ontario;
- » examiné l'information accessible au public concernant l'accès aux soins primaires provenant d'autres provinces et territoires, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan.

Nous avons également communiqué avec un médecin de soins primaires d'une autre province pour obtenir des commentaires et des services consultatifs visant à éclairer nos travaux d'audit.

Opinion d'audit

À Son Honneur le Président de l'Assemblée législative :

Nous avons réalisé nos travaux pour le présent audit et présenté les résultats de notre examen conformément à la Norme canadienne de missions de certification 3001 – *Missions d'appréciation directe*, publiée par le Conseil des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Nous avons ainsi obtenu un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau du vérificateur général de l'Ontario applique les normes canadiennes de gestion de la qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de gestion de la qualité comprenant des politiques et des consignes documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des critères législatifs et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie de l'Institut des comptables agréés de l'Ontario, qui est fondé sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Nous estimons que les éléments probants obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder nos conclusions.

Le 2 décembre 2025



Shelley Spence, FCPA, FCA, LPA
Vérificateur général
Toronto (Ontario)

Acronymes

Acronyme	Définition
AMO	Association des municipalités de l'Ontario
AS	Accès Soins
CAPE	Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé
CDPIP	Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien
CSC	Centre de santé communautaire
EASP	Équipe d'action pour les soins primaires
EISP	Équipe interprofessionnelle de soins primaires
ESF	Équipe Santé familiale
ESO	Équipe Santé Ontario
ETG	Échelle canadienne de triage et de gravité
FSI	Fournisseur de soins de santé interprofessionnels
GSF	Groupe de santé familiale
ICES	Institute for Clinical Evaluation Sciences
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRC	Indicateur de rendement clé
MSC	Modèle de soins complets
OMA	Ontario Medical Association
OSF	Organisme de santé familiale
OSSPA	Organismes de soins de santé primaires autochtones
PA	Paie à l'acte
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RASO	Régime d'assurance-santé de l'Ontario
RSF	Réseau de santé familiale

Annexe 1 : Modèles de soins primaires prodigués en équipe en février 2025

Source des données : ministère de la Santé

Modèle	Nombre en Ontario	Nombre de fournisseurs de soins de santé	Source de financement
Équipe de santé familiale (ESF)	183	• Plus de 3 000 médecins affiliés • ~ 2 600 fournisseurs de soins de santé interprofessionnels	Ministère de la Santé, par l'entremise de Santé Ontario
Centre de santé communautaire (CSC)	79	• 311 médecins salariés équivalents temps plein (ETP) • 3 712 fournisseurs de soins de santé interprofessionnels	
Cliniques dirigées par le personnel infirmier praticien (CDPIP)	27	• 255 fournisseurs de soins de santé interprofessionnels, dont 133 infirmières praticiennes et infirmiers praticiens.	
Organisme de soins de santé primaires autochtones (OSSPA)	25	• 51,6 médecins salariés ETP • 499 fournisseurs de soins de santé interprofessionnels	Ministère

Annexe 2 : Liste des 58 ESO et taux de non-rattachement par région

Source des données : ministère de la Santé

Région	ESO	Taux de non-rattachement (%)
Centre	Barrie et régions avoisinantes	14
	Centre-Ouest	13
	Connected Care Halton	9
	Couchiching	10
	Région de York Est et de Durham Nord	11
	Hills of Headwaters Collaborative	8
	Mississauga Health	12
	Muskoka Almaguin	9
	Simcoe Nord	12
	Northern York South Simcoe	9
	Sud de la baie Georgienne	10
	Région de York Ouest	11
Est	Archipel	11
	Durham	9
	Frontenac, Lennox et Addington	14
	Grand Fleuve	18
	Hastings-Prince Edward	15
	Kawartha Lakes Haliburton	12
	Lanark, Leeds et Grenville	9
	Northumberland	8
	Ottawa	17
	Vallée de l'Outaouais	21
	Ottawa Ouest Quatre Rivières	11
	Peterborough	14
Nord-Est	Algoma	18
	District de Cochrane	27
	Maamwesying*	s.o.
	Bien-être de Nipissing	14
	Sudbury Espanola Manitoulin Elliot Lake	17
	Région de Timiskaming	13
	Parry Sound Ouest	10

Région	ESO	Taux de non-rattachement (%)
Nord-Ouest	All Nations Health Partners	33
	Kiiwetinoong Healing Waters	5
	Noojmawing Sookatagaing	15
	District de Rainy River	24
Toronto	Est du centre-ville de Toronto	20
	Partenariat Santé de Toronto-Est	13
	Centre-Ouest de Toronto	21
	Nord de Toronto	16
	Nord-Ouest de Toronto	15
	Partenaires North York Toronto	15
	Scarborough	12
	Ouest de Toronto	16
Ouest	Brantford Brant Norfolk	10
	Burlington	6
	Cambridge et North Dumfries	11
	Chatham-Kent	16
	Elgin	12
	Réseau de santé du Grand Hamilton	9
	Grey-Bruce	11
	Guelph Wellington	10
	Région de Huron Perth	9
	Kitchener, Waterloo, Wilmot, Woolwich et Wellesley (KW4)	16
	Middlesex-London	16
	Niagara	14
	Oxford	10
	Sarnia-Lambton	11
	Windsor-Essex	12

* Aucune donnée disponible en raison de l'impossibilité de déterminer la population autochtone de l'ESO par région géographique.



© 2025, Imprimeur du Roi pour l'Ontario
ISBN 978-1-4868-9440-6 (PDF)

Une version électronique du rapport est accessible à l'adresse **www.auditor.on.ca**.
This document is also available in English.

Photo en couverture : ©iStockphoto.com