



Analyse en bref

Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires

Points saillants

Le présent rapport, produit à partir des résultats de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008, vise à combler d'importantes lacunes au chapitre des connaissances sur les soins de santé primaires dispensés aux Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires. L'analyse des différences quant à l'accès aux soins ainsi qu'à l'utilisation et à la pertinence des soins en fonction du revenu, à la situation géographique, à l'état de santé et au sexe a révélé ce qui suit :

- Les personnes qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires et qui se situent dans le groupe au revenu le plus faible, qui habitent en région rurale ou qui souffrent de maladies chroniques multiples étaient deux fois plus susceptibles d'indiquer que leur plus récente visite au service d'urgence était attribuable à une condition qui aurait pu, selon eux, être traitée par leur dispensateur de soins de santé primaires.
- Les femmes qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires étaient moins susceptibles que les hommes d'avoir passé les quatre tests recommandés pour la surveillance des maladies chroniques, cherché à comprendre les effets secondaires de leurs médicaments ou reçu des outils d'autogestion de leur affection.
- Comparativement aux personnes du groupe ayant le revenu le plus élevé, celles qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires et qui se situent dans le groupe au revenu le plus faible étaient moins susceptibles de déclarer que le médecin qui leur dispense des soins de santé primaires les fait participer aux décisions cliniques ou les aide à élaborer un plan de traitement pour gérer leur affection.

Facteurs qui influent sur la santé

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Introduction

Les conditions propices aux soins ambulatoires sont responsables d'un nombre important de maladies, d'hospitalisations et de décès chez les Canadiens et entraînent une utilisation élevée des services de santé. Elles touchent quelque 6,8 millions de Canadiens de 20 à 74 ans et se traduisent par environ 95 000 hospitalisations et près de 13 000 décès annuellement. L'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'hypertension artérielle et certaines maladies cardiaques en sont des exemples. Il est généralement possible de les maîtriser en consultation externe à l'aide de soins de santé primaires adéquats (veuillez consulter l'encadré Terminologie)¹.

Le fardeau des conditions propices aux soins ambulatoires ne se retrouve pas dans les mêmes proportions dans tous les groupes démographiques. Par exemple, les personnes vivant en milieu rural ou défavorisé sont plus susceptibles de présenter ces conditions, comparativement aux habitants des régions urbaines et plus aisées. Les disparités sur le plan des taux d'hospitalisation et de mortalité selon la situation socioéconomique et géographique sont plus marquées que les disparités au chapitre de la prévalence de ces conditions dans la collectivité (veuillez consulter le tableau B1 à l'annexe B). Ces constatations sous-entendent que le traitement et la prise en charge de ces conditions dans les établissements de soins de santé primaires ou de courte durée ne sont pas aussi adéquats ou efficaces pour certains groupes que pour d'autres. Différentes études qui ont établi un lien entre la santé et les conditions sociales d'une personne et son utilisation des soins de santé primaires ou son besoin d'hospitalisation viennent corroborer cette supposition³⁻⁵.

Le présent rapport comble d'importantes lacunes au chapitre des connaissances sur les soins de santé primaires dispensés aux personnes présentant des conditions propices aux soins ambulatoires. Il vise à établir l'existence de différences systématiques en fonction des caractéristiques socioéconomiques et géographiques, de l'état de santé et du sexe en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé primaires ainsi qu'à l'utilisation et à la pertinence des soins chez les personnes ayant reçu un diagnostic de conditions propices aux soins ambulatoires. Les résultats permettront de cerner les obstacles à l'accès aux soins de santé primaires et de déterminer si tous les Canadiens reçoivent des soins d'un niveau approprié à leurs besoins. L'information présentée dans cette Analyse en bref s'appuie sur les données de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008 (veuillez consulter l'annexe A).

Terminologie

Des soins de santé primaires rapides et efficaces peuvent contribuer à prévenir les complications en matière de santé et les hospitalisations associées à certaines affections chroniques. Ces affections sont considérées comme « ambulatoires », ce qui veut dire qu'elles peuvent être prises en charge par des soins de santé primaires adéquats en consultation externe. On les appelle donc « conditions propices aux soins ambulatoires »^{1,2}. Selon les renseignements tirés de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008 et d'autres études, les affections suivantes ont été considérées comme des conditions propices aux soins ambulatoires dans le cadre de la présente analyse l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (y compris l'emphysème), le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiaques⁶. Bien que beaucoup d'études portent principalement sur les hospitalisations attribuables aux conditions propices aux soins ambulatoires, la présente étude examine les expériences vécues par les personnes traitées pour ces conditions dans un établissement de soins de santé primaires, comme les cabinets de médecine générale, les centres de santé communautaire et les services de consultation externe.

Méthodes

L'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008 a été réalisée afin d'en savoir plus sur les expériences vécues en soins de santé primaires, notamment sur l'accès aux soins, l'utilisation et la gestion des soins ainsi que le soutien à l'autogestion des affections chroniques. Elle a été commandée conjointement par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Conseil canadien de la santé et réalisée par Statistique Canada. Les résultats englobent les personnes âgées de 18 ans et plus qui habitent un logement privé et qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de condition propice aux soins ambulatoires (échantillon de 4 138 personnes, ce qui équivaut à environ 7,9 millions de Canadiens).

Une analyse descriptive a été effectuée pour estimer la prévalence de certaines mesures de soins de santé primaires dans différents groupes de population définis en fonction du sexe, du revenu des ménages ajusté, du lieu de résidence (région rurale ou urbaine) et de la présence de multiples affections chroniques. Les personnes présentant de multiples affections chroniques ont été sélectionnées pour former un groupe d'analyse afin de déterminer si les expériences vécues en soins de santé primaires par les personnes présentant une condition propice aux soins ambulatoires varient en fonction des besoins. Une analyse de régression logistique multiple a également été réalisée afin de déterminer si les différences entre les groupes demeuraient après la prise en compte d'autres caractéristiques. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur les méthodes d'enquête et d'analyse.

Description et points saillants de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires

La présente analyse s'appuie sur les résultats de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires pour examiner les facteurs associés aux expériences en matière de soins de santé primaires. Cette enquête réalisée en 2008 indique qu'un nombre estimé à 7,9 millions de Canadiens âgés de 18 ans et plus, soit près d'un adulte sur trois (31 %), présentaient une condition propice aux soins ambulatoires. De ce nombre, les deux tiers souffraient d'hypertension artérielle (66 %) et 18 % d'une maladie cardiaque, tandis que le diabète et l'asthme étaient présents dans 25 % et 27 % des cas respectivement. Par ailleurs, 6 % des personnes présentant une condition propice aux soins ambulatoires souffraient d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (dont l'emphysème).

Plus du tiers (39 %) des personnes présentant une condition propice aux soins ambulatoires avaient reçu un seul diagnostic, tandis que près du tiers (30 %) d'entre elles en avaient reçu au moins trois, dont un visant une condition propice aux soins ambulatoires (les autres affections diagnostiquées pouvant être l'arthrite, le cancer, un accident vasculaire cérébral, des troubles de l'humeur, dont la dépression, ou de la douleur chronique).

Parmi les personnes présentant une condition propice aux soins ambulatoires, près de 9 sur 10 (87 %) étaient âgées de 18 à 74 ans (16 % avaient de 18 à 44 ans, et 51 %, de 45 à 64 ans).

(suite à la page suivante)

Description et points saillants de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires (suite)

La plupart des adultes aux prises avec des conditions propices aux soins ambulatoires disaient savoir où aller lorsqu'ils étaient malades ou avaient besoin de conseils d'ordre médical (96 %) et avoir un médecin régulier (94 %). Au cours des 12 mois précédents, la plupart (de 87 à 89 %) avaient obtenu sans difficulté des soins de routine ou de suivi ou des conseils en matière de santé, et la majorité (de 56 à 70 %) disaient avoir eu des échanges positifs avec leurs dispensateurs de services. Près des trois quarts (74 %) des personnes présentant des conditions propices aux soins ambulatoires disaient avoir reçu au besoin des soins coordonnés de la part d'autres médecins ou établissements (veuillez consulter le tableau 2 et l'annexe C).

Même s'ils indiquaient avoir un médecin régulier et accès à un endroit habituel de soins, une personne sur 5 (21 %) vivant avec une condition propice aux soins ambulatoires affirmait ne pas avoir communiqué avec son médecin de famille au cours des 12 mois précédents. Par ailleurs, pour plus d'une personne sur 10 (12 %), la dernière visite au service d'urgence était attribuable à une condition qui aurait pu, selon elles, être traitée par leur dispensateur de soins de santé primaires, et près des deux tiers (61 %) n'avaient pas accès à des soins après les heures de bureau. Bien qu'ils jugeaient bonnes leurs interactions avec les dispensateurs de services, bon nombre de répondants ne subissaient pas les tests recommandés pour suivre l'évolution de leurs affections chroniques (49 %), ne bénéficiaient pas d'une gestion appropriée de leurs médicaments (de 40 à 42 %) ou ne jouissaient pas du soutien nécessaire pour assurer l'autogestion de leurs affections chroniques, comme de l'aide pour élaborer un plan de traitement ou une liste de mesures à prendre pour améliorer leur santé (61 % et 69 % respectivement; veuillez consulter les tableaux 1 et 2 et l'annexe C).

Résultats

Le présent rapport met en lumière les obstacles de l'accès à des soins de santé primaires adéquats chez les Canadiens qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires. Il examine pour ce faire les différences selon le sexe, le revenu du ménage, le lieu de résidence (région rurale ou urbaine) et la présence de multiples affections chroniques. Aux fins de l'analyse, 20 mesures de soins de santé primaires ont été examinées. Les résultats présentés portent sur les mesures associées aux différences les plus marquées entre les groupes :

- l'accès aux soins de santé primaires et leur utilisation;
- la pertinence des soins, qui s'évalue par la prise en charge clinique et le soutien à l'autogestion des affections chroniques.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les mesures examinées, veuillez consulter les annexes C et D.

Accès aux soins de santé primaires et utilisation des soins

Un grand nombre de facteurs influent sur l'accès régulier aux soins de santé primaires et sur leur utilisation, et certains groupes ont plus de difficultés que d'autres à recevoir les services dont ils ont besoin. Les résultats suivants font ressortir les différences au chapitre de l'utilisation des soins de santé primaires (mesurée par le nombre de visites à un médecin de famille, les visites au service d'urgence pour des affections qui, selon les répondants, peuvent être traitées par le dispensateur de soins de santé primaires et l'accès à des services après les heures de bureau) au sein de la population ayant reçu un diagnostic de conditions propices aux soins ambulatoires.

Parmi les adultes présentant des conditions propices aux soins ambulatoires :

Les personnes à faible revenu étaient de plus grandes utilisatrices de soins de santé primaires et étaient plus susceptibles de se rendre au service d'urgence pour une affection qui aurait pu, selon elles, être traitée par leur dispensateur de soins de santé primaires.

- Les personnes du groupe affichant les revenus les plus faibles avaient davantage recours aux soins de santé primaires et avaient 6,2 contacts avec leur médecin de famille en moyenne par année, contre 3,4 contacts en moyenne pour le groupe aux revenus les plus élevés.
- De plus, elles étaient plus susceptibles que les personnes aux revenus les plus élevés de déclarer que leur dernière visite au service d'urgence était attribuable à une affection qui aurait pu, selon elles, être traitée par leur dispensateur de soins de santé primaires (19 % contre 10 %). Elles étaient également plus susceptibles de ne pas avoir accès à des soins après les heures de bureau (78 % contre 60 %; veuillez consulter le tableau 1).

Les résidents des régions rurales et les personnes souffrant de multiples affections chroniques étaient plus susceptibles de visiter un service d'urgence en raison d'une affection qui aurait pu, selon eux, être traitée par leur dispensateur de soins de santé primaires.

- Les résidents des régions rurales étaient plus susceptibles que ceux des régions urbaines de déclarer que leur dernière visite au service d'urgence était attribuable à une affection qui aurait pu, selon eux, être traitée par leur dispensateur de soins de santé primaires (23 % et 9 %, respectivement). Ils étaient également plus susceptibles que leurs homologues en milieu urbain de ne pas avoir accès à des soins après les heures de bureau (69 % contre 58 %; veuillez consulter le tableau 1).
- Comparativement aux personnes présentant une seule condition propice aux soins ambulatoires, celles présentant au moins trois affections chroniques étaient également plus susceptibles d'indiquer que leur dernière visite au service d'urgence était attribuable à une affection qui aurait pu, selon elles, être traitée par leur dispensateur de soins de santé primaires (16 % contre 8 %). Les membres de ce groupe étaient par ailleurs plus susceptibles d'avoir communiqué avec leur médecin de famille au cours de la dernière année et étaient d'importants utilisateurs des soins de santé primaires. Ils comptaient 6,5 contacts en moyenne par année avec leur médecin de famille, contre 2,6 en moyenne pour les personnes présentant une seule condition propice aux soins ambulatoires.

Lorsque des facteurs comme l'âge, le sexe, le lieu de résidence (région rurale ou urbaine), la présence de multiples affections chroniques et l'autoévaluation de l'état de santé sont pris en compte dans les mesures d'accès aux soins de santé primaires, bon nombre des différences qui ressortent de l'analyse bidimensionnelle demeurent significatives. Plus précisément, après la prise en compte des autres facteurs énoncés, la présence d'au moins trois affections chroniques est une importante variable prédictive de bon nombre de mesures liées à l'accès : absence de contact avec un médecin de famille au cours des 12 derniers mois (probabilité de 0,5), fréquence élevée de contacts (soit au moins quatre au cours de la dernière année; probabilité de 2,6) et visite d'un service d'urgence pour une affection qui, selon les répondants, aurait pu être traitée par le dispensateur de soins de santé habituel (probabilité de 2,3). Le fait d'habiter en région rurale se démarque comme facteur significatif seulement dans les modèles d'analyse des visites au service d'urgence et d'accès aux soins après les heures de bureau (probabilité de 3,0 et de 1,5, respectivement), tandis que le fait d'avoir un revenu faible est un facteur significatif dans le cas de l'accès aux soins après les heures de bureau (probabilité de 2,1; veuillez consulter le tableau D1 à l'annexe D).

Le lien entre besoins élevés et utilisation élevée des soins de santé primaires qui se dégage des réponses autodéclarées à l'enquête est conforme aux données enregistrées par les dispensateurs de soins de santé primaires dans leurs systèmes de dossiers médicaux électroniques. Selon le Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires de l'ICIS, la plupart des patients qui présentent au moins trois

conditions propices aux soins ambulatoires ont visité au moins une fois leur dispensateur de soins de santé primaires au cours de la dernière année (98 %), et 88 % d'entre eux l'ont visité au moins quatre fois, comparativement à 93 % et à 62 % des patients n'affichant qu'une seule condition propice aux soins de santé primaires. (Veuillez consulter le [Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires de l'ICIS](#) pour de plus amples renseignements.)

Tableau 1 : Expériences vécues en matière d'accès aux soins de santé primaires et d'utilisation de ces soins par les personnes de 18 ans et plus qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires, 2008

	Aucun contact avec le médecin de famille au cours des 12 derniers mois (%)	Nombre moyen de contacts avec le médecin de famille au cours des 12 derniers mois (nombre)	Dernière visite au service d'urgence : pour une affection qui, selon les répondants, aurait pu être traitée par le dispensateur de soins habituels (%)	Aucun accès aux soins après les heures de bureau (%)
Résultats globaux	20,8	4,1	11,8	61,0
Sexe				
Hommes [†]	22,2	3,9	11,3	61,5
Femmes	19,5	4,3	12,4	60,5
Nombre d'affections chroniques				
Une condition propice aux soins ambulatoires [†]	26,2	2,6	8,0	57,3
Au moins trois affections chroniques	11,8*	6,5*	16,2*	63,5
Revenu du ménage (corrigé en fonction de la taille des ménages)				
Revenu élevé [†]	14,9 ^E	3,4	10,1 ^E	60,3
Faible revenu	17,1	6,2 ^{E*}	19,1 ^{E*}	78,1*
Caractéristiques géographiques				
Région urbaine [†]	21,1	4,3	8,8	58,3
Région rurale	20,2	3,4*	23,0*	69,3*

Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de référence ($p < 0,05$).

† Groupe de référence.

E : Interpréter avec prudence (le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %).

Source

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Institut canadien d'information sur la santé, Conseil canadien de la santé et Statistique Canada.

Pertinence des soins de santé primaires reçus

Les Canadiens aux prises avec des conditions propices aux soins ambulatoires ne reçoivent pas tous des soins appropriés à leurs besoins en ce qui a trait à la prise en charge clinique ou au soutien fourni par leur dispensateur de soins de santé visant l'autogestion de leurs affections. Des études ont montré que les patients atteints de maladies chroniques qui bénéficient d'un temps suffisant avec un médecin, peuvent confier leurs préoccupations à un médecin, font l'objet de décisions axées sur le patient, reçoivent des soins complets et sont satisfaits des soins reçus sont généralement des patients qui adoptent activement des comportements qui permettent de maintenir ou d'améliorer leur état de santé⁷. Les résultats suivants font ressortir les différences observables pour beaucoup de ces expériences en matière de soins de santé primaires chez les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires. Les plus grands écarts se situent entre les sexes et les tranches de revenu les plus faibles et les plus élevées.

Parmi les adultes présentant des conditions propices aux soins ambulatoires :

Les femmes étaient moins susceptibles que les hommes de passer les tests recommandés pour la surveillance des maladies chroniques ou de bénéficier d'outils d'autogestion de leurs conditions.

- Les femmes qui ont reçu un diagnostic de maladie cardiaque, de diabète ou d'hypertension artérielle étaient moins susceptibles que leurs homologues masculins de déclarer avoir passé les quatre tests recommandés pour la surveillance des maladies chroniques — tension artérielle, taux de cholestérol, poids et glycémie — au cours des 12 derniers mois (46 % et 56 %, respectivement; veuillez consulter le tableau 2). Les femmes qui reçoivent de façon régulière ou continue des médicaments sur ordonnance étaient également moins susceptibles que les hommes dans la même situation de déclarer que leur médecin leur explique généralement ou toujours les effets secondaires des médicaments (56 % contre 65 %; veuillez consulter le tableau C2 à l'annexe C).
- Les femmes étaient par ailleurs plus susceptibles que les hommes de déclarer qu'on ne leur demande généralement pas ou jamais quels sont leurs objectifs de soins, qu'elles ne reçoivent pas d'aide de la part de leur dispensateur de soins de santé primaires pour élaborer un plan de traitement, qu'elles n'ont pas reçu de liste de mesures à prendre pour améliorer leur état de santé ou qu'on ne leur a pas montré comment prendre soin d'elles-mêmes (veuillez consulter le tableau 2).

Ces tendances se dessinent nettement pour l'ensemble des mesures, même après la prise en compte de facteurs comme l'âge, le revenu du ménage, le lieu de résidence (région rurale ou urbaine), la présence de multiples affections chroniques et l'autoévaluation de l'état de santé (veuillez consulter le tableau D3 à l'annexe D).

Les personnes à faible revenu étaient moins susceptibles de déclarer que leur médecin les fait participer aux décisions cliniques ou les aide à élaborer un plan de traitement pour prendre en charge leurs affections.

- Les personnes appartenant aux tranches de revenu les plus faibles étaient moins susceptibles de déclarer que leur dispensateur de soins de santé primaires les fait généralement ou toujours participer aux décisions cliniques, comparativement à celles appartenant aux tranches de revenu les plus élevées (47 % contre 66 %).
- Ils étaient également plus susceptibles de déclarer qu'ils ne reçoivent généralement pas ou ne reçoivent presque jamais d'aide de la part de leur dispensateur de soins de santé primaires pour élaborer un plan de traitement (71 % contre 54 %; veuillez consulter le tableau 2).

Même lorsque les autres facteurs sont pris en compte (âge, sexe, lieu de résidence [région rurale ou urbaine], présence de multiples affections chroniques et autoévaluation de l'état de santé), ces mesures demeurent significatives (probabilité de 0,4 et de 1,8 respectivement; veuillez consulter les tableaux D2 et D3 à l'annexe D).

Tandis que les femmes et les personnes des tranches de revenu les plus faibles ne bénéficient pas d'un niveau optimal de soins pour prendre en charge leurs conditions, les personnes qui présentent des besoins élevés — c'est-à-dire celles souffrant d'au moins trois affections chroniques — déclarent des expériences plus positives, tant sur le plan de la prise en charge clinique que sur celui du soutien requis pour l'autogestion de leurs affections chroniques, plus précisément en ce qui a trait aux échanges sur leurs objectifs de soins avec leur dispensateur de soins de santé primaires et à l'obtention d'une liste écrite de mesures à prendre pour améliorer leur état de santé (tableau 2). Ces différences subsistent même après la prise en compte des autres facteurs (veuillez consulter le tableau D3 à l'annexe D).

Tableau 2 : Expériences vécues en matière de suivi et de soutien à l'autogestion par les personnes de 18 ans et plus qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires, 2008

	Le patient a passé les quatre tests de suivi recommandés (pour les personnes souffrant d'une maladie cardiaque, d'hypertension artérielle ou de diabète) (%)	Le médecin qui dispense les soins de santé primaires fait généralement ou toujours participer le patient aux décisions cliniques (%)	Au cours des 12 derniers mois, le médecin qui dispense généralement les soins de santé primaires n'a pas ou n'a presque jamais			
			demandé au patient quels sont ses objectifs de soins liés à ses affections chroniques (%)	aidé le patient à élaborer un plan de traitement à suivre au quotidien (%)	fourni au patient une liste de mesures à prendre pour améliorer son état de santé (%)	montré au patient quoi faire pour prendre soin de lui et améliorer son état (%)
Résultats globaux	50,9	56,2	45,5	61,4	69,0	34,9
Sexe						
Hommes[†]	55,8	55,2	42,1	56,2	63,5	29,3
Femmes	45,9*	57,2	48,9*	66,7*	74,6*	40,5*
Nombre d'affections chroniques						
Une seule condition propice aux soins ambulatoires[†]	45,1	52,9	49,6	65,7	74,3	34,7
Au moins trois affections chroniques	57,8*	62,3*	37,7*	58,9	63,3*	31,1
Revenu du ménage (corrige en fonction de la taille des ménages)						
Revenu élevé[†]	48,3	65,8	46,2	54,2	69,9	31,2
Faible revenu	44,4	46,7*	46,1	71,0*	69,3	42,4
Caractéristiques géographiques						
Région urbaine[†]	51,0	57,1	46,5	61,2	70,4	34,4
Région rurale	46,7	53,0	43,5	63,2	64,9	38,6

Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de référence ($p < 0,05$).

† Groupe de référence.

Source

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Institut canadien d'information sur la santé, Conseil canadien de la santé et Statistique Canada.

Discussion

Les résultats de la présente analyse montrent que les Canadiens ne bénéficient pas tous d'un accès optimal aux soins de santé primaires ou d'un niveau de soins adaptés à leurs besoins. Les constatations confirment que des facteurs tels le sexe, le revenu du ménage, le lieu de résidence et l'état de santé influent sur la prise en charge des conditions propices aux soins ambulatoires en soins de santé primaires.

Les personnes qui se situent dans les tranches de revenus les plus faibles étaient plus nombreuses à se rendre au service d'urgence pour des affections qui auraient pu, selon elles, être traitées par leur dispensateur de soins de santé primaires. Par ailleurs, elles avaient moins facilement accès à des soins après les heures de bureau que les personnes des tranches de revenu les plus élevées. Même si elles utilisent plus massivement les services de santé primaires que les personnes appartenant aux tranches de revenu les plus élevées, les personnes aux revenus les plus faibles étaient moins susceptibles de déclarer que leur dispensateur de soins de santé primaires les fait régulièrement participer aux décisions cliniques ou les aide à élaborer un plan de traitement. Ces résultats sont conformes à ceux d'autres études canadiennes qui montrent que les personnes à faible revenu ont davantage recours aux services de soins de santé primaires et affichent des taux plus élevés d'hospitalisation pour des affections chroniques, et qu'un faible revenu est un facteur déterminant de l'utilisation des soins de santé primaires ou du besoin d'hospitalisation³⁻⁵.

Le fait de résider en région rurale est associé à un accès plus difficile aux soins après les heures de bureau ainsi qu'à un taux plus élevé de visites au service d'urgence pour des affections qui auraient pu, de l'avis des patients, être traitées par leur dispensateur de soins de santé primaires. Cette constatation est conforme aux autres études et reflètent peut-être le rôle que jouent les hôpitaux de petite taille situés en région rurale dans la prestation de soins de santé primaires⁸. Les médecins en région rurale ont tendance à dispenser des soins à plusieurs endroits, dont les services d'urgence faisant office de cabinets de soins primaires. Il est donc possible que ces médecins passent moins de temps à leur clinique et qu'ils soient donc moins disponibles pour les consultations sans rendez-vous⁹.

La présente analyse montre que les personnes aux besoins les plus élevés — c'est-à-dire celles ayant au moins trois affections chroniques — utilisent davantage les soins de santé primaires et qu'elles sont plus susceptibles de se rendre au service d'urgence pour une affection qui aurait pu, selon elles, être traitée par leur dispensateur de soins de santé primaires, comparativement aux personnes vivant avec une seule condition propice aux soins ambulatoires. Elles sont également plus susceptibles de faire état d'expériences positives en ce qui a trait à la prise en charge clinique de leurs affections (comme d'avoir passé les tests recommandés pour surveiller l'évolution des affections chroniques et de participer aux décisions cliniques relatives à leur santé) et de recevoir le soutien nécessaire à l'autogestion de leur affection chronique. Ces résultats suggèrent que les personnes souffrant de multiples affections chroniques déclarent recevoir un niveau élevé de soins, ce qui pourrait témoigner de leurs besoins élevés en matière de soins. Les hommes sont également plus susceptibles que les femmes de recevoir un niveau élevé de soins cliniques.

La réduction du nombre d'hospitalisations et de visites au service d'urgence de l'ensemble des personnes présentant des conditions propices aux soins ambulatoires en assurant un accès facile et rapide aux soins de santé primaires pourrait se traduire par des économies substantielles pour le système de santé. En 2009-2010, le coût moyen estimé, en excluant les coûts associés au médecin, d'un séjour en soins de courte durée pour une condition propice aux soins ambulatoires s'élevait à près de 5 700 \$, et celui d'une visite au service d'urgence, à environ 280 \$ (pour les adultes de 20 à 74 ans; veuillez consulter le tableau B2 à l'annexe B). Ces chiffres permettent de croire que chaque diminution de 10 % des hospitalisations se traduirait par des économies annuelles d'environ 34 millions de dollars en soins hospitaliers.

Les résultats présentés dans cette Analyse en bref font ressortir l'ampleur des gains qu'il serait possible de réaliser au chapitre de l'utilisation et de la pertinence des soins de santé primaires pour tous les Canadiens. Ils montrent également que le secteur des soins de santé primaires a un rôle important à jouer pour garantir un accès équitable à des soins cliniques de qualité. Par ailleurs, ces résultats permettent de mieux comprendre pourquoi le Canada fait mauvaise figure aux côtés des 10 autres pays participant à l'enquête du Fonds du Commonwealth pour bon nombre des mesures de soins de santé primaires abordées dans la présente analyse, surtout sur le plan de l'accès aux soins après les heures de bureau, l'utilisation des services d'urgence, la disponibilité et le chevauchement des résultats de tests ainsi que l'accès à un médecin ou à une infirmière en cas de maladie¹⁰.

Renforcer les soins de santé primaires au Canada

Les résultats de la présente analyse montrent qu'il est possible d'en faire plus pour veiller à ce que tous les Canadiens aient accès aux soins de santé primaires dont ils ont besoin et pour renforcer les programmes qui garantissent la qualité de la prestation des soins cliniques et du soutien à l'autogestion des affections chroniques.

Un certain nombre de stratégies et de modèles ont été mis en place pour renforcer les soins de santé primaires au Canada et l'étranger afin de réduire les disparités en santé. Ces mesures portent sur la qualité des échanges entre le patient et le médecin, la prestation des soins et la gestion des dossiers, de même que sur le soutien à offrir aux patients pour qu'ils prennent eux-mêmes en charge leurs affections chroniques. Elles visent à appuyer les services de santé et à aider les patients à se sentir plus en maîtrise de leur condition^{6, 11, 12}. Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé propose plusieurs façons d'éliminer les disparités entre les sexes au chapitre de l'accès au système de santé, notamment de former le personnel sur les besoins différents des patients et des patientes, tout en assurant de façon continue des ressources financières et humaines¹³. Des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes et qui reposent sur une approche interdisciplinaire et exhaustive des soins de santé primaires, sont également mises sur pied au Canada et en Europe. Il a été démontré que ce type de cliniques améliore les résultats pour la santé^{14, 15}.

Un certain nombre d'études ont également cerné des activités précises qui permettent de tendre vers des soins de santé primaires de grande qualité, comme la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques, l'implantation de systèmes de surveillance électronique et de télésurveillance, l'instauration d'incitatifs financiers à l'intention des dispensateurs de soins de santé primaires et l'élargissement des équipes de collaboration interprofessionnelle^{6, 16}. Des études de cas menées sur 10 systèmes de dossiers médicaux électroniques en Europe ont fait ressortir un net avantage pour le système de santé de 6 à 11 ans après la mise en œuvre des systèmes, surtout au chapitre de la diminution du nombre d'interventions réalisées en double, de l'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun et de l'amélioration des renseignements sur la santé en appui à la prise de décisions¹⁷. Un examen des évaluations des programmes d'incitatifs financiers au Royaume-Uni et aux États-Unis a donné des résultats mitigés et fait ressortir peu de retombées importantes¹⁸.

Une analyse préliminaire des activités à l'échelle des régions sanitaires laisse croire qu'un certain nombre d'initiatives sont en cours au Canada afin d'atténuer les disparités en matière d'accès aux soins de santé primaires pour les groupes vulnérables, comme ceux décrits dans la présente Analyse en bref. À titre d'exemple, les technologies de l'information et des communications sont mises à profit afin de réduire les difficultés d'accès engendrées par le temps et la distance pour les Canadiens qui habitent en région rurale et nordique en les aidant à communiquer à distance avec le personnel des hôpitaux situés en région urbaine¹⁹. Certaines régions rurales et nordiques procèdent également à la réorientation de la prestation des services en ayant recours à des cliniques dirigées par des infirmières pour dispenser des soins de santé primaires dans des zones mal desservies²⁰. Au-delà de la prestation des services, des initiatives sont en cours pour combattre les pénuries de ressources humaines en santé par la formation et le maintien en poste dans les zones rurales

et isolées qui sont mal desservies²¹. D'autres initiatives ont également été entreprises afin de réduire les obstacles financiers auxquels se heurtent les personnes à faible revenu pour demeurer en santé et accéder aux services. Dans certaines régions, des programmes sont mis en œuvre pour fournir aux personnes à faible revenu des subventions visant à couvrir le coût des médicaments vendus sur ordonnance, des suppléments alimentaires, des prothèses et d'autres appareils et services nécessaires à la prise en charge de certaines affections²², des moyens de transport pour se présenter à des rendez-vous médicaux et des services de garde d'enfants²³.

Un des éléments essentiels de l'élaboration de programmes destinés à combattre les inégalités en santé est l'instauration de mesures de surveillance efficaces afin d'évaluer si les nouveaux programmes et ceux déjà en place produisent des résultats²⁴. La collecte et la déclaration de renseignements démographiques et socioéconomiques sur les patients et la mise en correspondance de ces renseignements avec les renseignements médicaux aideraient les décideurs à mieux évaluer l'efficacité des programmes visant à réduire les disparités au chapitre des expériences vécues au sein du système de santé. Une analyse plus poussée des possibilités d'intervention dans les établissements de soins de santé primaires ainsi que de l'effet de ces initiatives sur les groupes vulnérables et les disparités en santé pourrait également enrichir la base de connaissances.

Conclusion

La présente Analyse en bref a fait ressortir les différences au sein de la population en ce qui concerne l'accès aux soins de santé primaires ainsi que l'utilisation et la pertinence des soins chez les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires. Elle montre qu'une équité accrue en matière d'accès aux soins de santé primaires et d'utilisation des soins, que la prise en charge clinique des affections chroniques et qu'une aide à l'autogestion permettraient d'améliorer les soins. Bien que de nombreux facteurs puissent être abordés par le système de soins de santé primaires, comme l'offre de soins plus opportuns, accessibles, complets et coordonnés, d'autres facteurs outrepassent le cadre des soins de santé primaires et évoluent dans les contextes social, économique, environnemental et du système de santé plus larges. D'autres analyses qualitatives et quantitatives seront nécessaires pour bien comprendre et aborder ces facteurs, de même que pour examiner de plus près l'incidence des initiatives en soins de santé primaires sur les groupes désavantagés. L'amélioration de la base de connaissances a le potentiel de favoriser la prestation responsable, efficace et durable de soins de santé accessibles, ainsi que la diffusion des meilleures pratiques en matière de soins de santé primaires en vue de réduire les inégalités et de promouvoir la santé de tous les Canadiens.

Remerciements

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'ICIS, tient à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont participé à l'élaboration de la présente Analyse en bref. Plus particulièrement, elle tient à exprimer sa gratitude envers les personnes suivantes qui ont passé en revue l'Analyse en bref et fourni des commentaires afin d'en améliorer le contenu :

Le **D^r Rick Glazier**, M.D., Université de Western Ontario; M.H.P., École de santé publique de l'Université John Hopkins

Michel Grignon, Ph. D., directeur du Centre for Health Economics and Policy Analysis et professeur adjoint, Université McMaster

L'ISPC remercie également le Conseil d'administration de l'ICIS et le Conseil de l'ISPC de leur soutien et de leurs conseils quant à l'orientation stratégique de la présente Analyse en bref.

Plusieurs personnes et équipes ont participé à l'élaboration de la présente Analyse en bref. Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance particulière envers les membres du personnel de l'ISPC qui ont fait partie de l'équipe principale responsable de la production du document : Anne Markhauser, Yiwen Chen, Diana Ridgeway et Sushma Mathur. Nous souhaitons également exprimer notre reconnaissance aux membres du personnel de l'ISPC et de l'ICIS qui ont généreusement fourni un soutien et une aide à l'équipe principale tout au long de la production de l'Analyse en bref : Lisa Corscadden, Sadiq Raji, Mélanie Josée Davidson, Catherine Fraser, Andrew Clairmont, Jean Harvey, Jeremy Veillard et les membres des équipes d'information sur les soins de santé primaires et d'établissement des coûts relatifs aux patients.

Annexe A : Source des données, définitions et méthodes

Source des données

L'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP) de 2008, un sous-échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, est la principale source de données utilisées dans le cadre de ce projet. Commandée conjointement par l'ICIS et le Conseil canadien de la santé et réalisée par Statistique Canada, l'ECE-SSP recueille de l'information sur l'utilisation des soins de santé primaires, l'accès à ces soins et les expériences vécues par les patients, de même que sur le soutien à l'autogestion des affections chroniques en soins de santé primaires. Les données ont été recueillies auprès d'habitants de logements privés dans les 10 provinces et les 3 territoires, à l'exception des personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, des pensionnaires d'établissements institutionnels, des membres à temps plein des Forces canadiennes et des résidents de certaines régions éloignées. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la conception et la méthode d'échantillonnage de l'ECE-SSP, veuillez consulter [Statistique Canada](#).

Population étudiée

Les adultes de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de condition propice aux soins ambulatoires qui a duré, ou devait durer, au moins six mois ont été inclus dans la population étudiée (n = 4 138). Les conditions propices aux soins ambulatoires incluses dans l'analyse sont l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (y compris l'emphysème), le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiaques. Cette sélection est conforme à celle d'autres études qui ont examiné les populations présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, malgré de légères différences sur le plan des conditions incluses, différences attribuables à l'information recueillie sur les problèmes de santé dans l'ECE-SSP⁶. Les analyses consacrées aux conditions propices aux soins ambulatoires ciblent généralement les adultes de moins de 75 ans. Dans la présente analyse, les personnes de 75 ans et plus ont été incluses en raison de la petite taille de l'échantillon de répondants à l'ECE-SSP qui ont déclaré être atteints d'une condition propice aux soins ambulatoires.

Les résultats présentés portent uniquement sur des personnes qui ont déclaré des conditions propices aux soins ambulatoires. La présence de ces conditions et leur gravité n'ont pas été validées de façon indépendante sur le plan clinique. Comme les affections chroniques non diagnostiquées, telles que l'hypertension artérielle et le diabète, sont plus fréquentes chez les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, il y a risque de sous-déclaration, en particulier dans les groupes les plus défavorisés²⁵.

Populations ayant fait l'objet de comparaisons

Au total, 20 mesures de soins de santé primaires ont été examinées chez différentes populations définies en fonction du sexe, du revenu des ménages ajusté, du lieu de résidence (région rurale ou urbaine) et de la présence de multiples affections chroniques.

Groupes basés sur le revenu

Les quintiles de revenu sont dérivés du revenu brut du ménage ajusté en fonction de la taille du ménage. Par exemple, un revenu annuel de moins de 25 000 \$ pour un ménage de deux personnes ou de moins de 41 071 \$ pour un ménage de cinq personnes est classé dans le quintile le plus faible. Les enregistrements où le revenu n'est pas mentionné ont été exclus de l'analyse bidimensionnelle, mais ont été groupés pour former une catégorie de revenus dans l'analyse s'appuyant sur de multiples régressions logistiques (cette catégorie a été exclue des résultats).

Lieu de résidence (région rurale ou urbaine)

Le lieu de résidence a été défini au moyen de la Classification des secteurs statistiques de Statistique Canada. Les personnes habitant les régions métropolitaines de recensement ou les agglomérations de recensement ont été considérées comme des résidents des régions urbaines, tandis que celles habitant toutes les autres zones (zones d'influence métropolitaine forte, modérée, faible ou nulle et les territoires) ont été considérées comme des résidents des régions rurales.

Affections chroniques multiples

Afin d'évaluer si les expériences vécues en soins de santé primaires par les personnes ayant reçu un diagnostic de condition propice aux soins ambulatoires variaient en fonction des besoins, la population étudiée a été groupée selon le nombre d'affections chroniques.

- Une condition propice aux soins ambulatoires : personnes qui ont déclaré avoir reçu un seul diagnostic de condition propice aux soins ambulatoires — c'est-à-dire asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (emphysème compris), diabète, hypertension artérielle ou maladie cardiaque — et qui ne souffrent d'aucune autre affection chronique.
- Au moins trois affections chroniques: personnes qui ont déclaré avoir reçu au moins trois diagnostics d'affections chroniques, dont au moins une condition propice aux soins ambulatoires. Les affections chroniques peuvent inclure l'arthrite, le cancer, un accident vasculaire cérébral, des troubles de l'humeur (y compris la dépression) et la douleur chronique.

Méthodes statistiques

Des analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.1) afin d'estimer la prévalence de facteurs démographiques, socioéconomiques, géographiques et liés à l'état de santé ainsi que de mesures en soins de santé primaires. Les cas qui comprennent des éléments de non-réponse (« ne sait pas », « non précisé » ou « refus de répondre ») ou des réponses manquantes ont été exclus des estimations de la prévalence. Ces cas représentent généralement moins de 2,5 % des répondants, sauf pour la question sur l'accès après les heures de bureau, où 14 % des répondants ignoraient si leur dispensateur de soins de santé primaires offrait des services après les heures de bureau.

Une analyse de régression logistique multiple a été utilisée afin de déterminer si les différences entre les sous-groupes sur le plan des expériences vécues en soins de santé primaires demeuraient après la prise en compte de l'âge, du sexe, du revenu du ménage (corrige en fonction de la taille des ménages), du lieu de résidence (région rurale ou urbaine), de la présence de multiples affections chroniques et de l'autoévaluation de l'état de santé. Seules les mesures de soins de santé primaires qui étaient significativement différentes pour les sous-groupes étudiés lors des analyses bidimensionnelles ont été prises en compte (veuillez consulter l'annexe D pour obtenir de plus amples renseignements).

La méthode bootstrap, qui prend en considération la conception complexe de l'enquête, a été utilisée pour estimer la variance et les intervalles de confiance de 95 %.

Limites de l'étude

La présente étude a plusieurs limites. Elle examine les expériences en soins de santé primaires déclarées par les répondants, mais ne mesure pas la qualité des soins reçus ni les types de services reçus, et n'évalue pas si les soins dispensés étaient suffisants en fonction des besoins ou des choix en matière de soins de santé. L'étude ne précise pas non plus si les expériences en soins de santé primaires déclarées par les répondants portent sur la prise en charge de leur condition propice aux soins ambulatoires ou d'autres affections. L'incapacité de relier les expériences vécues en soins de santé primaires aux visites au service d'urgence, aux hospitalisations ou aux décès dans le cas des personnes présentant des conditions propices aux soins ambulatoires constitue une autre limite importante. De tels renseignements permettraient de mieux comprendre la relation entre l'utilisation des soins de santé primaires et les résultats défavorables pour la santé. Malgré ces limites, la présente étude fournit de l'information nouvelle et utile sur les expériences vécues en soins de santé primaires par les personnes qui ont reçu un diagnostic de condition propice aux soins ambulatoires, de même que sur l'influence de facteurs comme le sexe, le revenu du ménage, le lieu de résidence et la présence de multiples affections chroniques.

Annexe B : Fardeau économique et en matière de santé découlant des conditions propices aux soins ambulatoires

Tableau B1 : Prévalence et taux d'hospitalisation et de mortalité normalisés selon l'âge chez les adultes de 20 à 74 ans qui ont reçu un diagnostic de condition propice aux soins ambulatoires, 2008

	Prévalence (%)	Taux d'hospitalisation (par 100 000 habitants)	Taux de mortalité (par 100 000 habitants)
Conditions propices aux soins ambulatoires — résultats globaux	25	390	52
Sexe			
Hommes[†]	26	438	72
Femmes	24	345*	33*
Écart relatif (hommes/femmes)	0,9	0,8	0,5
Statut socioéconomique à l'échelle des aires de diffusion[‡]			
Statut le plus élevé[†]	21	206	n.d. §
Statut le plus faible	29*	389*	n.d.
Écart relatif (élevé/faible)	1,4	1,9	
Caractéristiques géographiques			
Région urbaine[†]	25	349	n.d. §
Région rurale	27	541*	n.d.
Écart relatif (urbaine/rurale)	1,1	1,5	

Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de référence ($p < 0,05$).

† Groupe de référence.

‡ L'indice de défavorisation de l'Institut national de santé publique du Québec a été utilisé comme mesure sommaire pour évaluer le statut socioéconomique à l'échelle des aires de diffusion. Cet indice repose sur un certain nombre de variables socioéconomiques tirées du recensement de 2006, comme la scolarité, l'emploi, le revenu et la structure familiale²⁶. Les données du Québec ont été exclues de l'analyse par statut socioéconomique à l'échelle des aires de diffusion, car les enregistrements sur les hospitalisations du Québec dans la Base de données sur les congés des patients n'indiquent pas le code postal à six chiffres, lequel est nécessaire pour déterminer le lieu de résidence d'un patient.

§ Les taux de mortalité selon le statut socioéconomique ou la provenance géographique à l'échelle des aires de diffusion ne se trouvent pas dans les statistiques de l'état civil de Statistique Canada. Cependant, d'autres études ont démontré que les taux de décès chez les personnes vivant dans les régions moins peuplées ou les plus défavorisées sont de 25 à 50 % plus élevés qu'ailleurs²⁷⁻²⁹.

n.d. : non disponible.

Toutes les estimations ont été normalisées selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

La définition des conditions propices aux soins ambulatoires diffère légèrement dans le cas des données sur la prévalence, les taux d'hospitalisation et les taux de mortalité en raison de l'information recueillie dans le cadre de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires. Dans le cas des taux d'hospitalisation, les conditions suivantes sont incluses : angine, asthme, diabète, épilepsie, insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire, hypertension et maladie pulmonaire obstructive chronique. Dans le cas des taux de mortalité, d'autres cardiopathies ischémiques chroniques sont prises en compte à la place de l'angine, et l'épilepsie n'est pas incluse, car ces causes de décès ne se trouvent pas dans les statistiques de l'état civil de Statistique Canada.

Sources

Prévalence : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Institut canadien d'information sur la santé, Conseil canadien de la santé et Statistique Canada.

Taux d'hospitalisation : Indice de défavorisation, 2006, Institut national de santé publique du Québec; Base de données sur les congés des patients, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Taux de mortalité : statistiques de l'état civil, 2008, Statistique Canada.

Tableau B2 : Coût d'une visite au service d'urgence et d'une hospitalisation en soins de courte durée pour les patients de 20 à 74 ans qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires, 2009-2010

	Coût moyen estimé d'une visite au service d'urgence (\$)	Coût moyen estimé d'une hospitalisation en soins de courte durée (\$)
Moyenne pondérée pour l'ensemble des conditions propices aux soins ambulatoires	281	5 679
Résultat par condition propice aux soins ambulatoires		
Angine	504	3 854
Asthme	205	2 938
Diabète	284	4 745
Épilepsie	311	5 511
Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire	430	7 258
Hypertension	298	3 670
Maladie pulmonaire obstructive chronique	275	6 514

Remarques

Les estimations correspondent au coût moyen estimé des services fournis à un patient moyen. Ils incluent les frais engagés par l'hôpital pour dispenser les services, mais excluent les honoraires des médecins.

Le coût moyen estimé des services dispensés à un patient hospitalisé est obtenu en multipliant le coût par cas pondéré par la pondération de la consommation des ressources moyenne pour chaque groupe de patients.

Le calcul des estimations de coûts pour les patients hospitalisés comprend uniquement les cas normaux (veuillez consulter l'[estimeur des coûts par patient](#) pour obtenir de plus amples renseignements).

Les patients de la Saskatchewan, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador et des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut sont exclus du calcul du coût moyen estimé d'une visite au service d'urgence.

Les patients du Québec sont exclus du calcul du coût moyen estimé d'une hospitalisation en soins de courte durée.

Les cas de patients hospitalisés ont été groupés selon la méthodologie de regroupement des groupes de maladies analogues (GMA+) 2011 de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Les cas de patients du service d'urgence ont été groupés selon la méthodologie du Système global de classification ambulatoire 2011 de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Sources

Patients du service d'urgence : Base de données canadienne SIG, 2008-2009 et 2009-2010, Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé; Base de données sur les soins ambulatoires de l'Alberta, 2008-2009, Santé et Mieux-être Alberta.

Patients hospitalisés : Base de données canadienne SIG, 2009-2010, et Base de données sur les congés des patients, 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe C : Estimations de la prévalence de certaines expériences en matière de soins de santé primaires par les personnes présentant des conditions propices aux soins ambulatoires

Tableau C1 : Prévalence des mesures d'accès aux soins de santé primaires déclarés par les adultes de 18 ans et plus qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires, 2008

	Ont un médecin régulier (%)	Ont eu de la difficulté à obtenir des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois (%)	Ont eu de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé au cours des 12 derniers mois (%)
Résultats globaux	93,9	10,9	13,3
Sexe			
Hommes [†]	94,2	10,3 ^E	11,9
Femmes	93,5	11,5	14,8
Nombre d'affections chroniques			
Une seule condition propice aux soins ambulatoires [†]	93,4	7,9 ^E	7,6 ^E
Au moins trois affections chroniques	96,1	12,6 ^E	17,2*
Revenu du ménage (corrige en fonction de la taille des ménages)			
Revenu élevé [†]	93,7	17,9 ^E	18,4 ^E
Faible revenu	93,2	14,7 ^E	19,9 ^E
Caractéristiques géographiques			
Région urbaine [†]	94,0	11,7	14,2
Région rurale	92,2	10,2 ^E	10,2*

Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de référence ($p < 0,05$).

† Groupe de référence.

E : Interpréter avec prudence (le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %).

Source

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Institut canadien d'information sur la santé, Conseil canadien de la santé et Statistique Canada.

Tableau C2 : Prévalence des expériences d'interactions avec le dispensateur de soins de santé primaires déclarées par les adultes de 18 ans et plus qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires, 2008

	Au cours des 12 derniers mois, le dispensateur de soins de santé primaires a généralement ou toujours						
	accordé au patient suffisamment de temps pour discuter de ses problèmes (%)	pris les problèmes de santé du patient très au sérieux (%)	expliqué les résultats des tests de façon compréhensible (%)	coordonné les soins dispensés par d'autres médecins ou établissements, au besoin (%)	expliqué les effets secondaires des médicaments sur ordonnance [‡] (%)	passé en revue les médicaments sur ordonnance [‡] (%)	eu des problèmes d'accès aux résultats des tests, fait passer les mêmes tests plus d'une fois sans raison ou fourni de l'information contradictoire (%)
Résultats globaux	64,9	70,3	62,9	74,2	60,2	58,1	5,4
Sexe							
Hommes[†]	65,0	70,4	63,6	75,1	64,6	59,9	4,2
Femmes	64,8	70,3	62,2	73,3	56,1*	56,3	6,6
Nombre d'affections chroniques							
Une seule condition propice aux soins ambulatoires[†]	59,1	67,1	59,5	67,7	56,8	60,1	3,6 ^E
Au moins trois affections chroniques	74,1*	78,0*	70,3*	81,8*	61,5	59,6	7,9*
Revenu du ménage (corrige en fonction de la taille des ménages)							
Revenu élevé[†]	70,2	75,5	65,1	76,2	65,4	53,2	3,2 ^E
Faible revenu	60,2	66,7	56,2	68,2	61,5	53,0	9,5 ^{E*}
Caractéristiques géographiques							
Région urbaine[†]	64,3	70,6	63,4	74,6	57,5	57,2	5,2
Région rurale	66,2	71,8	62,0	71,1	62,6	59,1	6,0 ^E

Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de référence ($p < 0,05$).

† Groupe de référence.

‡ Ces mesures concernent uniquement les répondants qui reçoivent de façon régulière ou continue des médicaments sur ordonnance. Les estimations de la prévalence ne tiennent pas compte des répondants qui prennent le même médicament depuis longtemps, car ces questions n'ont pas été posées pendant l'enquête (28 % et 23 % des répondants, respectivement).

E : Interpréter avec prudence (le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %).

Source

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Institut canadien d'information sur la santé, Conseil canadien de la santé et Statistique Canada.

Annexe D : Rapports de cotes ajustés de certaines mesures de soins de santé primaires et caractéristiques individuelles pour les personnes qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires

Tableau D1 : Rapports de cotes ajustés des mesures d'accès aux soins de santé primaires déclarés par les adultes de 18 ans et plus qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires, 2008

	Aucun contact avec le médecin de famille au cours des 12 derniers mois	Au moins quatre contacts avec le médecin de famille au cours des 12 derniers mois	Dernière visite au service d'urgence : pour une affection qui, selon les répondants, aurait pu être traitée par le dispensateur de soins habituels	Aucun accès aux soins après les heures de bureau
Sexe				
Hommes [†]	1,00	1,00	1,00	1,00
Femmes	0,84	1,30*	0,98	0,91
Âge				
18 à 44 ans [†]	1,00	1,00	1,00	1,00
45 à 64 ans	0,52*	1,39	0,65	0,77
65 ans et plus	0,63*	1,70*	0,36*	0,78
Revenu du ménage (corrige en fonction de la taille des ménages)				
Revenu élevé [†]	1,00	1,00	1,00	1,00
Revenu moyen	2,08*	0,92	1,13	0,94
Faible revenu	1,64	1,20	1,72	2,05*
Caractéristiques géographiques				
Région urbaine [†]	1,00	1,00	1,00	1,00
Région rurale	1,00	0,79	2,98*	1,52*
Nombre d'affections chroniques				
Une seule condition propice aux soins ambulatoires [†]	1,00	1,00	1,00	1,00
Deux affections chroniques	0,95	1,96*	1,84*	1,23
Au moins trois affections chroniques	0,49*	2,64*	2,30*	1,05
Autoévaluation de l'état de santé				
Excellent, très bon ou bon [†]	1,00	1,00	1,00	1,00
Passable ou mauvais	0,67*	2,14*	1,15	1,56*

Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de référence ($p < 0,05$).

† Groupe de référence.

Source

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Institut canadien d'information sur la santé, Conseil canadien de la santé et Statistique Canada.

Tableau D2 : Rapports de cotes ajustés des expériences d'interactions avec le dispensateur de soins de santé primaires déclarées par les adultes de 18 ans et plus qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires, 2008

	Au cours des 12 derniers mois, le dispensateur de soins de santé primaires a généralement ou toujours					
	accordé au patient suffisamment de temps pour discuter de ses problèmes	pris les problèmes de santé du patient très au sérieux	expliqué les résultats des tests de façon compréhensible	inclus le patient dans les décisions cliniques	coordonné les soins dispensés par d'autres médecins ou établissements, au besoin	expliqué les effets secondaires des médicaments sur ordonnance [‡]
Sexe						
Hommes[†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Femmes	1,02	1,01	0,96	1,16	0,91	0,69*
Âge						
18 à 44 ans[†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
45 à 64 ans	2,20*	2,13*	1,68*	2,01*	1,61*	0,95
65 ans et plus	2,14*	1,94*	1,70*	1,28	1,07	1,03
Revenu du ménage (corrigeé en fonction de la taille des ménages)						
Revenu élevé[†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Revenu moyen	0,71	0,67	0,87	0,66*	0,91	0,72
Faible revenu	0,50*	0,54*	0,58*	0,42*	0,60	0,86
Caractéristiques géographiques						
Région urbaine[†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Région rurale	1,05	1,08	0,94	0,86	0,82	1,15
Nombre d'affections chroniques						
Une seule condition propice aux soins ambulatoires[†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Deux affections chroniques	1,05	0,90	0,93	1,02	1,37	1,27
Au moins trois affections chroniques	1,75*	1,57*	1,45*	1,60*	2,08*	1,17
Autoévaluation de l'état de santé						
Excellent, très bon ou bon[†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Passable ou mauvais	1,09	1,04	1,15	0,87	1,21	1,15

Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de référence ($p < 0,05$).

† Groupe de référence.

‡ Cette mesure concerne uniquement les répondants qui reçoivent de façon régulière ou continue des médicaments sur ordonnance. L'estimation de la prévalence ne tient pas compte des répondants qui prennent le même médicament depuis longtemps (28 % des répondants).

Source

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Institut canadien d'information sur la santé, Conseil canadien de la santé et Statistique Canada.

Tableau D3 : Rapports de cotes ajustés des expériences de prise en charge clinique et de soutien à l'autogestion par le dispensateur de soins de santé primaires pour les adultes de 18 ans et plus qui présentent des conditions propices aux soins ambulatoires, 2008

	Le patient a passé les quatre tests de suivi recommandés (pour les personnes souffrant de maladie cardiaque, d'hypertension artérielle ou de diabète)	Au cours des 12 derniers mois, le médecin qui dispense généralement les soins de santé primaires n'a pas ou n'a presque jamais			
		demandé au patient quels sont ses objectifs de soins liés à ses affections chroniques	aidé le patient à élaborer un plan de traitement à suivre au quotidien	fourni au patient une liste de mesures à prendre pour améliorer son état de santé	montré au patient quoi faire pour prendre soin de lui et améliorer son état
Sexe					
Hommes [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Femmes	0,62*	1,38*	1,48*	1,77*	1,62*
Âge					
18 à 44 ans [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
45 à 64 ans	4,84*	0,50*	0,97	0,61*	0,65*
65 ans et plus	4,68*	0,68	1,67*	0,94	0,78
Revenu du ménage (corrigeé en fonction de la taille des ménages)					
Revenu élevé [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Revenu moyen	1,30	0,91	1,07	0,81	1,06
Faible revenu	0,91	0,99	1,79*	0,91	1,40
Caractéristiques géographiques					
Région urbaine [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Région rurale	0,75*	0,93	1,06	0,80	1,20
Nombre d'affections chroniques					
Une seule condition propice aux soins ambulatoires [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Deux affections chroniques	1,06	1,02	0,70*	0,79	1,23
Au moins trois affections chroniques	1,40*	0,69*	0,61*	0,65*	0,80
Autoévaluation de l'état de santé					
Excellent, très bon ou bon [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Passable ou mauvais	0,93	0,88	0,97	0,78	1,05

Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de référence ($p < 0,05$).

† Groupe de référence.

Source

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Institut canadien d'information sur la santé, Conseil canadien de la santé et Statistique Canada.

Références

1. J. Caminal et coll., « The Role of Primary Care in Preventing Ambulatory Care Sensitive Conditions », *European Journal of Public Health*, vol. 14, n° 3 (2004), p. 246-251. Consulté le 15 janvier 2012. Internet : <<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/14/3/246.full.pdf>>.
2. J. Billings et coll., « Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City », *Health Affairs*, vol. 12, n° 1 (1993), p. 162-173.
3. L. L. Roos et coll., « Physician Visits, Hospitalizations, and Socioeconomic Status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting », *Health Services Research*, vol. 40, n° 4 (2005), p. 1167-1185.
4. C. Sanmartin et coll., *Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The Factors That Matter [Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) : les facteurs qui importent]*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2011.
5. G. B. Booth et J. E. Hux, « Relationship Between Avoidable Hospitalizations for Diabetes Mellitus and Income Level », *Archives of Internal Medicine*, vol. 163 (2003), p. 101-106.
6. J. McCusker et coll., « Emergency Department Visits and Primary Care Among Adults With Chronic Conditions », *Medical Care*, vol. 48, n° 11 (2010), p. 972-980.
7. S. T. Wong et coll., « Patient Activation in Primary Healthcare: A Comparison Between Healthier Individuals and Those With a Chronic Illness », *Medical Care*, vol. 49, n° 5 (2011), p. 469-479.
8. D. Hay et coll., *Frontline Health Care in Canada: Innovations in Delivering Services to Vulnerable Populations [Les soins de santé de première ligne au Canada : innovations dans la prestation des soins de santé aux populations vulnérables]*, Ottawa (Ont.), Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2006. Consulté le 16 janvier 2012. Internet : <<http://ircp.info/Portals/22/Downloads/Policy/CPRN%20Frontline%20Healthcare%20in%20Canda.pdf>>.
9. J. Haggerty et coll., « Features of Primary Healthcare Clinics Associated With Patients' Utilization of Emergency Rooms: Urban–Rural Differences », *Healthcare Policy*, vol. 3, n° 2 (2007), p. 72-85.
10. Commonwealth Fund, *2011 Commonwealth Fund Survey of Public Views of the Health System*. Consulté le 14 janvier 2012. Internet : <<http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2011/Apr/Survey-of-Public-Views.aspx>>.
11. E. H. Wagner et coll., « Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action », *Health Affairs*, vol. 20, n° 6 (2001), p. 64-76. Consulté le 16 janvier 2012. Internet : <<http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.full?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=wagner+eh&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&volume=20&firstpage=64&resourcetype=HWCIT&cited-by=yes&legid=healthaff;20/6/64>>.
12. V. J. Barr et coll., « The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies From Population Health Promotion and the Chronic Care Model », *Hospital Quarterly*, vol. 7, n° 1 (2003), p. 73-82.
13. Organisation mondiale de la Santé, *How Can Gender Equity Be Addressed Through Health Systems?*, Copenhague (Danemark), OMS, 2011. Consulté le 14 janvier 2012. Internet : <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf>.
14. A. Strömberg et coll., « Nurse-Led Heart Failure Clinics Improve Survival and Self-Care Behaviour in Patients With Heart Failure: Results From a Prospective, Randomised Trial », *European Heart Journal*, vol. 24 (2011), p. 1014-1023.

15. J. New et coll., « Specialist Nurse–Led Intervention to Treat and Control Hypertension and Hyperlipidemia in Diabetes (SPLINT): A Randomized Control Trial », *Diabetes Care*, vol. 26, n° 8 (2011), p. 2250-2255.
16. J. N. Lavis et J. A. Boyko, « Evidence Brief: Strengthening Primary Health Care in Canada », présenté au McMaster Health Forum, à Hamilton (Ont.), le 11 mai 2009. Consulté le 16 janvier 2012. Internet : http://fhswedge.mcmaster.ca/healthforum/docs/Strengthening%20Primary%20Healthcare%20in%20Canada_evidence-brief_2009-05-11.pdf.
17. A. Dobrev et coll., *Interoperable eHealth Is Worth It*, Luxembourg, Communautés européennes, 2010. Consulté le 16 janvier 2012. Internet : http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/publications/201002ehrimpact_study-final.pdf.
18. J. Christianson et coll., *Financial Incentives, Healthcare Providers and Quality Improvements: A Review of the Evidence*, Londres (Royaume-Uni), Health Foundation, 2007.
19. Réseau local d'intégration des services de santé de Simcoe-Nord Muskoka, *Funded Programs*. Consulté le 16 janvier 2012. Internet : http://www.nsmhlin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Current_Initiatives/Aging_at_Home_Strategy/Aging%20At%20Home%20Funded%20Programs.pdf.
20. Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon, *Community Nursing [Soins infirmiers communautaires]*. Consulté le 15 janvier 2012. Internet : http://www.hss.gov.yk.ca/community_nursing.php.
21. Island Medical Program, *About the Island Medical Program*. Consulté le 15 janvier 2012. Internet : <http://imp.uvic.ca/about/index.php>.
22. Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon, *Chronic Disease Program—Benefits [Programme d'aide aux malades chroniques]*. Consulté le 15 janvier 2012. Internet : http://www.hss.gov.yk.ca/chronic_disease_benefits.php.
23. Office régional de la santé de Brandon, *Healthy Beginnings (A Healthy Babies Program)*. Consulté le 16 janvier 2012. Internet : http://www.brandonrha.mb.ca/en/Public_Health/Healthy_Beginnings/index.html.
24. Organisation mondiale de la Santé, « Closing the Gap: Policy Into Practice on Social Determinants of Health » [« Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé »], document de travail présenté à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, à Rio de Janeiro (Brésil), en octobre 2011. Consulté le 16 janvier 2012. Internet : <http://www.who.int/sdhconference/Discussion-paper-EN.pdf>.
25. D. W. Johnston et coll., *Comparing Subjective and Objective Measures of Health: Evidence From Hypertension for the Income/Health Gradient*, Bristol (Royaume-Uni), Université de Bristol, 2007. Consulté le 15 janvier 2012. Internet : <http://ideas.repec.org/p/bri/cmpowp/07-171.html>.
26. R. Pampalon et coll., « A Deprivation Index for Health Planning in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 29, n° 4 (2009), p. 178-191.
27. D. Manuel et coll., « Burden of Cardiovascular Disease in Canada », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 19, n° 9 (2003), p. 997-1004.
28. R. Wilkins et coll., « Trends in Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada From 1971 to 1996 », *Health Reports* [« Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996 », *Rapports sur la santé*], vol. 13, suppl. (2002), p. 1-27.
29. W. A. Filate et coll., « Regional Variations in Cardiovascular Mortality in Canada », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 19, n° 11 (2003), p. 1241-1248.