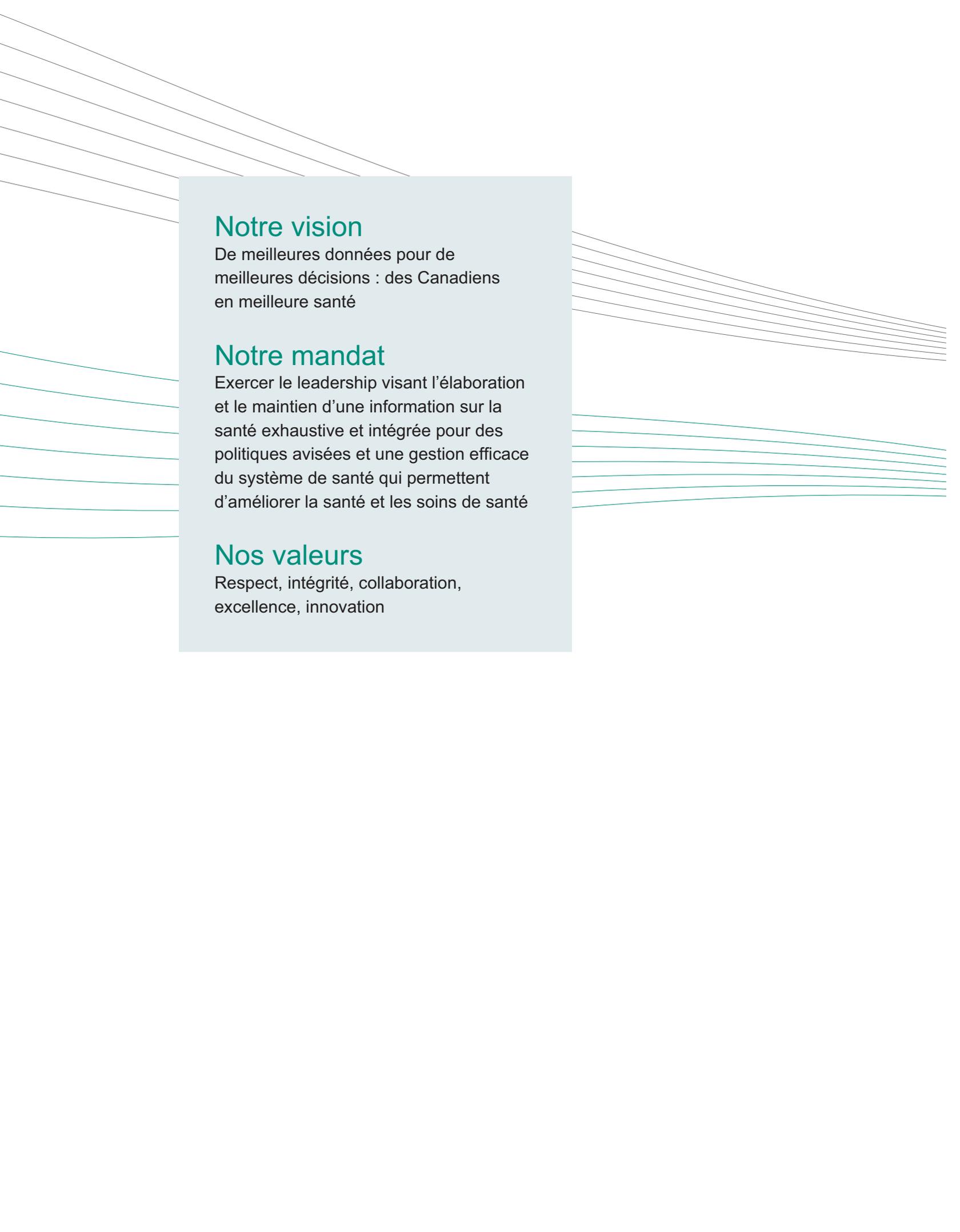




L'importance de la continuité des soins avec  
le médecin de famille



## Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

## Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

## Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

# Table des matières

Remerciements.....	4
Sommaire .....	5
Introduction .....	6
Méthodologie .....	6
Sources de données .....	6
Définitions et calculs.....	7
Continuité des soins .....	7
Conditions propices aux soins ambulatoires .....	8
Conditions propices à la médecine familiale .....	8
Définition des régions urbaines et rurales .....	8
Analyse statistique .....	9
Limites.....	9
Sources de données.....	9
Mesure de la continuité des soins.....	10
Résultats.....	11
Interactions des patients avec leur médecin de famille .....	11
Continuité des soins fournis par les médecins de famille.....	12
Utilisation des services hospitaliers en raison de CPSA et de CPMF .....	15
Retombées de la continuité relationnelle des soins.....	17
Conséquences de l'utilisation de services hospitaliers pour des problèmes de santé pouvant être traités par un médecin de famille .....	20
Conclusions .....	21
Réflexions pour l'avenir.....	22
Annexe A : Sources des données .....	23
Annexe B : Définition des conditions propices aux soins ambulatoires.....	25
Annexe C : Définition des conditions propices à la médecine familiale.....	27
Références .....	33

## Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution au rapport *L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille* :

- David Onyschuk, directeur, Gestion des relations avec les clients et accès aux données, Santé Alberta
- Mengzhe Wang, gestionnaire, Analyse des systèmes de santé, Methods and Analysis Unit, Santé Alberta
- Jessica Walker, chercheuse principale et analyste en statistique, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Scott Oddie, directeur, Mesures et intégration du savoir, Services de santé de l'Alberta
- D<sup>r</sup> Nick Myers, directeur médical, Soins primaires, Services de santé de l'Alberta
- D<sup>r</sup> Susan P. Phillips, professeure, Médecine familiale et Sciences de la santé publique, Université Queen's
- Stafford Dean, Ph. D., agent principal de programme, Analytique (Mesures et rapports pour l'intégration des données), Services de santé de l'Alberta
- Jody Pow, gestionnaire de données et responsable de la performance des soins de santé primaires, Health Quality Council of Alberta

Notez que les analyses et conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

## Sommaire

Le médecin de famille ou un autre dispensateur de soins de première ligne est souvent le premier point de contact d'une personne avec le système de santé, ce qui peut avoir une incidence sur son utilisation future des services hospitaliers. Par le passé, des études ont montré que le fait de consulter le même médecin de famille et d'établir une relation continue avec lui est essentiel à l'efficacité des soins de santé primaires. Selon les études, la continuité relationnelle des soins aide à établir une relation fondée sur la communication efficace et la compréhension mutuelle entre le patient et le dispensateur de soins<sup>1,2</sup>. Une bonne continuité des soins a été associée à de meilleurs résultats pour la santé<sup>3,4</sup> de même qu'à une diminution des visites au service d'urgence et des hospitalisations<sup>4-8</sup>.

Pour les besoins du présent rapport, l'ICIS a examiné des données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, sur les sorties des hôpitaux et sur les services d'urgence afin d'évaluer le lien entre la continuité des soins offerts par un médecin de famille (c.-à-d. la continuité relationnelle) et le recours à des services hospitaliers évitables en Saskatchewan et en Alberta. Les services hospitaliers évitables comprennent ceux fournis pour des affections qui sont souvent traitées dans les hôpitaux (conditions propices aux soins ambulatoires [CPSA]) et aux services d'urgence (conditions propices à la médecine familiale [CPMF]), mais qui seraient mieux prises en charge dans un milieu de soins de santé primaires, lorsque possible.

Comme l'indique la littérature, une plus grande continuité relationnelle des soins entraîne une diminution du recours aux services hospitaliers évitables. Les principales constatations de l'étude sont les suivantes :

- Les patients ont consulté le même médecin de famille dans 60,2 % des cas en Alberta et 56,2 % des cas en Saskatchewan.
  - La continuité des soins a augmenté avec l'âge des patients.
- Les patients ayant obtenu les résultats les plus élevés pour l'indice de continuité présentaient un faible risque
  - d'hospitalisation en raison d'une CPSA;
  - de visite au service d'urgence en raison d'une CPMF.
- La consultation d'un médecin de famille pour le traitement d'une CPSA ou d'une CPMF peut s'avérer plus rentable que le recours aux ressources hospitalières.

Le présent rapport souligne l'importance d'améliorer la continuité relationnelle de soins. En effet, la recherche de possibilités visant l'amélioration de la continuité des soins de santé primaires peut favoriser la relation patient-dispensateur ainsi que le dépistage et la prise en charge de maladies chroniques, en plus de diminuer l'utilisation superflue des services hospitaliers.

En outre, la diminution du recours à des services hospitaliers potentiellement évitables favoriserait la rentabilité de la prestation des soins.

## Introduction

Le médecin de famille ou un autre dispensateur de soins de première ligne est souvent le premier point de contact d'une personne avec le système de santé, ce qui peut avoir une incidence sur son utilisation future des services hospitaliers. Par le passé, des études ont montré que le fait de consulter le même médecin de famille et d'établir une relation continue avec lui est essentiel à l'efficacité des soins de santé primaires. Selon les études, la continuité relationnelle des soins aide à établir une relation fondée sur la communication efficace et la compréhension mutuelle entre le patient et le dispensateur de soins<sup>1,2</sup>. Une bonne continuité des soins a été associée à de meilleurs résultats pour la santé<sup>3,4</sup> de même qu'à une diminution des visites au service d'urgence et des hospitalisations<sup>4-8</sup>.

L'étude présentée ici repose sur des études antérieures et porte sur la relation entre la continuité des soins et l'utilisation des services hospitaliers évitables pour le traitement des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) et des conditions propices à la médecine familiale (CPMF). Elle a permis d'explorer le lien entre l'accroissement de la continuité des soins et le nombre d'hospitalisations en raison d'une CPSA ou de visites au service d'urgence pour une CPMF.

## Méthodologie

L'étude porte sur l'utilisation par les patients de certains services de santé en Alberta et en Saskatchewan sur une période de 6 ans, soit du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mars 2013. Elle a été restreinte à cette période et à ces 2 provinces, pour lesquelles l'ICIS dispose actuellement des données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients. Ces données sont suffisantes pour que nous puissions procéder à l'examen de la relation longitudinale entre les patients et les médecins de famille. Des études pilotes ont été préalablement menées à l'aide des données de 2007 à 2009 et de 2010 à 2012, et ont produit les mêmes résultats que l'étude dont il est question ici.

## Sources de données

Pour créer un ensemble de données sur les interactions des patients au sein du système de santé, 3 sources de données ont été combinées. Cet ensemble comprend un indicateur visant à cibler les hospitalisations en raison d'une CPSA et les visites au service d'urgence pour une CPMF.

- Les interactions des patients avec leur médecin de famille survenues entre le 1<sup>er</sup> avril 2007 et le 31 mars 2013 ont été consignées dans le Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients.
- Les hospitalisations en raison d'une CPSA survenues entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013 ont été relevées à l'aide de la Base de données sur les congés des patients.
- Le Système national d'information sur les soins ambulatoires a permis de relever les visites non planifiées au service d'urgence en raison d'une CPMF survenues entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013.

De plus, la Base de données canadienne SIG a été utilisée pour obtenir une estimation des coûts des CPSA et des CPMF pour l'exercice 2012-2013. Les sources de données sont décrites plus en détail à l'annexe A.

## Définitions et calculs

### Continuité des soins

Dans la littérature, la continuité des soins englobe plusieurs domaines clés liés à une approche multidisciplinaire de prestation de services dans tout le continuum des soins :

- Continuité de l'information : transfert d'information aux membres de l'équipe, etc.
- Continuité de la gestion : coordination des soins entre les différents dispensateurs
- Continuité relationnelle : relation continue entre le patient et le dispensateur de soins de santé<sup>6</sup>

L'étude porte principalement sur la **continuité relationnelle** des soins et a permis l'examen des relations existantes entre des patients et leur médecin de famille. L'indice CDH (continuité des soins avec le dispensateur habituel), qui découle de la mesure largement acceptée *Usual Provider Continuity (UPC)*, a été employé pour mesurer la continuité relationnelle<sup>9, 10</sup>. Cet indice correspond au nombre de visites chez le dispensateur de soins le plus fréquemment consulté divisé par le nombre total de visites chez un dispensateur de soins. Dans le cadre de cette étude, « dispensateur » désigne un médecin de famille.

$$\text{Indice CDH} = \frac{\text{nombre de visites chez le médecin de famille habituellement consulté}}{\text{nombre total de visites chez un médecin de famille}}$$

L'indice CDH a été calculé pour toutes les personnes incluses dans les données sur la facturation et qui ont consulté un médecin de famille au moins 2 fois au cours de la période visée de 6 ans.

Aux fins des analyses prédictives, nous avons établi 3 catégories selon la valeur de l'indice. Les indices faibles regroupent les valeurs de 0,0 à < 0,40; les indices modérés, les valeurs de 0,40 à < 0,80; et les indices élevés, les valeurs de 0,80 à 1,00.

Lors d'études antérieures, diverses limites d'inclusion ont été employées pour segmenter les données en indices faibles, modérés ou élevés. Dans certaines, les indices CDH étaient répartis en 2 catégories : ceux supérieurs à 0,75 ou à 0,5 étaient considérés comme élevés<sup>5, 7, 11</sup>. Dans d'autres études, 3 catégories ont été créées. Les indices inférieurs à 0,5 correspondaient à une faible continuité de soins, et ceux supérieurs à 0,8, à une continuité de soins élevée<sup>6</sup>.

À l'issue de l'analyse de nos données, environ un quart des patients affichaient une valeur faible pour l'indice CDH (< 0,4) ou élevée (0,8 et plus). En outre, l'indice CDH moyen était de 0,56 en Saskatchewan et de 0,60 en Alberta. Les limites choisies ont donc permis de créer un échantillon adéquat dans chaque groupe et d'obtenir un indice CDH moyen se trouvant au centre du groupe de valeurs modérées. Les limites correspondent également à celles présentées dans la littérature.

## Conditions propices aux soins ambulatoires

On définit les CPSA comme des problèmes de santé pour lesquels une hospitalisation est évitable dans la majorité des cas grâce à des soins de santé primaires adéquats fournis en consultation externe. Elles ont été largement décrites dans la littérature<sup>12, 13</sup> et comprennent les éléments suivants :

- état de grand mal épileptique et autres convulsions épileptiques;
- maladie pulmonaire obstructive chronique;
- asthme;
- diabète;
- insuffisance cardiaque;
- œdème pulmonaire;
- hypertension;
- angine.

Pour obtenir la liste complète des affections et des codes de diagnostic correspondants de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), veuillez consulter l'annexe B.

## Conditions propices à la médecine familiale

Les CPMF correspondent aux problèmes de santé pour lesquels une visite au service d'urgence est la plupart du temps injustifiée. En effet, moins de 1 % des cas de CPMF entraînent une admission à l'hôpital et ils peuvent être adéquatement pris en charge par un médecin de famille. La méthodologie des CPMF a été élaborée initialement par le Health Quality Council of Alberta<sup>14, 15</sup>. Dans le cadre de l'analyse décrite ici, la définition de l'Alberta a été employée, à l'exception de 2 codes liés au décès. Pour obtenir la liste des 165 affections regroupées dans cette catégorie et leurs codes de diagnostic de la CIM respectifs, consultez l'annexe C.

## Définition des régions urbaines et rurales

Dans le cas des données de l'Alberta, les régions urbaines et rurales ont été dérivées du code postal résidentiel des patients. Selon la méthodologie de Statistique Canada, les codes postaux correspondant à une région métropolitaine de recensement (RMR) ou à une agglomération de recensement (AR) ont été classés dans la catégorie « région urbaine » et les autres codes postaux ont été classés dans la catégorie « région rurale ».

Le code postal résidentiel des patients de la Saskatchewan n'était pas disponible dans les sources employées. L'ensemble de données comprend un code de résidence pour chaque patient, que le fournisseur de données, soit le ministère de la Santé de la Saskatchewan, a mis en correspondance avec une zone géographique et un indicateur urbain ou rural.

## Analyse statistique

Des analyses descriptives et prédictives (c.-à-d. de régression logistique) ont été effectuées.

Une régression logistique progressive a permis d'évaluer le degré d'association entre la continuité des soins et les hospitalisations en raison d'une CPSA ou les visites au service d'urgence en raison d'une CPMF. Comme il est mentionné dans la littérature, des variables démographiques et liées à la santé ont été employées comme variables de contrôle dans les modèles de régression. Toutes les variables employées dans les études antérieures qui se trouvent également dans notre ensemble de données ont été testées dans le modèle de régression.

Pour veiller à ce que l'étude soit axée sur la mesure de l'incidence de la relation patient-dispensateur, les analyses prédictives ont été limitées aux personnes âgées de 18 ans et plus. Lorsqu'un patient de moins de 18 ans consulte un médecin de famille, il est généralement accompagné d'un parent ou d'un tuteur qui prendra les décisions relatives aux soins de santé en son nom. Il est donc difficile d'isoler la véritable relation patient-dispensateur entre l'enfant et le médecin.

De plus, l'indice CDH a été divisé en 3 groupes aux fins des analyses prédictives. Les valeurs faibles allaient de 0,0 à < 0,40; les valeurs modérées, de 0,40 à < 0,80; et les valeurs élevées, de 0,80 à 1,00.

## Limites

### Sources de données

L'étude est fondée sur les données fournies par les dispensateurs sur la facturation des médecins à l'échelle des patients. Elle n'a pas servi à examiner la continuité des soins du point de vue du patient. Elle ne permettait pas non plus aux patients d'identifier leur médecin de famille ou d'évaluer leur relation patient-dispensateur. En outre, elle n'a pas fourni d'information sur l'organisation de la pratique de la médecine familiale.

Certaines données sur les consultations par un médecin de famille où les honoraires du médecin ont été versés au moyen d'un autre mode de paiement (p. ex. salaire, vacation) peuvent être tirées des données sur la facturation. Nous ne savons toutefois pas si elles sont complètes. Nous avons donc employé les données sur la facturation des médecins, à l'échelle des patients, rémunérés à l'acte afin de mesurer la continuité relationnelle des soins. La rémunération à l'acte représente 63 % des paiements cliniques versés aux médecins de famille de la Saskatchewan et 86 % de ceux versés à tous les médecins<sup>i</sup> de l'Alberta.

Les données ne proviennent que de 2 provinces et ne couvrent qu'une période de 6 ans. Les résultats pourraient donc différer dans d'autres provinces ou territoires où les modèles de prestation de soins et leur portée divergent.

i. Pour le moment, Santé Alberta n'est pas en mesure de ventiler les coûts totaux facturés par mode de paiement (p. ex. rémunération à l'acte, autres modes de paiement comme le salaire ou la vacation) et par type de spécialité médicale<sup>33</sup>.

Les données sur les visites aux services d'urgence de la Saskatchewan n'étaient disponibles que pour 5 hôpitaux, tous situés dans les régions urbaines des 2 régions sanitaires de Saskatoon et de Regina. Ces hôpitaux cumulent environ 43 % de toutes les visites aux services d'urgence de la Saskatchewan. Puisqu'il manque des données sur les services d'urgence à l'extérieur de Saskatoon et de Regina, l'analyse des CPMF ne porte que sur la situation en Alberta.

## Mesure de la continuité des soins

La mesure de la continuité relationnelle des soins repose sur les visites effectuées chez un médecin et non dans une clinique ou auprès d'une équipe de soins. Cette méthode cadre avec celles d'autres études qui indiquent que la continuité des soins ne s'intéresse pas à l'endroit où les soins sont fournis, mais bien au dispensateur et à l'établissement d'une relation patient-dispensateur dans laquelle la confiance du patient et la communication ouverte peuvent être favorisées<sup>10, 16, 17</sup>.

Dans le cadre de cette étude, la continuité relationnelle des soins a été mesurée sur de nombreuses années. Il est donc possible que, durant cette période, des médecins aient déménagé dans les provinces étudiées ou en soient partis, ou encore que les patients aient élu domicile dans une autre région des provinces et aient dû trouver un nouveau médecin de famille. Dans les 2 cas, l'indice CDH peut s'en trouver modifié.

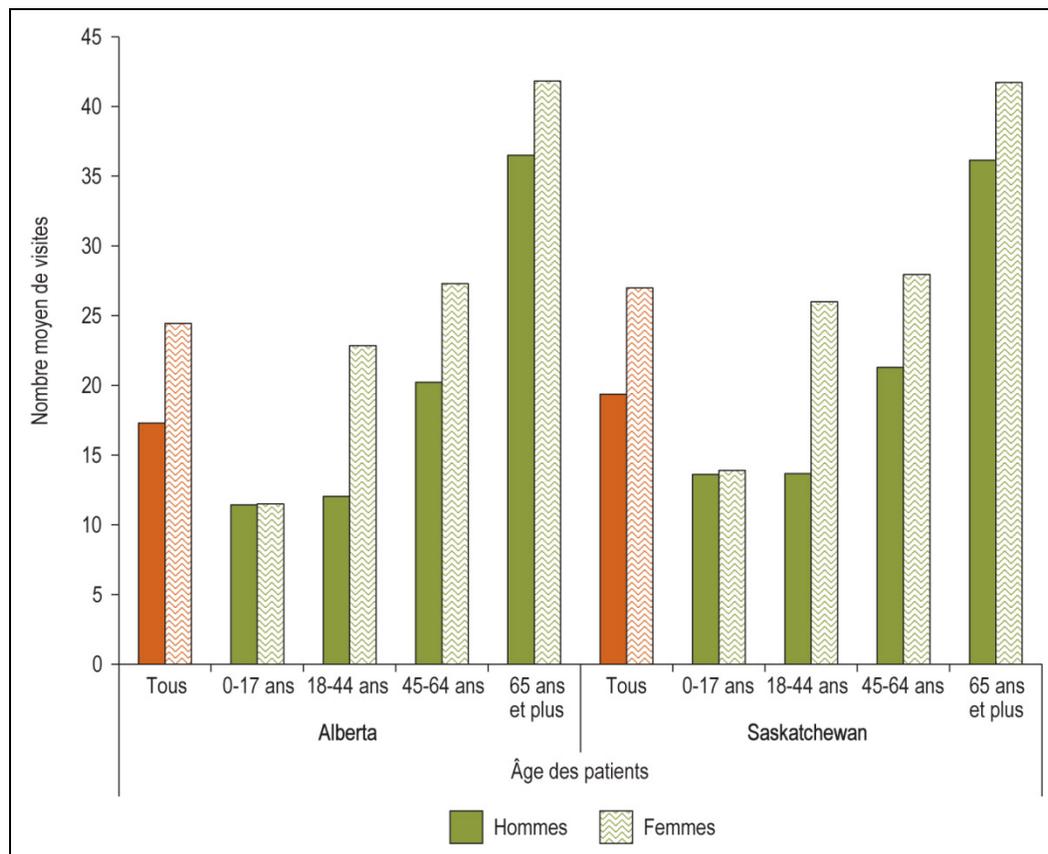
# Résultats

## Interactions des patients avec leur médecin de famille

De 2007 à 2012<sup>ii</sup>, 4 128 905 résidents ont consulté un médecin de famille en Alberta, et 1 161 231, en Saskatchewan. Comme la figure 1 l'illustre, les patients qui ont rencontré leur médecin de famille au cours de cette période l'ont fait, en moyenne, 21 fois en Alberta et 23 fois en Saskatchewan.

Dans les 2 provinces, les hommes ont rendu visite à leur médecin de famille moins souvent que les femmes (17 fois contre 24 en Alberta, et 19 contre 27 en Saskatchewan). Le nombre de visites augmente en moyenne avec l'âge. Les personnes âgées de 65 ans et plus ont vu leur médecin de famille 39 fois pendant les 6 années, en moyenne, soit environ 3 fois plus souvent que ceux de 17 ans et moins (11 visites en Alberta et 14 en Saskatchewan).

Figure 1 : Nombre moyen de consultations d'un médecin de famille entre 2007 et 2012 selon l'âge, en Alberta et en Saskatchewan



### Source

Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, de 2007 à 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

ii. Dans la présente analyse, les données sont présentées par exercice financier. Par exemple, 2012 se rapporte à la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013.

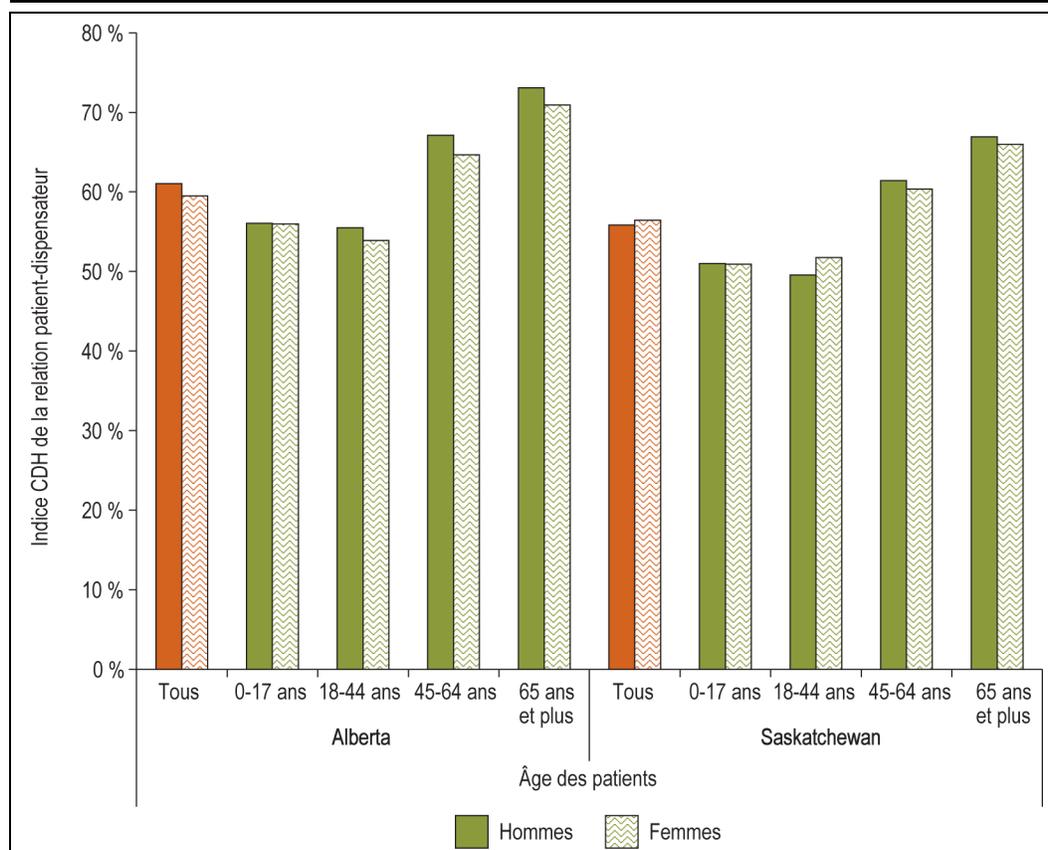
## Continuité des soins fournis par les médecins de famille

L'indice CDH de la relation patient-dispensateur a été calculé pour chaque personne qui a rencontré un médecin de famille au moins 2 fois de 2007 à 2012, soit 93,8 % des patients en Alberta et 95,5 % des patients de la Saskatchewan.

Dans l'ensemble, les patients ont consulté le même médecin de famille dans 60,2 % des cas en Alberta et 56,2 % des cas en Saskatchewan.

La figure 2 montre que la probabilité d'être traité par le même médecin de famille était sensiblement la même pour les femmes et les hommes, la différence entre les indices CDH variant de 2 points de pourcentage. Cette probabilité fluctuait toutefois selon l'âge. Même si les valeurs de l'indice CDH étaient comparables pour les 2 groupes les plus jeunes (de 0 à 17 ans et de 18 à 44 ans), l'indice a commencé à augmenter chez les patients âgés d'au moins 45 ans. L'indice CDH a augmenté d'environ 10 points de pourcentage entre les groupes de 18 à 44 ans et de 45 à 64 ans. Il a gagné 6 points de pourcentage supplémentaires chez les patients de 65 ans et plus, lesquels ont consulté le même médecin de famille dans 71,9 % et 66,4 % des cas en Alberta et en Saskatchewan, respectivement.

Figure 2 : Continuité de la relation patient-dispensateur (indice CDH) selon l'âge, en Alberta et en Saskatchewan, de 2007 à 2012



### Remarque

Fondé sur tous les patients qui ont consulté un médecin de famille au moins 2 fois durant la période de référence.

### Source

Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, de 2007 à 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

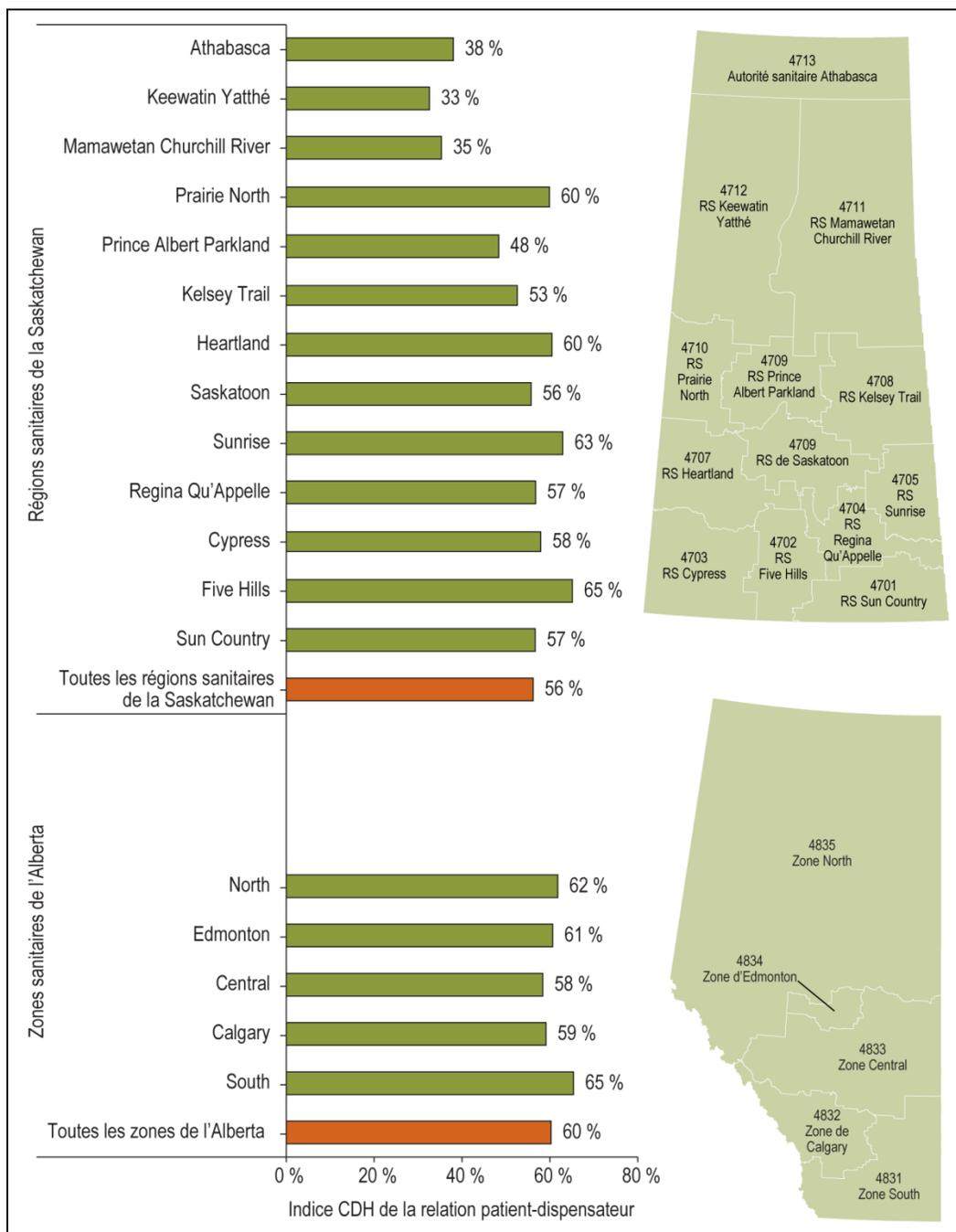
L'analyse de la continuité relationnelle des soins selon le lieu de résidence des patients a permis de déterminer qu'il y a une très faible différence entre l'indice CDH des patients en régions urbaines et de celui des patients en régions rurales. En Alberta, l'indice CDH était de 60 % dans les 2 types de régions<sup>iii</sup> et, en Saskatchewan, de 57 % en régions urbaines et de 55 % en régions rurales<sup>iv</sup>.

Comme la figure 3 l'indique, une faible variation a été observée d'une zone sanitaire à l'autre en Alberta. Les mesures de la continuité allaient de 58 % et de 59 % dans la Zone Central et la Zone de Calgary, respectivement, à 65 % dans la Zone South.

Une plus grande variabilité de la continuité a été notée entre les régions sanitaires de la Saskatchewan. Les mesures les plus faibles ont été relevées dans les 3 régions les plus au nord<sup>v</sup>. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène. D'abord, le recrutement des médecins étant plus difficile dans ces régions, il faut souvent engager des médecins suppléants (c.-à-d. des médecins qui sont déployés dans la région pour une courte période) afin d'assurer l'accès à un médecin. Puisque les médecins suppléants sont dans la région pour un court mandat, il va de soi qu'on y observe une plus grande variabilité du nombre de médecins qu'une personne consultera pour des soins de santé primaires. De plus, les personnes qui n'ont pas l'impression d'avoir un médecin de famille attiré sont plus susceptibles de se rendre dans de multiples cliniques ou d'utiliser des services sans rendez-vous pour obtenir des soins de santé primaires, ce qui diminue également la continuité des soins. Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013 de Statistique Canada, les résidents des 3 régions les plus au nord de la Saskatchewan étaient les moins susceptibles d'avoir un médecin de famille attiré (58,7 % dans les régions septentrionales, contre 80,3 % dans toute la Saskatchewan)<sup>18</sup>.

- 
- iii. En Alberta, les régions urbaines et rurales ont été délimitées par l'attribution des codes postaux à des classifications de secteurs statistiques conformément à la définition de Statistique Canada.
  - iv. En Saskatchewan, les codes postaux n'étaient pas fournis. Les régions urbaines et rurales ont été définies par le ministère de la Santé à l'aide des codes de résidence.
  - v. Le faible indice de continuité noté dans les 3 régions les plus au nord semblent contredire les résultats selon lesquels la continuité est relativement comparable dans les régions urbaines et rurales. Selon les données du Recensement de 2011, seulement 10,6 % des personnes vivant en régions rurales habitent dans ces 3 régions septentrionales<sup>34, 35</sup>. Comme ces dernières représentent seulement une petite proportion des Saskatchewanais demeurant en régions rurales, les résultats qui y sont associés n'auront pas une grande incidence sur les résultats ruraux de l'ensemble de la province.

Figure 3 : Continuité de la relation patient-dispensateur (indice CDH) selon la région sanitaire, en Alberta et en Saskatchewan, de 2007 à 2012



**Remarques**

Fondé sur tous les patients qui ont consulté un médecin de famille au moins 2 fois durant la période de référence. Régions sanitaires définies par Statistique Canada.

**Source**

Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, de 2007 à 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

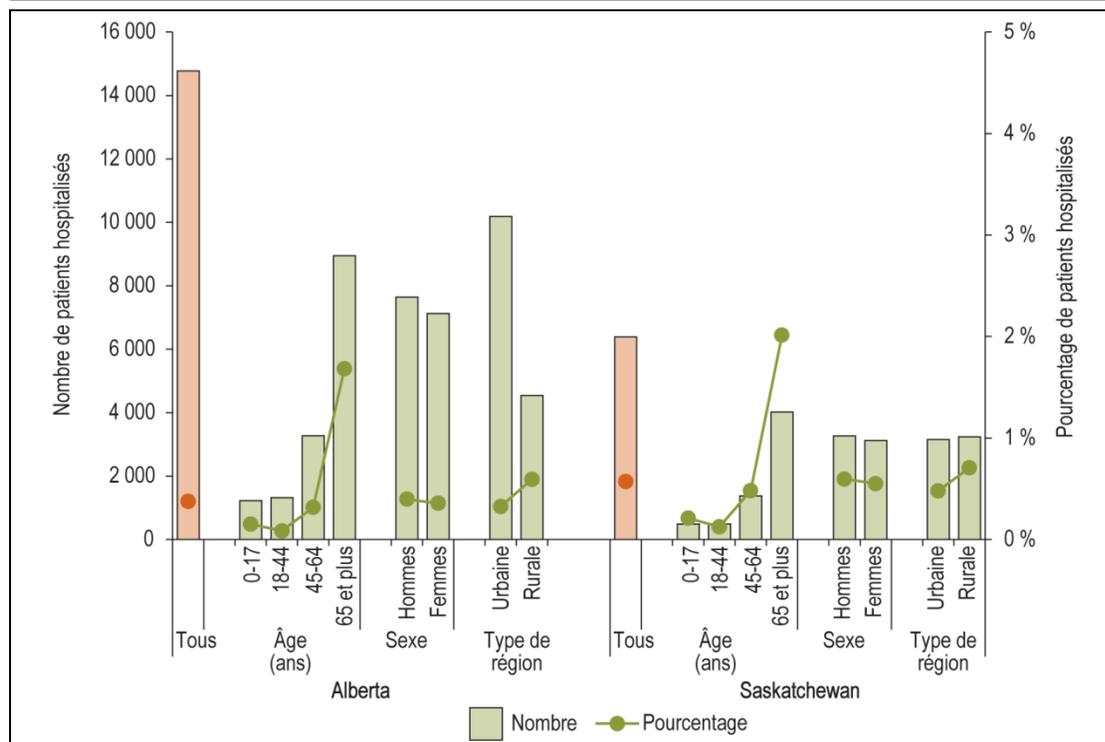
## Utilisation des services hospitaliers en raison de CPSA et de CPMF

### Taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires

Parmi les personnes qui ont vu un médecin de famille de 2007 à 2011, 14 767 patients de l'Alberta et 6 389 de la Saskatchewan (0,4 % et 0,6 % de l'ensemble des patients, respectivement) ont été hospitalisés en raison d'une CPSA du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013<sup>vi</sup>.

La figure 4 indique que, dans les 2 provinces, le risque d'hospitalisation pour une CPSA augmente avec l'âge — environ 2 % des patients de 65 ans et plus ont été hospitalisés en raison d'une CPSA contre 0,2 % des patients de moins de 18 ans. En règle générale, les CPSA sont des maladies chroniques qui touchent davantage les populations les plus âgées. Il est donc probable que le nombre d'hospitalisations pour ce type de maladies augmente avec l'âge des patients<sup>19, 20</sup>. De plus, le risque d'hospitalisation pour une CPSA était légèrement plus élevé en régions rurales qu'en régions urbaines (0,6 % contre 0,3 % en Alberta et 0,7 % contre 0,5 % en Saskatchewan).

Figure 4 : Nombre et pourcentage de patients hospitalisés en raison d'une CPSA en Alberta et en Saskatchewan en 2012, selon l'âge, le sexe et le type de région



#### Remarques

En Alberta, les régions urbaines et rurales ont été délimitées par l'attribution des codes postaux à des classifications de secteurs statistiques conformément à la définition de Statistique Canada.

En Saskatchewan, les codes postaux n'étaient pas fournis. Les régions urbaines et rurales ont été définies par le ministère de la Santé à l'aide des codes de résidence.

#### Source

Base de données sur les congés des patients, du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

vi. Ces données ne représentent pas toutes les hospitalisations en raison d'une CPSA et les visites au service d'urgence en raison d'une CPMF. Elles ne comprennent que les hospitalisations ou les visites des personnes qui ont consulté un médecin de famille au cours des 5 dernières années.

## Visite au service d'urgence pour une condition propice à la médecine familiale

Parmi les résidents de l'Alberta qui ont consulté un médecin de famille de 2007 à 2011, 289 278 se sont rendus dans un service d'urgence pour une visite non planifiée en raison d'une CPMF du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, ce qui représente 7,4 % de l'ensemble des patients<sup>vii</sup>.

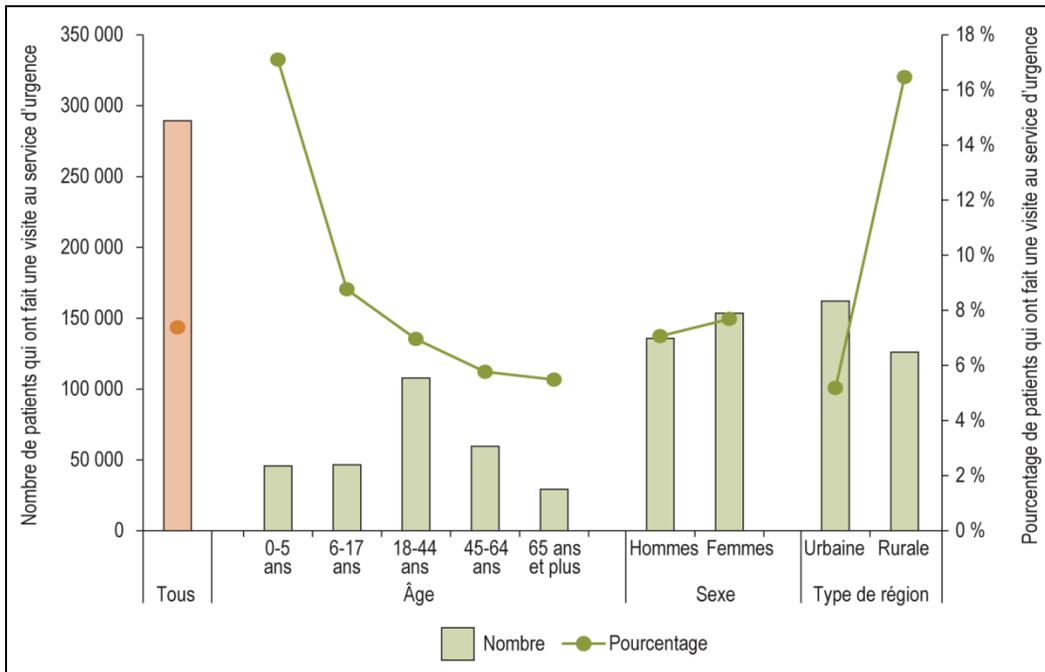
La probabilité d'une telle visite diminue avec l'âge, contrairement aux hospitalisations pour les CPSA. La différence dans les tendances d'utilisation des services d'urgence a été la plus prononcée chez les patients les plus jeunes. Dans l'ensemble, 17,1 % des patients de moins de 6 ans ont utilisé un service d'urgence contre seulement 8,8 % des enfants de 6 à 17 ans. Cette proportion a continué de diminuer dans les groupes plus âgés, mais à un rythme moins élevé, pour atteindre 5,5 % chez les patients de 65 ans et plus. Les CPMF comprennent divers problèmes de santé (à titre d'exemple, citons les coups de soleil, les infections des voies respiratoires, les cors, les tumeurs mammaires non précisées, les éruptions cutanées, la vaccination, la gestion de la contraception, les dermatites et les infections de l'oreille moyenne)<sup>viii</sup>. L'utilisation accrue des services hospitaliers pour ces types d'affections pourrait refléter l'impression des patients que l'accès à un médecin de famille attiré est restreint, problème plus courant chez les jeunes patients par rapport aux plus âgés. Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les personnes de 20 à 34 ans étaient les moins susceptibles d'indiquer qu'elles ont un médecin de famille attiré (71,9 % contre 84,5 % pour l'ensemble des Canadiens)<sup>21</sup>.

À l'instar des taux d'hospitalisation pour les CPSA, la probabilité de se rendre dans un service d'urgence pour une visite non planifiée en raison d'une CPMF était plus élevée dans les régions rurales que dans les régions urbaines (16,5 % contre 5,2 %). Il est important de prendre en considération les répercussions des modèles de prestation de soins dans les régions urbaines et rurales lors de l'interprétation de ces résultats. Par exemple, les difficultés d'accès à d'autres milieux de soins peuvent être plus grandes en régions rurales, ou encore l'éventail des services offerts dans les services d'urgence ruraux peut être plus vaste. Dans certains cas, les médecins de famille travaillent également dans les hôpitaux ruraux, ce qui peut laisser croire aux patients que l'hôpital n'est en fait qu'un autre bureau pour ces médecins.

vii. Les données du Système national d'information sur les soins ambulatoires concernant les services d'urgence ne proviennent que de 5 hôpitaux des régions urbaines de Saskatoon et de Regina. Elles ne fournissent pas de renseignements sur le reste de la Saskatchewan. Par conséquent, l'analyse des CPMF en Saskatchewan n'a pas été réalisée.

viii. Pour obtenir la liste complète des CPMF, veuillez consulter l'annexe C.

**Figure 5 : Nombre et pourcentage de patients qui ont fait une visite non planifiée au service d'urgence en raison d'une CPMF en Alberta en 2012, selon l'âge, le sexe et le type de région**



#### Remarque

En Alberta, les régions urbaines et rurales ont été délimitées par l'attribution des codes postaux à des classifications de secteurs statistiques conformément à la définition de Statistique Canada.

#### Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

## Retombées de la continuité relationnelle des soins

Une des principales prémisses de la continuité relationnelle des soins est que de consulter le même dispensateur favorise l'établissement d'une relation entre le patient et le médecin, renforce la confiance du patient et optimise la communication<sup>6, 16</sup>. Une telle continuité améliore également le dépistage et la prise en charge des affections<sup>7, 22</sup>, réduit le nombre d'hospitalisations pour les CPSA<sup>22-24</sup> et diminue les visites non planifiées au service d'urgence en raison de CPMF<sup>22, 23, 25</sup>.

## Taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires

Il a été déterminé que la probabilité d'être hospitalisé en raison d'une CPSA dépend de bien des facteurs, notamment des caractéristiques démographiques et de l'état de santé des patients. À l'aide d'une régression logistique, nous avons observé que les risques d'hospitalisation pour une CPSA étaient plus élevés chez

- les hommes;
- les patients âgés de 65 ans et plus;
- les patients en milieu rural;
- les patients traités par leur médecin de famille en raison d'une CPSA.

Lorsque ces facteurs ont été pris en compte, il est possible de cerner l'incidence de l'utilisation du système de santé sur l'hospitalisation. Comme l'ont aussi montré d'autres études<sup>22-24</sup>, les résultats de notre analyse indiquent que l'amélioration de la continuité des soins par un médecin de famille réduit les risques d'hospitalisation pour une CPSA. Comparativement au risque d'hospitalisation des patients ayant obtenu un indice CDH élevé (0,8 et plus),

- celui des personnes ayant obtenu un indice CDH modéré (de 0,4 à < 0,8) était plus élevé de 11 % en Alberta et de 24 % en Saskatchewan;
- celui des personnes ayant obtenu un indice CDH faible (moins de 0,4) était plus élevé de 29 % en Alberta et de 73 % en Saskatchewan.

**Tableau 1 : Prédicteurs d'hospitalisation pour les CPSA — analyse de régression logistique**

	Alberta		Saskatchewan	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Variable d'intérêt</b>				
<b>Indice CDH</b> Modéré c. élevé*	1,105	1,064 à 1,148	1,238	1,163 à 1,318
<b>Indice CDH</b> Faible c. élevé*	1,291	1,22 à 1,365	1,731	1,604 à 1,869
<b>Variabes de contrôle</b>				
<b>Sexe</b> Hommes c. femmes*	1,147	1,108 à 1,187	1,159	1,1 à 1,221
<b>Âge</b> 45 à 64 ans c. 18 à 44 ans*	2,4	2,243 à 2,569	2,333	2,094 à 2,598
<b>Âge</b> 65 ans et plus c. 18 à 44 ans*	8,437	7,905 à 9,004	6,43	5,8 à 7,129
<b>Lieu</b> Régions rurales c. régions urbaines*	1,607	1,548 à 1,668	1,193	1,132 à 1,258
<b>Présence d'une CPSA</b> <sup>†</sup> Oui c. non*	4,853	4,635 à 5,082	6,202	5,708 à 6,739

**Remarques**

\* Catégorie de référence.

† Précise si le patient était traité ou non par un médecin de famille pour une CPSA.

$p \leq 0,001$  pour toutes les variables.

En Alberta, les régions urbaines et rurales ont été délimitées par l'attribution des codes postaux à des classifications de secteurs statistiques conformément à la définition de Statistique Canada.

En Saskatchewan, les codes postaux n'étaient pas fournis. Les régions urbaines et rurales ont été définies par le ministère de la Santé à l'aide des codes de résidence.

**Sources**

Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, de 2007 à 2012, et Base de données sur les congés des patients, du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

## Visite au service d'urgence pour une condition propice à la médecine familiale

La probabilité d'une visite non planifiée à un service d'urgence en raison d'une CPMF dépend de divers facteurs démographiques, comme c'est le cas pour une hospitalisation en raison d'une CPSA. Une régression logistique nous a permis de déterminer que la probabilité de ces visites en Alberta<sup>ix</sup> était plus élevée chez les femmes, les patients les plus jeunes (de 18 à 44 ans) et les personnes vivant en milieu rural.

Une fois ces facteurs pris en compte, il est possible de déterminer l'incidence précise de la continuité des soins sur l'utilisation des services d'urgence. Les résultats révèlent que l'amélioration de la continuité des soins par un médecin de famille diminue la probabilité de visite au service d'urgence pour une CPMF. Comparativement à la probabilité d'une visite au service d'urgence des patients ayant obtenu un indice CDH élevé (0,8 et plus),

- celui des personnes ayant obtenu un indice CDH modéré (de 0,4 à < 0,8) était plus élevé de 21 %;
- celui des personnes ayant obtenu un indice CDH faible (moins de 0,4) était plus élevé de 43 %.

**Tableau 2 : Prédicteurs d'une visite non planifiée à un service d'urgence en raison d'une CPMF — analyse de régression logistique**

	Alberta	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Variable d'intérêt</b>		
<b>Indice CDH</b> Modéré c. élevé*	1,209	1,19 à 1,223
<b>Indice CDH</b> Faible c. élevé*	1,428	1,41 à 1,448
<b>Variabes de contrôle</b>		
<b>Sexe</b> Femmes c. hommes*	1,147	1,14 à 1,158
<b>Âge</b> 45 à 64 ans c. 65 ans et plus*	1,123	1,11 à 1,139
<b>Âge</b> 18 à 44 ans c. 65 ans et plus*	1,377	1,36 à 1,397
<b>Lieu</b> Régions rurales c. régions urbaines*	3,965	3,93 à 4,004

### Remarques

\* Catégorie de référence.

$p \leq 0,001$  pour toutes les variables, à l'exception de l'indice CDH modéré c. élevé\*, où  $p = 0,0186$ .

En Alberta, les régions urbaines et rurales ont été délimitées par l'attribution des codes postaux à des classifications de secteurs statistiques conformément à la définition de Statistique Canada.

### Sources

Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, de 2007 à 2012, Système national d'information sur les soins ambulatoires, du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

ix. Les données sur les services d'urgence du Système national d'information sur les soins ambulatoires concernant les services d'urgence de la Saskatchewan sont incomplètes et manquent de diversité régionale. C'est pourquoi l'analyse des CPMF en Saskatchewan n'a pas été réalisée.

## Conséquences de l'utilisation de services hospitaliers pour des problèmes de santé pouvant être traités par un médecin de famille

Des études ont montré qu'une communication ouverte et les soins réguliers du même dispensateur facilitent le dépistage des maladies chroniques et en améliorent le traitement, ce qui permet d'éviter ou de réduire de nombreux épisodes aigus qui peuvent entraîner une hospitalisation<sup>1, 2, 16, 19, 24</sup>. Un meilleur accès aux médecins de famille et le fait d'encourager les patients à consulter le même médecin, lorsque c'est possible, pourraient réduire l'utilisation des services hospitaliers et d'urgence ainsi que les coûts pour le système.

En 2012-2013, 21 295 hospitalisations en raison d'une CPSA ont été enregistrées en Alberta, et 9 278 en Saskatchewan<sup>x</sup>. Certaines de ces hospitalisations auraient pu être évitées. De même, 576 703 visites non planifiées à un service d'urgence pour une CPMF ont été consignées durant la même période en Alberta<sup>xi</sup>. La prise en charge de ces cas dans des services communautaires plutôt qu'à l'hôpital, là où c'est possible, pourrait réduire les temps d'attente dans les services d'urgence.

Le traitement des CPSA et des CPMF à l'hôpital entraîne également des coûts élevés. Les coûts hospitaliers d'une admission en raison d'une CPSA en 2012-2013 ont été estimés à 229 811 545 \$ en Alberta (moyenne de 10 792 \$ par séjour) et à 71 469 337 \$ en Saskatchewan (moyenne de 7 753 \$ par séjour). De plus, l'Alberta a dépensé environ 120 593 142 \$ en 2012-2013 pour les visites non planifiées au service d'urgence en raison d'une CPMF (moyenne de 209 \$ par visite)<sup>xii, 26</sup>.

Dans bien des cas, la prise en charge continue des maladies chroniques par un médecin de famille, idéalement toujours le même, peut s'avérer plus rentable que l'utilisation des services hospitaliers pour les mêmes affections. Par exemple, un médecin de famille facturera à son ministère de la Santé 33,20 \$ en Saskatchewan<sup>27</sup> et 35,91 \$ en Alberta<sup>28</sup> par visite d'un patient<sup>xiii</sup>.

- 
- x. Elles comprennent toutes les hospitalisations pour une CPSA et les visites au service d'urgence pour une CPMF, et pas seulement celles des personnes ayant consulté un médecin de famille. Elles incluent également les visites multiples des personnes qui ont eu recours aux services hospitaliers pour ces conditions plus d'une fois.
  - xi. Les données sur les services d'urgence du Système national d'information sur les soins ambulatoires concernant les services d'urgence de la Saskatchewan sont incomplètes et manquent de diversité régionale. C'est pourquoi l'analyse des CPMF en Saskatchewan n'a pas été réalisée.
  - xii. L'estimation des coûts représente le coût estimatif moyen des services offerts au patient moyen. Elle tient compte des frais encourus par l'hôpital pour fournir les services, mais exclut les honoraires du médecin. Les coûts moyens estimés pour les services fournis par l'hôpital à un patient correspondent au produit du coût d'un séjour standard à l'hôpital par la pondération de la consommation moyenne des ressources pour chaque groupe de patients.
  - xiii. Les tarifs des actes médicaux de la Saskatchewan sont fondés sur le code de tarif 005B : évaluation partielle ou visite subséquente. Ceux de l'Alberta sont fondés sur le code de tarif 03.03A : entrevue et évaluation diagnostiques, décrits tels que limités.

## Conclusions

En moyenne, les patients de l'Alberta ont consulté le même médecin de famille dans 60,2 % des cas, et les patients de la Saskatchewan, dans 56,2 % des cas.

- En vieillissant, les patients accordent une importance grandissante à la relation avec leur médecin de famille. En effet, l'indice CDH des personnes âgées de plus de 65 ans est le plus élevé (71,9 % en Alberta et 66,4 % en Saskatchewan).
- Bien que cet indice variait très peu en régions rurales (ou selon la zone sanitaire en Alberta), des résultats plus faibles ont été obtenus dans les régions les plus au nord de la Saskatchewan. Les personnes qui habitent dans ces régions étaient également les moins susceptibles d'avoir un médecin régulier.

Les caractéristiques démographiques et l'état de santé des patients représentent des prédicteurs d'hospitalisation en raison d'une CPSA. Les probabilités d'hospitalisation pour une CPSA étaient plus élevées chez les hommes, les patients plus âgés, les personnes vivant en milieu rural et les patients atteints d'une maladie chronique. Une fois ces caractéristiques et l'état de santé pris en compte, il s'est toutefois avéré que la continuité des soins est un prédicteur d'hospitalisation pour cause de CPSA : le risque d'hospitalisation diminue lorsque la continuité des soins s'améliore. Comparativement au risque d'hospitalisation des patients ayant obtenu un indice CDH élevé,

- celui des personnes ayant obtenu un indice CDH modéré était plus élevé de 11 % en Alberta et de 24 % en Saskatchewan;
- celui des personnes ayant obtenu un indice CDH faible était plus élevé de 29 % en Alberta et de 73 % en Saskatchewan.

Les caractéristiques démographiques des patients sont également un prédicteur des visites non planifiées au service d'urgence en raison d'une CPMF. La probabilité d'une telle visite était élevée chez les femmes, les jeunes patients et les personnes vivant en milieu rural. En tenant compte des facteurs démographiques, la continuité des soins s'est avérée être un prédicteur des visites au service d'urgence en raison d'une CPMF, car la probabilité d'une telle visite diminue lorsque la continuité des soins s'améliore. Comparativement à la probabilité d'une visite au service d'urgence chez les patients ayant obtenu un indice CDH élevé,

- celui des personnes ayant obtenu un indice CDH modéré était plus élevé de 21 %;
- celui des personnes ayant obtenu un indice CDH faible était plus élevé de 43 %.

Comme ceux d'autres études<sup>3, 5-7, 19, 24, 25</sup>, les résultats de celle-ci indiquent que l'amélioration de la continuité relationnelle des soins peut réduire l'utilisation des services hospitaliers et des services d'urgence. Il en ressort également que la prestation de soins aux patients présentant une CPSA ou une CPMF par un médecin de famille avec qui une relation a été établie est associée à une rentabilité accrue.

## Réflexions pour l'avenir

De nombreux facteurs combinés peuvent avoir des répercussions sur la santé des gens. L'étude décrite ici visait à évaluer un aspect des soins de santé primaires, soit la continuité relationnelle des soins, au moyen des données sur la facturation des médecins rémunérés à l'acte. Les résultats suggèrent qu'une relation bien établie avec un médecin de famille a des bienfaits sur la santé des patients, car elle permet de diagnostiquer rapidement de nombreuses affections, de les prendre en charge avec efficacité<sup>3, 4</sup> et de réduire l'utilisation des services hospitaliers évitables<sup>4-8</sup>.

La continuité des soins et l'accès aux soins sont 2 points importants que les médecins de famille, les autres dispensateurs de soins de santé primaires et les responsables de l'élaboration de politiques doivent prendre en considération pour améliorer la continuité relationnelle.

Les gouvernements de la Saskatchewan et de l'Alberta déploient des efforts concertés pour accroître l'accès aux soins de santé primaires en mettant en œuvre divers modèles de prestation. Ces modèles multidispensateurs reposent sur la prestation de soins coordonnés par des équipes interprofessionnelles et permettraient de veiller à ce que des soins complets soient offerts et que l'accès aux soins soit amélioré<sup>29, 30</sup>. Bien que des programmes sont mis en œuvre pour optimiser l'accès aux soins, il est également important de tenir compte du rôle que la continuité des soins joue dans la prestation de soins complets et de qualité. Des études ont montré que les patients sont plus enclins à participer à l'amélioration de la continuité des soins et en mesure d'en tirer des avantages (p. ex. satisfaction accrue, dépistage et traitement des affections) lorsqu'ils sont pris en charge par un seul médecin<sup>4, 31</sup>.

D'autres études sur les retombées de la continuité des soins entre d'autres dispensateurs de soins primaires et des modèles de prestation s'avèreraient utiles pour fournir un complément d'information sur l'utilisation des ressources de soins de santé et l'amélioration des résultats pour les patients.

# Annexe A : Sources des données

## Description des sources de données

### Répertoire national sur la facturation des médecins à l'échelle des patients

Les données sur la facturation des médecins fournissent des renseignements sur les paiements versés aux médecins par l'entremise des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie et selon l'utilisation des services. La Base de données nationale sur les médecins (BDNM) contient des données agrégées au niveau des médecins recueillies depuis 1989-1990. L'ICIS travaille actuellement avec les provinces et les territoires à la collecte de données sur la facturation des médecins à l'échelle des réclamations (ou des patients). Pour le moment, il a obtenu des données à l'échelle des patients de l'Alberta et de la Saskatchewan pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mars 2013 dans le cadre d'un projet pilote. Ces données comprennent à la fois des données sur la facturation des médecins rémunérés à l'acte et la facturation pro forma, qui concernent des services dispensés par les médecins rémunérés selon d'autres modes de paiement (p. ex. salaire, capitation). Les vérifications de la qualité des données indiquent que certaines factures pro forma manquent probablement, mais la portée de cette lacune n'est pas connue. L'ICIS travaille également avec d'autres provinces et territoires pour obtenir des données sur les demandes de remboursement à l'échelle des patients.

### Base de données sur les congés des patients

Mise sur pied en 1963, la Base de données sur les congés des patients (BDCP) recueille des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux (y compris les décès, les départs volontaires et les transferts). Un certain nombre de provinces et territoires utilisent aussi la BDCP pour recueillir des données sur les chirurgies d'un jour. Les données proviennent directement des établissements de soins de courte durée, ou encore de leur régie régionale de la santé ou ministère de la Santé respectif. Les établissements de l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec, sont tenus de soumettre des données. Les données du Québec sont soumises directement à l'ICIS par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ces données, ajoutées à celles de la BDCP, forment la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).

### Système national d'information sur les soins ambulatoires

Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) comprend des données sur les soins ambulatoires en milieu hospitalier et communautaire : chirurgies d'un jour, cliniques de consultations externes et services d'urgence. Les données sur les visites des clients sont recueillies au moment de la prestation des services dans les établissements participants. L'ICIS reçoit les données directement des établissements participants, des régies régionales de la santé ou des ministères de la Santé. L'ICIS estime que pour l'exercice 2012-2013, le SNISA contient les données sur toutes les visites aux services d'urgence de l'Alberta et sur 43 % de celles de la Saskatchewan.

## **Base de données canadienne SIG**

La Base de données canadienne SIG (BDCS) contient des données sur les activités financières et opérationnelles des hôpitaux publics et des régies régionales de la santé au Canada depuis 1995-1996. La plupart des provinces et des territoires soumettent des données par l'intermédiaire de leur ministère de la Santé. Cette information constitue la base de l'établissement de rapports de gestion, y compris les états financiers annuels à usage général, l'analyse du ratio financier et l'établissement du budget de fonctionnement. Les données sur les activités quotidiennes des organismes de santé sont recueillies selon un cadre normalisé intitulé *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG).

## Annexe B : Définition des conditions propices aux soins ambulatoires

On définit les CPSA comme tout diagnostic principal (DxP) d'une catégorie suivante<sup>32</sup> :

- État de grand mal épileptique et autres convulsions épileptiques  
CIM-9/ICD-9-CM : 345  
CIM-10-CA : G40, G41
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)  
Tout code de DxP parmi les suivants :  
CIM-9/ICD-9-CM : 491, 492, 494, 496  
CIM-10-CA : J41, J42, J43, J44, J47  
DxP d'infection aiguë des voies respiratoires inférieures, seulement lorsqu'un diagnostic de J44 (CIM-10-CA) ou de 496 (CIM-9/ICD-9-CM) est également présent  
CIM-9/ICD-9-CM : 466, 480 à 486, 487.0  
CIM-10-CA : J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22
- Asthme  
CIM-9/ICD-9-CM : 493  
CIM-10-CA : J45
- Diabète  
CIM-9 : 250.0, 250.1, 250.2, 250.7  
ICD-9-CM : 250.0, 250.1, 250.2, 250.8  
CIM-10-CA : E10.0^^, E10.1^^, E10.63, E10.64, E10.9^^  
E11.0^^, E11.1^^, E11.63, E11.64, E11.9^^  
E13.0^^, E13.1^^, E13.63, E13.64, E13.9^^  
E14.0^^, E14.1^^, E14.63, E14.64, E14.9^^
- Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire  
ICD-9/9-CM : 428, 518.4  
CIM-10-CA : I50, J81  
À l'exclusion des cas incluant des interventions cardiaques.
- Hypertension  
ICD-9/9-CM : 401.0, 401.9, 402.0, 402.1, 402.9  
CIM-10-CA : I10.0, I10.1, I11  
À l'exclusion des cas incluant des interventions cardiaques.
- Angine  
ICD-9 : 411, 413  
ICD-9-CM : 411.1, 411.8, 413  
CIM-10-CA : I20, I23.82, I24.0, I24.8, I24.9  
À l'exclusion des cas incluant des interventions cardiaques.

Les codes d'interventions cardiaques à exclure sont les suivants :

- CCA : 47^^, 480^ à 483^, 489.1, 489.9, 492^-495^, 497^, 498^  
ICD-9-CM : 336, 35^^, 36^^, 373^, 375^, 377^, 378^, 379.4-379.8  
CCI : 1HA58, 1HA80, 1HA87, 1HB53, 1HB54, 1HB55, 1HB87, 1HD53, 1HD54, 1HD55, 1HH59, 1HH71, 1HJ76, 1HJ82, 1HM57, 1HM78, 1HM80, 1HN71, 1HN80, 1HN87, 1HP76, 1HP78, 1HP80, 1HP82, 1HP83, 1HP87, 1HR71, 1HR80, 1HR84, 1HR87, 1HS80, 1HS90, 1HT80, 1HT89, 1HT90, 1HU80, 1HU90, 1HV80, 1HV90, 1HW78, 1HW79, 1HX71, 1HX78, 1HX79, 1HX80, 1HX83, 1HX86, 1HX87, 1HY85, rubrique 1HZ53 (sauf 1HZ53LAKP), rubrique 1HZ55 (sauf 1HZ55LAKP), 1HZ56, 1HZ57, 1HZ59, 1HZ80, 1HZ85, 1HZ87, 1IF83, 1IJ50, 1IJ55, 1IJ57, 1IJ76, 1IJ86, 1IJ80, 1IK57, 1IK80, 1IK87, 1IN84, 1LA84, 1LC84, 1LD84, 1YY54LANJ

Les critères d'exclusion incluent

- les décès avant la sortie;
- les catégories d'admission correspondant à nouveau-né, mortinaissance ou donneur décédé.

## Annexe C : Définition des conditions propices à la médecine familiale

Les CPMF sont des problèmes de santé dont le diagnostic principal correspond à celui des affections présentées plus bas si elles répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion :

- les visites non planifiées au service d'urgence entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013 en Alberta et en Saskatchewan;
- les établissements qui soumettent des données de niveau 3 au SNISA et les établissements de la Saskatchewan qui soumettent des données de niveau 1 ou 3 et qui ont consigné des codes de diagnostic dans le SNISA;
- les visites au service d'urgence qui répondent aux critères d'inclusion 1 et 2 et pour lesquelles le patient a obtenu son congé;
- les visites au service d'urgence qui répondent aux critères d'inclusion 1 à 3 et dont le diagnostic principal est une CPMF; les CPMF sont présentées ci-dessous.

Critères d'exclusion :

- les visites planifiées au service d'urgence;
- les patients décédés ou n'ayant pas obtenu leur congé;
- les enregistrements en double (ils ont été décelés au moyen de la méthodologie définie dans le *Manuel de saisie de l'information du SNISA*).

Liste des diagnostics principaux :

- A07 Autres maladies intestinales à protozoaires
- A56 Autres infections à Chlamydia transmises par voie sexuelle
- A59 Trichomonase
- A63 Autres maladies dont le mode de transmission est essentiellement sexuel, non classées ailleurs
- A64 Maladie sexuellement transmise, sans précision
- A74 Autres infections causées par la Chlamydia
- B06 Rubéole
- B07 Verrues d'origine virale
- B08 Autres infections virales caractérisées par des lésions cutanéomuqueuses, non classées ailleurs
- B09 Infection virale caractérisée par des lésions cutanéomuqueuses, sans précision
- B30 Conjonctivite virale
- B35 Dermatophytose

- B36 Autres mycoses superficielles
- B37 Candidose
- B65 Schistosomiase [bilharziose]
- B80 Oxyurose
- B82 Parasitose intestinale, sans précision
- B83 Autres helminthiases
- B85 Pédiculose et phtiriase
- B86 Gale
- C44 Autres tumeurs malignes de la peau
- D04 Carcinome in situ de la peau
- D16 Tumeur bénigne des os et du cartilage articulaire
- D17 Tumeur lipomateuse bénigne
- D22 Nævus à mélanocytes
- D23 Autres tumeurs bénignes de la peau
- D24 Tumeur bénigne du sein
- D29 Tumeur bénigne des organes génitaux de l'homme
- D36 Tumeur bénigne de sièges autres et non précisés
- E07 Autres affections de la thyroïde
- E29 Dysfonction testiculaire
- E53 Autres avitaminoses du groupe B
- E61 Carences en autres éléments nutritionnels
- E78 Anomalies du métabolisme des lipoprotéines et autres lipidémies
- F40 Troubles anxieux phobiques
- G43 Migraine
- G56 Mononévrite du membre supérieur
- H00 Orgelet et chalazion
- H01 Autre inflammation de la paupière
- H04 Affections de l'appareil lacrymal
- H10 Conjonctivite
- H11 Autres affections de la conjonctive
- H15 Affections de la sclère
- H18 Autres affections de la cornée
- H43 Affections du corps vitré
- H57 Autres affections de l'œil et de ses annexes

- H60 Otite externe
- H61 Autres affections de l'oreille externe
- H65 Otite moyenne non suppurée
- H66 Otite moyenne suppurée et sans précision
- H68 Salpingite et obstruction de la trompe d'Eustache
- H69 Autres affections de la trompe d'Eustache
- H72 Perforation du tympan
- H73 Autres affections du tympan
- H74 Autres affections de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde
- H91 Autres pertes de l'audition
- H92 Otalgie et écoulement par l'oreille
- H93 Autres affections de l'oreille, non classées ailleurs
- I78 Maladies des capillaires
- J00 Rhinopharyngite aiguë [rhume banal]
- J01 Sinusite aiguë
- J02 Pharyngite aiguë
- J06 Infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées
- J30 Rhinite allergique et vasomotrice
- J31 Rhinite, rhinopharyngite et pharyngite chroniques
- J32 Sinusite chronique
- J34 Autres maladies du nez et des sinus du nez
- K00 Troubles de l'odontogénèse
- K01 Dents incluses et enclavées
- K02 Caries dentaires
- K04 Maladies de la pulpe et des tissus périapicaux
- K05 Gingivite et maladies périodontales
- K07 Anomalies dentofaciales [y compris les malocclusions]
- K08 Autres affections des dents et du parodonte
- K13 Autres maladies des lèvres et de la muqueuse buccale
- L01 Impétigo
- L20 Dermite atopique
- L21 Dermite séborrhéique
- L22 Dermite de couche [serviette]

- L23 Dermite allergique de contact
- L24 Dermite irritante de contact
- L25 Dermite de contact, sans précision
- L28 Lichen simplex chronique et prurigo
- L29 Prurit
- L30 Autres dermites
- L42 Pityriasis rosé de Gibert
- L43 Lichen plan
- L50 Urticaire
- L55 Coup de soleil
- L57 Modifications de la peau dues à une exposition chronique aux rayonnements non ionisants
- L60 Maladies des ongles
- L63 Pelade
- L65 Autres formes non cicatricielles de raréfaction du système pileux
- L70 Acné
- L71 Acné rosacée
- L72 Kystes folliculaires de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- L73 Autres affections folliculaires
- L74 Affections des glandes sudoripares eccrines
- L81 Autres anomalies de la pigmentation
- L82 Kératose séborrhéique
- L84 Cors et callosités
- L85 Autre épaissement de l'épiderme
- L90 Affections atrophiques de la peau
- L91 Affections hypertrophiques de la peau
- L92 Lésions granulomateuses de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- M18 Arthrose de la première articulation carpo-métacarpienne
- M20 Déformations acquises des doigts et des orteils
- M22 Lésions de la rotule
- M53 Autres dorsopathies, non classées ailleurs
- M67 Autres atteintes de la synoviale et du tendon
- M70 Affections des tissus mous par sollicitation, sollicitation excessive et pression
- M75 Lésions de l'épaule

- M76 Enthésopathies du membre inférieur, sauf le pied
- M77 Autres enthésopathies
- M85 Autres anomalies de la densité et de la structure osseuses
- M92 Autre ostéochondrite juvénile
- M94 Autres affections du cartilage
- N34 Urétrite et syndrome urétral
- N60 Dysplasies mammaires bénignes
- N62 Hypertrophie mammaire
- N63 Tuméfaction mammaire, sans précision
- N64 Autres affections du sein
- N72 Affections inflammatoires du col de l'utérus
- N89 Autres affections non inflammatoires du vagin
- N91 Aménorrhée, oligoménorrhée et hypoménorrhée
- N94 Douleurs et autres affections des organes génitaux de la femme et du cycle menstruel
- N97 Stérilité de la femme
- O92 Autres mastopathies et anomalies de la lactation associées à l'accouchement
- P37 Autres maladies infectieuses et parasitaires congénitales
- P78 Autres affections périnatales de l'appareil digestif
- Q10 Malformations congénitales des paupières, de l'appareil lacrymal et de l'orbite
- Q66 Anomalies morphologiques congénitales du pied
- R05 Toux
- R21 Rash et autres éruptions cutanées non spécifiques
- R36 Écoulement urétral
- R71 Anomalie des globules rouges
- Z00 Examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté
- Z02 Examen médical et prise de contact à des fins administratives
- Z09 Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes
- Z11 Examen spécial de dépistage de maladies infectieuses et parasitaires
- Z12 Examen spécial de dépistage des tumeurs
- Z13 Examen spécial de dépistage d'autres maladies et états pathologiques
- Z20 Sujets en contact avec et exposés à des maladies transmissibles
- Z23 Nécessité d'une vaccination contre une seule maladie bactérienne
- Z24 Nécessité d'une vaccination contre certaines maladies virales uniques

- Z25 Nécessité d'une vaccination contre d'autres maladies virales uniques
- Z26 Nécessité d'une vaccination contre d'autres maladies infectieuses uniques
- Z27 Nécessité d'une vaccination associée contre plusieurs maladies infectieuses
- Z29 Nécessité d'autres mesures prophylactiques
- Z30 Prise en charge d'une contraception
- Z31 Mesures procréatives
- Z32 Examen et test de grossesse
- Z41 Thérapie sans raison médicale
- Z45 Ajustement et entretien d'une prothèse interne
- Z46 Mise en place et ajustement d'autres appareils
- Z47 Autres soins de contrôle orthopédiques
- Z48 Autres soins de contrôle chirurgicaux
- Z51 Autres soins médicaux
- Z53 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués
- Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage
- Z64 Difficultés liées à certaines situations psychosociales
- Z70 Conseils relatifs aux attitudes, comportement et orientation en matière de sexualité
- Z76 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs
- Z92 Antécédents personnels de traitement médical

## Références

1. Starfield B. Longitudinality and managed care. In : *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press; 1992:41-50.
2. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ*. 2007;337.
3. Adair C, McDougall GM, Mitton C, et al. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1061-1069.
4. Saultz J, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3(2):159-166.
5. Menec VH, Sirski M, Attawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11(4):196-201.
6. Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ*. 2007;177(11):1362-1368.
7. Knight JC, Dowden JJ, Worrall GJ, Gadag VG, Murphy MM. Does higher continuity of family physician care reduce hospitalizations in elderly people with diabetes? *Popul Health Manag*. 2009;12(2):81-86.
8. Saultz J, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2(5):445-451.
9. Jaakkimainen L, Klein-Geltink J, Guttman A, Barnsley J, Zagorski B, Kopp A. Indicators of primary care based on administrative data. In : *Primary Care in Ontario*. Toronto, ON : Institut de recherche en services de santé; 2006.
10. Jee S, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2006;63(2):158-188.
11. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalizations: is site of care equivalent to a primary clinician. *Am J Public Health*. 1998;88(10):1539-1541.
12. Rosano A, Abo Loha C, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi WGG, Giulio de Belvis A. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2012;23(3):356-360.
13. van Loenen T, van den Berg M, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract*. 2014;31(5):502-516.
14. Health Quality Council of Alberta. *2009 Measuring & Monitoring for Success*. Calgary, AB : HQCA; 2009.
15. Health Quality Council of Alberta. *2009 Measuring & Monitoring for Success: Technical Notes*. Calgary, AB : HQCA; 2009.
16. Cabana M, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53(12):974-980.

17. Baker R, Mainous AG III, Gray DP, Love MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care*. 2003;21(1):27-32.
18. Statistique Canada. Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues, occasionnel. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1050501&retrLang=fra&lang=fra>. Dernière modification le 16 juin 2014. Consulté le 18 mars 2015.
19. Freund T, Campbell S, Geissler S, Kunz C, Mahler C, Peters-Klimm F. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Ann Fam Med*. 2013;11(14):363-369.
20. Ansari Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Aust J Prim Health*. 2007;13(3):91-109.
21. Statistique Canada. *Accès à un médecin régulier*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2013.
22. Cheng SH, Chen C, Hou Y. A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalization. *Arch Intern Med*. 2010;170(18):1671-1677.
23. Al-Azri M. Continuity of care and quality of care—inseparable twin. *Oman Med J*. 2008;23(3):147.
24. Gill JM, Mainus AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998;7:352-357.
25. Gill JM, Mainus I, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*. 2000;9:333-338.
26. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données canadienne SIG. Ottawa, ON : ICIS; 2014.
27. Gouvernement de la Saskatchewan. Medical services payment schedules. <http://www.health.gov.sk.ca/payment-schedules>. Consulté en février 2015.
28. Santé Alberta. SOMB—health professional fees. <http://www.health.alberta.ca/professionals/somb.html>. Consulté en février 2015.
29. Alberta Medical Association Primary Care Alliance Board. *PCN Evolution Vision and Framework: Report to the Minister of Health*. Edmonton, AB: AMA Primary Care Alliance; 2013.
30. Saskatoon Community Clinic. Saskatoon Community Clinic orientation [présentation PowerPoint]. 2010.
31. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219-1221.
32. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff*. 1993;12(1):162-173.
33. Institut canadien d'information sur la santé. *Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence*. Ottawa, ON : ICIS; 2014.

34. Statistique Canada. Tableau 109-5335 : Estimations de la population (Recensement de 2011 et données administratives), selon le groupe d'âge et le sexe au 1<sup>er</sup> juillet, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues annuel (nombre). <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1095335&retrLang=fra&lang=fra>. Création le 11 juin 2014. Consulté le 12 mars 2015.
35. Statistique Canada. Population urbaine et rurale, par province et territoire (Saskatchewan). <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo62i-fra.htm>. Création le 13 février 2013. Consulté le 11 mars 2014.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-367-5 (PDF)

© 2015 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille*. Ottawa, ON : ICIS; 2015.

This publication is also available in English under the title *Continuity of Care With Family Medicine Physicians: Why It Matters*.

ISBN 978-1-77109-366-8 (PDF)

## Parlez-nous

### **ICIS Ottawa**

495, rue Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860

### **ICIS Toronto**

4110, rue Yonge, bureau 300  
Toronto (Ontario) M2P 2B7  
Téléphone : 416-481-2002

### **ICIS Victoria**

880, rue Douglas, bureau 600  
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7  
Téléphone : 250-220-4100

### **ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300  
Montréal (Québec) H3A 2R7  
Téléphone : 514-842-2226

### **ICIS St. John's**

140, rue Water, bureau 701  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6  
Téléphone : 709-576-7006