

2003
www.icis.ca

Les soins de santé au Canada



Statistique Canada
Statistics Canada



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-213-1

© 2003 Institut canadien d'information sur la santé

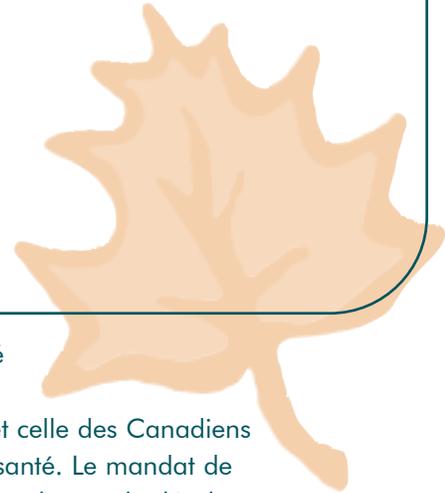
This publication is available in English under the title:
Health Care in Canada, 2003 ISBN 1-55392-195-X



2003
www.icis.ca

Les soins de santé au Canada

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé



Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme pancanadien, autonome et sans but lucratif, œuvre à améliorer la santé du système de santé et celle des Canadiens en fournissant une information fiable et opportune sur la santé. Le mandat de l'Institut, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, est de développer et de maintenir un système commun d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS fournit l'information visant à faire progresser les politiques canadiennes de la santé, à améliorer la santé de la population, à renforcer notre système de santé et à aider les dirigeants du secteur de la santé à prendre des décisions avisées.

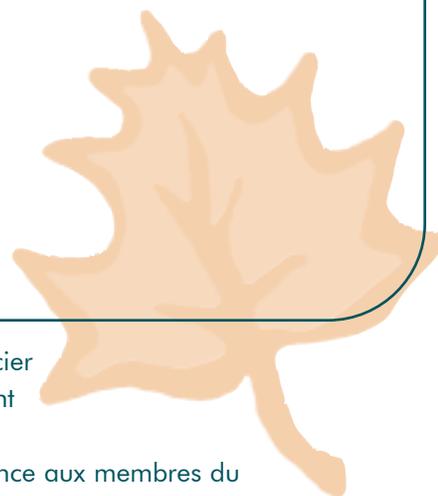
Voici la composition du Conseil d'administration de l'ICIS en date de mars 2003 :

- **M. Michael Decter** (président),
Lawrence Decter Investment
Counsel Inc.
- **M. Tom Closson** (vice-président),
président-directeur général,
University Health Network
- **M. Richard Alvarez** (d'office),
président-directeur général, ICIS
- **D^{re} Penny Ballem**, sous-ministre,
British Columbia Ministry of Health
Planning and Health Services
- **D^r Laurent Boisvert**, directeur des
Affaires cliniques et administratives,
Association des hôpitaux du Québec
- **M. Ivan Fellegi**, statisticien en chef
du Canada, Statistique Canada
- **M. Rory Francis**, sous-ministre,
Prince Edward Island Ministry
of Health and Social Services
- **M. Ian Green**, sous-ministre
de la Santé, Santé Canada
- **D^r Michael Guerriere**, président-directeur
général, Courtyard Group Ltd.
- **M. Phil Hassen**, sous-ministre,
ministère de la Santé et des Soins
de longue durée de l'Ontario
- **M. David Levine** (observateur),
président-directeur général, Régie
régionale de la santé et des services
sociaux de Montréal-Centre
- **M. Cameron Mustard**, président et
directeur scientifique, Institut de
recherche sur le travail et la santé
- **D^r Brian Postl**, président-directeur
général, Winnipeg Regional
Health Authority
- **M. Rick Roger**, président-directeur
général, Vancouver Island
Health Authority
- **D^r Thomas F. Ward**, sous-ministre,
Nova Scotia Department of Health
- **M^{me} Sheila Weatherill**, présidente-
directrice générale, Capital Health
Authority, Edmonton

À propos de Statistique Canada

En vertu de la *Loi sur la statistique*, Statistique Canada recueille, compile, analyse, dépouille et publie des statistiques relatives à la santé et au bien-être des Canadiens. L'objectif principal de la Division des statistiques sur la santé est de fournir des statistiques et des analyses sur la santé de la population, sur les déterminants de la santé, de même que sur l'ampleur du secteur de la santé au Canada et son utilisation.

Remerciements



L'Institut canadien d'information sur la santé désire remercier les nombreuses personnes et les nombreux groupes qui ont collaboré à l'élaboration du rapport.

Nous aimerions notamment exprimer notre reconnaissance aux membres du Groupe d'experts dont les conseils judicieux se sont avérés précieux tout au long du processus. En voici la composition :

- **M. Steven Lewis** (président), président, Access Consulting Ltd.
- **D^{re} Charlyn Black**, directrice, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
- **M^{me} Carmen Connolly**, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé
- **D^r Victor Dirnfeld**, président sortant, Association médicale canadienne, président, Medical Advisory Committee of the Vancouver Coastal Health Authority
- **M. Dan Florizone**, sous-ministre adjoint, Saskatchewan Ministry of Health
- **D^r Clyde Hertzman**, directeur, Programme de santé de la population, Institut canadien des recherches avancées; professeur, Department of Health Care and Epidemiology, University of British Columbia
- **D^r Alejandro Jadad**, directeur, Centre for Global eHealth Innovation; professeur, Departments of Anesthesia and Health Policy, Management and Evaluation, University Health Network et University of Toronto
- **M. Jonathan Lomas**, directeur exécutif, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
- **M. John Malcom**, président-directeur général, Cape Breton Regional Hospital
- **D^r John Millar**, vice-président, Recherche et santé de la population, Institut canadien d'information sur la santé
- **M. Cameron Mustard**, président et directeur scientifique, Institut de recherche sur le travail et la santé
- **M^{me} Kathleen Ness**, directrice, Clinical Performance, Capital Health Authority
- **M^{me} Wendy Nicklin**, vice-présidente, Soins infirmiers et Services paramédicaux, Programmes cliniques et Sécurité des patients, L'Hôpital d'Ottawa
- **D^r Denis Roy**, directeur de la Planification et des Affaires publiques, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- **D^{re} Judith Shamian**, directrice exécutive, Politique des soins infirmiers, Santé Canada
- **D^r Robert Williams**, directeur médical, North Network, Timmins and District Hospital
- **M. Michael Wolfson**, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada
- **M^{me} Jennifer Zelmer** (d'office), Directrice, Recherche et projets spéciaux, Institut canadien d'information sur la santé

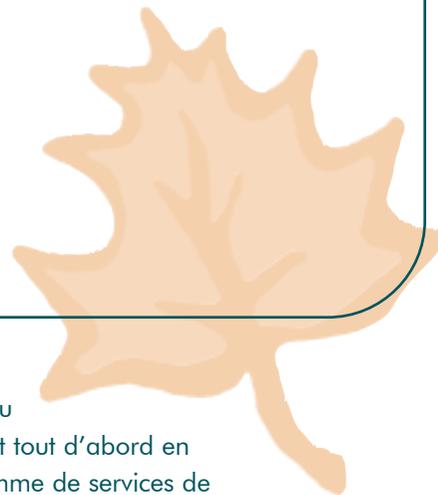
Il importe de souligner que les analyses et les conclusions présentées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des membres du Groupe d'experts ou des organismes auxquels ils sont associés.

Le comité de rédaction du rapport de 2003 était formé de Steven Lewis, Jennifer Zelmer et Kira Leeb. Les membres reconnus de l'équipe de projet comprenaient également : Gary Bellamy, Jack Bingham, Lisa Brazeau, Paulina Carrion, Lorraine Cayer, Zeerak Chaudhary, Ruth Diaz, Margaret Duarte, Lynne Duncan, Patricia Finlay, Luisa Frescura, Glenda Gagnon, Lise Gagnon, Cheryl Gula, Sandra Kopmann, Jason Lan, Anne Lauzon, Anick Losier, Laura MacLeod, Haider Mannan, Geneviève Martin, Christina Mathers, Christa Morley, Lise Poirier, Joan Porter, Marie Pratte, Indra Pulcins, Elizabeth St. Aubin, Serge Taillon, Linda Turner, Eugene Wen, Juliann Ju Yang et Scott Young.

Nous aimerions également remercier pour leur contribution : Matthew Alexander, Geoff Ballinger, Brent Barber, Ian Button, Lorry Deng, Nishma Kanji, Jeanie Lacroix, Cyril Pires, Francine Roy, Paul Sajan, Maria Santos, Steve Slade, Jill Strachan, Nancy White et Chrissy Willemse.

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'appui et l'aide de plusieurs autres personnes et organisations, y compris les représentants des nombreuses régions sanitaires et des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Points saillants du rapport



Partie A : Les soins de santé primaires

Les soins de santé primaires constituent le niveau de soins au moyen duquel les gens, les familles et les collectivités entrent tout d'abord en contact avec le système de santé. Le terme englobe une gamme de services de santé essentiels qui sont souvent la passerelle vers d'autres services plus spécialisés.

La meilleure façon d'organiser et de dispenser ces services de santé de tous les jours, voilà la tâche ardue des politiques canadiennes de la santé. Depuis plus de 30 ans, de nombreuses approches ont été mises à l'essai, des projets pilotes modestes aux programmes en cours plus ambitieux. Une section importante du rapport de cette année porte sur ce que nous savons et ce que nous ignorons des soins de santé primaires au Canada.

Ce que nous savons

- Les rapports publiés récemment sur les soins de santé reconnaissent l'importance du renouvellement des soins de santé primaires dans la viabilité et la revitalisation du système de santé au Canada. Même si les recommandations précises ne sont pas les mêmes, certains des principaux objectifs de la réforme des soins de santé primaires recueillent l'unanimité : élargir l'accès aux services 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans les milieux communautaires; accorder plus d'importance à la prévention et à la promotion de la santé; et améliorer la continuité des soins et la gestion des maladies chroniques.
- Plusieurs secteurs de compétence ont fixé des objectifs pour la réforme des soins de santé primaires. Dans le cadre de l'accord sur la santé de février 2003, les premiers ministres se sont entendus pour faire en sorte qu'au moins 50 % de leurs citoyens aient accès à un dispensateur de soins approprié, 24 heures par jour et sept jours par semaine, d'ici 2011.
- La plupart des Canadiens (94 % des 15 ans et plus en 2001) cherchent à obtenir des services de santé de « premier contact » chaque année. Quoique les Canadiens consultent divers types de dispensateurs de soins annuellement, les cabinets des médecins demeurent le premier point de contact le plus fréquent pour recevoir des soins de santé primaires. Pendant les heures normales de bureau, 80 % de ceux ayant besoin de soins de routine ou de suivi et 49 % de ceux qui tentent d'obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur se rendent au cabinet d'un médecin. Le soir et la fin de semaine, les Canadiens se tournent vers divers milieux. La nuit, presque tout le monde (93 %) tente d'obtenir de l'aide à un hôpital ou à sa salle d'urgence.
- Les taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) ont chuté partout au pays dans les dernières années. Entre 1995-1996 et 2000-2001, ils ont diminué de 26 %, après rajustement pour la croissance démographique et le vieillissement. La baisse semble être engendrée surtout par le nombre moins élevé d'hospitalisations liées à l'asthme et à certains problèmes psychiatriques. Les taux d'admissions pour des CPSA ont aussi diminué plus rapidement parmi les Canadiens de moins de 20 ans que chez les autres.

- La plupart des Canadiens (88 % des 15 ans et plus en 2001) ont un médecin de famille régulier mais les pourcentages vont de 76 % au Québec à 95 % au Nouveau-Brunswick. Parmi les 12 % de Canadiens qui ont dit ne **pas** avoir de médecin de famille régulier, 63 % ont déclaré ne pas avoir tenté d'en contacter un, 29 % ont invoqué des raisons associées à la disponibilité des médecins et 8,5 % ont donné d'autres raisons. Ces proportions variaient d'un endroit à l'autre au pays.
- Les médecins en milieu rural sont plus susceptibles que leurs collègues dans les milieux urbains d'offrir certains services, comme les soins obstétricaux, la gestion des maladies chroniques, les soins palliatifs et la médecine d'urgence. La gamme des services dispensés par tous les médecins de famille change aussi au fil du temps. Ainsi, ils étaient moins susceptibles de soigner des patients à l'hôpital (63 % l'ont fait au moins une fois en 1999 contre 70 % en 1989). À l'opposé, ils étaient plus nombreux à offrir certains types de soins dans leur cabinet, comme des services de santé mentale (86 % en 1999 contre 81 % en 1989).
- La plupart des Canadiens (91 % des 15 ans et plus en 2001) qui avaient eu recours aux services de santé pendant l'année précédente se sont dits très ou assez satisfaits des soins offerts par leur médecin de famille ou un autre médecin. La satisfaction à l'égard des services de santé communautaire (en excluant les soins dans un hôpital ou un cabinet de médecin) est un peu plus basse : 83 % des femmes et 80 % des hommes ont déclaré être très ou assez satisfaits de ce type de soins en 2001.

Ce que nous ignorons

- Comment l'utilisation que font les Canadiens des diverses formes de premier contact avec les services de santé change-t-elle avec le temps? Comment cela affecte-t-il l'intégration des soins de premier contact avec le reste du système de santé? Quelles sont les répercussions de ces changements sur les résultats pour la santé, l'accès aux soins, la satisfaction et les dépenses de santé?
- Quels sont l'agencement et le nombre idéaux de dispensateurs de soins de santé primaires pour divers milieux et diverses populations? Comment des changements dans cet agencement ou ce nombre affecteraient l'état de santé, les coûts, la qualité des soins et la satisfaction des dispensateurs?
- De quelle façon le nombre de Canadiens qui bénéficient de divers soins de santé primaires a-t-il changé avec le temps? Comment cela se compare-t-il aux objectifs fixés par les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que d'autres groupes? Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour assurer la transition entre les divers modèles de soins de santé primaires?
- Quels systèmes d'information et de gestion peuvent minimiser le chevauchement des services, promouvoir la qualité des soins et faire en sorte que les problèmes des patients ne passent pas inaperçus lorsqu'ils reçoivent des services de plusieurs dispensateurs de soins dans divers milieux? Quels systèmes sont utilisés de nos jours?

Partie B : Au-delà des soins de santé primaires

Les dollars de la santé

Ce que nous savons

- Pour la sixième année d'affilée, les dépenses de santé par habitant des secteurs public et privé (ajustées pour l'inflation) ont augmenté au Canada. Dans l'ensemble, nous avons dépensé une somme estimée à 112 milliards de dollars en 2002, soit une moyenne de 3 572 \$ par personne. Les hôpitaux, les ventes au détail de médicaments et les médecins représentaient plus de 60 % des dépenses totales (prévision).
- Le Canada dépense plus d'argent pour les soins de santé que bien des pays. En 2001, nous y avons consacré environ 9,3 % de notre production économique (produit intérieur brut ou PIB), une hausse par rapport à 7,3 % en 1981. Trois pays du G8 ont devancé le Canada à ce chapitre en 2000 : les États-Unis (13,0 % du PIB), l'Allemagne (10,6 %) et la France (9,5 %).
- Entre 1997 et 2002, la facture combinée des secteurs public et privé en soins de santé au Canada a grimpé de plus de 43 %, une hausse de presque 34 milliards de dollars. À elle seule, l'inflation était responsable du quart (25 %) de cette augmentation et la croissance démographique, de 11 %. Les hausses dans les dépenses par habitant des secteurs public et privé expliquent le reste de l'augmentation (49 % et 16 %, dans l'ordre).
- La mauvaise santé coûte beaucoup plus cher au Canada que le traitement des maladies. Des estimations récentes du fardeau économique (159,4 milliards de dollars en 1998) ont tenu compte de la perte de production économique possible à cause de l'absence au travail ou à l'école et des décès prématurés. Le temps passé à soigner des amis ou des membres de la famille, la douleur et les conséquences de la maladie n'ont pas été inclus dans ces estimations.

Ce que nous ignorons

- Comment les changements dans les dépenses de santé affectent la santé des Canadiens?
- Dans quelle mesure divers facteurs (p. ex. géographie, état de santé de la population et différences salariales) expliquent-ils les écarts dans les dépenses de santé entre les secteurs de compétence?
- Comment différentes combinaisons de financement et de prestation de services des secteurs public et privé sont-elles susceptibles d'affecter les coûts, l'accès, la qualité des soins, les résultats et la satisfaction des patients?
- Combien d'argent est consacré aux activités et aux programmes de promotion de la santé et de prévention chaque année au Canada? Qu'en est-il des traitements complémentaires et parallèles comme la massothérapie et l'homéopathie?

L'hôpital en évolution

Ce que nous savons

- Le nombre de nuits que les Canadiens ont passé dans un hôpital de soins de courte durée a diminué d'environ 10 % entre 1995-1996 et 2000-2001. Les taux d'hospitalisations ont chuté de 16,5 %, après qu'on ait tenu compte de la croissance et du vieillissement de la population. Parallèlement, les taux de chirurgie d'un jour sont en hausse. Par exemple, le nombre d'hospitalisations en chirurgie d'un jour a augmenté de plus de 20 % en Ontario pendant la même période. Parmi les autres

changements, mentionnons les augmentations dans le nombre de certaines interventions. Ainsi, entre 1994-1995 et 2000-2001, le nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées sur des personnes de moins de 55 ans a grimpé de 90 %, tandis que les arthroplasties de la hanche ont augmenté de 30 %. Cependant, ce sont toujours les personnes âgées qui subissent la plupart (70 %) des arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées au Canada.

- Les personnes âgées ont moins de chances qu'avant de vivre dans un centre de soins infirmiers ou un autre établissement de soins de longue durée. Entre 1981 et 2001, la proportion des 75 ans et plus qui vivaient dans un centre de soins infirmiers ou un autre établissement est passée de 17 % à 14 %.
- Les patients tendent à donner une meilleure note aux soins qu'ils reçoivent à l'hôpital que celle que le public donne au système dans son ensemble. Parmi les Canadiens de 15 ans et plus qui avaient été hospitalisés, 85 % ont évalué la qualité des soins hospitaliers comme bonne ou excellente en 2000-2001. Des études plus poussées révèlent que la satisfaction tend à être plus élevée pour les soins dispensés par les médecins et d'autres professionnels de la santé que pour la nourriture à l'hôpital, l'entretien ménager et d'autres aspects des soins (p. ex. l'information sur les soins de suivi).
- Les temps d'attente continuent de préoccuper les Canadiens. Dans l'ensemble, un patient sur cinq ayant reçu des services spécialisés en 2001 a dit que l'attente pour des soins avait eu des répercussions négatives sur sa vie (p. ex. stress, augmentation de la douleur, détérioration de la santé, perte de travail ou de revenu).

Ce que nous ignorons

- Pourquoi les taux relatifs à différents types d'interventions ne sont-ils pas les mêmes d'un bout à l'autre du pays? Quels sont les effets des taux en hausse de chirurgie d'un jour sur les services à l'extérieur des hôpitaux, dont les soins à domicile et les soins auto-administrés? Dans quelle mesure est-ce que les différences dans la prestation des services que les hôpitaux mettent en œuvre répondent aux besoins des collectivités?
- Quels facteurs expliquent la satisfaction des patients? Comment les hôpitaux utilisent-ils les résultats des sondages sur la satisfaction des patients pour changer comment ils soignent leurs clients? Quelles sont les meilleures stratégies?
- Comment les temps d'attente se comparent-ils au pays? Quels pourcentages des temps d'attente entrent dans le cadre des lignes directrices recommandées pour divers traitements? Quelles sont les répercussions émotionnelles et physiques de l'attente pour différents types de soins?
- Combien de Canadiens ont eu recours à diverses technologies de visualisation diagnostique dans la dernière année? Quelles en ont été les répercussions sur le déroulement de leur traitement, leur satisfaction et d'autres résultats? Quelle proportion de ces examens ont-ils été faits dans des hôpitaux par rapport à des établissements de santé autonomes? Les régimes publics d'assurance-maladie en ont payé combien?

Partie C : Apprendre, comprendre et agir pour notre santé

Ce que nous savons

Ce que nous savons

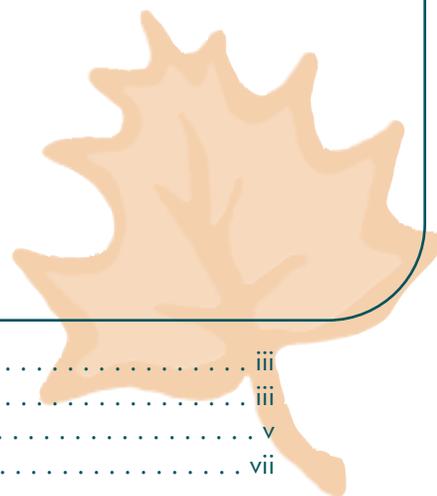
- Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) présente 250 recommandations classées selon la « solidité des preuves », allant de « A » (preuves suffisantes pour se prononcer en faveur de l'intervention) à « E » (preuves suffisantes pour se prononcer contre l'intervention). C'est dans la catégorie « C » qu'on trouve le plus grand nombre de recommandations, ce qui signifie que les preuves sont équivoques. La fréquence à laquelle les recommandations sont suivies varie grandement.
- Dans l'ensemble, 12,2 % des personnes hospitalisées en raison d'un nouvel infarctus aigu du myocarde (IAM) entre 1998-1999 et 2000-2001 sont décédées à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission*. Les taux dans la plupart des provinces (ajustés pour l'âge, le sexe et la comorbidité) se rapprochaient de la moyenne canadienne mais certains taux régionaux présentaient des différences. Les taux de mortalité des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) étaient plus élevés. Dans l'ensemble, 18,9 % des personnes hospitalisées à cause d'un nouvel AVC entre 1998-1999 et 2000-2001 sont décédées à l'hôpital dans les 30 jours de leur admission. Encore une fois, les taux dans la plupart des provinces étaient semblables à la moyenne nationale mais on a observé des écarts sur le plan régional. Si les taux de mortalité dans les régions avec les taux les plus élevés avaient été les mêmes que la moyenne canadienne, il y aurait eu au-delà de 800 décès de moins entre 1998-1999 et 2000-2001 (environ 397 parmi les patients victimes d'une crise cardiaque et 438 chez ceux atteints d'un AVC).
- Des chercheurs ont démontré que la sous-utilisation d'interventions efficaces, le recours à des soins non nécessaires ou inappropriés (qu'on appelle parfois « surutilisation ») et les effets indésirables peuvent entraîner la maladie, la mort et la hausse des coûts. On dispose de quelques renseignements sur les erreurs du système de santé au Canada et d'autres études sont en cours.

Ce que nous ignorons

- Dans quelle mesure les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé suivent chacune des recommandations du GECSSP? Si elles étaient toutes appliquées, quelles seraient les répercussions sur la santé des Canadiens et sur les coûts actuels et à venir des soins de santé? En ce qui concerne les 96 recommandations pour lesquelles les preuves sont équivoques, quelle est la meilleure ligne de conduite à adopter?
- Qu'est-ce qui explique les différences régionales dans la mortalité, les réadmissions et la survie? Quelles stratégies contribuent le plus à réduire les taux de mortalité et de réadmission imprévue?
- Combien de Canadiens meurent ou sont frappés d'invalidité à cause des erreurs du système de santé chaque année? Combien de quasi-incidences se produisent? Comment prévenir de telles erreurs?
- Dans quelles circonstances les chirurgies effectuées dans les hôpitaux qui traitent un petit nombre de cas exposent-elles les patients à des risques plus élevés de complications et de décès? Pour ces chirurgies, quel est le nombre optimal ou minimum qu'un hôpital devrait effectuer? Combien de décès pourraient être évités si les chirurgies étaient pratiquées dans des centres à volume élevé? Quels compromis faudrait-il faire si ces interventions étaient centralisées?

* Exclut la Colombie-Britannique, le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador

Table des matières



À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	iii
À propos de Statistique Canada	iii
Remerciements	v
Points saillants du rapport	vii
Au sujet de ce rapport	1
Chapitre 1 : Une année dans la vie du système de santé canadien	3
Romanow, Kirby et la nouvelle approche	5
Les ressources humaines de la santé	7
La science — et la controverse — de la médecine	9
La mission ardue de la santé publique	11
La régionalisation — Modifier la carte	12
Pour en savoir davantage	14
Partie A : Les soins de santé primaires	15
Chapitre 2 : Les soins de santé primaires en transition?	17
Réaliser la vision : le long trajet à parcourir	20
Un nouveau siècle	23
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	25
Pour en savoir davantage	26
Chapitre 3 : De nombreux dispensateurs — De nombreux milieux	27
Les dispensateurs des soins de santé primaires	29
La collaboration	33
Se soigner — Soigner les autres	34
Les dépenses en soins de santé primaires	35
Pour le meilleur et pour le pire :	
l'utilisation des services de soins de santé primaires	37
l'accès aux soins de santé primaires	38
Améliorer la continuité des soins	40
La gestion des maladies chroniques	40
En toute connaissance	42
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	44
Pour en savoir davantage	45
Chapitre 4 : Gros plan sur les médecins de famille	47
Le nombre de médecins de famille au Canada	49
Où travaillent les médecins de famille	51
Milieus de pratique	53
Trouver un médecin	54
Les soins dispensés par les médecins de famille	55
La rémunération des médecins de famille	57
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	59
Pour en savoir davantage	60

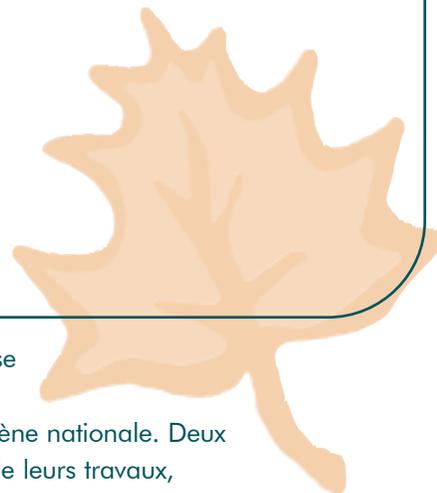
Partie B : Au-delà des soins de santé primaires	61
Chapitre 5 : Les dollars de la santé	63
Les dépenses en soins de santé	65
Qui paie la facture?	66
La question à 34 milliards de dollars	67
Les dépenses d'un océan à l'autre	68
Où vont les dollars de la santé	69
Ce que la mauvaise santé coûte au Canada	71
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	72
Pour en savoir davantage	73
Chapitre 6 : L'hôpital en évolution	75
À l'intérieur de ces quatre murs	77
Des taux en hausse pour certaines interventions	78
Faut-il y passer la nuit?	79
La satisfaction à l'égard des soins hospitaliers	80
Les soins haute technologie — À l'hôpital et ailleurs	81
Mise au point sur la visualisation diagnostique	82
Attendre pour se faire soigner	83
La mesure des temps d'attente : une comparaison des méthodes	84
Vers de meilleures comparaisons	86
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	88
Pour en savoir davantage	89
Partie C : Apprendre, comprendre et agir pour notre santé	91
Chapitre 7 : Débattre les « si » et les « peut-être » dans la santé — Le passé et le présent	93
Que faire pour prévenir la maladie ou la détecter aux premiers symptômes? ..	95
Être informé des risques et les évaluer	96
Détection précoce du cancer du sein	97
Détection précoce du cancer de la prostate	99
Chez le médecin — Recommandations et actions	100
Que se passe-t-il dans le cabinet du médecin?	101
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	104
Pour en savoir davantage	105
Chapitre 8 : Le résultat des soins hospitaliers	107
Survivre à la maladie	109
Retour à l'hôpital	112
En premier lieu, ne pas nuire — Sécurité des patients et erreurs du système de santé	114
Volumes en chirurgie et résultats pour les patients — La recherche continue	117
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	120
Pour en savoir davantage	121
Chapitre 9 : Retour sur le passé, regard vers l'avenir	123
Annexe:	127

Index

Bon de Commande

À vous la parole

Au sujet de ce rapport



En faisant un retour sur le passé, de nombreux Canadiens se souviendront peut-être de 2002 comme d'une année au cours de laquelle les enjeux liés à la santé ont dominé la scène nationale. Deux commissions fédérales importantes ont publié les résultats de leurs travaux, déclenchant ainsi un débat national sur le système de santé au pays. Les rapports du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Commission Kirby) et de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) ont suivi de près une série de revues provinciales. Chacun a présenté une analyse des soins de santé et a proposé diverses réformes. Ensemble, ils ont contribué à définir l'orientation possible de la réforme des soins de santé.

À l'heure où nous traçons les voies du futur, il faut bien comprendre où nous en sommes maintenant. Voilà la raison d'être des rapports *Les soins de santé au Canada*. Le rapport de cette année est le quatrième d'une série de rapports annuels lancée en 2000 par l'ICIS et Statistique Canada. Chaque année, des chercheurs de l'ICIS rassemblent les dernières données sur le système de santé canadien et, dans la mesure du possible, les comparent à celles d'autres pays. Nous tentons d'aborder des questions d'actualité et de présenter des données mises à jour et des analyses élargies des sujets dont la pertinence est toujours d'actualité. Le rapport comprend aussi des données sur divers indicateurs de santé.

Les nouveaux rapports s'inspirent en partie des anciens pour assurer une certaine continuité. Ils mettent aussi en évidence les dernières recherches à l'échelle locale, régionale, provinciale, territoriale, nationale et internationale. Les commentaires des professionnels de la santé, des chercheurs, des décideurs, des Canadiens, des médias, et ainsi de suite, nous aident également à préciser les nouveaux sujets.

Chaque rapport nous fait aussi réaliser les lacunes de l'information qui existent toujours. Nous croyons qu'il est important de continuer à les identifier et nous tentons de le faire chaque année en mettant en évidence des exemples de ce que nous savons et de ce que nous ignorons des sujets en vedette. Cela s'est avéré l'une des caractéristiques les plus populaires du rapport. Nous espérons qu'elle nous aidera à continuer à travailler avec nos partenaires pour combler ces lacunes.

Cette année, le rapport est divisé en trois parties :

La **Partie A** : *Les soins de santé primaires* présente de l'information sur la réforme des soins de santé primaires, les modèles de soins et qui a recours aux services de soins de santé primaires.

La **Partie B** : *Au-delà des soins de santé primaires* jette un nouveau regard sur plusieurs des sujets abordés dans les rapports antérieurs, dont les soins hospitaliers, les dépenses de santé, les temps d'attente et la satisfaction des patients.

La **Partie C** : *Apprendre, comprendre et agir pour notre santé* examine des moyens de prévenir la maladie et les résultats de certains traitements.

L'encart intitulé *Indicateurs de santé 2003* accompagne le rapport. Ce document de référence pratique présente des données comparatives sur une gamme d'indicateurs de santé et du système de santé pour les régions sanitaires comptant 75 000 habitants et plus (soit plus de 95 % de la population canadienne), les provinces et les territoires. Le symbole dans la marge indique les parties du texte pour lesquelles des données régionales, provinciales ou territoriales sont présentées dans l'encart. 

Du nouveau en 2003

Chaque année, *Les soins de santé au Canada* présente une nouvelle information sur des aspects choisis du système de santé. Nos choix s'inspirent des commentaires qui nous ont été transmis depuis le dernier rapport. Ils dépendent aussi de la disponibilité, de la fiabilité et de la pertinence des nouvelles données. Cette année, nous accordons une place importante aux soins de santé primaires. Nous présentons néanmoins des nouvelles données ou des données mises à jour sur des sujets comme les dépenses de santé, les technologies de la santé et les résultats. Voici des exemples de l'information nouvelle pour 2003 :

- Où les Canadiens vont vraisemblablement chercher des soins de routine et des soins immédiats pour des problèmes de santé mineurs.
- Dans quelle mesure des infirmières praticiennes travaillent avec des médecins dans les grandes villes ou les régions éloignées par rapport à d'autres régions du pays.
- Dans quelle mesure les médecins peuvent accéder aux dossiers de leurs patients par des moyens électroniques.
- Les tendances des hospitalisations liées à des conditions pour lesquelles des soins communautaires efficaces peuvent réduire la nécessité des séjours à l'hôpital.
- Comment divers facteurs (croissance démographique, inflation et changements dans les dépenses des secteurs privé et public) expliquent la croissance générale dans les dépenses de santé observée dans les six dernières années.
- Le pourcentage des médecins de famille et des Canadiens qui disent suivre certaines des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.
- Comment les résultats pour la santé, comme les décès après une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral et les réadmissions imprévues à l'hôpital, se comparent dans les régions comptant 75 000 habitants ou plus.

Le Web : Une mine de renseignements!

Il y a beaucoup plus sur notre site Web (www.icis.ca) que la version imprimée du présent rapport. Le jour de la parution de *Les soins de santé au Canada 2003* et dans les semaines et les mois à venir, nous ajouterons une foule de renseignements à ce qui est déjà disponible électroniquement. Par exemple, vous pourrez :

- Télécharger sans frais le rapport et l'encart en français ou en anglais.
- Inscrire votre nom pour recevoir par courriel des mises à jour régulières du rapport.
- Visionner une présentation des points saillants du rapport.
- Consulter les rapports annuels antérieurs; des rapports connexes, comme *Les dispensateurs de soins au Canada*; les rapports réguliers de l'ICIS sur certains aspects des dépenses de santé, des ressources humaines de la santé, des services de santé et de la santé de la population; et des rapports élaborés avec Statistique Canada.
- En apprendre au sujet des rapports à venir, dont *Améliorer la santé des Canadiens* (visitez la section consacrée à l'Initiative sur la santé de la population canadienne sur notre site Web), et des rapports spéciaux sur la technologie de l'imagerie médicale ainsi que sur les soins à la mère et à l'enfant.
- Visionner la version PDF de *Les soins de santé au Canada 2003* qui offre un attribut non disponible dans la version papier. Sous chaque diagramme ou graphique, un lien « Visionner les données » permettra aux lecteurs branchés sur Internet d'accéder aux tableaux de données connexes. Ceux-ci s'ouvrent sous forme de tableaux Excel et ils peuvent être sauvegardés sur l'ordinateur personnel de l'utilisateur.
- Visionner un rapport public est également affiché sur le site Web. Il présente les points saillants du rapport dans un format facile à lire.

Pour en savoir davantage

Les points saillants et le texte intégral de *Les soins de santé au Canada 2003* peuvent être visionnés sans frais dans les deux langues officielles à partir du site Web de l'ICIS à www.icis.ca. Pour obtenir des exemplaires imprimés (moyennant des frais minimes pour couvrir les frais d'impression, d'expédition et de manutention), veuillez communiquer avec :

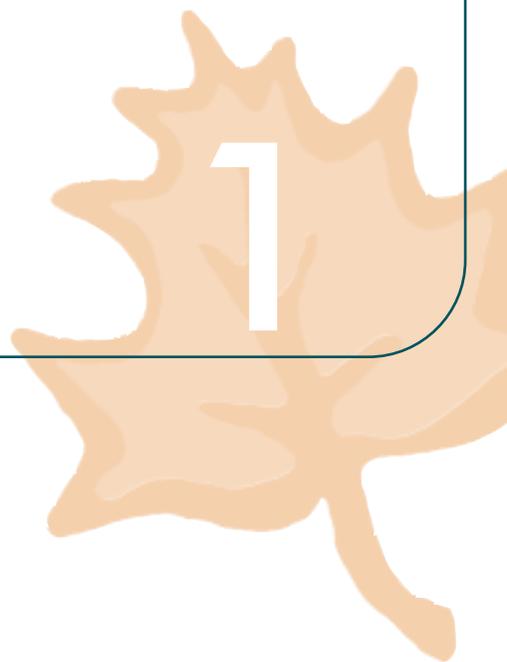
Institut canadien d'information sur la santé Bureau des commandes

377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9NB
Tél. : (613) 241-7860
Télec. : (613) 241-8120

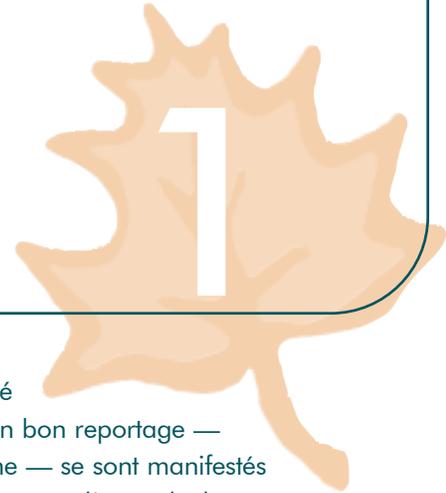
Nous serons heureux de recevoir vos commentaires et suggestions sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. À cette fin, vous trouverez à la fin du rapport une fiche d'évaluation, « À vous la parole ». Vous pouvez aussi communiquer avec nous par courriel à rappportsante@cih.ca.

Une année dans la vie du système de santé canadien

1



Une année dans la vie du système de santé canadien



Les soins de santé au Canada sont toujours féconds en événements mais la dernière année en particulier a présenté un intérêt journalistique considérable. Tous les éléments d'un bon reportage — argent et politique, conflits et résolution, tragédie et triomphe — se sont manifestés abondamment. Ce fut une année de rapports, de négociations et d'accords de financement importants. De nouveaux chapitres se sont ajoutés à la tentative continue de traiter des questions d'intérêt public. La recherche a continué de progresser et la nouvelle science remet en question les vérités acquises. Les provinces ont réorganisé leurs régions socio-sanitaires. Tout le monde s'est débattu avec les problèmes dans les ressources humaines de la santé.

Tout comme l'an dernier, le premier chapitre du rapport incorpore les détails de certains événements majeurs qui ont marqué l'année dans le système de santé canadien. Le reste du rapport jette un regard plus approfondi sur le système : ce qu'il fait, ce qu'il dépense, comment il remplit son rôle. Certains éléments ont été présentés dans toutes les éditions de *Les soins de santé au Canada*; d'autres ont été supprimés pour faire place à d'autres dossiers. Il n'est pas facile de décider quels éléments doivent être mis à jour et quels éléments valent la peine d'être inclus. Nous serons heureux de recevoir les commentaires des lecteurs (voir le formulaire à la fin du rapport) sur les décisions que nous avons prises à cet égard. Les lecteurs intéressés à l'histoire du présent rapport, qui en est à sa quatrième année, peuvent consulter l'index regroupé sur le Web.

Cette année, les soins de santé primaires sont la pierre angulaire des rapports approfondis. Les soins de santé primaires sont une pièce maîtresse de l'accord des premiers ministres en février 2003. Ils ont été au cœur de presque tous les rapports importants des 15 dernières années ou plus sur la santé. Les chefs de file et les décisionnaires en matière de santé ont affirmé qu'ils étaient la clé de la réforme du système de santé et de la viabilité. Pourtant, le public ne comprend toujours pas ce que sont les soins de santé primaires et ce qu'ils promettent et l'expression prend une signification différente d'une personne à une autre dans le système. Cette année, nous examinons les enjeux, décrivons ce qui s'est passé et, comme toujours, présentons les données lorsqu'elles existent. Il va sans dire que les rapports à venir étudieront l'effet des nouveaux fonds sur les soins de santé primaires partout au pays.

Romanow, Kirby et la nouvelle approche

Au Canada, le hockey, la température et les discussions sur les soins de santé se font la lutte pour décrocher le titre de passe-temps national. Dans les soins de santé, groupes de travail, enquêtes et commissions se succèdent pour affiner les diagnostics et recommander des solutions. Les rapports provinciaux dans les années 1980 étaient centrés sur des grands thèmes, comme la régionalisation de la prestation des soins de santé, l'importance du bien-être, de la prévention et de la santé de la population ainsi que le besoin d'une réforme dans les soins de santé primaires.

Puis, les années 1990 ont amené avec elles les compressions budgétaires. Elles ont atteint leur point culminant de 1993 à 1997, au moment où les budgets alloués à la santé dans les secteurs publics ont été gelés ou réduits partout au pays pour la première fois depuis l'adoption pancanadienne de l'assurance-maladie en 1972. Depuis 1997, les dépenses de santé augmentent à un taux sans précédent et se situent à un niveau record, même après qu'on ait tenu compte de l'inflation et de la croissance démographique.

L'histoire nous enseigne que l'argent ne peut à lui seul résoudre les problèmes dans les soins de santé. Le secteur public a consacré 17,5 milliards de dollars de plus à la santé en 2002 qu'en 1997 et la plupart des patients sont satisfaits des soins reçus. Pourtant, personne n'ose dire que le système est parfait. Récemment, plusieurs provinces et Ottawa ont jugé bon de revoir la structure d'un système qui est devenu la principale source de revendications d'action gouvernementale.

Le tournant du XXI^e siècle a été témoin de la publication de trois rapports provinciaux importants : Clair au Québec, Mazankowski en Alberta et Fyke en Saskatchewan. Même si les trois rapports ont réitéré les engagements antérieurs envers la santé de la population, ils ont souligné l'importance de faire le ménage dans les soins de santé. Ces rapports ont collectivement révélé la diversité croissante des opinions sur l'organisation et le financement du système. Clair et Mazankowski ont tous deux exprimé un certain pessimisme face à la viabilité du système compte tenu des pressions constantes exercées sur les gouvernements pour y consacrer plus d'argent, ce qui pourrait possiblement évincer d'autres programmes publics. Les deux se sont donc prononcés en faveur du financement privé accru, au moyen de mesures telles que l'achat d'assurance pour les soins de longue durée (Clair) et des comptes d'épargne médicale (Mazankowski). Fyke a emprunté une voie différente : il a affirmé que l'attention insuffisante portée à l'amélioration de la qualité était le problème central; si on y remédiait, on économiserait aussi de l'argent. Les trois ont convenu de l'importance de la réforme des soins de santé primaires et de l'amélioration des systèmes d'information.

Le gouvernement fédéral a institué non pas une, mais deux enquêtes. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par l'honorable Michael Kirby, a entrepris ses travaux en 2001. De plus, le gouvernement a nommé Roy Romanow, ancien premier ministre de la Saskatchewan, à la tête de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Kirby a publié le dernier de ses six volumes en octobre 2002 et Romanow a déposé son rapport un mois plus tard.

Les deux rapports s'entendent sur certaines questions fondamentales et sont en désaccord sur d'autres. En voici quelques-unes :

- Kirby soutient que le système actuel n'est pas viable tout en affirmant qu'un système public à payeur unique est des plus efficaces et équitables. Romanow fait valoir qu'il n'en tient qu'aux Canadiens d'assurer la viabilité du système et que celui-ci ne consomme pas une aussi grande part du produit intérieur brut (PIB) qu'en 1992.
- Les deux demandent à Ottawa d'investir plus d'argent, de deux à cinq milliards de dollars par année. Contrairement à Romanow, Kirby préconise un impôt spécialement affecté au financement additionnel.

- Romanow se prononce fermement contre un rôle élargi des intérêts privés, donc à but lucratif, dans les soins de santé subventionnés par l'État en faisant valoir qu'ils fournissent une qualité inférieure à un prix plus élevé. Kirby dit que nous devons être ouverts à toute entente qui améliore la qualité et l'efficacité.
- Les deux — Romanow catégoriquement — ajoutent leur voix à la demande d'une réforme des soins de santé primaires et revendiquent une amélioration des soins palliatifs. Ils recommandent également d'élargir la protection pour couvrir les coûts exorbitants des médicaments et les soins à domicile, bien qu'il faudrait modifier le programme dans une certaine mesure.
- Les deux plaident en faveur d'un conseil de la santé du Canada afin de renforcer l'imputabilité, quoique les deux structures proposées ne soient pas les mêmes.

Les sondages révèlent invariablement que les Canadiens veulent que les deux paliers de gouvernement participent aux soins de santé et en soient responsables. En février 2003, les premiers ministres des provinces et le premier ministre ont conclu un nouvel accord; celui-ci a été suivi du budget fédéral le 18 février. Dans les pourparlers qui ont conduit à l'accord (que certaines provinces ont appelé un « arrangement »), la conditionnalité était le principal obstacle. En général, les provinces demandaient plus d'argent sans condition. Pour Ottawa, puisque les sommes massives consenties en septembre 2000 n'étaient en général pas assorties de restrictions, il devait cette fois y avoir une contrepartie.

L'accord a en fait incorporé un certain nombre de conditions, dont certaines s'inspiraient des recommandations de Romanow et de Kirby : financement considérable et ciblé pour la réforme des soins de santé primaires, impact catastrophique du coût des médicaments, certains types de soins à domicile et un conseil de la santé. L'accord a également prévu l'élargissement des plans pour faire rapport sur les indicateurs de santé comparables (les premiers rapports sur les indicateurs dont on a convenu en 2000 ont été publiés en septembre 2002). Le gouvernement fédéral a fini par s'engager à verser plusieurs milliards de dollars de plus que ce qui avait été promis en 2000. Les chefs des gouvernements des trois territoires se sont tout d'abord objectés à l'accord parce que les hausses promises dans le financement ne réussiraient pas à rétablir la santé médiocre de leurs populations et à couvrir les coûts associés à leur situation géographique. Par la suite, Ottawa a ajouté un plancher en espèces de 60 millions de dollars à court terme aux transferts par habitant en vertu de l'accord.

Les ressources humaines de la santé

Les ressources humaines de la santé continuent d'être un enjeu de taille pour les personnes qui œuvrent dans le système. Y a-t-il assez d'effectifs aux bons endroits pour offrir des soins? Est-ce que le système utilise leurs compétences au maximum? Le milieu de travail dans les soins de santé est-il sain? Avec quelle rapidité pouvons-nous augmenter la capacité? Les derniers rapports provinciaux et nationaux ont tous signalé qu'il était important d'améliorer la planification et la capacité en matière de ressources humaines. L'an dernier, nous avons décrit quelques facteurs qui semblent avoir une incidence sur le nombre d'effectifs. Voici certaines des grandes initiatives qui ont été amorcées depuis :

- L'Université de la Colombie-Britannique, en collaboration avec l'Université du Nord de la Colombie-Britannique et l'Université de Victoria, a annoncé des plans pour doubler les inscriptions à la faculté de médecine d'ici quatre ans (les faisant passer

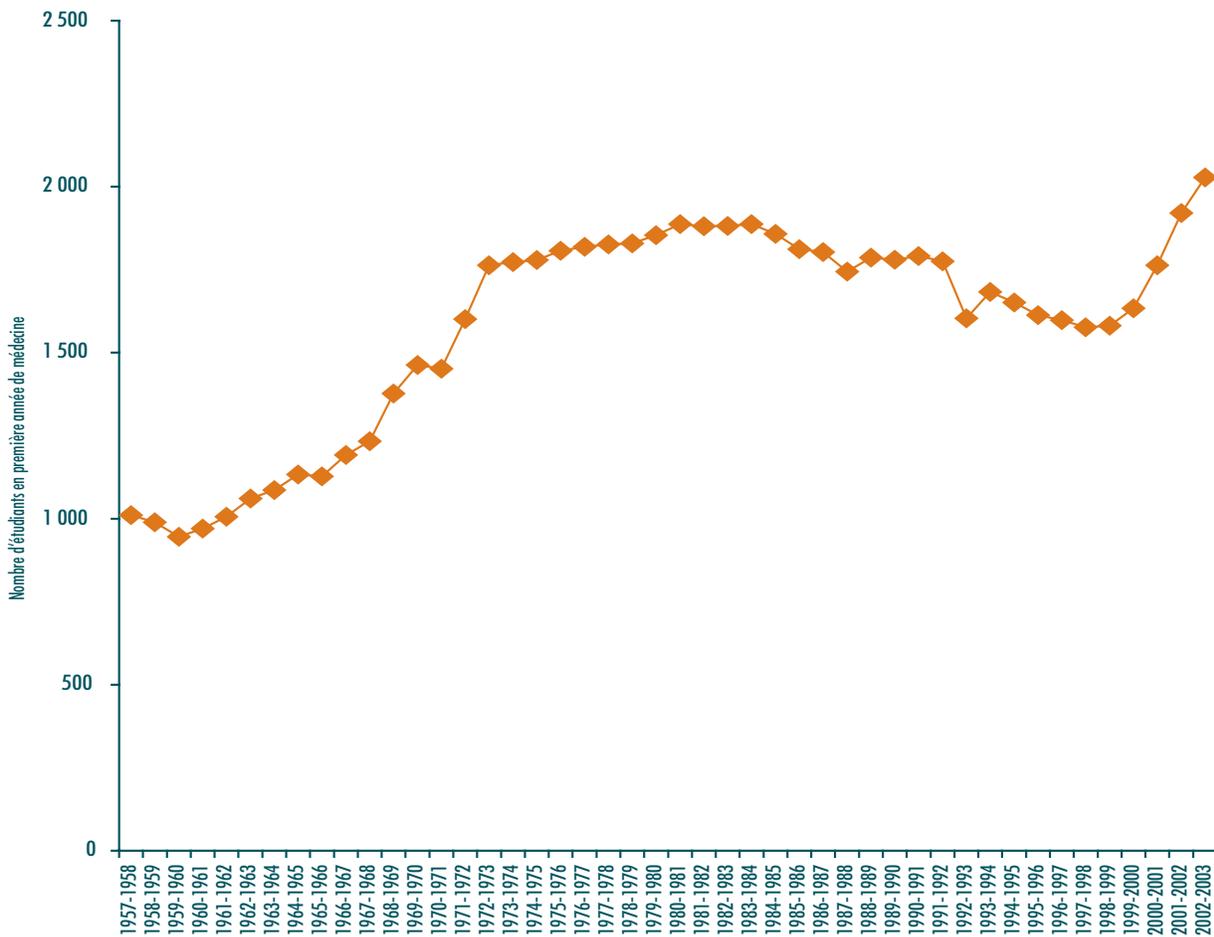
de 128 à 256 pour les étudiants de première année), ce qui en ferait la plus grande école de médecine au pays. Plusieurs autres facultés de médecine ont aussi dressé des plans d'élargissement. Le nombre de places de formation pour d'autres professions de la santé dans certains collèges et certaines universités est également en hausse.

- Le gouvernement du Québec, préoccupé par le manque de service dans les urgences des régions rurales, a déposé un avant-projet de loi qui, s'il est adopté, obligerait les médecins à travailler dans des milieux désignés pour assurer une couverture continue. Les plans ont rallié l'opposition farouche des groupes de médecins. On a par la suite tenter de négocier une solution plutôt que d'en imposer une au moyen d'une loi.
- Un nouveau rapport national sur l'amélioration de la qualité de la vie des infirmières a ajouté sa voix aux revendications d'action urgente pour remédier à la pénurie de personnel infirmier. Le rapport a aussi souligné l'importance d'améliorer la formation des infirmières, d'élargir leur champ d'activité et d'améliorer leurs conditions de travail¹.
- On reconnaît de plus en plus le rôle important des diplômés internationaux en médecine dans plusieurs régions du Canada. En 1997, ils constituaient environ 26 % des effectifs médicaux. Dans certaines collectivités, cette proportion est nettement plus

Devenir médecin

1

Un peu plus de 1 000 étudiants se sont inscrits à une faculté de médecine en 1957-1958. De nos jours, les chiffres sont plus élevés mais ils ont augmenté et diminué au fil du temps.



Remarques : Aucun étudiant n'a été admis à l'Université de la Saskatchewan en 1997-1998 et à l'Université de Montréal en 1992-1993. Les chiffres pour l'Université Western de l'Ontario sont des estimations pour 1997-1998.

Source : Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada, 2001, Association des facultés de médecine du Canada, www.acmc.ca (les données pour 2001-2002 et 2002-2003 ont été remises sur demande spéciale).

Données

élevée. Les diplômés internationaux qui vivent au Canada sont beaucoup plus nombreux mais ils ne sont pas autorisés à y exercer leur profession. Plusieurs programmes d'intervention directe sont en place dans bon nombre de régions au pays pour régler la question de l'octroi de permis. Ainsi, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il lancerait son propre processus d'accréditation des diplômés internationaux en médecine, fonction auparavant confiée au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

- On continue de soulever des questions sur les exigences minimales d'entrée en fonction pour différentes professions de la santé et sur l'étendue du champ d'activité de chaque profession après l'obtention du permis d'exercer. Dans certains cas, les efforts déployés pour rehausser les qualifications en vue de refléter les changements dans les soins de santé et les progrès de la science ont été contrecarrés par les préoccupations entourant les conséquences de telles mesures sur la capacité à attirer et à retenir un nombre suffisant de professionnels dont la formation correspondra bien aux tâches à accomplir.

La science — et la controverse — de la médecine

Dans le monde médical, il ne se passe pas une semaine sans que les médias fassent état de percées et de bonds en arrière qui viennent bouleverser les idées reçues. Un bref sommaire ne permet pas d'apprécier à leur juste valeur les progrès de la recherche et des traitements sur de nombreux fronts. Par contre, certaines nouvelles se sont démarquées par leur pertinence pour les patients et le public, dont :

- Un essai clinique important sur les effets à long terme du traitement hormonal substitutif (THS) a secoué les cliniciens et les femmes. L'initiative sur la santé des femmes (*Women's Health Initiative*) était répartie en deux volets, dont un consistait à étudier des femmes qui prenaient une combinaison d'œstrogène et de progestatif. Les chercheurs y ont mis fin trois ans d'avance parce que les données ont révélé que les femmes présentaient un risque élevé de cancer du sein, d'embolie pulmonaire et de maladie cardiaque (les risques de cancer colorectal et de fracture de la hanche étaient réduits)^{2, 3, 4}. Selon les données de Statistique Canada, environ 1,2 million de Canadiennes de 30 ans ou plus ont dit avoir eu recours au THS en 1998-1999. En janvier 2003, dans un sondage commandé par Eli Lilly, 44 % des femmes de plus de 50 ans ont déclaré avoir abandonné le THS au cours de l'année précédente et 32 % prévoyaient le faire dans les mois à venir.
- Sur le plan clinique, nous avons appris encore une fois que des traitements incroyablement efficaces peuvent être d'anciens traitements peu coûteux. Des chercheurs de 70 centres répartis dans 17 pays ont étudié les effets de l'aspirine à la suite d'un pontage aortocoronarien. L'aspirine a réduit la mortalité des deux tiers, les crises cardiaques fatales et non fatales de 44 %, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) fatals et non fatals de 62 % et l'insuffisance rénale de 60 %⁵.
- Les dernières recherches ont aiguïlé la sensibilisation à l'obésité que l'on décrit comme la nouvelle pandémie en Amérique du Nord. Selon une étude américaine publiée en janvier 2003, l'obésité sévère diminue grandement l'espérance de vie (allant jusqu'à 20 ans chez les hommes de race noire)⁶. Une étude canadienne a tracé le graphique de l'augmentation sur 45 ans dans la proportion d'adultes qui ont une surcharge pondérale (pourcentage estimé à 51 %) et ceux qui sont obèses (estimation de 15 %)⁷. Chez les enfants, l'obésité a triplé entre 1981 et 1996⁸. Ces constatations sonnent l'alarme : on craint l'arrêt de l'amélioration continue de l'état de santé de la population observée depuis que de bonnes données sont disponibles.

Des choix sains

Imaginons un monde où chacun mange à sa faim, où personne ne fume ni n'abuse de l'alcool, où tous font assez d'exercice et où les pratiques sexuelles dangereuses n'existent pas. Puis, imaginons comment notre santé et nos besoins en services de santé en seraient changés. Selon le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la santé dans le monde⁹, ce rêve est loin d'être une réalité — des gens de tous les horizons continuent de vivre « dangereusement ». Et l'écart entre les nantis et les démunis se creuse toujours, même dans les pays les plus riches.

Même si la plupart des Canadiens peuvent s'attendre à vivre longtemps (79 ans en 2000), selon le dernier rapport de l'OMS, tous les pays pourraient allonger leur espérance de vie de plusieurs années s'ils réduisaient les effets des 20 principaux facteurs de risque qui touchent la santé le plus souvent. Voici le top 10 du monde entier :

- insuffisance pondérale
- pratiques sexuelles dangereuses
- hypertension
- tabagisme
- consommation d'alcool
- eau non potable et défaut d'assainissement et d'hygiène
- enfumage des habitations par des combustibles solides
- carence en fer
- obésité
- cholestérol élevé

Au dire de l'OMS, ces 10 facteurs de risque sont responsables de plus du tiers des décès dans le monde. Mais ces facteurs de risque ne sont pas répartis équitablement. Alors que les décès dans les pays industrialisés sont surtout attribuables à des facteurs comme l'hypertension, le cholestérol élevé, l'obésité et le tabagisme, les décès dans les pays en voie de développement où la mortalité est élevée sont plus souvent associés à des facteurs comme l'insuffisance pondérale, l'insalubrité de l'eau et le défaut d'assainissement et les pratiques sexuelles dangereuses.

Saviez-vous que

2

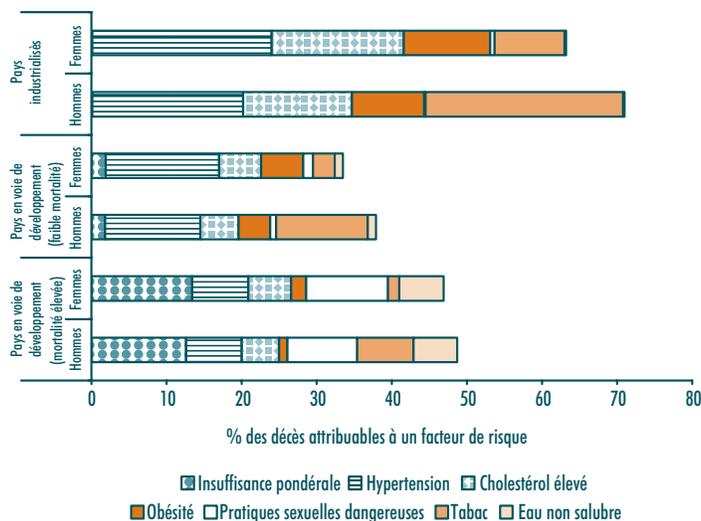
- En 2000, il y avait un fossé d'environ 11 ans dans l'espérance de vie parmi les pays membres de l'OCDE. Le Japon était en tête du peloton (81 ans) et la Turquie fermait la marche (69 ans).
- Toujours en 2000, l'écart qui séparait les provinces et les territoires pour ce qui est de l'espérance de vie frisait les 11 ans. En effet, un résident de la Colombie-Britannique pouvait s'attendre à vivre 81 ans et un résident du Nunavut, 70 ans.
- On relève aussi des différences marquées entre les régions d'une même province. Ainsi, l'espérance de vie dans la région de Laval au Québec était de 79 ans entre 1995 et 1997, comparativement à 65 ans dans la région de Nunavik.
- Il peut même parfois y avoir des écarts de 10 ans ou plus à l'intérieur d'une région. Par exemple, entre 1997 et 1999, l'espérance de vie dans différentes municipalités de l'île de Montréal variait de 71,6 ans à 82,3 ans.

Sources : Organisation de coopération et de développement économiques. (2002). *Éco-Santé OCDE 2002 : Analyse comparative de 30 pays (CD-ROM)*. Paris : OCDE et CREDES.
 Direction de la santé publique de Montréal-Centre. (2003). *Les 29 CLSC d'un coup d'oeil*. www.santepub-mtl.qc.ca.

Un mode de vie sain

3

Notre mode de vie influence notre longévité. Dans son dernier rapport, l'Organisation mondiale de la Santé a accordé une importance particulière à 20 facteurs de risque qui influent sur la santé. Après avoir étudié les facteurs de risque relativement à leur incidence sur l'espérance de vie, ils ont constaté qu'ils ne sont pas répartis équitablement entre les pays riches et les pays pauvres. Ce graphique présente le pourcentage des décès attribuables à sept des 10 facteurs de risque les plus courants chez les hommes et les femmes dans les pays en voie de développement et les pays industrialisés.



Source : Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Suisse : OMS.

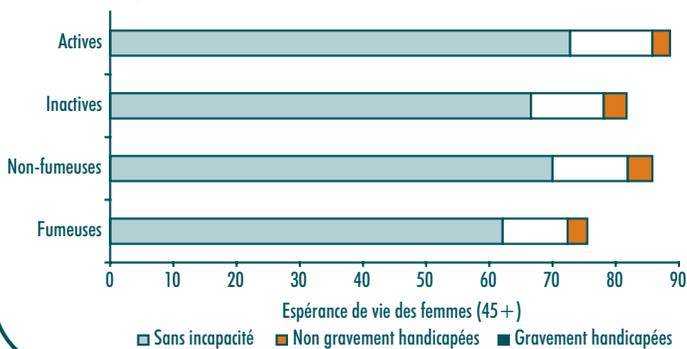
Données

Des choix sains

Dans l'ensemble, l'OMS estime que si nous, au Canada, éliminions ces facteurs de risque et d'autres, nous pourrions allonger notre espérance de vie d'environ six ans. C'est plus que certains pays (comme l'Australie — quatre ans) mais moins que bon nombre de pays en voie de développement. On a évalué qu'une augmentation équivalente dans l'espérance de vie exigerait l'élimination de tous les décès attribuables aux deux principales causes de décès, soit les maladies cardiovasculaires et le cancer¹⁰.

Espérance de vie, mode de vie et incapacité 4

Des recherches menées récemment par Statistique Canada illustrent la différence qu'un seul facteur de risque ou deux peuvent faire. Par exemple, comme le montre ce graphique, l'inactivité et l'usage du tabac peuvent avoir une incidence sur l'espérance de vie des Canadiennes et sur combien de temps elles peuvent vivre sans incapacité.



Source : Belanger A, Martel L, Berthelot JM, Wilkins R. (2002). Gender differences in disability-free life expectancy for selected risk factors and chronic conditions in Canada. *Journal of Women & Aging*, 14(1-2), 61-83.

Données

La mission ardue de la santé publique

La santé publique est une entreprise difficile qui n'a pas de fin. Au lieu des flambées de maladies d'origine hydrique à Walkerton et à North Battleford, le virus du Nil occidental (VNO) et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) font maintenant l'objet de l'attention publique. Comme il fallait s'y attendre, outre les préoccupations des années précédentes, de nouvelles menaces pèsent sur la santé publique. Les problèmes sont parfois saisonniers : la grippe en hiver, des virus portés par des insectes en été.

Le virus du Nil occidental est un flavivirus transmis par des moustiques qui a d'abord été isolé en 1937 dans la province du Nil Ouest de l'Ouganda. Il a été détecté pour la première fois dans l'hémisphère occidental en 1999 et au Canada, en 2001. Au 14 mars 2003, Santé Canada rapportait 398 cas confirmés ou probables d'infection par le VNO et 17 décès en 2002¹¹. Les responsables de la santé publique se préparent pour la saison 2003. En février, des centaines d'experts se sont réunis à Minneapolis en vue de mettre au point des stratégies pour réduire les risques et protéger la population. Santé Canada, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et plusieurs organismes, a élaboré une stratégie de contrôle à plusieurs volets : surveillance, éducation du public et des dispensateurs de soins ainsi que réponse et prévention. Les objectifs sont d'informer le grand public pour qu'il prenne des mesures de protection et de réduire le nombre de moustiques.

Au moment de la rédaction, le public et le réseau de la santé portaient une attention considérable au SRAS. Des questions au sujet de la nature du SRAS demeurent sans réponses mais il est peut-être causé par le métapneumovirus humain, qui fait partie de la même famille de virus responsable de maladies comme les oreillons, la rougeole, la pneumonie et même le rhume¹². Au 27 avril 2003, Santé Canada rapportait 343 cas probables ou suspects au Canada — 143 cas probables et 200 cas suspects. À ce moment, 20 décès avaient été attribués à la récente éclosion. Compte tenu de la nature infectieuse du syndrome, la Colombie-Britannique, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard en ont fait une maladie à déclaration obligatoire¹³. Cela signifie que la gestion de la maladie relève de législation comme la Loi sur la protection et la promotion de la santé de l'Ontario; les agents de la santé publique peuvent donc suivre la progression de la maladie et émettre des ordonnances pour empêcher les personnes infectées de s'adonner à des activités qui pourraient transmettre le SRAS. On porte aussi une attention croissante aux répercussions économiques du SRAS.

La régionalisation — Modifier la carte

La régionalisation est une innovation qui remonte à loin dans l'organisation des soins de santé au Canada. Comme le veut la norme, certaines provinces ont reconfiguré leurs régions dans la dernière année. L'Alberta a regroupé ses 17 régions régionales de la santé (RRS) en neuf à compter du 1^{er} avril 2003. Elle a aussi modifié son modèle de région. À l'automne 2001, l'Alberta est devenue la deuxième province (après la Saskatchewan) où les deux tiers des membres des conseils sont élus par vote populaire. Toutefois, les neuf nouveaux conseils sont actuellement nommés, à l'image de la Saskatchewan lorsqu'elle avait regroupé 32 conseils de district en 12 régions régionales de la santé en août 2002. À l'opposé, le Nouveau-Brunswick se propose d'adopter le modèle des conseils élus en 2004. L'Île-du-Prince-Édouard a récemment mis à exécution ses plans visant à fusionner ses deux régions régionales de la santé et à créer une autorité sanitaire provinciale pour les services spécialisés. La Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont reconfiguré leurs régions en 2001 — la Colombie-Britannique a réduit leur nombre à cinq alors que la Nouvelle-Écosse a augmenté le nombre de quatre à neuf. L'Ontario demeure la seule province sans régions régionales de la santé, quoique ses conseils régionaux de santé assument un rôle consultatif.

La régionalisation des soins de santé

5

À la fin des années 1980 et dans les années 1990, la plupart des provinces et des territoires ont régionalisé les soins de santé. La restructuration s'est poursuivie dans certaines régions. Ce tableau met à jour l'information à ce sujet présentée dans le rapport de l'an dernier.

Province	N ^{bre} de régions régionales de la santé (ou l'équivalent)	Création	Restructuration	Modèle de région
T.-N.-L.	Deux structures parallèles : une pour la santé communautaire et l'autre pour la santé dans les établissements. Il y a 12 conseils en tout : 6 conseils de santé institutionnels, 4 conseils de santé et de services communautaires et 2 conseils intégrés.	1994	1998 (restructuration pour inclure certains services sociaux)	Nommé
Î.-P.-É.	4 régions régionales de la santé (RRS) et 1 autorité provinciale de services de santé.	1993 et 1994	2002	Élu/nommé
N.-É.	9 districts de santé.	1996	2001	Nommé
N.-B.	8 RRS. Une région en compte 2, une francophone et l'autre anglophone.	1992	2002	Actuellement nommé mais élu/nommé d'ici 2004
Qc	18 régions régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS).	Entre 1989 et 1992	2001 (conseils nommés plutôt qu'élus)*	Nommé
Ont.	Non régionalisé, 16 conseils régionaux de santé (rôle consultatif).	(1974)	(2001)	(Nommé)
Man.	11 RRS.	1997 et 1998	2002	Nommé
Sask.	12 RRS et 1 autorité sanitaire du Nord.	1992	2001-2002	Nommé
Alb.	9 RRS.	1994	2003	Nommé
C.-B.	5 RRS, 16 secteurs de prestation de services de santé et 1 autorité sanitaire provinciale.	1997	2001	Nommé
Nun.	Non régionalisé.	s.o.	s.o.	s.o.
T. N.-O.	7 autorités de santé et de services sociaux.	1988	Le nombre passera de 7 à 8 en 2003.	Nommé
Yn	Non régionalisé.	s.o.	s.o.	s.o.

* Le Parti libéral du Québec nouvellement élu a annoncé d'autres plans de restructuration.

Source : Adapté du Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé.

En décembre 2002, le Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé (CCARS) a divulgué les résultats de son deuxième sondage pancanadien mené auprès des membres des conseils d'administration et des directeurs généraux (DG) des régions régionales de la santé ainsi que des cadres supérieurs des ministères de la Santé¹⁴. Le taux de réponse était de 50 % pour les membres des conseils, de 52 % pour les DG régionaux et de 38 % pour les cadres supérieurs des ministères. Voici certaines des principales constatations :

- La réforme de la santé continue de recevoir un appui ferme au pays mais le tiers des répondants croient que la qualité du service a souffert des changements rapides et du financement instable. Les répondants de l'Ouest sont en général plus positifs que ceux du Québec et des provinces de l'Atlantique.
- Les répondants des RRS croient que celles-ci sont trop restreintes par les gouvernements provinciaux; les cadres supérieurs des ministères de la Santé ne sont en général pas d'accord.
- Seulement la moitié des membres des conseils et le tiers des DG et des cadres supérieurs des ministères de la Santé croient que la division du pouvoir entre les RRS et les gouvernements provinciaux est claire. Dans le cadre du sondage précédent (1997), les répondants du ministère de la Santé de la Saskatchewan n'étaient pas d'accord avec cette perception mais en 2002, ils la partageaient.
- Plus les états de service sont longs à un conseil d'administration, plus le point de vue est optimiste. Ainsi, seulement 24 % des répondants des conseils d'administration avec moins d'un an de service croient que la réforme a amélioré la qualité contre 56 % parmi ceux qui siègent depuis au moins trois ans.
- Soixante et onze pour cent des répondants des gouvernements, mais seulement le quart de ceux provenant des RRS, croient que l'opinion des groupes d'intérêt pèse trop dans les décisions des conseils d'administration.

La régionalisation, à l'instar des soins de santé en général, est en constante évolution. À mesure que les systèmes d'information et les méthodes d'évaluation progressent, ses succès et ses épreuves, comme ceux d'autres « expériences dans les conditions naturelles », devraient devenir plus évidents.

Pour en savoir davantage

- ¹ Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Ottawa : Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers.
- ² Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J, Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321-333.
- ³ Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, Hsia J, Hulley S, Herd A, Khan S, Newby LK, Waters D, Vittinghoff E, Wenger N, HERS Research Group. (2002). Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *Journal of the American Medical Association*, 288(1), 49-57.
- ⁴ Hulley S, Furberg C, Barrett-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, Knopp R, Lowery M, Satterfield S, Schrott H, Vittinghoff E, Hunninghake D, HERS Research Group. Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and estrogen/progestin replacement study follow-up (HERS II). *Journal of the American Medical Association*, 288(1), 58-66.
- ⁵ Mangano DT, Multicenter Study of Perioperative Ischemia Research Group. (2002). Aspirin and mortality from coronary bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, 347(17), 1309-1317.
- ⁶ Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. (2003). Years of life lost due to obesity. *Journal of the American Medical Association*, 289(2), 187-193.
- ⁷ Katzmarzyk PT. (2002). The Canadian obesity epidemic: an historical perspective. *Obesity Research*, 10(7), 666-674.
- ⁸ Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. (2002). Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *International Journal of Obesity*, 26(4), 538-543.
- ⁹ Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Suisse : OMS.
- ¹⁰ Marmot GM, Smith GD. (1989). Why are the Japanese living longer? *British Medical Journal*, 299, 1547-1551.
- ¹¹ Santé Canada (2003). *Virus du Nil occidental : Canada. Résultats du programme de surveillance. Mise à jour du 14 mars 2003*. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/wnv-vwn/mon_f.html.
- ¹² Santé Canada. (2003). *Conseils de santé aux voyageurs : Syndrome respiratoire aigu sévère dans la ville de Hanoï au Vietnam, dans la zone administrative spéciale de Hong Kong et dans la province de Guangdong en Chine et à Singapour*. Ottawa : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/tmp-pmv/2003/sars0325_f.html.
- ¹³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2003). *Nouvelles mesures pour protéger les Ontariennes et les Ontariens contre le SRAS*. Ontario : ministère de la Santé et des Soins de longue durée. http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOF/2003/03/25/c3986.html?lmatch=&lang=_f.html.
- ¹⁴ Kouri D, Chessie K, Lewis S. (2002). *Régionalisation : Où est passé le pouvoir? Sondage réalisé auprès des décideurs du système de santé régionalisé du Canada*. Saskatoon : Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé. www.regionalization.org.

Les soins de santé primaires

Il y a 25 ans, des experts du monde entier se sont réunis à Alma-Ata pour formuler une vision des soins de santé universels et de qualité pour tous. Depuis, la carte du monde a changé radicalement. Alma-Ata, qui faisait alors partie de l'Union soviétique, est maintenant la capitale du Kazakhstan indépendant. En revanche, les principes énoncés à la conférence continuent d'être un point de repère pour les pays en voie de développement et industrialisés.

Les participants à Alma-Ata ont défini les soins de santé primaires comme suit :

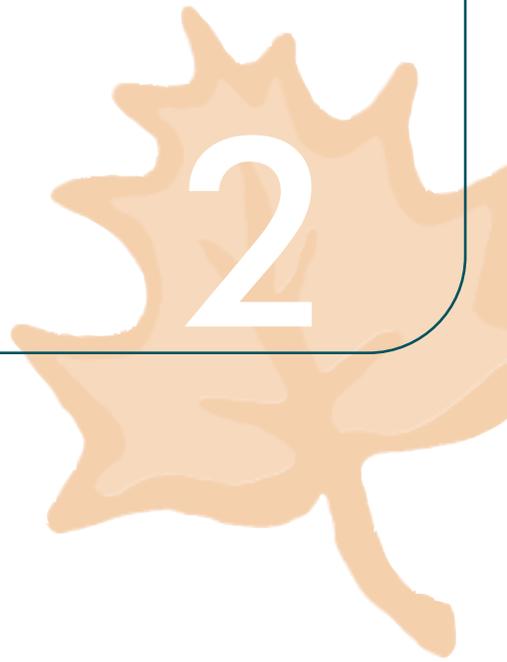
Soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire¹.

La meilleure façon d'organiser et de dispenser ces services de santé de tous les jours, voilà la tâche ardue des politiques canadiennes de la santé. Même avant Alma-Ata, un rapport fédéral préconisait la mise sur pied de centres de santé communautaire. Il recommandait aussi la formation d'équipes multidisciplinaires, l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé et une forte participation des consommateurs². Depuis, de nombreuses approches ont été mises à l'essai, des projets pilotes modestes aux programmes en cours plus ambitieux. Malgré tout, la pratique privée axée sur les médecins continue d'être le modèle dominant de prestation des soins de santé primaires au Canada.

Cela dit, les rapports issus des récentes commissions provinciales et fédérales revendiquent des changements. Selon eux, l'avenir de notre système de santé passe par le renouvellement des soins de santé primaires. Le chapitre 2 examine leurs propositions et leurs liens avec les réformes antérieures et la pratique actuelle. Le chapitre 3 dresse le profil des milliers de professionnels de la santé qui dispensent des soins de santé primaires d'un océan à l'autre. Il décrit aussi certains des nombreux milieux dans lesquels ils travaillent. Finalement, le chapitre 4 présente ce que nous savons et ce que nous ignorons des médecins de famille au Canada et des soins qu'ils dispensent.

Les soins de santé primaires en transition?

2



Les soins de santé primaires en transition?



De bien des façons, les soins de santé primaires sont au secteur de la santé ce que les trois clés du savoir sont à l'éducation. Au même titre que la lecture, l'écriture et l'arithmétique sont des aptitudes fondamentales qui ouvrent la porte à d'autres apprentissages, les soins

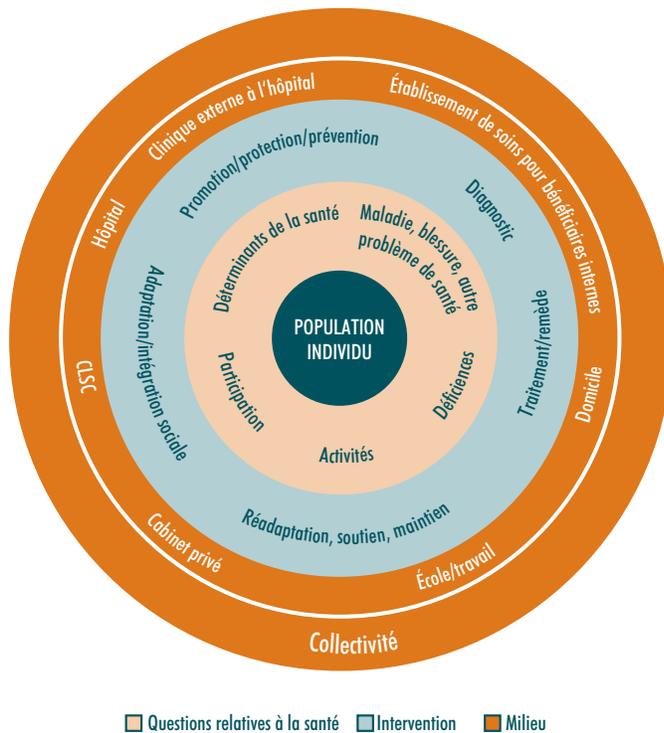
de santé primaires sont l'outil de base pour améliorer la santé et soigner la maladie. Bien souvent, ils sont la passerelle vers d'autres services de santé.

Le terme « soins de santé primaires » décrit les services que nous recevons au premier contact avec le système de santé — peut-être dans le cabinet d'un médecin, une clinique de santé, une pharmacie ou un centre de santé communautaire. Les visites des enfants bien portants, les tests initiaux de dépistage, les lignes d'aide téléphonique et les soins courants pour des problèmes de santé mineurs et continus ne sont que quelques exemples de ce niveau de soins.

De nombreux types de professionnels de la santé dispensent des soins de santé primaires dans toutes sortes de milieux. Les dispensateurs de soins de santé primaires peuvent aussi diriger les patients vers des soins secondaires et tertiaires. Entre les deux, on trouve des services comme les soins à domicile, les soins de longue durée et les soins palliatifs, tous des sujets possibles pour les rapports à venir. En bout de ligne, comme on peut le voir dans la figure 6, il y a un continuum des services de santé.

Combiner santé et soins de santé 6

Les gens et les populations sont au cœur du modèle de santé et des services de santé ci-dessous. Il présente aussi les aspects ou les facteurs qui peuvent être associés au cheminement de nos problèmes de santé, qui ont un lien avec les maladies, les blessures et les autres problèmes de santé, et qui se rapportent aux conséquences de la maladie. Les dispensateurs de soins de santé primaires jouent un rôle partout, en faisant la promotion de la santé et la prévention de la maladie, en gérant les maladies chroniques et en soignant les maladies ou les blessures mineures.



Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Réaliser la vision : le long trajet à parcourir

En février 2003, les premiers ministres ont convenu d'accélérer la réforme des soins de santé primaires. Leur décision faisait suite à une série de rapports récents de commissions fédérales et provinciales^{3, 4, 5, 6, 7, 8} dont la conclusion était unanime : le renouvellement des soins de santé primaires est essentiel.

Ce consensus sur la nécessité de renouveler les soins de santé primaires et leurs objectifs n'est pas nouveau, ni au Canada, ni ailleurs. Grâce à des fonds de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, du ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, du ministère de la Santé de la Saskatchewan et de Santé Canada, des chercheurs ont récemment passé en revue la documentation internationale et ont relevé six objectifs couramment cités pour les soins de santé primaires dispensés par les médecins⁹ :

- **Efficacité** : la capacité à maintenir ou à améliorer la santé des personnes et des populations.
- **Continuité** : la prestation des services sans interruption du début à la fin d'un épisode de soins.
- **Qualité** : la perception et le degré de conformité aux normes professionnelles reconnues.
- **Productivité** : le rapport entre les services produits et les ressources utilisées pour les produire, mesuré en fonction de la réduction des coûts et de la baisse dans l'utilisation d'autres niveaux de soins.
- **Réactivité** : la prise en compte et le respect des attentes et préférences des utilisateurs ou des dispensateurs de services.
- **Accessibilité** : la facilité à entrer en contact avec les services de santé, sans distinction en fonction de caractéristiques telles que l'âge, la situation socio-économique et l'origine ethnique.

Soins de santé primaires : un rapport sur les rapports

7

Les récents rapports sur l'avenir des soins de santé au Canada sont tous du même avis : la réforme des soins de santé primaires est essentielle. Bien que leurs recommandations ne soient pas les mêmes, certains des grands objectifs de la réforme des soins de santé primaires recueillent l'unanimité. Ce tableau présente un sommaire des approches recommandées dans six rapports récents sur le renouvellement des soins de santé. D'autres secteurs de compétence ont aussi produit des études plus ciblées sur les soins de santé primaires.

	Romanow (2002)	Kirby (2002)	N.-B. (2002)	Alb. (2001)	Sask. (2001)	Qc (2000)
	Pourquoi la réforme?					
Élargissement de l'accès 24/7	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prévention et promotion de la santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Continuité des soins et gestion des maladies chroniques améliorées	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Recommandations					
Équipes interdisciplinaires	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dossier de santé électronique	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Intégration des services de santé et sociaux	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Autre mode de paiement pour les médecins	✓	✓	✓	✓	s.o.*	✓
Groupes/ réseaux de médecine familiale	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	✓	✓
Centres de santé communautaire/centres de soins primaires	s.o.	s.o.	✓	s.o.	✓	s.o.

* Le rapport indique que la rémunération à l'acte pose un problème mais ne recommande pas précisément d'adopter d'autres modes de paiement pour les médecins.

Source : Compilé par l'ICIS.

Une transition des soins médicaux primaires aux soins de santé primaires 8

Au dire des experts, la réalisation de la vision d'Alma-Ata dans les soins de santé primaires passe par des changements en profondeur dans les systèmes de santé. Ce graphique présente une conception — celle de Barbara Starfield, professeure à l'Université Johns Hopkins — de la transition des soins médicaux primaires aux soins de santé primaires.

Soins médicaux primaires	Soins de santé primaires
Centre d'attention	
Maladie	Santé
Guérison	Prévention, soins, guérison
Contenu	
Traitement	Promotion de la santé
Soins épisodiques	Soins continus
Problèmes précis	Soins globaux
Organisation	
Médecins travaillant seuls	Professionnels de la santé travaillant en équipes
Responsabilité	
Secteur de la santé seulement	Collaboration intersectorielle
Prédominance professionnelle	Participation communautaire
Réception passive	Responsabilité commune

Source : Adapté de Starfield B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. 2nd Ed. New York : Oxford University Press. (Adapté de Vuori, 1985).

Des objectifs semblables sont à l'origine d'innovations majeures dans les soins de santé primaires depuis les années 1960, quoique certains affirment que les changements généralisés de longue durée sont peu nombreux. Des chercheurs ont observé trois vagues de réforme ayant mené aux initiatives actuelles¹⁰ :

Les années 1970 : l'apparition des autres modèles de prestation et d'organisation

À la suite des premiers projets dans les soins de santé primaires (p. ex. les cliniques communautaires en Saskatchewan et le centre de santé de groupe à Sault Ste. Marie) dans les années 1960, plusieurs nouveaux modèles de soins de santé primaires ont vu le jour dans les années 1970. Mentionnons les Centres locaux de services communautaires au Québec (CLSC), les organismes de services de santé (OSS), les centres de santé communautaire (CSC) en Ontario et des initiatives semblables dans d'autres provinces. La plupart des programmes accordaient une place prépondérante à la participation des équipes de dispensateurs

de soins, particulièrement les infirmières et les infirmières praticiennes.

Les années 1980 : l'expansion des équipes de soins de santé primaires

Dans les années 1980, diverses initiatives provinciales appuyaient l'élargissement des rôles pour les dispensateurs de soins de santé primaires (autres que des médecins). Par exemple, dans certains secteurs de compétence, on a adopté de nouvelles lois sur le champ d'activité des optométristes, des physiothérapeutes et d'autres professions paramédicales (voir aussi le chapitre 3, *De nombreux dispensateurs — De nombreux milieux*). La fin des années 1980 a aussi été témoin du début de la régionalisation. Mais même si les régies régionales de la santé ont assumé la responsabilité de la prestation de nombreux types de services de santé, la rémunération à l'acte des médecins relevait toujours des gouvernements provinciaux.

Les années 1990 : l'âge des projets pilotes — tester le changement

Parallèlement aux autres initiatives de réforme de la santé, toutes les provinces ont lancé des projets pilotes et de démonstration sur la réforme des soins de santé primaires dans les années 1990. Ils portaient principalement sur d'autres méthodes d'organisation, de prestation, de régie, de financement et de rémunération. La plupart des projets faisaient appel à des équipes interdisciplinaires ou à des infirmières dans un rôle élargi. Entre 1997 et 2002, le Fonds fédéral de 150 millions de dollars pour l'adaptation des services de santé a appuyé certains de ces projets. Des gouvernements provinciaux et d'autres sources ont aussi avancé des fonds pour des projets pilotes.

Quelles leçons en avons-nous tirées? Des chercheurs ont récemment fait le sommaire des projets du Fonds pour l'adaptation des services de santé¹¹. Dans le cadre de ce programme, une série de projets ont abordé les besoins de divers groupes de diverses

façons. La synthèse des résultats a permis de faire le tour de différentes observations sur les conséquences de la promotion de la santé et de la prévention, de la pratique de groupe et des équipes multidisciplinaires et de l'élargissement du rôle des infirmières. Les évaluations des projets pilotes ont aussi mis à jour des questions courantes : dans quelles circonstances les divers modèles de soins fonctionnent le mieux et comment éliminer les obstacles juridiques à la pratique collaborative entre différents types de professionnels de la santé.

Les modèles de soins de santé primaires : la recherche indique que tous n'entrent pas dans le même moule

Bon nombre des projets pilotes et des initiatives antérieures partageaient des objectifs similaires mais ils ont eu recours à une vaste gamme de méthodes pour tenter de les réaliser. Des chercheurs financés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), le ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le ministère de la Santé de la Saskatchewan et Santé Canada ont récemment regroupé en quatre catégories les différents modèles de soins qui incluent des médecins de famille⁹ :

- **Les modèles communautaires « intégrés » et « non intégrés »** : les modèles communautaires visent à répondre aux besoins en matière de santé d'une population dans une région donnée et à appuyer le développement communautaire. Les organismes intégrés et non intégrés offrent en général les mêmes services et les deux font appel à des dispensateurs de soins issus de nombreuses professions. Les deux modèles se différencient par leurs liens avec le système de santé en général. Les chercheurs ont indiqué que la technologie de l'information ou les contrats de services peuvent faciliter l'établissement de tels liens.
- **Les modèles professionnels de soins de santé primaires de « coordination » et de « contact »** : dans le cadre des deux modèles « professionnels », des médecins seuls ou en groupe visent à offrir des services médicaux à des patients qui entrent en contact avec la profession ou à des personnes qui se sont inscrites auprès d'une des entités responsables pour obtenir leurs services. Dans le modèle de coordination, les médecins sont souvent payés selon le principe de la capitation. On s'attarde à dispenser des services continus aux adhérents. Dans le modèle du contact, les médecins sont habituellement rémunérés à l'acte. Les chercheurs font valoir que ce modèle comporte moins de liens avec le reste du système de santé.

Après avoir revu la documentation et recueilli l'opinion d'experts, les chercheurs ont conclu qu'aucun des modèles n'atteint à lui seul les six objectifs des soins de santé primaires. À leur avis, le modèle communautaire intégré et, à un degré moindre, le modèle professionnel de coordination, s'en rapprochent le plus. Ces modèles comportent quand même des lacunes. Ainsi, le premier modèle n'a pas obtenu une aussi bonne note que les autres par rapport à l'accessibilité (qui englobe tant l'accessibilité globale que l'équité) et à la réactivité. Les chercheurs croyaient que les modèles professionnels étaient mieux adaptés à ces dimensions, mais pas aussi bien adaptés à l'efficacité, la continuité et l'équité dans l'accès.

Pour de plus amples renseignements, consultez le www.chsrf.ca.

Les modèles en action

9

Des chercheurs affirment que les quatre modèles de soins de santé primaires définis dans la synthèse des politiques du FCRSS existent actuellement au Canada. Alors que le modèle professionnel de contact des soins de santé primaires est prédominant au Canada, les modèles communautaires sont plus courants dans des pays comme la Suède et la Finlande. La plupart de leurs citoyens reçoivent des soins primaires dans des centres de santé dirigés par les gouvernements municipaux. Leur niveau d'intégration avec les autres niveaux de soins les distinguent. Des exemples sont présentés ci-dessous.

Modèles communautaires		Modèles professionnels	
Non intégrés	Intégrés	Premier contact	Coordination
CLSC au Québec (zones urbaines)	CLSC au Québec (régions rurales)	Prédominants au Canada Médecin de famille dans la collectivité	Organismes de services de santé en Ontario
Suède	Finlande	Belgique États-Unis (modèles ouverts)	Danemark Pays-Bas RU (après attribution d'une enveloppe) États-Unis (modèle d'OSSI)

Source : Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Contrandopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. (2003). *Synthèse des politiques sur les services de première ligne*. Préparée pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé de la Saskatchewan, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Santé Canada.

Un nouveau siècle

Considéré comme un moyen d'optimiser l'utilisation des ressources, l'accès, la coordination et la qualité des soins³, le renouvellement des soins de santé primaires est au cœur des plans de réforme des soins de santé au XXI^e siècle. Les architectes de cette réforme veulent transformer les soins de santé tels que nous les connaissons. Leurs plans touchent tous les aspects du système de santé.

Une telle réforme à grande échelle n'est jamais facile. Les architectes des changements antérieurs le savent bien. Par exemple, la Commission Romanow a affirmé que la réforme des soins de santé primaires « est contraire aux façons de faire profondément ancrées dans la culture qui imprègne

D'où partons nous?

Presque tout le monde a un contact avec les soins de santé primaires. En 2001, plus de 23 millions de Canadiens de 15 ans et plus (94 %) ont eu recours à au moins un type de service de santé de « premier contact ». Ils cherchaient à obtenir des soins de routine ou de suivi, des soins immédiats pour un problème de santé mineur ou encore de l'information ou des conseils sur la santé.

L'endroit où les Canadiens se dirigent pour obtenir ces types de services varie en fonction du moment où ils en ont besoin. Pendant les heures normales de bureau (de 9 h à 17 h du lundi au vendredi), les cabinets des médecins de famille sont l'endroit de prédilection. En dehors de ces heures, la situation est toute autre. Ainsi, les Canadiens ayant besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur la fin de semaine et le soir se rendront vraisemblablement à une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence. Si le problème survient au milieu de la nuit, presque tous (93 %) s'adressent à l'hôpital ou à son service d'urgence¹².

Dans une étude récente, on a comparé la satisfaction des patients et la qualité des soins dans 12 cliniques sans rendez-vous, 16 cabinets de médecins de famille rémunérés à l'acte et 13 salles d'urgence dans certaines villes en Ontario¹³. Les patients tentant d'obtenir des soins pour une condition aiguë courante ont été inclus dans l'étude. On a mesuré la qualité des soins en proportion des lignes directrices suivies dont avait convenu un panel de cliniciens experts. Elle tendait à être plus élevée dans les salles d'urgence (note médiane de 73 %), puis dans les cliniques sans rendez-vous (70 %) et les cabinets de médecins de famille (64 %) (après rajustement pour diverses caractéristiques des patients). Par contre, les patients dans les cliniques sans rendez-vous étaient plus satisfaits que ceux dans les salles d'urgence des communications axées sur le patient, l'attitude du médecin et le temps passé dans la salle d'attente. Les patients dans les cabinets de médecins de famille avaient tendance à être plus satisfaits que ceux soignés dans les cliniques sans rendez-vous, mais la différence était seulement statistiquement significative pour les temps d'attente.

L'accès aux soins

10

Les Canadiens qui ont besoin de soins ont tendance à tenter d'obtenir des services de premier contact à des endroits différents selon le moment de la journée. Ce graphique illustre où des Canadiens de 15 ans et plus ont demandé des soins de routine et immédiats pour des problèmes de santé mineurs pour leur compte ou celui d'un membre de la famille pendant les heures normales de travail (de 9 h à 17 h du lundi au vendredi), les soirs (de 17 h à 21 h), les fins de semaine et la nuit en 2001.

Milieu	Soins de routine ou de suivi			Soins immédiats pour problème de santé mineur		
	JOUR	SOIR/FIN DE SEMAINE	NUIT	JOUR	SOIR/FIN DE SEMAINE	NUIT
Cabinet d'un médecin de famille	80 %	20 %	s.o.	49 %	8 %	**
Clinique sans rendez-vous	12 %	42 %	s.o.	23 %	34 %	1 % *
Hôpital ou urgence	4 %	32 %	s.o.	23 %	53 %	93 %
Centre de santé communautaire	3 %	4 % *	s.o.	4 % *	3 % *	**
Autre	1 % *	2 % *	s.o.	1 % *	1 % *	**

Remarques : * À interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée de l'échantillon.
** Données trop peu fiables pour être publiées en raison de la variabilité élevée de l'échantillon. Peut ne pas correspondre à 100 % à cause de l'arrondissement ou des non-réponses.

Source : Statistique Canada. (2002). Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001. Numéro au catalogue 82-575-XIF. Ottawa : Statistique Canada.

notre système de santé et elle se heurte parfois à de puissants intérêts et à des privilèges séculaires »³. Le rapport a fait état de plusieurs obstacles à la réforme, dont :

- l'importance prépondérante accordée aux soins hospitaliers et médicaux;
- la spécialisation accrue des professionnels;
- la fragmentation de la prestation des soins de santé;
- le manque d'information sur la santé;
- le pouvoir de décision restreint des patients;
- le rôle secondaire joué par la prévention et la promotion.

Le comité sénatorial présidé par le sénateur Kirby a relevé certaines des mêmes faiblesses structurelles dans notre système actuel de soins de santé primaires. Des témoins à la Commission ont aussi insisté sur des obstacles précis à la réforme, notamment⁴ :

- les pénuries de personnel qualifié;
- les droits acquis de divers groupes professionnels (quoique d'autres témoins aient fait valoir que la réforme des soins de santé primaires passait par l'adoption volontaire des professionnels de la santé);
- le fait que les honoraires à l'acte soient la méthode de rémunération des médecins la plus courante;
- les coûts élevés de démarrage;
- l'absence d'une infrastructure d'information électronique.

Ces obstacles n'ont pas arrêté l'élaboration de plans pour aller de l'avant. Les premiers ministres ont constamment affirmé que le renouvellement des soins de santé primaires était une priorité et des initiatives sont déjà en cours dans certains secteurs de compétence. Les activités qui se déroulent actuellement au pays sont décrites à l'annexe. D'autres ressources ont aussi été affectées à la réforme plus poussée des soins de santé primaires. Par exemple, les premiers ministres ont précisé que la réforme des soins de santé primaires était prioritaire dans le cadre du nouveau Fonds de 16 milliards de dollars sur cinq ans pour la réforme de la santé (un élément de l'accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé)¹⁴.

Les objectifs de la réforme

11

Plusieurs gouvernements ont récemment établi des objectifs de réforme pluriannuels. Des exemples sont présentés ci-dessous. Certains sont très ambitieux compte tenu de la situation actuelle.

Secteur de compétence	Objectif	Date cible
Premiers ministres fédéral et provinciaux	• 50 % des citoyens de chaque province et territoire auront accès à un dispensateur de soins approprié 24 heures par jour, sept jours par semaine	2011
Terre-Neuve-et-Labrador	• 100 % des citoyens inscrits auprès d'un réseau de soins de santé primaires • 95 % des résidents à 60 minutes de soins de santé primaires 24/7	2007 2007
Nouvelle-Écosse	• Évaluation de cinq équipes pilotes de soins multidisciplinaires qui incluent des infirmières praticiennes • Développement d'une ligne télésanté, d'un site Web interactif et de bandes sonores dans les deux langues officielles (en collaboration avec les autres provinces de l'Atlantique) • Mise en œuvre d'un système d'information dans les hôpitaux de toute la province pour appuyer les dossiers de santé électroniques partagés entre les niveaux de soins	2003 2004 2005
Nouveau-Brunswick	• Création des quatre premiers centres de santé communautaire	2003
Québec	• 100 organismes de soins de santé primaires (groupes de médecine familiale) qui offrent des services 24/7 • Les CLSC ouverts sept jours par semaine pendant au moins 70 heures par semaine	2003 2003
Ontario	• 80 % des médecins de famille qui pratiquent dans des réseaux Santé familiale	2004
Manitoba	• Développement d'un plan régional de soins de santé primaires en fonction du cadre d'action pour les soins de santé primaires du ministère de la Santé du Manitoba	2004
Saskatchewan	• Accès à une ligne télésanté dans toute la province • Services et réseaux de santé accessibles 24/7 pour l'ensemble de la population • 80 % des médecins de famille qui participent à des modèles de soins de santé primaires	2003 2011 2011
Alberta	• Accès à une ligne téléphonique d'information sur la santé dans toute la province • Élaboration de normes de technologie de l'information sur la santé dans l'ensemble de la province • Utilisation accrue des groupes de soins et nouvelles approches pour soigner les malades chroniques • 50 % des médecins qui adoptent d'autres modes de paiement, comme les honoraires fixes, les contrats ou les salaires	2003 2003 2005 2005
Territoires du Nord-Ouest	• Guide de soins auto-administrés distribué dans tous les foyers • Établir un centre d'appel 1-800 pour la santé de la famille et le soutien social • Officialiser un modèle intégré de prestation des services de santé et sociaux • Établir des projets pilotes d'intégration en fonction du modèle des soins de santé primaires	2003 2003 2003 2003

Source : Compilé par l'ICIS.

Ce que les Canadiens pensent de la réforme des soins de santé primaires

Selon des données récentes sur l'opinion publique compilées pour la Commission Romanow à partir de sources diverses, de nombreux Canadiens appuieraient certains aspects clés de la réforme des soins de santé primaires¹⁵. Par exemple :

- Plus de la moitié (54 %) des Canadiens interrogés par EKOS en 2000 ont dit qu'ils seraient prêts à consulter une infirmière de soins généraux ou spécialisés qui travaille avec un médecin pour obtenir des soins courants dans le cadre d'un examen régulier comme la surveillance de la pression, la gestion du diabète ou les infections des oreilles ou de la gorge.
- Des personnes interrogées par la commission sur l'assurance-maladie en Saskatchewan en 2001, 49 % croyaient que des équipes de soins de santé primaires amélioreraient la qualité des services de santé et 14 % pensaient le contraire. Les autres répondants, soit 37 %, n'étaient pas sûrs ou n'ont pas répondu à la question.
- Soixante-quatorze pour cent des personnes interrogées en 1999 par EKOS ont dit qu'ils préféreraient avoir un médecin de famille qui travaille au sein d'une équipe plutôt que seul.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Les rapports publiés récemment sur les soins de santé reconnaissent l'importance du renouvellement des soins de santé primaires dans la viabilité et la revitalisation du système de santé au Canada. Plusieurs autres pays se lancent aussi dans la réforme des soins de santé primaires ou en discutent.
- Plusieurs modèles de soins de santé primaires ont été utilisés, et le sont encore, un peu partout au Canada et dans le monde. Des recherches tendent à indiquer qu'aucun modèle n'est adapté à toutes les circonstances.
- Les cabinets des médecins demeurent le point de premier contact le plus fréquent pour obtenir des soins de santé primaires pendant les heures normales de bureau. Le soir et la fin de semaine, les Canadiens se tournent vers divers milieux pour obtenir des soins. Les hôpitaux et les urgences sont les endroits les plus populaires la nuit.

Ce que nous ignorons

- Comment l'utilisation que font les Canadiens des diverses formes de contact avec les services de santé change-t-elle avec le temps? Comment cela affecte-t-il l'intégration des soins de premier contact avec le reste du système de santé? Quelles sont les répercussions de ces changements sur les résultats pour la santé, l'accès aux soins, la satisfaction et les dépenses de santé?
- Quels seront les effets des initiatives actuelles et prévues de renouvellement des soins de santé primaires sur la santé de la population, les coûts, la satisfaction des patients et des dispensateurs et la qualité des soins? Quels sont les moyens et les indicateurs appropriés pour contrôler la mise en œuvre des modèles de soins de santé primaires et évaluer leur rendement?

Ce qui se passe

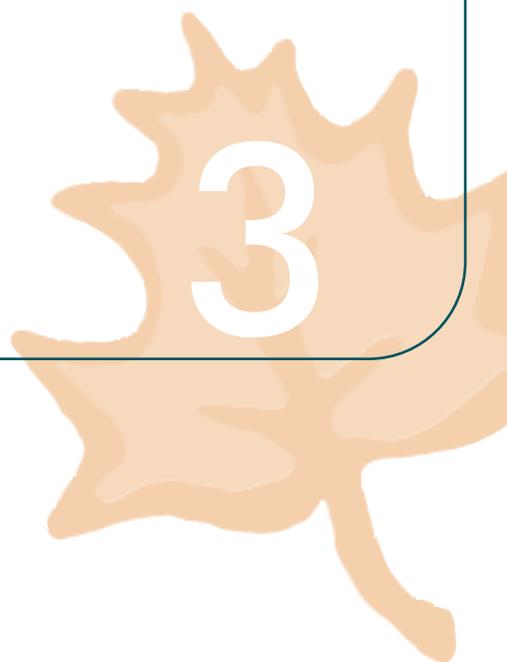
- Des initiatives provinciales et territoriales sont en cours pour tester et mettre en œuvre des nouveaux modèles de soins de santé primaires. Dans certains cas, elles sont appuyées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, un investissement de 800 millions de dollars qui prend fin en mars 2006. Des fonds provinciaux et territoriaux ainsi que des fonds provenant d'autres sources peuvent aussi y être injectés.
- Les premiers ministres se sont entendus pour faire en sorte qu'au moins 50 % de leurs citoyens aient accès à un dispensateur de soins approprié, 24 heures par jour et sept jours par semaine, d'ici 2011.

Pour en savoir davantage

- ¹ Organisation mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. www.who.dk/aboutWHO/Policy/20010827_1.
- ² Santé et Bien-être social Canada. (1972). *Centre de soins communautaires au Canada. Volume 1. Rapport de l'étude sur les centres de soins communautaires présenté à la Conférence des ministres de la Santé*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada.
- ³ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- ⁴ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- ⁵ Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé. (2002). *Renouvellement du système de santé : Rapport du conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*. Nouveau-Brunswick : Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé.
- ⁶ Premier's Advisory Council on Health. (2001). *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Alberta : Premier's Advisory Council on Health.
- ⁷ Commission on Medicare. (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Saskatchewan : Commission on Medicare.
- ⁸ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2001). *Les solutions émergentes: Rapport et recommandations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ⁹ Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Conrandiopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. (2003). *Synthèse des politiques sur les services de première ligne*. Préparée pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé de la Saskatchewan, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Santé Canada.
- ¹⁰ Hutchison B, Abelson J, Lavis J. (2001). Primary care in Canada: So much innovation, So little change. *Health Affairs* 20(3).
- ¹¹ Mable AL, Marriot J. (2002). *Le Fonds pour l'adaptation des services de santé, série de rapports de synthèse : Les soins primaires*. Ottawa: ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. www.hc-sc.gc.ca.
- ¹² Statistique Canada. (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa : Statistique Canada. Numéro au catalogue 82-575-XIF.
- ¹³ Hutchison B, Østbye T, Barnsley J, Stewart M, Mathews M, Campbell MK, Vayda E, Harris SB, Torrance-Rynard V, Tyrrell C. (2003). Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: The Ontario Walk-In Clinic Study. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 168(8), 977-983.
- ¹⁴ Premiers ministres fédéral/provinciaux/territoriaux. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. www.scics.gc.ca/pdf/800039004_f.pdf.
- ¹⁵ Mendelsohn M. (2002). *Réflexion sur le système de santé : maintien du modèle canadien grâce à l'innovation — Une analyse de l'opinion publique*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

**De nombreux dispensateurs —
De nombreux milieux**

3



De nombreux dispensateurs — De nombreux milieux



Les soins de santé primaires sont dispensés dans les collectivités où nous vivons : dans les écoles, les lieux de travail, les maisons, les centres ou les cliniques de santé, les cabinets des praticiens et ailleurs. Ils sont aussi disponibles par l'entremise de services téléphoniques, de l'Internet et d'autres services d'information et de conseils sur la santé.

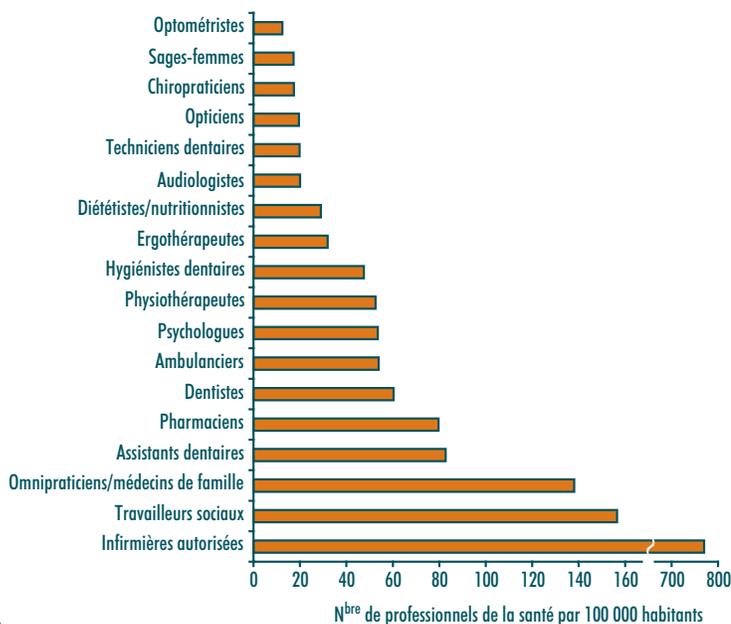
Les types de dispensateurs de soins varient presque autant que les milieux dans lesquels ils travaillent. Lorsque les Canadiens ont besoin de soins de santé primaires, ils

se tournent souvent vers un médecin de famille. Mais ils peuvent aussi consulter un dentiste, une infirmière praticienne, un pharmacien, un physiothérapeute, un dispensateur de soins complémentaires et parallèles ou un autre professionnel de la santé.

À l'heure où une vague de plans de renouvellement des soins de santé primaires déferle sur le pays, il importe de bien comprendre la situation actuelle. Le présent chapitre examine ce que nous savons des dispensateurs de soins de santé primaires, des endroits où ils travaillent et des services qu'ils offrent. Le chapitre 4 contient plus de détails sur les médecins de famille.

Les dispensateurs de soins de santé primaires au Canada 12

Ce graphique présente le taux de praticiens par 100 000 Canadiens en 2001 pour certaines professions de la santé qui peuvent dispenser des soins de santé primaires. Ces professionnels dispensent aussi parfois des soins à d'autres niveaux. Par exemple, plus de 60 % des infirmières autorisées travaillaient dans un hôpital en 2001.



Données

Source : Recensement de 2001, Statistique Canada.

Les dispensateurs des soins de santé primaires

Des milliers de professionnels issus de douzaines de professions dispensent des soins de santé primaires. Cela comprend, sans toutefois s'y limiter, de nombreux types de professionnels de la santé réglementés et non réglementés.

Les compétences et les rôles de ces dispensateurs de soins de santé primaires varient d'un endroit à un autre au pays. Dans certaines provinces, la législation permet uniquement aux membres autorisés d'une profession donnée d'accomplir des tâches précises¹.

D'autres ont récemment adopté un modèle axé sur les tâches qui précise celles qui peuvent poser des risques

si elles sont mal exécutées, comme réduire une fracture ou prescrire et mélanger des médicaments. La législation indique aussi quels professionnels de la santé ont la formation adéquate pour accomplir chaque tâche. Certaines tâches sont séparées, d'autres sont partagées. En Colombie-Britannique par exemple, les médecins, les podiatres et les dentistes peuvent tous réduire une fracture. Mais les podiatres peuvent

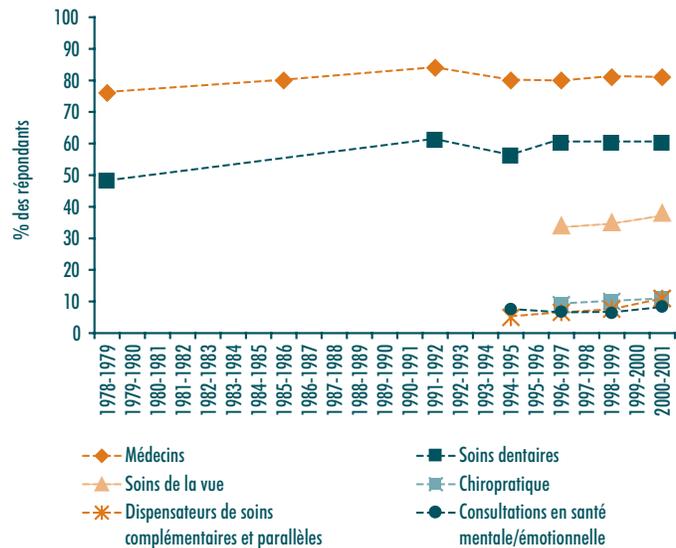
seulement réduire une fracture du pied ou de la jambe inférieure et les dentistes, une fracture de la mâchoire ou des autres os autour de la bouche².

Les rôles des divers professionnels de la santé évoluent aussi au fil du temps. Par exemple :

- Les 23 900 pharmaciens qui exerçaient leur profession aux quatre coins du pays en 2001 ne faisaient pas qu'emballer et délivrer des médicaments. Ils étaient nombreux à faire fonction de spécialistes de l'information sur les médicaments en donnant des conseils à d'autres professionnels de la santé ou au public. Ils remplissaient aussi d'autres rôles. Des chercheurs ont récemment passé en revue des données internationales sur le rôle élargi des pharmaciens dans les soins de santé primaires³. Les données englobaient 25 études portant sur plus de 16 000 patients. Premièrement, les chercheurs se sont attardés aux études des pharmaciens qui conseillaient des patients (par opposition à ceux qui n'offraient pas un service comparable). Bien que les résultats variaient entre les études, la plupart d'entre elles ont conclu que ce type d'interventions était bénéfique. Ainsi, les patients avaient moins tendance à se rendre à l'urgence ou à consulter un professionnel de la santé. Ils prenaient aussi moins de médicaments ou l'utilisation des médicaments était moins onéreuse. Ensuite, les chercheurs se sont penchés sur les études des pharmaciens qui prodiguaient des conseils à des professionnels de la santé (toujours par opposition à ceux qui ne le faisaient pas). Ils ont conclu qu'en général, l'interaction entre les pharmaciens et les médecins a donné lieu à une baisse dans les prescriptions et les coûts des médicaments. Selon les auteurs, certaines questions demeurent sans réponse : dans quelle mesure peut-on généraliser les résultats, comment les interventions des pharmaciens se comparent à des services semblables dispensés par d'autres professionnels de la santé, et ainsi de suite.
- Il n'est pas facile d'offrir des soins dans des régions éloignées. En Nouvelle-Écosse, des travailleurs paramédicaux ont commencé à dispenser des soins non urgents pendant leur « temps d'inactivité »⁴. Ils ont fourni des soins comme des services spécialisés (p. ex. immunisation), des programmes d'éducation du public et de prévention des blessures aux résidents de Long Island et de Brier Island. Une évaluation du projet a révélé que la plupart des objectifs avaient été atteints. Selon les auteurs, l'ajout d'une infirmière praticienne augmentera la capacité du projet de dispenser des soins de santé primaires. Cette phase du projet se déroule actuellement.

Tendances des contacts avec des professionnels de la santé 13

La plupart des Canadiens reçoivent des services de santé de « premier contact » chaque année. Ce graphique illustre comment la proportion des 15 ans et plus qui disent avoir contacté divers types de professionnels de la santé au cours de l'année précédente a changé au fil du temps.



Remarques :

- (1) Les dispensateurs de soins complémentaires et parallèles incluent les groupes suivants : massothérapeutes, acupuncteurs, homéopathes ou naturopathes, enseignants des méthodes Feldenkrais ou Alexander, relaxologues, enseignants de l'apprentissage par rétroaction biologique, ralfeurs, herboristes, réflexologistes, guérisseurs spirituels, guérisseurs religieux, etc.
- (2) Les consultations en santé mentale ou émotionnelle peuvent se faire avec divers professionnels, dont les médecins de famille, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les conseillers.
- (3) Les médecins englobent les médecins de famille ou les omnipraticiens, de même que des spécialistes comme les chirurgiens, les allergologues, les orthopédistes, les gynécologues et les psychiatres.

Sources : 1978-1979, Enquête Santé Canada; 1985 et 1991, Enquête sociale générale; 1990, Enquête promotion santé; 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Enquête nationale sur la santé de la population; et 2000-2001, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada.

Données

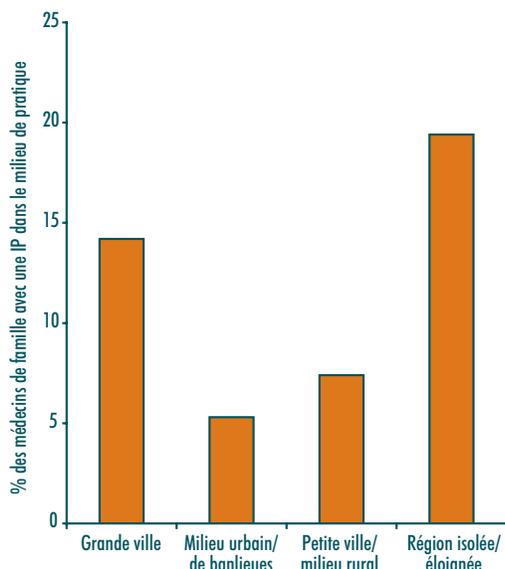
- Environ 19 000 infirmières autorisées ont soigné des patients dans les milieux communautaires et ambulatoires en 2001. Certaines assumaient un rôle plus élargi à titre d’infirmières praticiennes de soins de santé primaires, d’infirmières de pratique avancée, d’infirmières de catégorie avancée ou d’infirmières cliniciennes spécialisées (on utilise des titres différents selon l’endroit au pays).

L’élargissement des rôles — Les infirmières praticiennes comme un des nombreux dispensateurs de soins de santé primaires

L’utilisation accrue des infirmières praticiennes (IP) est un élément de plusieurs visions du renouvellement des soins de santé primaires. Les IP sont des infirmières autorisées qui détiennent une formation supplémentaire visant à fournir des services auparavant confiés aux médecins, comme demander des tests, poser des diagnostics et prescrire des médicaments. Les infirmières peuvent apporter une perspective et une expertise uniques à ces tâches. Par exemple, alors que la formation des médecins met l’accent sur le diagnostic et le traitement des maladies, les infirmières accordent une attention plus particulière au patient (et à sa famille) dans l’ensemble, à la fois sur les plans physique et psychosocial^{5, 6}. Ainsi défini, le rôle des infirmières dans les soins de santé primaires complète celui d’autres dispensateurs de soins plutôt que de le remplacer.

Les infirmières praticiennes qui travaillent avec des médecins de famille 15

Selon le Sondage national sur les effectifs médicaux de 2001, environ 7 % des médecins de famille qui ont dit que leur principal milieu de pratique était un cabinet privé, une clinique communautaire, une unité d’enseignement universitaire en médecine familiale ou une clinique autonome sans rendez-vous, ont déclaré qu’une infirmière praticienne travaillait dans ce milieu. Les médecins dans les grandes villes et les régions éloignées étaient plus susceptibles de travailler avec une infirmière praticienne.



Source : Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale de 2001, un élément du Projet JANUS, Le Collège des médecins de famille du Canada.

Données

Qui fait quoi? Un survol de l’Ontario 14

Les soins de santé primaires sont formés d’une large gamme de services et bon nombre d’entre eux peuvent être dispensés par plus d’un type de professionnel de la santé. En 2000, une équipe de médecins et d’infirmières praticiennes ont résumé leurs opinions sur des tâches distinctes et partagées entre des médecins de famille (MF) et des infirmières praticiennes (IP) pour le compte du Collège des médecins de famille de l’Ontario (voir le tableau ci-dessous). (La liste a été adaptée à partir des travaux du Sous-comité sur les soins primaires du Comité coordinateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers.)

Service	MF	IP	Service	MF	IP
Évaluation de santé			Soins palliatifs		
• Antécédents	✓	✓	• Visites à domicile	✓	✓
• Examen physique	✓	✓	• Soutien individuel et à la famille	✓	✓
• Évaluation diagnostique/en labo.	✓	✓	• Traitement initial	✓	✓
Prévention de la maladie			• Ajustement du traitement instable	✓	✓
• Examen périodique	✓	✓	• Surveillance de la condition stable	✓	✓
• Prévention primaire	✓	✓	Soins primaires en santé mentale		
• Prévention secondaire	✓	✓	• Gestion du stress	✓	✓
• Prévention tertiaire	✓	✓	• Adaptation à la maladie	✓	✓
Promotion de la santé			• Trouble psychiatrique aigu/chronique		
• Counseling en mode de vie	✓	✓	-Diagnostic et traitement initiaux	✓	
• Déterminants de la santé	✓	✓	-Ajustement du traitement instable	✓	
Éducation et soutien aux soins auto-administrés			-Surveillance de la condition stable	✓	✓
• Éducation en santé	✓	✓	Coordination et prestation de services de réadaptation		
• Conseils au téléphone	✓	✓	• Renvoi aux services de réadaptation	✓	
Diagnostic et traitement de maladies et blessures épisodiques			• Participation à la planification et au suivi	✓	✓
• Maladie mineure aiguë	✓	✓	• Éducation et sensibilisation	✓	✓
• Blessure mineure aiguë	✓	✓	Coordination des renvois et d’autres services de santé		
• Maladie complexe aiguë	✓		• Aux ressources communautaires	✓	✓
• Blessure complexe aiguë	✓		• Aux médecins spécialistes	✓	✓
Soins génésiques primaires			• À l’hôpital pour une admission	✓	
• Counseling en contrôle des naissances	✓	✓	Diagnostic et traitement de maladies chroniques et de blessures		
• Dépistage et traitement des MTS	✓	✓	• Diagnostic et traitement initiaux	✓	
• Diagnostic de grossesse	✓	✓	• Ajustement du traitement instable	✓	
• Counseling sur les options	✓	✓	• Surveillance de la condition stable	✓	✓
• Soins prénatals jusqu’à 32 semaines	✓	✓	Soins de soutien		
• Soins prénatals après 32 semaines	✓		• À l’hôpital	✓	✓
• Travail et accouchement	✓		• À domicile	✓	✓
• Soins immédiats à la mère	✓		• Dans des établissements de soins prolongés	✓	✓
• Soins immédiats au nouveau-né	✓				

Source : Way D, Jones L, Busing N. (2000). *Implementation Strategies: “Collaboration in Primary Care-Family Doctors and Nurse Practitioners Deliver Shared Care.”* Toronto: Ontario College of Family Physicians.

L'élargissement des rôles — Les infirmières praticiennes comme un des nombreux dispensateurs de soins de santé primaires (suite)

Les infirmières praticiennes travaillent dans la plupart des régions du pays mais les Canadiens dans les régions rurales et éloignées sont plus susceptibles de bénéficier de leurs services que le reste de la population. Par exemple, environ 60 % des infirmières des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut assument un rôle élargi dans des milieux de soins de santé primaires⁷. Dans certaines provinces (Ontario, Alberta, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick), les infirmières praticiennes peuvent pratiquer de façon autonome. Ailleurs, les tâches qui débordent le champ d'activité conventionnel des infirmières doivent être déléguées par un médecin⁸. Les associations d'infirmières dans plusieurs de ces secteurs de compétence tentent de modifier la législation pour permettre l'exercice indépendant pour les IP.

De nombreux chercheurs se sont demandés si les soins de santé primaires dispensés par des infirmières praticiennes sont différents de ceux offerts par les médecins de famille⁹. En 2002, on a effectué une revue systématique d'études internationales qui comparaient les soins de premier contact dispensés par les deux groupes dans les mêmes milieux ou des milieux similaires¹⁷. Des études plus récentes portaient sur les soins aux patients atteints d'une maladie mineure mais aiguë et qui voulaient un rendez-vous le jour même. Dans l'ensemble, les chercheurs ont conclu que les infirmières passaient plus de temps avec les patients et faisaient plus d'investigations que les médecins. De même, la satisfaction des patients était plus élevée parmi ceux qui avaient vu une infirmière ou une infirmière praticienne au premier contact. Par contre, les chercheurs n'ont relevé aucune différence dans l'état de santé des patients. Ils ont aussi conclu que les études ne permettaient pas d'évaluer les coûts relatifs des soins.

La formation et la réglementation au pays

16

Dans tout le Canada, un grand nombre d'infirmières autorisées assument des rôles élargis. Les possibilités de formation (et les besoins) à l'égard de ces rôles varient entre les provinces et les territoires, tout comme la reconnaissance juridique des infirmières dans un rôle de soins infirmiers avancés.

Province	Possibilité de formation*	Reconnaissance juridique
C.-B.	À compter de septembre 2003, l'Université de Victoria offrira une maîtrise en sciences infirmières : programme de pratique des soins infirmiers avancés. Le Collège universitaire de Cariboo offre un programme de soins infirmiers cliniques primaires à l'intention des infirmières dans un rôle élargi.	L'Association des infirmières autorisées et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique collaborent actuellement avec d'autres partenaires à des initiatives de réglementation des infirmières praticiennes.
Alb.	L'Université de l'Alberta offre une maîtrise en sciences infirmières qui prépare les infirmières à jouer un rôle de premier plan, y compris la pratique des soins infirmiers avancés. L'Université Athabasca offre le volet de la pratique des soins infirmiers avancés dans le cadre d'un programme de maîtrise des études de la santé, et un diplôme universitaire supérieur en soins infirmiers avancés. L'Université de Calgary offre une maîtrise intégrée en sciences infirmières/infirmière praticienne ou un certificat post-maîtrise d'infirmière praticienne.	En vertu des changements apportés à la loi albertaine de 1995 sur la santé publique, les infirmières autorisées ont le droit de dispenser des services qui vont au-delà de leur champ d'activité habituel. Les infirmières autorisées admissibles ont le droit d'utiliser la désignation infirmière autorisée/pratique élargie.
Sask.	L'Université de la Saskatchewan offre une maîtrise en sciences infirmières. L'Institut de science appliquée et de technologie offre un certificat avancé d'infirmière praticienne des soins primaires.	En mars 2003, le ministre de la Santé a approuvé une nouvelle législation entourant la reconnaissance juridique du titre d'infirmière autorisée (IA) (infirmière praticienne – IP). L'octroi de permis aux IA (IP) devrait commencer à l'automne 2003.
Man.	L'Université du Manitoba offre une maîtrise en sciences infirmières avec une concentration pour infirmière praticienne.	La province modifie actuellement sa législation pour permettre aux IA répondant aux exigences de formation de s'occuper d'autres actes autorisés.
Ont.	Le programme ontarien de soins primaires pour les infirmières praticiennes est offert dans 10 universités : Queen's, McMaster, Lakehead, Laurentienne, Ottawa, Western Ontario, Toronto, Windsor, Ryerson et York.	En 1998, la <i>Loi sur les infirmières et infirmiers</i> de l'Ontario a été modifiée pour permettre à un groupe distinct d'IA de s'occuper de certains autres actes autorisés. Il s'agit des infirmières autorisées (groupe élargi).
Qc.	Les infirmières travaillant dans les soins primaires peuvent suivre un programme à l'Université du Québec à Trois-Rivières.	Depuis janvier 2003, les infirmières praticiennes peuvent accomplir cinq autres activités autrefois réservées aux médecins. Le Québec prévoit procéder à l'inscription de ses premières infirmières praticiennes en 2004.
N.-É.	L'Université Dalhousie offre une maîtrise en sciences infirmières avec une option de spécialité d'infirmière praticienne et un programme de soins primaires pour les infirmières praticiennes.	La loi de 2002 sur les infirmières autorisées permet aux infirmières praticiennes de travailler en vertu d'une entente de pratique collaborative avec un médecin ou un groupe de médecins afin de s'occuper d'autres actes autorisés.
N.-B.	L'Université du Nouveau-Brunswick offre une maîtrise en sciences infirmières avec un volet avancé pour les infirmières praticiennes. L'Université de Moncton offre une maîtrise en sciences infirmières en français.	En juillet 2002, la <i>Loi sur les infirmières et infirmiers</i> a été modifiée pour permettre aux infirmières praticiennes de travailler au Nouveau-Brunswick.
Î.-P.-É.	Aucun programme n'est actuellement en place.	Un avant-projet de loi est à l'étude.
T.-N.-L.	L'Université Memorial offre une maîtrise en sciences infirmières conçue pour préparer les étudiants à la pratique des soins infirmiers avancés. Le Centre d'études en soins infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador offre un programme d'infirmière praticienne.	En 1998, Terre-Neuve a instauré le rôle d'infirmière praticienne de soins primaires avancés. Les modifications de 2001 à la Loi sur les infirmières autorisées permettent aux infirmières praticiennes d'obtenir un permis de pratique spéciale.
T. N.-O./ Nun.	Le Collège Aurora à Yellowknife offre un programme de soins primaires pour les infirmières praticiennes en collaboration avec le Centre d'études en soins infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador.	En juin 2002, l'Assemblée législative a adopté la loi 8 qui modifie la <i>Loi sur la profession infirmière</i> . Ses dispositions permettent l'établissement d'un registre distinct pour les infirmières praticiennes.
Yn	Aucun programme n'est actuellement en place.	En vertu de la législation actuelle, le rôle d'une infirmière autorisée peut être élargi à un rôle d'infirmière praticienne communautaire.

* Certains programmes peuvent ne pas offrir de formation pour les soins de santé primaires.

La collaboration

Certains dispensateurs de soins de santé primaires travaillent seuls, d'autres font partie d'une équipe de soins. Bon nombre d'experts sont d'avis que les soins de santé primaires interdisciplinaires sont essentiels à la réussite de la réforme de la santé. Ainsi, la *Déclaration d'Alma-Ata* de l'Organisation mondiale de la Santé souligne l'importance du travail d'équipe dans les soins de santé primaires¹⁸, tout comme les

auteurs des récents rapports des commissions fédérales et provinciales. L'approche multidisciplinaire et collaborative à la prestation des soins de santé primaires recueille un appui général^{19, 20, 21, 22, 23, 24} quoique certaines personnes affirment qu'on doit disposer de plus de données avant de pouvoir déterminer si ces soins sont efficaces et efficaces²⁵.

Même si les rapports fédéraux et provinciaux parlent des équipes de dispensateurs de soins qui collaborent étroitement pour offrir une gamme complète de soins de santé primaires, la réalité est toute autre pour de nombreux professionnels de la santé et leurs patients. Néanmoins, bon nombre de milieux de soins de santé — comme les centres de santé communautaire — incorporent depuis longtemps divers types de professionnels des soins de santé primaires.

De tels modèles sont en place un peu partout au pays et d'autres sont prévus (voir l'annexe). Par exemple, le modèle des centres de santé communautaire (CSC) de l'Ontario a vu le jour dans les années 1970. Les CSC ont été mis sur

le pied en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations souvent difficiles à rejoindre, comme

les habitants des régions rurales et éloignées et les groupes défavorisés dans les grandes villes²⁶. À l'heure actuelle, l'Ontario compte 55 CSC. Ensemble, ils desservent environ 2 % de la population. Les médecins, les infirmières praticiennes et les autres membres de l'équipe de santé des CSC touchent un salaire. De même, le premier Centre local de services communautaires (CLSC) a ouvert ses portes en 1972 au Québec²⁷. Aujourd'hui, 147 CLSC sont répartis dans toute la province et ils offrent divers services sociaux et de santé dans une région géographique définie. Environ 22 % des médecins de famille et des omnipraticiens du Québec y travaillent. Plusieurs autres types de professionnels de la santé œuvrent aussi dans les CLSC. Par exemple, des infirmières praticiennes soignent des mères et leur bébé avant et après l'accouchement, gèrent des maladies chroniques stables et font le triage des patients qui se présentent sans rendez-vous.

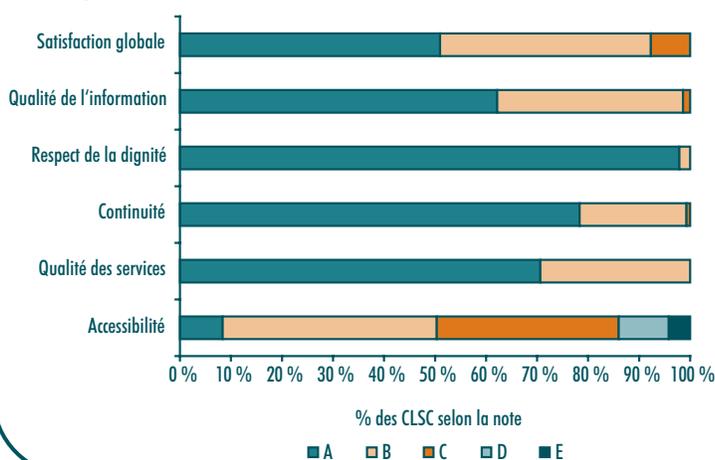
En 2001, les CLSC du Québec ont dispensé une vaste gamme de services dans toute la province, dont :

- plus de 1 730 000 consultations individuelles;
- plus de 5 400 000 services de soins à domicile pour plus de 264 000 clients;
- des programmes de groupes pour plus de 1 000 000 de participants;
- plus de 2 370 000 appels à la ligne Info-Santé.

Ce que les usagers des CLSC en pensent

17

Un sondage réalisé en 2002 auprès de 42 800 usagers (ou des répondants pour un enfant ou autre) des centres locaux de services communautaires (CLSC) a révélé que la majorité étaient satisfaits (28 %) ou très satisfaits (67 %) à l'égard du dernier service reçu dans l'année précédente. Un « Bulletin de santé » produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a eu recours aux réponses au questionnaire pour évaluer 143 CLSC par rapport à six dimensions. Les résultats ont été présentés comme des notes de A à E, comme on peut le voir ci-dessous.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2003). *Bulletin de santé*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Données

La collaboration dans la formation

Comment des professionnels de la santé avec des rôles différents et qui se chevauchent parfois peuvent-ils apprendre à travailler ensemble? Certains groupes professionnels et éducateurs croient que le travail d'équipe doit être mis en évidence dès le départ. Selon eux, les universités devraient encourager les étudiants dans différents programmes à apprendre ensemble²⁸.

Ainsi, le Collège des disciplines de la santé de l'Université de la Colombie-Britannique donne la chance aux étudiants de connaître leurs confrères de classe et de profiter de leurs connaissances. Le partage des cours et des stages pratiques est une façon d'y parvenir²⁸.

Est-ce que cette approche fonctionne? Des chercheurs ont récemment passé en revue des dizaines d'études pour voir si la formation collaborative des professionnels de la santé avait un effet sur les résultats pour les patients ou sur l'exercice de la profession. Dans l'ensemble, les résultats n'étaient pas concluants²⁹.

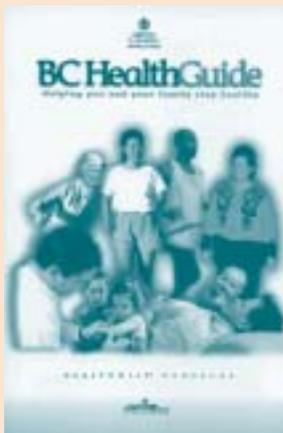
Se soigner — Soigner les autres

Les personnes individuelles jouent aussi un rôle important dans les soins de santé primaires. Par exemple, lorsque l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a demandé aux 12 ans et plus un peu partout au pays* s'ils avaient fait quelque chose dans la dernière année pour améliorer leur santé, 54 % ont dit oui. Le plus souvent, ils avaient fait de l'exercice et perdu du poids.

Un coup de main aux soins auto-administrés en Colombie-Britannique

D'un océan à l'autre, dans des collectivités éloignées et des grandes villes, des programmes uniques sont en place pour relier les gens à l'information sur la santé et aux soins de santé. Par exemple, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a récemment lancé un programme pour aider les gens à obtenir l'information sur la santé dont ils ont besoin à la maison. Le programme comprend :

- **BC HealthGuide Handbook** — un guide de ressources de 400 pages sur l'information en matière de santé distribué dans 1,5 millions de foyers dans la province;
- **BC HealthGuide OnLine** — un site Web d'information sur la santé couvrant plus de 2 500 sujets (www.bchealthguide.org);
- **BC NurseLine** — une ligne sans frais permettant d'accéder à une infirmière autorisée 24 heures par jour.



Le guide et le site Web contiennent des faits sur les symptômes, la prévention et le traitement de problèmes de santé courants. Ils donnent aussi divers conseils pratiques : quand consulter un professionnel de la santé, quand se rendre à l'urgence, quand soigner des malaises mineurs à la maison. De plus, le guide fournit des renseignements sur les médecines complémentaires et parallèles. Les deux font la même mise en garde : l'information n'est pas conçue pour remplacer un traitement prescrit ou une consultation avec des professionnels de la santé.

Les données du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique révèlent qu'entre avril et décembre 2001, plus de 67 000 appels ont été placés à la ligne téléphonique de conseils. La plupart (51 %) étaient des personnes qui appelaient au sujet d'elles-mêmes mais un peu plus du quart (28 %) étaient des parents qui appelaient pour le compte de leur enfant. La plupart des utilisateurs n'ont pas eu besoin d'autres soins mais certains ont été acheminés vers le 911 (<1 %), l'urgence (11 %) et un médecin (23 %)³⁰.

Le gouvernement fédéral et d'autres provinces fournissent aussi de l'information sur la santé sur l'Internet. Par exemple, le Réseau canadien de la santé (RCS) est un service national bilingue d'information sur la santé sur l'Internet. Le RCS présente de l'information adaptée au consommateur sur 26 grands sujets et groupes démographiques (www.reseau-canadien-sante.ca).

Travailler au même endroit

18

Dans le cadre d'un sondage réalisé en 2001, on a demandé à des médecins de famille si d'autres dispensateurs de soins travaillaient dans leur milieu de pratique principal. La proportion de ceux pour qui c'était le cas variait selon si le médecin travaillait principalement seul ou en groupe, dans une clinique sans rendez-vous ou une clinique communautaire/centre de santé communautaire. Ce tableau présente les résultats pour les médecins qui travaillent plus de 35 heures par semaine, dont au moins 20 heures sont consacrées aux soins directs aux patients.

Milieu de pratique principal	Autres médecins de famille	Médecins spécialistes	Infirmières praticiennes	IA et autres infirmières	Autres professionnels de la santé*
Seul (cabinet privé)	14 %**	8 %	2 %	27 %	10 %
Pratique de groupe (cabinet privé ou unité d'enseignement en médecine familiale)	98 %	23 %	6 %	44 %	27 %
Clinique autonome sans rendez-vous	98 %	32 %	7 %	46 %	27 %
Clinique communautaire/centre de santé communautaire	97 %	22 %	36 %	71 %	73 %

* La catégorie « Autres professionnels de la santé » peut inclure : diététiste/nutritionniste, psychologue, ergothérapeute, physiothérapeute, dispensateur de soins complémentaires ou parallèles, massothérapeute, acupuncteur, chiropraticien, audiologiste/orthophoniste, podologue/podiatre, dentiste, kinésiologue, sage-femme, optométriste, pharmacien/assistant en pharmacie, psychothérapeute/conseiller et travailleur social.

** Certains médecins de famille ont dit qu'un autre médecin de famille travaillait dans leur milieu de pratique principal mais qu'ils travaillaient seul en cabinet privé. La raison d'une telle réponse n'est pas claire. Voici des explications possibles : le médecin travaille avec un résident ou un médecin suppléant, plusieurs médecins se trouvent au même endroit (c.-à-d. dans le même immeuble mais pas dans le même cabinet) ou le médecin a mal interprété la question.

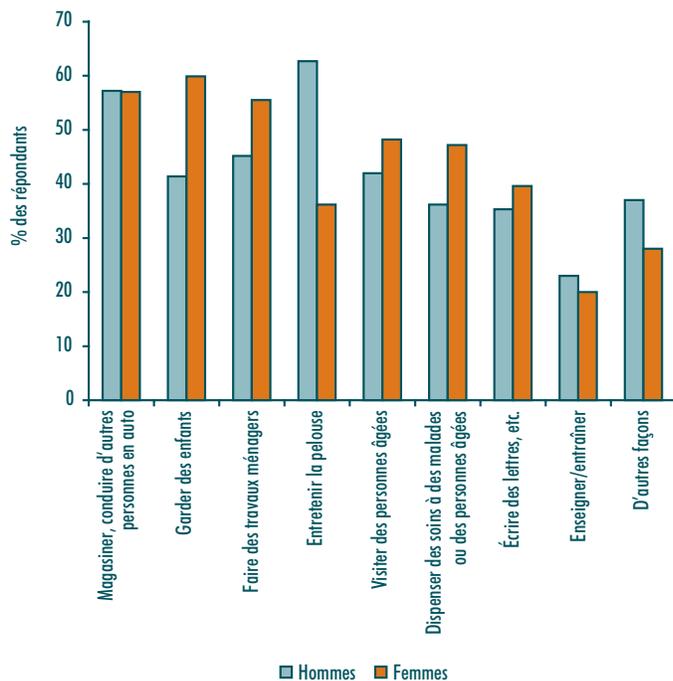
Source : Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale de 2001, un élément du Projet JANUS, Le Collège des médecins de famille du Canada.

*Exclut la Nouvelle-Écosse, le Québec, le Manitoba, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Donner un coup de main

19

Soixante-dix-sept pour cent des Canadiens de 15 ans et plus ont dit s'entraider directement en 2000 et leurs activités variaient. Par exemple, plus d'hommes que de femmes ont dit aider à l'entretien de la pelouse, à l'enseignement et à l'entraînement sportif. En revanche, plus de femmes que d'hommes ont déclaré prêter main-forte pour faire les travaux ménagers, garder des enfants, visiter des personnes âgées ou malades et leur dispenser des soins directs.



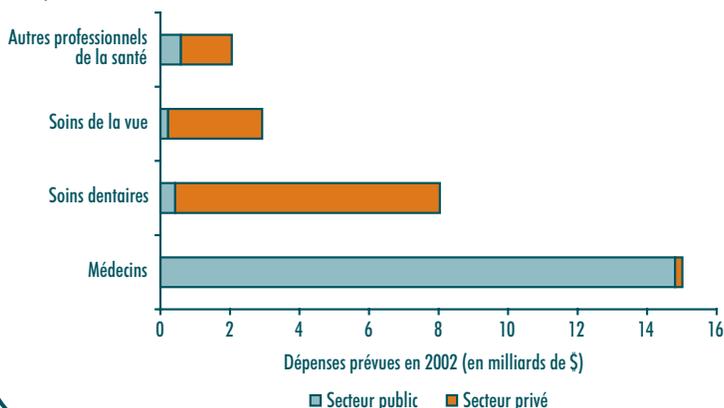
Données

Source : Hall M, McKeown L, Roberts K. (2001). *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation*. Ottawa : ministre de l'Industrie.

Qui paie?

20

Les gouvernements et d'autres payeurs du secteur public ont financé la vaste majorité des services médicaux en 2002. À l'opposé, les assureurs privés et les ménages ont payé pour la plupart des soins dentaires, de la vue et des services d'autres professionnels de la santé.



Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Bien des Canadiens reçoivent un coup de main de la part de leur famille et de leurs amis. En 2000, 77 % ont dit avoir aidé quelqu'un personnellement en accomplissant des activités comme soigner les aînés, magasiner et faire du ménage. Il s'agit d'une hausse par rapport à 73 % en 1997³¹.

On s'affaire à élaborer des politiques en vue d'appuyer les aidants naturels. Ainsi, le gouvernement fédéral a récemment annoncé le versement d'une prestation humanitaire aux personnes qui doivent quitter temporairement leur emploi pour s'occuper d'un parent, d'un conjoint ou d'un enfant gravement malade ou mourant³². La prestation sera versée dans le cadre du Programme d'assurance-emploi et la protection de l'emploi sera assurée en vertu du Code canadien du travail.

Les dépenses en soins de santé primaires

Le système canadien d'assurance-maladie universelle a tout d'abord été créé pour couvrir les soins hospitaliers, puis les services médicaux. Au fil du temps, les provinces et les territoires y ont ajouté divers autres services. Par conséquent, le secteur public couvre maintenant presque la totalité des services médicaux mais moins de la moitié des coûts des services dispensés par divers autres professionnels de la santé*. La part privée des dépenses varie aussi en fonction du type de service. Les compagnies d'assurance paient pour plus de la moitié des soins dentaires financés par le secteur privé (56 % de l'ensemble en 2000). À titre de comparaison, la plupart des dépenses privées consacrées aux soins de la vue (80 % en 2000) ont été déboursées directement par les ménages canadiens.

Selon certains chercheurs, l'organisation et la prestation des soins de santé primaires ont une incidence non seulement sur le coût de ces services, mais aussi sur l'ensemble des coûts des soins de santé et sur les résultats. Une étude récente³³ a évalué 13 pays de plus de cinq millions d'habitants relativement à 15 caractéristiques censées faciliter les soins de santé primaires :

* Dans tous les cas, les chiffres n'incluent pas les dépenses des hôpitaux ou d'autres établissements de santé consacrées aux services des professionnels.

- Dans quelle mesure le système réglemente la répartition des ressources dans tout le pays
- La force des départements universitaires des facultés de médecine familiale
- La façon dont les soins primaires sont financés
- Le premier contact
- Le type le plus courant de praticien de soins primaires
- La longitudinalité (soins axés sur la personne au fil du temps)
- Le pourcentage de médecins actifs qui prennent part aux soins primaires par opposition à ceux dans les « soins spécialisés » conventionnels
- L'intégralité
- Les revenus professionnels des médecins de soins de santé primaires par rapport aux spécialistes
- La coordination
- Le partage des coûts par les patients pour les soins primaires
- La perspective familiale
- L'inscription des clients pour identifier les collectivités desservies par les diverses pratiques
- L'orientation communautaire
- Les arrangements entourant l'accessibilité 24 heures par jour

Au moyen de données provenant de l'OCDE et d'une enquête sur les opinions d'experts, les chercheurs ont donné une note à chaque pays : 0 (développement inexistant ou faible), 1 (développement modéré) ou 2 (niveau élevé de développement), et ce pour chaque caractéristique. Puis, ils ont fait la somme des notes non pondérées pour obtenir une note totale pour les soins primaires. Les chercheurs ont jugé que des pays comme les États-Unis et l'Allemagne, dont la note était de 5,5 et de 6,0 respectivement, étaient dotés de piètres infrastructures pour les soins primaires. Le Canada s'est classé dans le groupe du milieu avec une note de 17,5. Le Royaume-Uni (29,0) et le Danemark (26,0) ont obtenu les notes les plus élevées.

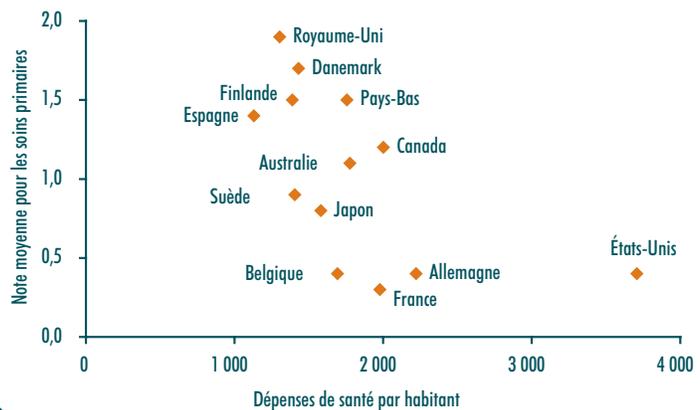
Les chercheurs ont ensuite comparé les coûts de la santé dans les pays dont la note générale était élevée, moyenne et basse. Ils ont conclu que les pays avec les notes les plus élevées (donc avec des soins primaires plus solides) semblaient consacrer moins d'argent à la santé en général.

Les auteurs ont également comparé les résultats pour la santé entre les 13 pays. D'après eux, les habitants des pays dont la note était très basse étaient affligés d'une moins bonne santé. À titre de comparaison, les pays avec une note moyenne ont affiché des résultats au chapitre de l'état de santé aussi bons que les pays avec les notes les plus élevées, sauf dans le cas de certaines mesures de la santé dans la petite enfance. Selon Starfield et Shi, les résultats indiquent qu'un certain niveau de dépenses de santé est peut-être nécessaire pour obtenir de bons résultats sur le plan de la santé, même en présence de solides infrastructures de soins primaires.

Soins primaires et dépenses de santé

21

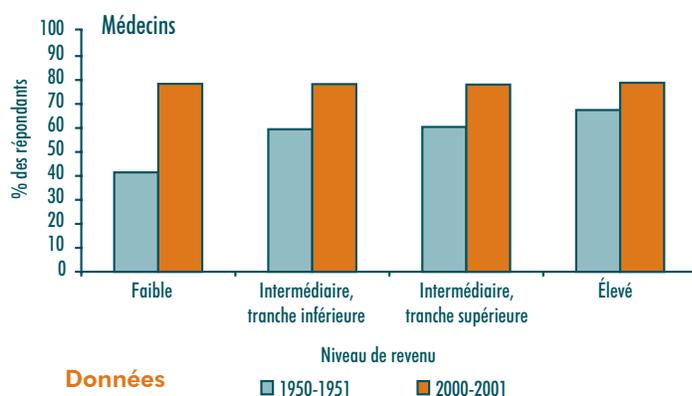
Barbara Starfield et Leiyu Shi soutiennent que les pays avec des systèmes de soins primaires solides consacrent moins d'argent aux soins de santé. Cette conclusion s'appuie sur une comparaison des dépenses de santé par habitant en 1997 et sur les notes des pays à l'égard de 15 caractéristiques du système de santé et de la pratique que l'on juge essentielles dans les soins primaires. Ces notes sont les notes totales moyennes pour les soins de santé primaires et reflètent la situation dans les pays du début au milieu des années 1990. Pour savoir comment elles ont été calculées, veuillez consulter le texte du rapport et la référence ci-dessous.



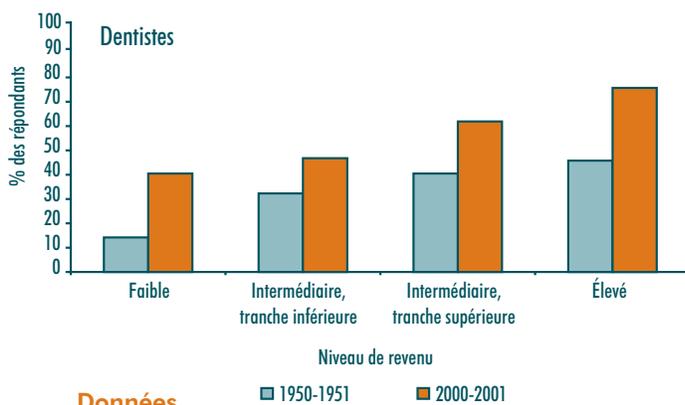
Données Source : Starfield B, Shi L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201-218.

Hier et aujourd'hui — Utilisation des services médicaux et dentaires 22 et 23

Au moyen des données d'enquête de 1950-1951 et 2000-2001, les ménages canadiens ont été divisés en quatre groupes de revenu de taille égale. À chaque niveau de revenu, les Canadiens de 12 ans et plus étaient plus susceptibles d'avoir vu un médecin ou un dentiste dans l'année précédente en 2000-2001 que n'étaient les ménages d'avoir payé pour de tels services 50 ans plus tôt.



Remarque : Les pédiatres pour les moins de 18 ans sont inclus dans les données de 2000-2001.



Remarque : Dans le cadre de l'enquête de 1950-1951, on a posé des questions sur trois catégories de services médicaux : les visites au bureau, les visites à domicile et les visites à la clinique pendant l'année d'enquête. Les services des dentistes étaient divisés en « soins reçus de la part de dentistes qualifiés » pendant les visites au cabinet du dentiste ou à une clinique dentaire, y compris les cliniques externes en milieu hospitalier. La question posée dans le cadre de l'enquête 2000-2001 était quelque peu différente : « (Sans compter les séjours dans un établissement de santé) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotionnels ou mentaux : ...un médecin de famille ou un omnipraticien? » On a posé la même question pour les dentistes et les orthodontistes.

Source : Données de 1950-1951 : Enquête sur la maladie au Canada, Statistique Canada. Données de 2000-2001 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada.

Pour le meilleur et pour le pire : l'utilisation des services de soins de santé primaires

La façon dont nous payons les services de santé a fondamentalement changé dans les cinquante dernières années. Tout comme notre utilisation des services de santé. Par exemple, en 1950-1951, avant l'instauration de l'assurance-maladie universelle, les ménages canadiens à revenu élevé avaient plus de chances d'avoir été soignés par un médecin et un dentiste, et d'avoir payé pour leurs services, que ceux à faible revenu.

Cinquante ans plus tard, les Canadiens de tous les niveaux de revenu ont à peu près les mêmes chances d'avoir vu un médecin de famille dans l'année précédente. Cette observation n'est par contre pas valable pour les soins dentaires. En 2000-2001, avec chaque échelon vers le haut dans l'échelle des revenus, les Canadiens étaient plus susceptibles de déclarer avoir consulté un dentiste dans l'année précédente. Les taux pour les Canadiens dans le quart des ménages avec les revenus les plus élevés étaient pratiquement le double de ceux du groupe dont le revenu était le moins élevé (76 % par rapport à 41 %).

Dans le monde, une étude récente a eu recours à des données d'enquête du milieu des années 1990 pour comparer les caractéristiques des visites chez les médecins (omnipraticiens et spécialistes) dans 14 pays de l'OCDE³⁴. Les chercheurs ont constaté que dans tous les pays, les gens dont la situation socio-économique était la plus faible avaient tendance à consulter leur médecin plus souvent que ceux dont les revenus étaient plus élevés. Toutefois, après rajustement pour les différences dans les besoins, l'utilisation des services médicaux semblait assez équitable entre toutes les tranches de revenu (sauf au Portugal, aux États-Unis, en Autriche et en Grèce). Cela dit, les personnes à revenu élevé

avaient tendance à utiliser les services des spécialistes dans une plus grande mesure; les personnes à faible revenu étaient plus susceptibles de faire appel à des omnipraticiens. De même, un certain nombre d'études ont constaté que les différences dans l'utilisation de certains services de santé persistent dans la plupart des pays, malgré l'assurance-maladie universelle. Ainsi, les Canadiens à faible revenu ont moins de chances de passer un test de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus et de recevoir certains services spécialisés³⁵.

Les liens entre le revenu et les hospitalisations évitables — Une étude ontarienne

Des recherches internationales ont prouvé que l'état de santé, et parfois l'accès aux soins, ont tendance à être liés à la situation socio-économique d'une personne. Une étude récente³⁶ s'est penchée sur cette question pour les plus de 600 000 Ontariens victimes de diabète. L'étude portait sur la période entre 1992 et 1999.

Les chercheurs ont constaté que les diabétiques à faible revenu semblaient éprouver plus de complications associées à leur maladie. Ainsi, les diabétiques dans le groupe à plus faible revenu étaient plus susceptibles dans une proportion de 44 % de se rendre à l'urgence ou de connaître une hospitalisation « évitable » que ceux dans le groupe dont le revenu était le plus élevé. La relation entre le revenu, les visites à l'urgence et les hospitalisations évitables existait toujours, même après qu'on ait tenu compte d'autres prédicteurs (âge, sexe, comorbidité, résidence en milieu urbain ou rural, fréquence des visites chez le médecin, continuité des soins, spécialité médicale et région géographique). D'autre part, les taux d'admission pour des conditions propices aux soins ambulatoires, comme une appendicite ou une fracture de la hanche, n'avaient aucun lien avec le niveau de revenu.

L'étude a conclu que les différences associées au revenu constituaient un lourd fardeau pour la santé. En effet, si les visites à l'urgence et les taux d'hospitalisations avaient été les mêmes que ceux du groupe dont le revenu était le plus élevé, jusqu'à 40 000 épisodes auraient pu être évités sur la période de référence de sept ans.

Saviez-vous que...

En 1999-2000, il en coûtait en moyenne 1 706 \$ pour soigner une personne de moins de 18 ans hospitalisée à cause du diabète (sans complications majeures) dans un hôpital de soins de courte durée en Ontario. Les coûts moyens augmentaient avec l'âge. Ils s'élevaient à 1 884 \$ pour les 18-69 ans et à 2 699 \$ pour les 70 ans et plus.

L'accès aux soins de santé primaires

La plupart des Canadiens (94 % des 15 ans et plus en 2001) ont recours à des services de santé de « premier contact » chaque année. Tout près du cinquième des Canadiens qui sont allés chercher des services de santé de « premier contact » en 2001 pour eux-mêmes ou un membre de leur famille (18 % des 15 ans et plus) ont dit avoir éprouvé des difficultés à accéder aux soins à un certain moment pendant l'année³⁷. Il s'agit d'environ 4,3 millions de Canadiens.

Les Canadiens ont déclaré avoir eu des problèmes d'accès selon le type de services recherché et le moment où ils en avaient besoin. Par exemple, peu importe l'heure, 11 % de ceux ayant besoin de soins de routine, 13 % de ceux recherchant de l'information et des conseils et 19 % voulant des soins immédiats pour un problème mineur ont dit avoir connu certaines difficultés d'accès pendant l'année.

Les obstacles déclarés variaient aussi en fonction du type de soins et de l'heure dans la journée. Par exemple :

- **Pour des soins de routine ou de suivi :** Pendant les heures normales de bureau, quand les gens sont plus susceptibles de se rendre à un cabinet de médecin, les difficultés à obtenir un rendez-vous (42 % de ceux ayant déclaré des obstacles) ou les longues attentes pour un rendez-vous (33 %) étaient les difficultés les plus fréquemment rapportées. Les soirs et les fins de semaine, presque 47 % des personnes qui ont déclaré des difficultés d'accès ont dit qu'ils avaient attendu trop longtemps avant de voir un médecin.

Des problèmes à accéder aux soins

24

En 2001, Statistique Canada a demandé à des Canadiens de 15 ans et plus qui avaient cherché à obtenir des services de santé de premier contact dans l'année précédente, pour eux-mêmes ou un membre de leur famille, s'ils avaient éprouvé des difficultés à accéder aux soins. La plupart ont dit non, mais 18 % de ceux qui avaient obtenu des services ont dit le contraire. La proportion des difficultés déclarées variait en fonction du type de service recherché et de l'heure, comme on peut le voir dans ce graphique. Il comprend trois périodes : heures normales de bureau (de 9 h à 17 h du lundi au vendredi), les soirs (de 17 h à 21 h) ainsi que les fins de semaine et la nuit.

Service recherché	Jour	Soir/Fin de semaine	Nuit
Soins de routine ou de suivi	9 %	8 %	s/o
Information ou conseils sur la santé	10 %	11 %	6 %*
Soins immédiats pour problème de santé mineur	11 %	16 %	12 %*

Remarques : L'analyse ne tient pas compte des non-réponses.

* À interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée de l'échantillon.

Source : Statistique Canada. (2002). Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001. Numéro au catalogue 82-575-XIF. Ottawa : Statistique Canada.

- **Pour de l'information ou des conseils sur la santé** : Les Canadiens étaient plus susceptibles de demander ce type de service pendant les heures normales de bureau. Plus du tiers (39 %) de ceux qui ont eu des difficultés à obtenir de l'information sur la santé à ce moment ont dit que la mauvaise information en était responsable. Trente-huit pour cent ont déclaré avoir connu des difficultés à contacter un médecin ou une infirmière et plus du quart (30 %) ont dit avoir attendu trop longtemps avant de parler à quelqu'un.
- **Soins immédiats pour un problème de santé mineur** : L'obstacle déclaré le plus souvent, peu importe l'heure, était l'attente trop longue avant de voir un médecin (38 % de ceux ayant éprouvé des difficultés pendant les heures normales de bureau, 57 % les soirs et les fins de semaine et 59 % la nuit).

Les services de triage téléphonique sont considérés comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires 24/7. Ces services connectent les patients par téléphone à des infirmières formées, 24 heures par jour, sept jours par semaine. Les noms des services sont différents, mais des lignes d'aide sont maintenant offertes en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick et dans les villes d'Edmonton et de Calgary. On prévoit élargir les services existants ou en offrir d'autres dans ces provinces et dans d'autres.

Évaluer la télésanté

Capital Health Link est le service de triage téléphonique d'Edmonton; il reçoit chaque semaine environ 7 200 appels. Chaque trimestre, 386 appelants sont interrogés pour recueillir leur opinion au sujet du service³⁸. À ce jour, 91 % d'entre eux ont évalué le service comme étant excellent ou très bon. La plupart des personnes interrogées (87 %) ont aussi dit qu'elles pensaient pouvoir s'occuper elles-mêmes d'une situation semblable si elle devait se présenter de nouveau.

Capital Health Link estime qu'en ayant recours à ce service, les Edmontois évitent chaque année:

- 14 600 visites à l'urgence;
- 17 910 visites à un médecin de famille;
- 8 170 visites à une clinique sans rendez-vous.

Dans le même ordre d'idées, on a aussi évalué les services de triage téléphonique du Nord de l'Ontario avant l'introduction de Télésanté Ontario³⁹. Pendant leurs 22 mois d'activité, soit de juin 1999 à mars 2001, plus de 100 000 appels ont été placés aux services.

Au moyen de l'information provenant d'environ 28 000 appels enregistrés entre juillet 2000 et mars 2001, le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord a évalué le projet pilote de télétriage. Voici certaines des constatations :

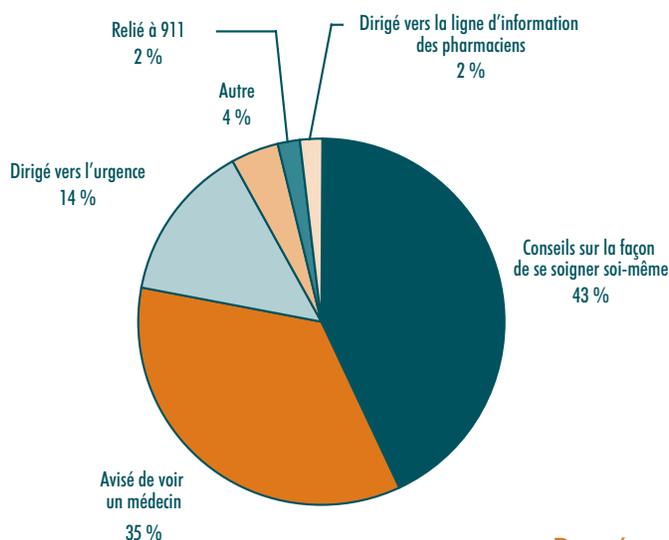
- les appels étaient le plus souvent placés entre 16 h et 20 h; seulement 10 % des appels étaient placés entre minuit et 8 h;
- 90 % des appels étaient pour obtenir un avis au sujet de symptômes, 7 % étaient pour de l'information et 3 % étaient pour les deux;
- la plupart des demandeurs étaient âgés entre 17 et 34 ans (moins de 5 % avaient 65 ans et plus), étaient des femmes (89 %) et avaient un médecin de famille régulier (93 %).

Les évaluateurs ont observé une sous-représentation de certains groupes parmi les demandeurs. Par exemple, les personnes âgées, les hommes, les francophones et les habitants des régions rurales étaient tous moins susceptibles d'avoir recours au service. Dans un sondage distinct envoyé par la poste, 90 % des utilisateurs se sont dits très satisfaits ou satisfaits des services.

À l'écoute

25

Quels genres de conseils sont-ils le plus souvent prodigués à ceux qui ont recours aux services de télésanté? Selon une évaluation de Télésanté Ontario réalisée entre décembre 2001 et juin 2002, de nombreux interlocuteurs (43 %) reçoivent des conseils sur la façon de se soigner eux-mêmes. La plupart des autres sont avisés de demander des soins médicaux, comme on peut le voir dans ce graphique.



Données

Source : Gouvernement de l'Ontario. (Décembre 2002). *Télésanté Ontario célèbre son premier anniversaire avec un million d'appels.*
www.newswire.ca/government/ontario/french/releases/December2002/18/c4978.html

Améliorer la continuité des soins

La plupart des propositions visant le renouvellement des soins de santé primaires traitent de l'amélioration de l'accès aux soins 24 heures par jour. Plusieurs suggèrent aussi que nous devrions nous efforcer d'améliorer la continuité des soins et la gestion des maladies chroniques. La continuité des soins est un concept large qui peut être réalisé de bien des façons. Les auteurs d'un rapport de recherche récent⁴⁰ ont relevé trois types de continuité :

- **Continuité relationnelle** : le maintien d'une relation suivie entre un patient et un dispensateur de soins et stabilité du personnel.
- **Continuité informationnelle** : l'utilisation de l'information sur des événements et des circonstances antérieurs dans le but d'adapter les soins courants au patient.
- **Continuité d'approche** : les soins reçus de divers dispensateurs sont reliés de façon cohérente.

Dans la présente section, nous accordons une importance particulière à la continuité d'approche et informationnelle. Le chapitre 4 aborde certains aspects de la continuité relationnelle, comme avoir un médecin de famille attiré.

La gestion des maladies chroniques

La continuité des soins est particulièrement importante pour les personnes atteintes de maladies chroniques, comme le diabète, l'asthme, l'insuffisance cardiaque congestive et la dépression. Parce que ces gens doivent souvent voir divers dispensateurs de soins répartis dans divers milieux, il peut être difficile pour eux de circuler dans le système.

Partout au pays et dans le reste du monde, on emprunte de nouvelles approches pour combler le fossé entre les services et éviter le chevauchement des efforts. La gestion des

maladies chroniques aide les gens à conserver leur autonomie et la meilleure santé possible grâce à la prévention, la détection précoce et la gestion des maladies chroniques⁴¹. Par exemple, le gouvernement de la Colombie-Britannique, en collaboration avec divers intervenants, a instauré un programme provincial de gestion des maladies chroniques. Voici certaines de ses activités⁴¹ :

- Publier des fiches de rendement sur la prévalence de la maladie, l'incidence, la survie des patients, les coûts et les lacunes du rendement au moyen de l'information contenue dans des nouveaux registres des maladies chroniques.
- Créer un site Web provincial qui se veut un centre de distribution électronique des connaissances et des expériences en matière de gestion des maladies chroniques.

La coordination des soins

26

Tous peuvent bénéficier de soins bien intégrés mais ils comptent peut-être plus pour les personnes atteintes de problèmes de santé graves. Lors d'une enquête du Fonds du Commonwealth menée en 2002, on a demandé à des adultes malades dans cinq pays d'évaluer les soins reçus dans les deux années précédentes par rapport à quatre mesures de la coordination des soins. Les adultes ont été inclus dans l'enquête s'ils disaient que leur état de santé était passable ou médiocre, s'ils avaient été victimes d'une maladie grave dans les deux dernières années ou s'ils avaient été hospitalisés ou subi une chirurgie majeure dans les deux dernières années (en excluant les accouchements normaux).

	Australie	Canada	Nouvelle-Zélande	RU	É.-U.
Envoyé subir le même test par différents professionnels de la santé	13 %	20 %	17 %	13 %	22 %
A dû raconter la même histoire à plusieurs professionnels de la santé	49 %	50 %	47 %	49 %	57 %
Dossiers médicaux/résultats de tests ne sont pas arrivés au cabinet du médecin à temps pour le rendez-vous	14 %	19 %	16 %	23 %	25 %
A reçu des renseignements contradictoires de différents professionnels de la santé	23 %	23 %	24 %	19 %	26 %

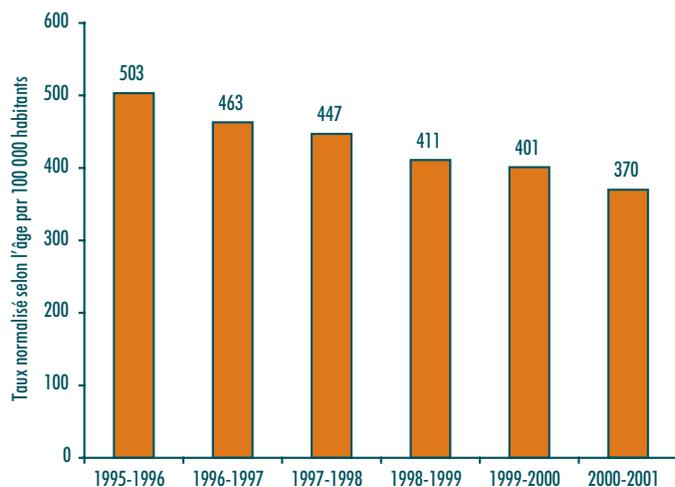
Remarque : La marge d'erreur est d'environ plus ou moins quatre points de pourcentage pour les différences entre les pays.

Source : Enquête internationale de 2002 sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth.

Des hospitalisations évitables?

27

Depuis 1995-1996, on note une baisse du taux d'hospitalisations normalisé selon l'âge dans des établissements de soins de courte durée au Canada pour des conditions propices aux soins ambulatoires, comme le diabète, l'asthme et l'hypertension. En 2000-2001, ces problèmes de santé représentaient 4,1 % de toutes les hospitalisations, une baisse par rapport à 4,6 % en 1996-1997.



Données

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

- Élaborer des lignes directrices et des protocoles pour aider les médecins et les patients à prendre des décisions, y compris un diagramme des soins aux diabétiques conçu pour être intégré au dossier du patient à titre de rappel et pour indiquer si les objectifs des soins ont été réalisés.
- Mener un sondage auprès des 100 meilleurs médecins pour voir comment leur pratique clinique est structurée dans le but d'optimiser les résultats des soins aux diabétiques.

De tels programmes sont conçus pour appuyer les patients afin qu'ils jouent un rôle actif dans leurs propres soins, avec l'aide de leur médecin et d'autres dispensateurs de soins. Des études révèlent que pour plusieurs affections chroniques, dont le diabète, l'asthme et l'hypertension, les séjours à l'hôpital ne sont pas nécessaires en autant que les patients aient accès en temps opportun à des soins de qualité dans la collectivité. Les hospitalisations ne sont pas

toutes évitables mais la recherche semble indiquer que des taux élevés d'admissions pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) peuvent être un signe de problèmes dans l'accès aux initiatives de prévention de la maladie ou aux soins de santé primaires appropriés⁴².

Les taux d'admissions pour des CPSA ont chuté partout au pays dans les dernières années*. Entre 1995-1996 et 2000-2001, ils ont diminué de 26 %, après rajustement pour la croissance démographique et le vieillissement. À la fin de cette période, on comptait 370 hospitalisations pour des CPSA par 100 000 Canadiens. La baisse récente semble être engendrée par les taux moins élevés d'hospitalisations liées à l'asthme et à certains problèmes psychiatriques. Les taux d'admission pour des CPSA ont aussi diminué plus rapidement parmi les Canadiens de moins de 20 ans que chez les 20-55 ans et les 55 ans plus.

La continuité des soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie — Un exemple à Montréal

Bon nombre d'experts tendent à indiquer qu'une approche coordonnée en matière de soins est essentielle à la gestion efficace des patients atteints de problèmes de santé complexes, comme les personnes âgées en perte d'autonomie. Dans la dernière décennie, plusieurs modèles ont été mis au point pour répondre à leurs besoins. Certains programmes visent à éliminer les frontières entre les soins dans la collectivité, les soins de longue durée et les hôpitaux. Ils ont tendance à compter sur des équipes multidisciplinaires et ont souvent recours à des gestionnaires de cas pour coordonner les soins; cela peut même comprendre des services d'appel 24 heures par jour, sept jours par semaine. L'objectif est d'utiliser les ressources de façon efficace, rapide et flexible pour répondre aux besoins des patients.

Un modèle du genre, les Services intégrés pour les personnes âgées (SIPA) a été développé entre 1995 et 1997 dans la région de Montréal. Pour évaluer le programme, des chercheurs ont récemment comparé un groupe de patients qui y avait participé à un qui ne l'avait pas fait⁴³. Ils ont constaté que les résultats pour la santé et les coûts étaient semblables dans les deux groupes. Les coûts des services d'urgence et des soins de longue durée étaient moindres dans le cas des participants aux SIPA. En revanche, ces économies étaient neutralisées par les dépenses plus élevées en soins à domicile/communautaires. De plus, les participants avaient tendance à :

- passer moins de temps dans les hôpitaux de soins de courte durée en attendant un logement;
- se rendre à l'urgence moins souvent (et s'ils s'y rendaient, ils revenaient en général à la maison plutôt que d'être hospitalisés);
- visiter plus souvent des dispensateurs de soins de santé primaires, les CLSC et divers services communautaires (p. ex. physiothérapie et ergothérapie);
- utiliser davantage les services de soins infirmiers et de soutien à domicile;
- percevoir qu'ils avaient reçu des soins de meilleure qualité.

* Selon une définition des conditions propices aux soins ambulatoires mise au point en Alberta.



Même si le taux national est en baisse, les taux d'hospitalisations pour des CPSA varient encore grandement d'une région à une autre. Par exemple, 32 des plus grandes régions du Canada (75 000 habitants ou plus) ont enregistré des taux d'hospitalisations évitables sous la moyenne nationale (370 par 100 000 habitants) en 2000-2001. Par contre, dans d'autres régions, les taux étaient au moins le double du taux national. Ces différences sont peut-être le reflet de variations dans les taux de maladie, les conditions sociales, l'organisation des soins et des services communautaires et bien d'autres facteurs.

Les taux partout au pays

28

Cette carte présente les taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires en 2000-2001. Les taux sont normalisés selon l'âge par 100 000 résidents pour les régions sanitaires de 75 000 habitants et plus.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

En toute connaissance

Données

La capacité des dispensateurs de soins de santé primaires à travailler en équipe efficacement passe par le cheminement de l'information. Les relations avec des spécialistes et d'autres dispensateurs de soins sont également importantes. Il s'agit de réunir l'information pertinente, de la communiquer clairement et de la partager avec ceux qui doivent la connaître, tout en protégeant le respect de la vie privée du patient. De nos jours, cette information se retrouve souvent sur papier et forme le dossier du patient. Elle peut aussi être stockée électroniquement.

Les dossiers de santé électroniques constituent un élément essentiel de la vision des récentes commissions provinciales et fédérales sur le système de santé^{19, 20, 21, 22, 23, 24}. Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur l'infrastructure de la santé définit un dossier de santé électronique comme suit :

Un recueil longitudinal de renseignements sanitaires d'une personne, entrés ou acceptés par des fournisseurs de soins de santé, et stockés sur support électronique. Le dossier peut être accessible aux fournisseurs en tout temps, pourvu qu'ils aient été autorisés par ladite personne, en tant qu'outil lié à la prestation de services de santé. La personne a accès au dossier et peut demander que des modifications y soient apportées. La transmission et le stockage du dossier s'effectuent selon des règles de sécurité des plus rigoureuses.

Branché

29

Les médecins de famille et les omnipraticiens qui ont répondu à l'Enquête nationale de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale ont déclaré que les ordinateurs dans leurs cabinets servaient surtout à la facturation. Ce tableau fait état des réponses des médecins qui ont dit travailler au moins 35 heures par semaine en tout, dont au moins 20 heures étaient consacrées aux soins directs aux patients. Les médecins qui n'ont pas répondu aux quatre questions sur l'accès à un ordinateur ont été exclus du tableau.

Principal milieu de pratique	Facturation	Système d'établissement des rendez-vous	Système électronique de dossiers des patients	Lien informatique à un système externe
Seul (cabinet privé)	91 %	38 %	17 %	19 %
Pratique de groupe (cabinet privé ou unité d'enseignement en médecine familiale)	92 %	62 %	25 %	29 %
Clinique autonome sans rendez-vous	72 %	44 %	20 %	20 %
Clinique communautaire/centre de santé communautaire	40 %*	66 %	23 %	40 %

* Le faible taux d'utilisation des ordinateurs dans le processus de facturation dans les cliniques communautaires s'explique peut-être par le fait que d'autres modes de paiement (p. ex. les salaires) sont courants dans ces milieux.

Source : Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale de 2001, un élément du Projet JANUS, Le Collège des médecins de famille du Canada.

Les dossiers de santé électroniques visent à stocker des renseignements clés sur notre santé et nos interactions avec le système de santé. Ainsi, les médecins de famille pourraient connaître les séjours à l'hôpital de leurs patients et les soins de suivi ou encore savoir si leurs patients ont subi les tests de dépistage recommandés à la date prévue. Les pharmaciens pourraient s'assurer qu'une nouvelle prescription est compatible avec les médicaments consommés. De même, le personnel des services d'urgence pourrait sauver des minutes précieuses en ayant accès aux antécédents médicaux d'un patient.

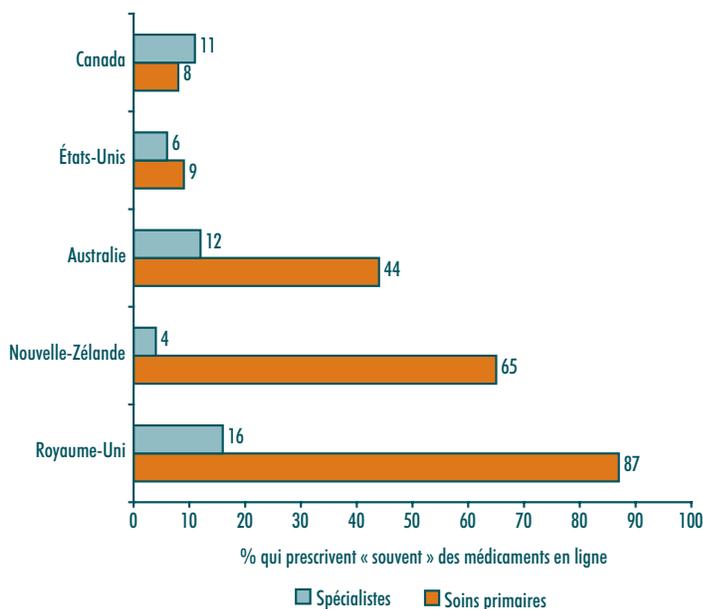
Le concept des dossiers de santé électroniques n'est pas nouveau mais sa mise en œuvre dans les soins de santé primaires demeure limitée. Et là où des systèmes ont été développés, on a été témoins de succès et d'échecs, comme c'est toujours le cas avec la plupart des nouvelles technologies. Par exemple, selon une étude récente du partage électronique des données cliniques des patients à partir d'un système de dossiers informatisé avec des médecins qui se trouvaient à l'extérieur du service d'urgence, un des deux établissements participants a réalisé des économies. Par contre, les médecins croyaient qu'il était parfois trop long d'accéder à l'information en ligne. Ils ont aussi rapporté des problèmes avec les imprimantes, les réseaux en panne et les mots de passe oubliés⁴⁴.

À ce jour, relativement peu de chercheurs ont étudié les répercussions des dossiers de santé électroniques et des outils connexes sur les soins et les résultats. Certains résultats préliminaires commencent néanmoins à se dessiner. Par exemple, dans le cadre d'une revue systématique de la documentation effectuée dernièrement⁴⁵, on a relevé 15 études (de portée limitée pour la plupart) portant sur les systèmes informatiques qui donnent des conseils au personnel d'un hôpital sur la posologie optimale. Selon les résultats de la revue, les systèmes de prescription en ligne qui fournissent un soutien informatique à la posologie présentent de nombreux avantages, dont la réduction des niveaux toxiques dans les médicaments, des effets indésirables et de la durée des séjours à l'hôpital. Parallèlement, on a noté que le soutien informatique avait tendance à entraîner une posologie plus élevée.

La prescription des médicaments en ligne

30

Dans un sondage réalisé en 2000, moins de un médecin de soins primaires sur 10 au Canada a déclaré prescrire « souvent » des médicaments en ligne. Ce nombre est sensiblement le même qu'aux États-Unis mais nettement moins élevé qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni.

**Données**

Source : Enquête internationale de 2000 sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Divers modèles de soins de santé primaires sont en place au pays et l'organisation des services de soins de santé primaires évolue avec le temps. De nombreux types de professionnels de la santé dispensent des soins de santé primaires dans divers milieux. Dans certains cas, leur champ d'activité est en train de changer.
- Le pourcentage de ménages canadiens qui ont déclaré aider des membres de la famille ou des amis en accomplissant des tâches comme les soins directs aux personnes âgées, l'entretien ménager et le magasinage a augmenté quelque peu.
- Les taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires ont baissé dans les dernières années mais on observe toujours des écarts régionaux importants.
- Les payeurs du secteur public assument la majorité des frais liés aux services médicaux. Ceux du secteur privé paient pour la plupart des services dispensés par d'autres professionnels de la santé, comme les dentistes et les optométristes.
- Dans les années 1950, les ménages canadiens dont le revenu était le plus élevé avaient plus de chances d'avoir payé pour des soins médicaux et dentaires. Aujourd'hui, les Canadiens de tous les niveaux de revenu ont à peu près les mêmes chances d'avoir vu un médecin de famille au moins une fois dans l'année précédente. Par contre, les ménages à faible revenu sont moins susceptibles d'avoir consulté un dentiste.
- La plupart des cabinets des médecins de famille sont dotés d'ordinateurs mais ils servent plus souvent à facturer qu'à appuyer les soins aux patients.

Ce que nous ignorons

- Quels sont l'agencement et le nombre idéaux de dispensateurs de soins de santé primaires pour divers milieux et diverses populations? Comment des changements dans cet agencement ou dans ce nombre affecteraient l'état de santé, les coûts, la qualité des soins et la satisfaction des dispensateurs?
- De quelle façon le nombre de Canadiens qui bénéficient de divers soins de santé primaires a-t-il changé avec le temps? Comment cela se compare-t-il aux objectifs fixés par les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que d'autres groupes? Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour assurer la transition entre les divers modèles de soins de santé primaires?
- Comment les obstacles à l'accès aux soins de santé primaires changent-ils avec le temps? Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour les éliminer?
- Quels programmes les professionnels de la santé peuvent-ils utiliser pour éduquer les patients atteints de maladies chroniques, comme le diabète et l'asthme, sur la gestion de leur maladie?
- Quels systèmes d'information et de gestion peuvent minimiser le chevauchement des services, promouvoir la qualité des soins et faire en sorte que les problèmes des patients ne passent pas inaperçus lorsqu'ils reçoivent des services de plusieurs dispensateurs de soins dans divers milieux? Quels systèmes sont utilisés de nos jours?

Ce qui se passe

- Les premiers ministres du Canada ont convenu de l'objectif suivant : faire en sorte que 50 % de leurs citoyens aient accès à un dispensateur de soins approprié 24 heures par jour, sept jours par semaine, et ce dès que possible mais au plus tard d'ici huit ans. Dans le cadre de l'accord conclu en février 2003, ils se sont engagés à suivre les progrès à cet égard et d'en faire rapport.
- Dans l'accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le gouvernement fédéral a annoncé le versement d'une prestation humanitaire aux personnes qui doivent quitter temporairement leur emploi pour s'occuper d'un parent, d'un conjoint ou d'un enfant gravement malade ou mourant. La prestation sera versée dans le cadre du Programme d'assurance-emploi et la protection de l'emploi sera assurée en vertu du Code canadien du travail.
- Des initiatives sont en cours à divers niveaux pour accroître l'utilisation des dossiers de santé électroniques dans les soins de santé primaires et d'autres milieux. L'Inforoute Santé du Canada est une corporation autonome sans but lucratif créée en 2001. Son objectif est de mettre en place d'ici cinq à sept ans les principales composantes de systèmes compatibles d'information sur la santé.

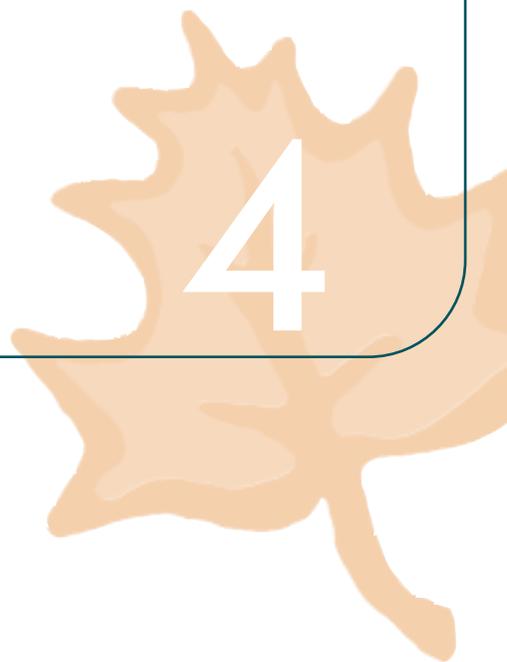
Pour en savoir davantage

- ¹ Pong R. (2002). *Série de rapports de synthèse du Fonds pour l'adaptation des services de santé : La santé rurale et télé-santé*. Ottawa : ministre des travaux publics et des services gouvernementaux Canada. www.hc-sc.gc.ca.
- ² Government of British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (2001). *Health Professions Council Scope of Practice Review. Part 1, Volume 1*. www.hlth.gov.bc.ca/let/hpc/review/part-i/scope-review.html.
- ³ Beney J, Bero LA, Bond C. (2002). Expanding the roles of outpatient pharmacists: Effects on health services utilization, costs, and patient outcomes. *The Cochrane Library*, 4.
- ⁴ Emergency Health Services Nova Scotia. (December, 2002). *Emergency Health Services: Response Times*. Nouvelle-Écosse : EHS.
- ⁵ Patel VL, Cytryn KN, Shortliffe EH, Safran C. (2000). The collaborative health care team: The role of individual and group expertise. *Teaching and Learning in Medicine*, 12, 117-132.
- ⁶ Mirkin D, Parke R, Grignon R. (1999). *Proposed Inter-Professional Primary Health Care Groups (PCGs) Costing Models: A Technical Costing Report Prepared by Milliman & Robertson Inc. for the Health Services Restructuring Commission's Primary Health Care Strategy*. New York : Milliman & Robertson, Inc.
- ⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Legislation and Regulation of the Nurse Practitioner in Canada*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada. www.cna-nurses.ca.
- ⁸ Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2001). *The Nature of the Extended/Expanded Nursing Role in Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- ⁹ Jarman B, Hurwitz B, Cook A, Bajekal M, Lee A. (2002). Effects of community based nurses specialising in Parkinson's disease on health outcome and costs: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324(7345), 1072-1075.
- ¹⁰ Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, Stainthorpe A, Fraser A, Butler CC, Rogers C. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *British Medical Journal*, 320(7241), 1043-1048.
- ¹¹ March GN, Dawes ML. (1995). Establish a minor illness nurse in a busy general practice. *British Medical Journal*, 310(6982), 778-780.
- ¹² Myers PC, Lenci B, Sheldon MG. (1997). A nurse practitioner as the first point of contact for urgent medical problems in a general practice setting. *Family Practice*, 14(6), 492-497.
- ¹³ Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 320(7226), 26-30.
- ¹⁴ Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: Multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 320(7241), 1038-1043.
- ¹⁵ Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, Friedewald WT, Siu AL, Shelanski ML. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(1), 59-68.
- ¹⁶ Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*, 320(7241), 1048-1053.
- ¹⁷ Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-823.
- ¹⁸ Organisation mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. www.who.dk/aboutWHO/Policy/20010827_1.
- ¹⁹ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- ²⁰ Commission on Medicare. (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Saskatchewan : Commission on Medicare.
- ²¹ Premier's Advisory Council on Health. (2001). *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Alberta: Premier's Advisory Council on Health.
- ²² Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2001). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ²³ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- ²⁴ Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé. (2002). *Renouvellement du système de santé : Rapport du conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*. Nouveau-Brunswick : Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé.
- ²⁵ Pong, RW. (1997). Vers une mise en valeur de la polyvalence chez les professionnels de la santé : Article préliminaire à la conférence. *Le Journal canadien des techniques en radiation médicale*, 28(1), 19-26.
- ²⁶ Hutchinson B, Abelson J, Lavis J. (2001). Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20(3), 116-131.

- ²⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). Les ministres François Legault et Roger Bertrand rendent public le premier bulletin des CLSC — Un taux de satisfaction élevé, une accessibilité à améliorer. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ²⁸ Gilbert J, Bainbridge L. (2002). *Interprofessional Education and Collaboration: Theoretical Challenges, Practical Solutions*. Colombie-Britannique : University of British Columbia.
- ²⁹ Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J. (2001). Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002213.
- ³⁰ Ministry of Health Services. (2002). British Columbians benefit from BC HealthGuide program. *Physicians' Newsletter*, Spring. <http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoprac/physnews/spring2002.pdf>
- ³¹ Hall M, McKeown L, Roberts K. (2001). Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation. Ottawa : ministre de l'Industrie.
- ³² Santé Canada. (2003). *Accord sur le renouvellement des soins de santé-2003*. www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html.
- ³³ Starfield B, Shi L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201-218.
- ³⁴ Van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F. (2002). L'équité en matière d'utilisation des visites médicales dans les pays de l'OCDE : a-t-on atteint l'équité de traitement à besoin équivalent? In *Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*. Paris : OCDE.
- ³⁵ Statistique Canada. (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (demande spéciale de données)*. Ottawa : Statistique Canada.
- ³⁶ Booth GL, Hux JE. (2003) Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. *Archives of Internal Medicine*, 163, 101-106.
- ³⁷ Statistique Canada. (2001). Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001. Ottawa : Statistique Canada. Numéro au catalogue 82-575-XIF.
- ³⁸ Capital Health. (2003). *Capital Health Link Summary*. Edmonton : Capital Health.
- ³⁹ Hogenbirk, JC, Pong RW, Chan BTB, Robinson DR, McFarland V, Lemieux S, et Liboiron LJ. (2002). *Evaluation of a teletriage pilot project in northern Ontario*. Centre for Rural and Northern Health Research. Sudbury: Laurentian University.
- ⁴⁰ Reid R, Haggerty J, McKendry R. (2002). *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins*. Préparé pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité consultatif des services de santé de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé.
- ⁴¹ British Columbia Ministry of Health Services. (2002). *Building the Vision in British Columbia: An Update from the Ministries of Health*. Victoria : British Columbia Ministries of Health.
- ⁴² Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, Billings J, Stewart A. (1995). Preventable hospitalizations and access to health care. *Journal of the American Medical Association*, 274(4), 305-311.
- ⁴³ Bélard F, Bergman H, Lebel P. (2001). *Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000*. Ottawa : Fonds d'adaptation des services de santé, Santé Canada.
- ⁴⁴ Overhage JM, Dexter PR, Perkins SM, Cordell WH, McGoff J, McGrath R, McDonald CJ. (2002). A randomized controlled trial of clinical information shared from another institution. *Annals of Emergency Medicine*, 39(1), 14-23.
- ⁴⁵ Walton RT, Harvey E, Dovey S, Freemantle N. (2003). Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice. *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford : Update Software.

Gros plan sur les médecins de famille

4



Gros plan sur les médecins de famille



Le présent chapitre a fait l'objet d'une controverse. D'une part, plusieurs visions du renouvellement des soins de santé primaires soulignent à gros traits toute la panoplie des dispensateurs de soins et l'importance des équipes. Cela peut porter à croire que les groupes professionnels

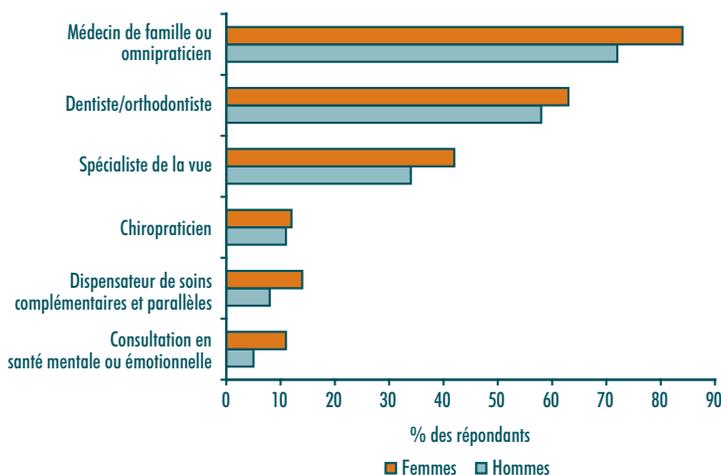
individuels perdent un peu de leur importance.

Il n'en demeure pas moins que malgré les nombreux modèles de soins de santé primaires, la pratique des médecins seuls ou en groupe est la norme¹. La plupart des Canadiens font appel à des médecins de famille pour obtenir des soins de routine ou de suivi ou encore des soins immédiats pour des problèmes de santé mineurs. De plus, la base d'information sur les médecins de famille et les services qu'ils dispensent est plus riche que pour d'autres dispensateurs de soins. De ce fait, ce chapitre présente les points saillants de ce que nous savons et ce que nous ignorons à ce sujet.

Qui les Canadiens consultent

31

Ce graphique illustre le pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui ont dit avoir consulté divers dispensateurs de soins dans l'année précédente en 2000-2001.



Remarques : 1) Les consultations en santé mentale ou émotionnelle peuvent faire appel à différents professionnels, dont les médecins de famille, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les conseillers.

2) Les dispensateurs de soins complémentaires et parallèles incluent les groupes suivants : massothérapeutes, acupuncteurs, homéopathes ou naturopathes, enseignants des méthodes Feldenkrais ou Alexander, relaxologues, enseignants de l'apprentissage par rétroaction biologique, rolfeurs, herboristes, réflexologistes, guérisseurs spirituels, guérisseurs religieux, etc.

Données

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2000-2001.

Les médecins de famille au Canada en 2001 : les faits en bref

- 35 % sont des femmes, une hausse par rapport à 32 % en 1996
- L'âge moyen est de 46 ans (3,5 % ont moins de 30 ans mais 12 % ont 60 ans ou plus)
- 22 % sont des diplômés de facultés de médecine à l'étranger

Source : Base de données médicales Southam, ICIS.

Le nombre de médecins de famille au Canada

Il est relativement facile de *compter* le nombre de médecins de famille au Canada. En 2001, ils étaient un peu plus de 29 600 à pratiquer. C'est environ la moitié (51 %) de tous les médecins au pays, à peu près le même pourcentage qu'en Australie et en France par exemple. À titre de comparaison, entre 20 et 30 % des médecins aux États-Unis et en Allemagne travaillaient en médecine générale^{2,3}.

Il est plus difficile de comprendre le nombre de services en médecine familiale. Dans les calculs, on doit tenir compte des changements dans les groupes de patients et de dispensateurs ainsi que d'autres tendances.

Ben Chan, chercheur à l'Institut de recherche en services de santé en Ontario, a récemment étudié les changements dans le nombre réel de médecins (omnipraticiens/médecins de famille et spécialistes) entre 1981 et 2000⁴. Il a tout d'abord calculé le nombre de médecins par habitant (le ratio « non ajusté » médecin-habitants). Ce ratio a augmenté régulièrement dans les années 1980 pour atteindre un sommet en 1993. Puis, il a chuté pendant plusieurs années et a connu une légère augmentation après 1997.

Chan a aussi examiné les effets des changements dans les caractéristiques démographiques de la population et dans le profil des effectifs en médecine. Par exemple, son analyse a tenu compte du fait que plus de femmes choisissent la profession. Ce point est important car les femmes médecins ont tendance à travailler moins d'heures que les hommes. L'étude a conclu que dans l'ensemble, le ratio réel médecin-habitants en 2000 était inférieur dans une proportion d'environ 5 % par rapport à 1993 mais à peu près le même qu'en 1987 (voir la figure 33).

Dans un autre volet de l'étude, Chan s'est penché sur les entrées et les sorties de main-d'œuvre médicale avant et après 1993. Le temps supplémentaire consacré à la formation postdoctorale représentait environ 25 % du changement dans le nombre de médecins après 1993. La baisse dans le nombre de médecins étrangers pratiquant au Canada en expliquait 22 %. En revanche, les répercussions des coupures dans les places disponibles dans les facultés de médecine dans les années 1990 n'étaient pas aussi évidentes; en effet, elles étaient responsables d'environ 11 % de la baisse générale après 1993. Cela dit, le plein effet de ces coupures se fera ressentir dans les années à venir lorsque plus d'étudiants des classes affectées obtiendront leur diplôme.

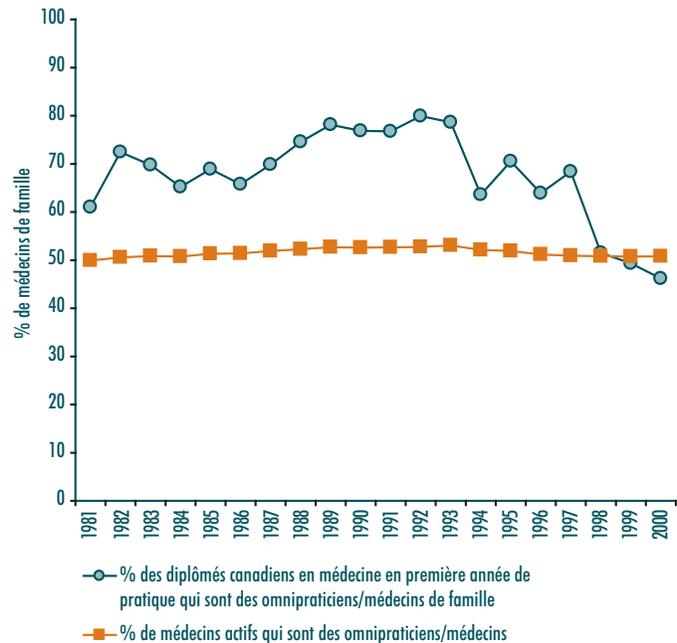
On assiste maintenant à un retour du balancier. Les inscriptions dans les facultés de médecine sont plus nombreuses et les gouvernements ont annoncé des plans pour en augmenter le nombre (voir le chapitre 1).

Ces décisions soulignent une difficulté qui revient sans cesse dans les politiques de la santé : réaliser l'équilibre entre le nombre de médecins et d'autres dispensateurs de soins de santé primaires en tenant compte des besoins projetés. Les caractéristiques démographiques des patients et les décisions stratégiques ne sont que deux des facteurs qui peuvent influencer l'équilibre entre le nombre de praticiens et les besoins des patients. Parmi les autres facteurs, mentionnons les changements dans la santé de la population, qui dispense les soins et comment, ainsi que la répartition géographique des professionnels de la santé.

Combinaison des spécialités

32

Environ la moitié des effectifs médicaux au Canada sont des médecins de famille. Même si le ratio général est demeuré relativement constant dans les 20 dernières années, la proportion de médecins qui commencent leur carrière en tant qu'omnipraticiens ou médecins de famille est passée d'un sommet de 80 % en 1992 à environ 45 % en 2000.



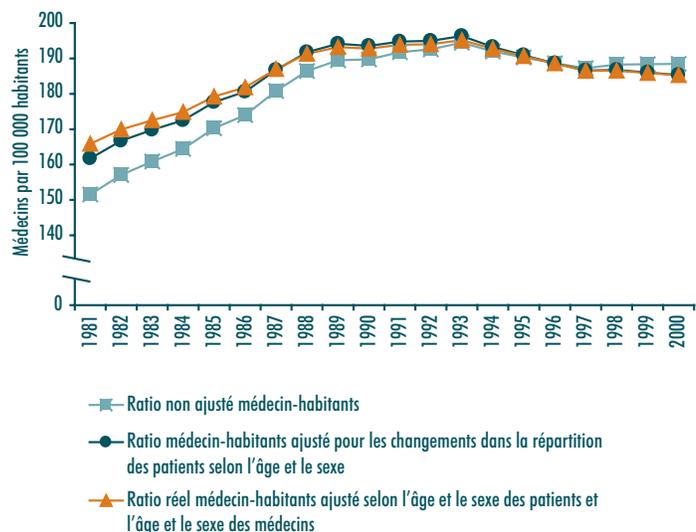
Source : Chan B. (2002). *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990.* Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Données

Estimer les changements dans le nombre de médecins

33

Ce graphique illustre les résultats d'une étude sur les effets de trois facteurs — croissance démographique, caractéristiques démographiques des patients et profil des effectifs médicaux — sur le nombre de médecins entre 1981 et 2000.



Source : Chan B. (2002). *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990.* Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Données

Devenir un médecin de famille

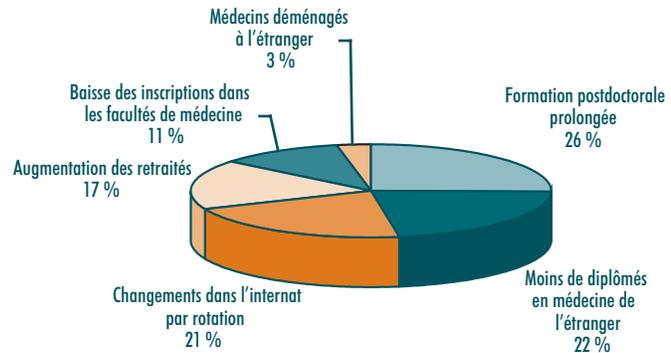
Environ 45 % des diplômés canadiens en médecine ont commencé leur carrière en médecine familiale en 2000, une baisse par rapport au sommet d'environ 80 % enregistré en 1992⁴. L'entrée en médecine familiale exige un diplôme en médecine et un stage clinique supervisé. Avant 1993, les diplômés en médecine pouvaient commencer à pratiquer la médecine familiale après un an d'internat. Aujourd'hui, ils doivent suivre une autre formation pendant deux ou trois ans et passer un examen d'agrément.

En 2002, 428 postes de formation de première année en médecine familiale étaient disponibles au Canada⁷. Bien que la plupart aient été comblés, la médecine familiale n'était pas le premier choix d'un bon nombre de candidats. Moins de 30 % des diplômés des facultés de médecine au Canada ont donné leur préférence à la médecine familiale en 2002.

Comprendre les changements récents dans le nombre de médecins

34

Selon une étude récente, la formation postdoctorale prolongée était responsable d'environ le quart de la baisse dans l'entrée nette de médecins dans la profession entre 1994 et 2000. D'autres facteurs sont aussi présentés ci-dessous.



Données Source : Chan B. (2002). *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Dans les années 1960 par exemple, des chercheurs ont prévu une pénurie de médecins à cause des projections sur la poursuite de l'explosion démographique. On a donc ouvert quatre nouvelles écoles de médecine⁵. Quand on a constaté que la croissance démographique n'était pas aussi prononcée que ce qu'on avait prévu, on a commencé à craindre un surplus de médecins. Face à cette situation, des chercheurs ont recommandé certains changements d'orientation dans les années 1990⁶. Les gouvernements en ont adopté quelques-uns (mais pas tous), notamment des coupures dans les admissions aux facultés de médecine et des restrictions aux permis d'exercice des diplômés étrangers en médecine⁵.

Où travaillent les médecins de famille

Le nombre de dispensateurs de soins de santé primaires est important, tout comme avec qui ils travaillent, la façon dont les services sont organisés et dispensés et comment les dispensateurs sont répartis (surtout dans un pays aussi vaste et diversifié que le Canada).

En 2000, on comptait 95 omnipraticiens/ médecins de famille par 100 000 habitants au Canada. Toutefois, les taux variaient entre les régions, allant de 22 à 168 par 100 000 habitants. Les régions avec des grands centres urbains — comme Toronto, Montréal et Vancouver — ont tendance à avoir plus de médecins de familles (et de spécialistes) par habitant que les régions avec des grandes zones rurales.

Attirer et garder des médecins de famille en région rurale

Des chercheurs des États-Unis ont récemment passé en revue des études américaines publiées entre 1990 et 2000 et portant sur le recrutement et le maintien en poste d'omnipraticiens en milieu rural. Leurs principales constatations, en fonction des 21 études relevées, sont présentées ci-dessous.

	N ^o d'études	Facteurs augmentant la probabilité de recrutement	Facteurs augmentant la probabilité de maintien en poste
Avant les études en médecine	6	-Enfance en milieu rural -Intention d'être un médecin de famille	Aucun facteur relevé
Pendant les études en médecine	15	-Programmes spécialisés offrant une expérience en soins primaires en milieu rural -Programme d'enseignement spécialisé -Programmes visant la pénurie de médecins	-Programmes spécialisés offrant une expérience en soins primaires en milieu rural -Programme d'enseignement spécialisé
Après les études	6	-Programmes de résidence avec plus de rotations en milieu rural et de formation en soins obstétricaux	-Rotations et résidence en milieu rural qui soulignent les besoins mal comblés en matière de santé -Préparation à la vie dans une petite ville

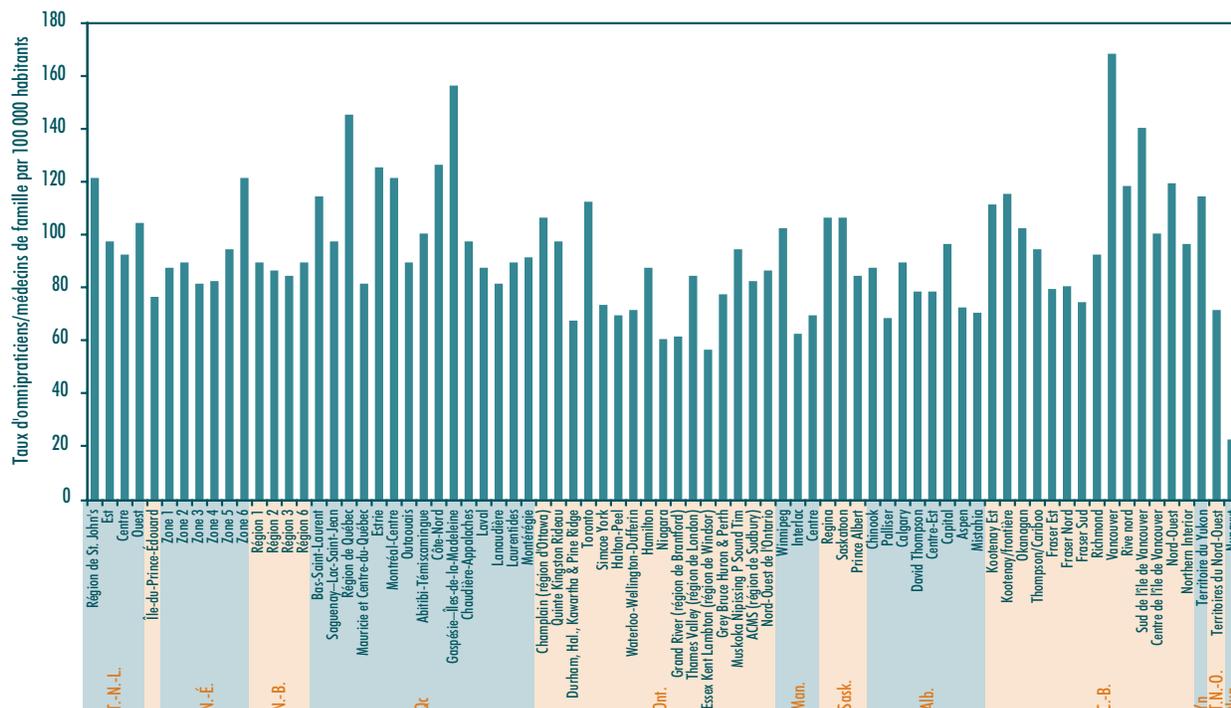
Source : Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. (2002). The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. *Academic Medicine*, 77(8), 790-798.

i

Différences régionales dans les omnipraticiens/médecins de famille

35

En 2000, le nombre d'omnipraticiens et de médecins de famille par 100 000 habitants variait considérablement entre les régions au pays. Dans certains cas, cela s'explique peut-être par le fait que des établissements de santé et des professionnels de la santé offrent des services à une population plus vaste que celle de la région immédiate. Les résidents d'une région peuvent aussi aller chercher des soins à l'extérieur de leur région. Les ratios médecin-habitants reflètent le nombre de médecins dans une région et n'ont pas été ajustés pour tenir compte de ces mouvements. Les régions individuelles en sont vraisemblablement affectées à divers degrés.



Remarques : Les chiffres englobent les médecins civils (y compris ceux qui dispensent des services non cliniques, p. ex. recherche, administration et enseignement) mais excluent les internes et les résidents. À l'échelle régionale, les enregistrements contenant des codes postaux non valides ou incomplets, ou sans code postal, ont été exclus du total. La présentation de l'information s'appuie généralement sur la région du cabinet du médecin ou de l'hôpital (dans plus de 80 % des cas) et non sur la région de résidence. Les données sont présentées en fonction du nombre total de médecins au 31 décembre de l'année de référence (à temps plein ou à temps partiel) et non des chiffres sur les équivalents à temps plein. Les ratios du nombre de médecins par 100 000 habitants font appel à des estimations démographiques à jour et peuvent être quelque peu différents de ceux publiés antérieurement.

Source : Base de données médicales Southam, ICIS.

Au Canada et ailleurs, le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé dans les régions rurales et isolées ne sont pas une mince tâche. On a étudié diverses stratégies pour tenter de régler le problème. En voici des exemples : restriction dans le lieu de la pratique, offres de primes ou d'ententes de financement spéciales, formation et stages cliniques en milieu rural⁸.

Pour bien comprendre la situation dans les milieux ruraux et pour évaluer le succès de telles initiatives, les chercheurs affirment qu'il faut aller au-delà des simples ratios médecin-population⁹. Ainsi, il peut être important de tenir compte de divers facteurs : la distance que les patients doivent parcourir, la décision de se rendre

Données

Un regard sur l'accès aux soins primaires à Toronto

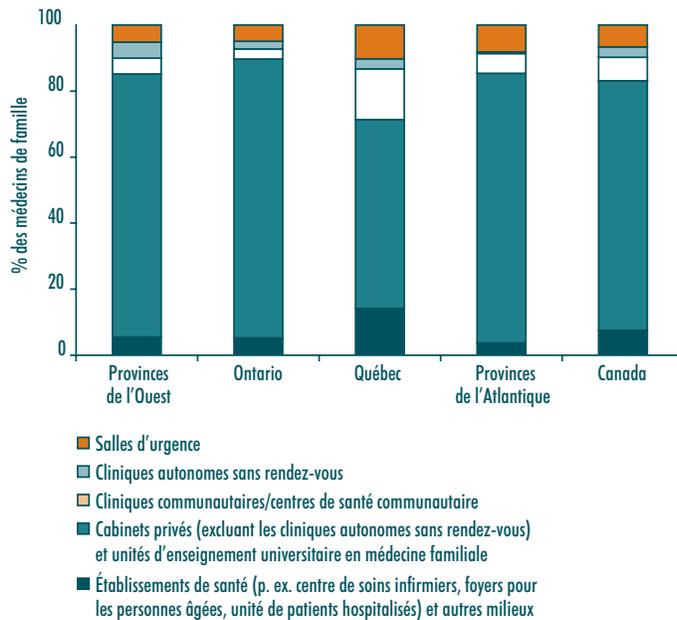
La répartition des dispensateurs de soins est un problème qui ne touche pas seulement les régions rurales. Prenons l'exemple de Toronto. C'est une ville diversifiée et densément peuplée où vivent 2,5 millions de personnes, soit environ 21 % de la population ontarienne. Environ la moitié de ses résidents sont des immigrants; plus du quart parlent une langue autre que le français ou l'anglais à la maison. La pauvreté, les sans-abri et d'autres problèmes sociaux contribuent aussi aux besoins spéciaux de Toronto en matière de santé¹⁰.

Les médecins de famille sont un des nombreux groupes de professionnels de la santé qui tentent de répondre à ces besoins. Toronto en compte plus que la plupart des autres régions au pays — en 2000, il y avait 112 omnipraticiens/médecins de famille par 100 000 citoyens. Cependant, les cabinets des médecins ne sont pas répartis équitablement sur le territoire de la ville de Toronto. Selon une étude menée par le conseil régional de santé de Toronto, les ratios médecin-habitants sont beaucoup moins élevés dans certaines parties de la ville que dans d'autres¹⁰. De plus, les médecins de famille n'offrent pas tous une gamme complète de services. En effet, l'étude a constaté qu'un omnipraticien/médecin de famille sur six à Toronto limitait sa pratique à des types précis de soins, comme la médecine sportive ou la psychothérapie.

Où les médecins passent le plus de temps

36

Le Sondage de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale a demandé aux médecins de famille d'indiquer leur principal milieu de pratique (c.-à-d. le milieu clinique où ils passent la plus grande partie de leur temps de travail). Les cabinets privés étaient les plus souvent mentionnés mais ce n'était pas le cas partout au pays. Ainsi, les répondants du Québec étaient plus susceptibles que ceux des autres régions d'indiquer une clinique communautaire ou une salle d'urgence.



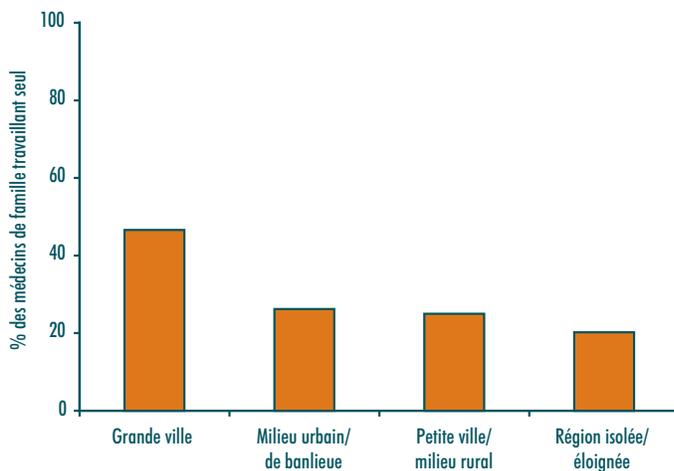
Données

Source : Sondage de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale, un élément du Projet JANUS, Le Collège des médecins de famille du Canada.

Travailler seul

37

Selon le Sondage de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale, les médecins de famille dans les régions les plus densément peuplées au Canada sont plus susceptibles de travailler seuls que leurs collègues des régions rurales et éloignées.



Données

Source : Sondage de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale, un élément du Projet JANUS, Le Collège des médecins de famille du Canada.

dans une autre région pour se faire soigner* et les différences dans les caractéristiques de la charge de travail et la pratique des médecins. La façon dont les soins de santé sont dispensés (p. ex. les services de télésanté) peut aussi jouer un rôle dans la répartition et l'accès.

Milieux de pratique

À la ville comme à la campagne, les médecins de famille travaillent dans toutes sortes de milieux : cabinets privés, cliniques sans rendez-vous, centres de santé communautaire, salles d'urgence, et ainsi de suite. Dans le cadre du Sondage national de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale, 73 % des médecins de famille ont dit que leur principal milieu de pratique était un cabinet privé¹¹. Le quart (25 %) ont dit qu'ils travaillaient parfois dans une salle d'urgence mais seulement 7 % ont déclaré qu'il s'agissait de leur principal milieu de pratique.

La méthodologie du Projet Janus

Le Sondage national de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale (SNMF), parfois appelé Projet Janus, est un recensement de tous les médecins de famille et omnipraticiens qui pratiquent au Canada. Entre février et mai 2001, on a envoyé un questionnaire à 28 340 médecins de famille partout au pays. Parmi les 25 520 jugés admissibles à participer, 13 088 (51 %) ont répondu. On considère que les estimations nationales fondées sur les résultats du SNMF 2001 sont exactes dans les limites de $\pm 0,64$ points de pourcentage, 19 fois sur 20.

Le quart (25 %) des médecins de famille à temps plein ou à temps partiel ont dit travailler seuls en 2001, une baisse par rapport à 31 % en 1997¹¹. La pratique seule est plus courante dans les milieux urbains que ruraux : 46 % des médecins de famille dans les grandes villes canadiennes ont dit travailler seuls, par rapport à 19 % de ceux dans les régions isolées ou éloignées. Dans l'ensemble, ceux qui travaillent seuls par opposition à ceux qui œuvrent au sein d'un groupe sont vraisemblablement des hommes (82 % contre 72 %) et plus âgés (en moyenne 52 ans contre 46 ans).

* Le « ratio d'entrées et de sorties » indique dans quelle mesure les gens se rendent dans une région ou en sortent pour obtenir différents types de soins hospitaliers. Les données se trouvent dans *Indicateurs de santé 2003*.

Trouver un médecin

La plupart des Canadiens des quatre coins du pays (88 % des 15 ans et plus en 2001) ont dit avoir un médecin de famille régulier. Néanmoins, les taux varient grandement entre les provinces. En 2001, ils s'échelonnaient de 76 % au Québec à 95 % au Nouveau-Brunswick.

Les raisons pour lesquelles les Canadiens ont dit ne pas avoir un médecin de famille régulier variaient aussi d'un océan à l'autre¹². Par exemple, même si les Québécois étaient plus susceptibles que les autres Canadiens de dire qu'ils n'avaient pas de médecin de famille régulier, ils étaient aussi plus susceptibles de déclarer que c'était parce qu'ils n'avaient pas essayé d'en contacter un (raison invoquée par 74 % d'entre eux). C'était aussi la raison la plus souvent citée au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique. À l'opposé, les 8 % des résidents des provinces de l'Atlantique qui ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille régulier étaient les plus susceptibles de blâmer la disponibilité des médecins (raison invoquée par 70 % d'entre eux).

Saviez-vous que...

Selon l'Enquête 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes, les Canadiens avec un médecin de famille régulier avaient plus de chances de passer certains tests de dépistage et de recevoir d'autres types de soins préventifs. Par exemple :

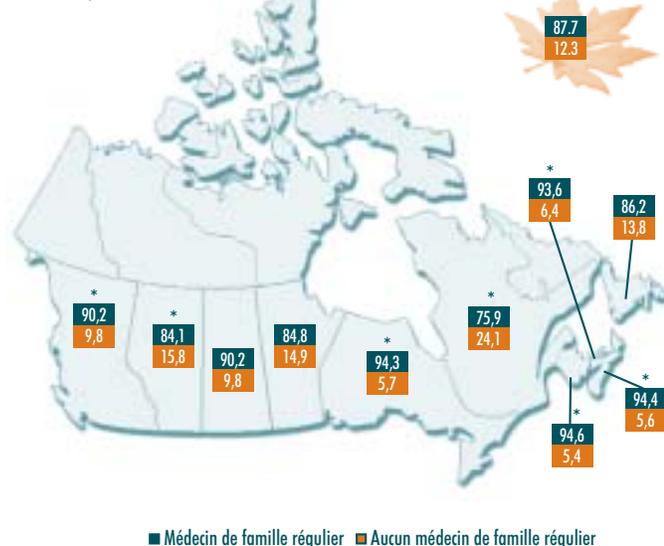
- 75 % des femmes de 18 à 69 ans avec un médecin de famille régulier ont dit avoir passé un test de Pap dans les trois années précédentes (par rapport à 57 % de celles sans médecin de famille régulier)
- 72 % des femmes de 50 à 69 ans avec un médecin de famille régulier ont déclaré avoir subi une mammographie dans les deux années précédentes (contre 42 %)
- 29 % des 12 ans et plus avec un médecin de famille régulier ont dit avoir été vaccinés contre la grippe dans l'année précédente (comparativement à 10 %)

Dans l'ensemble, 63 % de ceux qui n'avaient pas de médecin de famille régulier ont dit ne pas avoir essayé d'en contacter un, 29 % ont blâmé la disponibilité des médecins et 8,5 % ont invoqué d'autres raisons.

Un médecin bien à soi

38

Tout près de neuf Canadiens sur 10 de 15 ans et plus (88 %) ont dit avoir un médecin de famille régulier en 2001 mais les résultats variaient d'une province à l'autre. Un astérisque (*) signifie que le taux provincial s'écarte nettement du taux national.



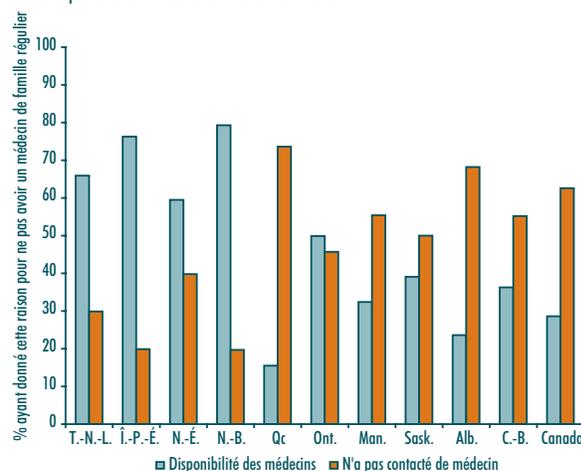
Remarque : Le sondage n'inclut pas les résidents des territoires.

Source : Statistique Canada. (2002). Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001. Numéro au catalogue 82-575-XIF. Ottawa : Statistique Canada.

Pourquoi on n'a pas de médecin de famille

39

Dans un sondage réalisé en 2001, un peu plus de 12 % des Canadiens ont dit ne pas avoir de médecin de famille. Ce graphique illustre la proportion des 15 ans et plus dans chaque province qui ont dit ne pas avoir de médecin de famille à cause de la disponibilité des médecins ou parce qu'ils n'avaient pas essayé d'en contacter un dans la dernière année. Ces raisons étaient le plus souvent invoquées pour expliquer pourquoi on n'avait pas de médecin de famille.



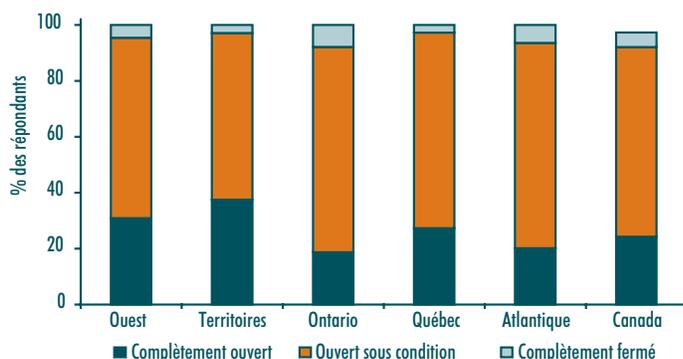
Remarque : En raison de la variabilité élevée de l'échantillon, les données sur la disponibilité des médecins au Québec, en Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan, ainsi que les données sur le contact à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et en Ontario doivent être interprétées avec prudence.

Source : Statistique Canada. (2002). Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001. Numéro au catalogue 82-575-XIF. Ottawa : Statistique Canada.

Données

Les médecins qui acceptent des nouveaux patients 40

Le Sondage de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale a demandé aux médecins de famille s'ils prenaient des nouveaux patients. À l'échelle nationale, environ le quart (24 %) le faisaient. Par contre, la plupart ont dit que leur pratique était ouverte sous condition. Cela signifie qu'ils acceptent des nouveaux patients uniquement dans certaines circonstances (p. ex. des membres de la famille ou des amis de patients actuels ou sur recommandation d'autres médecins). De plus, certains médecins acceptent seulement des patients souffrant de problèmes de santé précis et d'autres peuvent les rejeter pour la même raison. Seulement 5 % des médecins ont dit que leur pratique était complètement fermée.



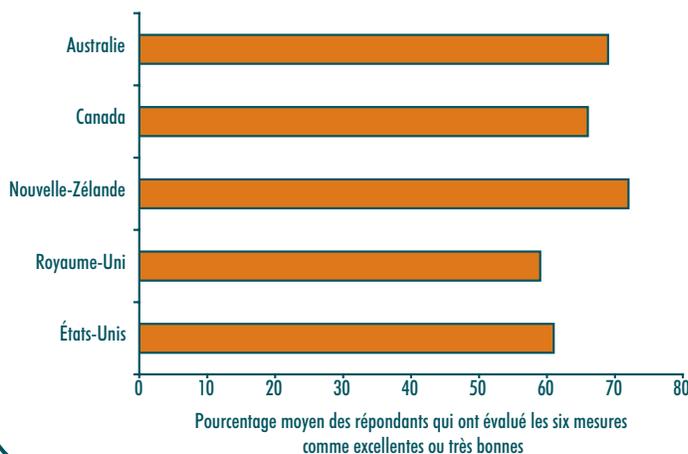
Remarque : À l'échelle nationale, 3 % des répondants n'ont pas indiqué s'ils acceptaient des nouveaux patients.

Source : Sondage de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale, un élément du projet JANUS, Le Collège des médecins de famille du Canada.

Données

Le Canada par rapport à d'autres pays 41

Chaque année, le Fonds du Commonwealth pose des questions à des habitants de l'Australie, du Canada, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des États-Unis sur leur système de santé. En 2001, une série de questions portait sur les soins médicaux. On a demandé aux répondants d'évaluer leur médecin par rapport à six mesures : s'ils se faisaient soigner avec dignité et respect, si leur médecin les écoutait attentivement, si leur médecin était accessible au téléphone ou en personne, si leur médecin passait assez de temps avec eux, s'il les connaissait et s'il leur fournissait l'information qu'ils demandaient. Ce graphique présente une moyenne des évaluations très bonnes ou excellentes à l'égard des six mesures.



Source : Enquête internationale de 2001 sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth.

Données

Qu'ils aient un médecin régulier ou non, la majorité des Canadiens (91 % des 15 ans et plus en 2001) qui avaient eu recours aux services de santé dans l'année précédente ont dit être très ou assez satisfaits des soins reçus de leur médecin de famille ou d'un autre médecin¹³. Ceux qui avaient un médecin de famille régulier avaient aussi tendance à donner une note positive à la qualité des soins reçus. En 2001, 91 % les ont jugés excellents ou très bons. La satisfaction à l'égard des services communautaires (en excluant les services dans un hôpital ou un cabinet de médecin) est un peu moins bonne : 83 % des femmes et 80 % des hommes ont déclaré être très ou assez satisfaits de ce type de soins en 2001.

Les soins dispensés par les médecins de famille

Même si les médecins de famille œuvrent le plus souvent dans un cabinet, ils peuvent aussi travailler dans des salles d'urgence, des hôpitaux, des centres de soins infirmiers, des services de soins à domicile et de soins palliatifs. Ils peuvent aussi entretenir des liens avec de tels services. La gamme des services dispensés par les médecins n'est pas la même partout au pays. Par exemple, en 2001, 64 % des médecins de famille à Toronto ont dit offrir des soins obstétricaux, par rapport à 77 % des médecins travaillant dans le Nord. Les médecins en milieu rural étaient aussi plus susceptibles que ceux en milieu urbain de dispenser certains autres services, comme la gestion des maladies chroniques, les soins palliatifs, la médecine d'urgence, la médecine en toxicomanie, l'anesthésie, la pose de plâtres et d'attelles, les biopsies cutanées et les sutures.

La combinaison des services dispensés par les médecins de famille change aussi avec le temps. Par exemple, des chercheurs en Ontario ont récemment étudié les changements dans les soins offerts par les omnipraticiens/médecins de famille entre 1989-1990 et 1999-2000¹⁴. Au début de cette période, environ 14 % des médecins de famille pratiquaient uniquement en cabinet. C'est donc dire qu'ils ne visitaient pas les patients à l'hôpital ou dans un centre de soins infirmiers, ne faisaient pas de visites à domicile, ne travaillaient pas à l'urgence ou ne dispensaient pas des

services d'anesthésie ou en obstétrique. Dix ans plus tard, 24 % des médecins ontariens faisaient partie de ce groupe. Ce changement s'est produit chez les médecins (hommes et femmes) de tous les âges et dans les milieux ruraux et urbains.

Pour savoir ce qui se passe dans le reste du pays, nous avons examiné combien de médecins de famille canadiens offraient trois types de services entre 1989 et 1999 — évaluations ou visites des patients hospitalisés, interventions avancées (p. ex. vasectomie, points de suture et réduction de fracture) et soins de santé mentale. L'analyse était fondée sur les données sur la facturation à l'acte.

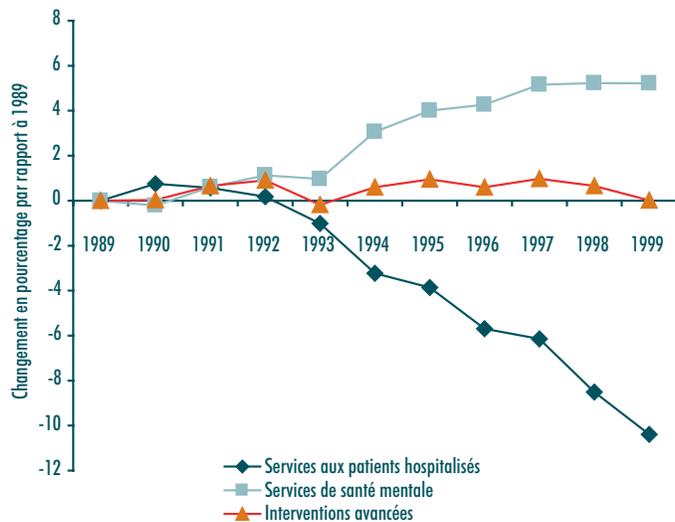
En 1999, les médecins de famille étaient moins susceptibles qu'en 1989 d'avoir facturé pour des visites à des patients hospitalisés. À l'opposé, ils étaient plus susceptibles d'avoir facturé pour des soins de santé mentale, une activité normalement accomplie dans leur cabinet. La facturation pour des services avancés dispensés parfois dans leur cabinet, parfois à l'hôpital, est demeurée relativement stable.

Par contre, dans l'ensemble, l'activité moyenne rémunérée à l'acte est en hausse. Entre 1989 et 1999, elle a augmenté de 5 à 6 %. Un certain nombre de facteurs peuvent en être responsables, dont des améliorations à la productivité et des charges de travail plus lourdes (peut-être à cause des changements récents dans le nombre réel de médecins)⁴.

Que font les médecins de famille?

42

Les services dispensés par les médecins de famille changent avec le temps. Par exemple, ils étaient moins susceptibles de soigner des patients à l'hôpital en 1999 qu'en 1989 (63 % des médecins rémunérés à l'acte contre 70 %). À l'opposé, ils sont plus nombreux à offrir certains types de soins dans leur cabinet, comme des soins de santé mentale (86 % en 1999 contre 81 % en 1989). Le pourcentage de médecins de famille qui font certaines interventions avancées (p. ex. vasectomie, réduction de fracture et examen rectal) est demeuré stable (81 % au cours des deux années). Ce graphique illustre le changement en pourcentage dans la proportion de médecins de famille qui ont facturé pour chaque type de service comparativement à 1989.



Données

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Les visiteurs assidus des salles d'urgence en Ontario

Les salles d'urgence s'occupent de milliers de Canadiens chaque année. Certains n'y vont qu'une fois, d'autres y retournent régulièrement. Une étude récente en Ontario¹⁵ s'est donnée comme objectif de découvrir si les visiteurs assidus des salles d'urgence (12 visites ou plus par année) ont recours aux soins de santé primaires communautaires plus ou moins que les autres visiteurs des salles d'urgence.

Les chercheurs ont constaté que les visiteurs assidus ont tendance à souffrir de problèmes médicaux complexes. En général, ce sont des jeunes adultes ou des adultes d'âge moyen (62 %) qui vivent dans des quartiers défavorisés. Presque tous les visiteurs assidus avaient aussi contacté un médecin de famille en milieu communautaire dans l'année précédente*. En fait, la plupart (78 %) s'étaient rendus au moins six fois dans le cabinet d'un médecin de famille.

Même si les visiteurs assidus avaient reçu le gros de leurs soins de santé primaires (73 % des visites) de la part du médecin de famille/omnipraticien qu'ils voyaient le plus souvent, ils avaient tendance à consulter plus de médecins de famille que les autres visiteurs des salles d'urgence. En moyenne, ils en avaient consulté 4,2 (par rapport à 1,6 pour le groupe de contrôle). Les urgentologues étaient aussi plus susceptibles de diriger les visiteurs assidus vers des spécialistes.

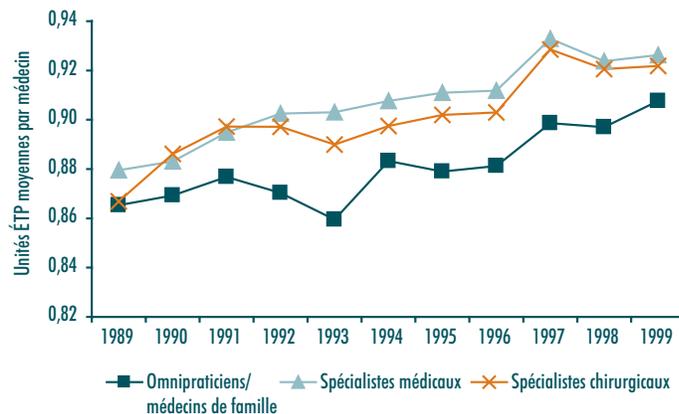
Les chercheurs en ont tiré la conclusion suivante : la possibilité d'améliorer les soins grâce à la communication et à la coordination entre les salles d'urgence et les médecins de soins primaires est prometteuse car dans la plupart des cas, les visiteurs assidus des salles d'urgence tentent d'obtenir des soins auprès d'une seule salle d'urgence et d'un seul médecin de soins primaires.

* L'étude prenait appui sur l'analyse des données sur la facturation à l'acte. Les visiteurs des salles d'urgence qui ont contacté des médecins salariés dans des centres de santé communautaire ou des milieux semblables ne sont donc pas inclus.

L'activité de pratique des médecins

43

Même si le ratio médecin-habitants a chuté à la fin des années 1990, les médecins de famille dispensent en moyenne plus de services qu'avant. (Il en va de même pour leurs collègues dans les spécialités médicales et chirurgicales.) L'activité de pratique est fondée sur les montants que les médecins facturent aux régimes de rémunération à l'acte. Ceux avec le 20 % du milieu de la facturation totale (ajustée pour la province, la spécialité et les changements dans les tarifs d'honoraires) reçoivent une valeur équivalente à temps plein (ÉTP) de 1, ce qui représente une charge de travail à temps plein typique. Ceux dont la facturation est plus élevée reçoivent une valeur ÉTP supérieure à 1 ; ceux dont la facturation est moins élevée reçoivent des valeurs ÉTP inférieures. Ce graphique illustre la moyenne de ces valeurs ÉTP au fil du temps.



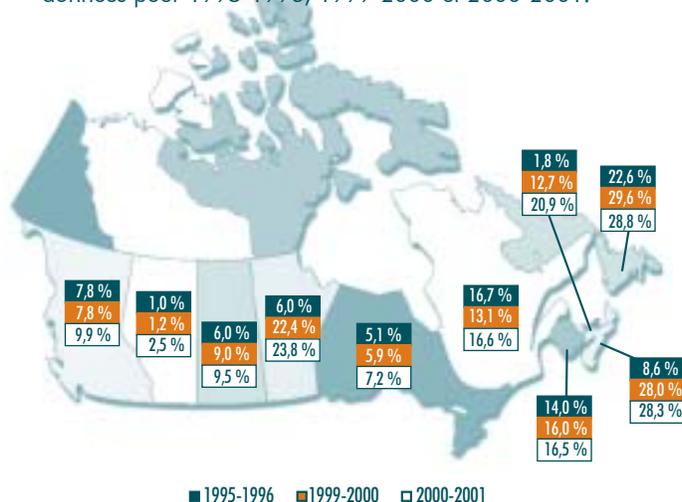
Données

Source : Chan B. (2002). *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Croissance dans les autres modes de paiement

44

La majorité des médecins au Canada reçoivent la plus grande partie de leurs revenus au moyen de la rémunération à l'acte. Ensemble, les autres modes de paiement représentaient 1,3 milliard de dollars en 2001. Il s'agit d'environ 11 % de la valeur des services cliniques des médecins dans les 10 provinces, quoique la proportion varie au pays. Cette carte présente les données pour 1995-1996, 1999-2000 et 2000-2001.



Source : Compilé par l'ICIS.

La rémunération des médecins de famille

La majorité des médecins de famille au Canada sont rémunérés à l'acte, une situation qui, au dire de certains, constitue un obstacle à la réforme des soins de santé primaires^{16, 17, 18, 19, 20, 21}. Dans le cadre de la rémunération à l'acte, les médecins en pratique privée facturent les régimes provinciaux/territoriaux d'assurance-maladie pour chaque service dispensé. La somme versée est fonction d'un tarif d'honoraires négocié entre les gouvernements et les associations médicales.

Les autres modes de paiement (autres que la rémunération à l'acte) sont devenus plus populaires dans les dernières années au Canada. En 2002, 37 % des répondants à un sondage réalisé par l'Association médicale canadienne ont dit préférer la rémunération à l'acte, une baisse par rapport à 50 % en 1995²⁶. Venaient ensuite la rémunération mixte (23 %) et les salaires (26 %).

Les autres modes de paiement représentaient 11 % des sommes versées aux médecins pour des services cliniques en 2000-2001, une hausse comparative à 9 % en 1999-2000²⁷. Par contre, seulement environ 7 % des médecins ont reçu la majorité de leurs revenus au moyen de ces modes de paiement en 2000-2001.

Cela dit, la situation varie énormément d'une province à l'autre. En Alberta et en Ontario par exemple, la vaste majorité des médecins sont rémunérés à l'acte (99 % et 95 %, dans l'ordre). Mais la situation est différente dans d'autres secteurs de compétence, comme à Terre-Neuve-et-Labrador où 28 % des médecins reçoivent leurs revenus en vertu d'autres modes de paiement.

De plus, dans chaque province, les médecins en pratique privée peuvent renoncer à leur droit de facturer le régime public. Ils peuvent facturer leurs patients directement. Dans certains secteurs de compétence, les médecins qui le font n'ont pas le droit de demander un tarif plus élevé que celui qui est prévu dans le régime public. Dans d'autres provinces, les patients qui paient pour des services dispensés par un médecin qui a opté pour le retrait ne peuvent pas se faire rembourser²². Selon Santé Canada, peu de médecins ont choisi de se retirer des régimes publics d'assurance-maladie²³. Ils ont compté 187 spécialistes et omnipraticiens en Ontario et six en Colombie-Britannique qui ont choisi cette option en 2001-2002. Ils n'en ont pas trouvé dans les autres secteurs de compétence (l'information pour le Québec n'était pas disponible).

Démêler les termes

Dans le cadre de la **rémunération à l'acte**, les médecins font une demande de remboursement pour chaque service dispensé aux patients. Dans chaque secteur de compétence, le gouvernement et les associations médicales négocient les tarifs d'honoraires pour divers types de services.

Selon le système de la **capitation**, la rémunération des médecins est fonction du nombre de patients sous leurs soins. La somme versée pour chaque patient peut être ajustée selon l'âge, le sexe ou l'état de santé du patient. Selon une étude récente menée au Manitoba, l'état de santé moyen des patients dans les différents cabinets de médecins peut varier considérablement, surtout dans les milieux urbains²⁴.

La capitation fait en général appel à l'**inscription des clients**, c'est-à-dire que les patients s'inscrivent auprès d'un médecin ou d'un cabinet et conviennent de les consulter pour obtenir des soins de santé primaires continus ou pour être orientés vers des soins plus spécialisés. En retour, les médecins s'engagent à dispenser des soins globaux aux patients inscrits²⁵. En général, les patients sont libres d'annuler leur inscription ou d'obtenir des soins ailleurs à l'occasion. Dans de tels cas, les fonds peuvent être transférés du cabinet à l'endroit où les soins ont été dispensés. Le cabinet peut aussi convenir ou peut être obligé de fournir des services de disponibilité ou d'accès au téléphone 24 heures par jour, sept jours par semaine.

À l'opposé, le système des **salaires** verse un montant forfaitaire à intervalles réguliers pour tous les services dispensés pendant une période de temps précise.

La **rémunération mixte** combine les paiements à l'acte, la capitation, les salaires ou d'autres ententes de financement.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Environ la moitié (51 %) des médecins en activité au Canada sont des omnipraticiens ou des médecins de famille, une baisse par rapport à 53 % en 1993. Des études ont quantifié les effets de divers facteurs qui influent sur les dernières tendances du nombre réel de médecins.
- Le nombre d'omnipraticiens et de médecins de famille par habitant varie grandement selon l'endroit au pays. De nombreux facteurs, comme l'état de santé de la population et le type de services offerts, affectent l'équilibre entre les services de médecine familiale et les besoins des patients dans une collectivité.
- La plupart des Canadiens ont un médecin de famille régulier et ils croient en général que la qualité des soins est très bonne ou excellente. D'autres sont plus susceptibles de dire qu'ils n'ont pas de médecin de famille régulier parce qu'ils n'ont pas essayé d'en contacter un, quoique les principales raisons ne soient pas les mêmes partout au Canada.
- Une minorité de médecins de famille en pratique privée travaillent surtout seuls. D'autres médecins de famille travaillent dans divers milieux, comme des pratiques privées de groupe, des salles d'urgence, des centres de santé communautaire et des cliniques sans rendez-vous.

Ce que nous ignorons

- Quel est l'élément moteur des changements dans la proportion de médecins de famille qui dispensent divers types de services? Quels sont les effets de ces changements sur l'accès aux soins, la vie professionnelle des médecins, la charge de travail des spécialistes, les coûts des soins de santé et les résultats pour les patients?
- Comment la satisfaction des patients à l'égard des médecins de famille a-t-elle changé au fil du temps? Quels sont les principaux facteurs qui influencent la satisfaction à l'égard des soins? Quelles sont les meilleures stratégies pour améliorer la satisfaction?
- Combien de médecins de famille reçoivent leurs revenus au moyen de modes de paiements autres que la rémunération à l'acte? Quels sont les effets des divers modes de paiement sur l'accès aux soins, les résultats à long terme pour la santé, les coûts des soins de santé ainsi que la satisfaction des patients et des dispensateurs?

Ce qui se passe

- Partout au pays, des dizaines d'initiatives sont en cours pour tester et mettre en œuvre des nouveaux modèles de soins de santé primaires et plusieurs font appel aux médecins de famille. Dans certains cas, elles reçoivent un appui du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, un investissement de 800 millions de dollars qui prend fin en mars 2006.
- En 2002, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont publié leur premier rapport sur des indicateurs de santé communs, y compris la proportion de Canadiens qui ont un médecin de famille régulier.
- Au Canada et ailleurs, les recherches se poursuivent sur les modèles de soins, les préférences des patients et des dispensateurs, les résultats et d'autres aspects des soins de santé primaires.

Pour en savoir davantage

- ¹ Hutchison B, Abelson J, Lavis J. (2001). Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20(3), 116-131.
- ² Starfield B. (1998). *Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York : Oxford University Press.
- ³ Organisation de coopération et de développement économiques. (2002). *Éco-Santé OCDE 2002 : Analyse comparative de 30 pays [CD-ROM]*. Paris : OCDE et CREDES.
- ⁴ Chan B. (2002). *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- ⁵ McKendry R. (1999). *Physicians for Ontario: Too Many? Too Few? For 2000 and Beyond: Report of the Fact Finder on Physician Resources in Ontario*. Toronto : ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
- ⁶ Barer ML, Stoddart GL. (1991). *Vers des politiques intégrées sur les effectifs médicaux au Canada*. Préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé.
- ⁷ Canadian Resident Matching Service. (2003). *PGY-1 Match Reports: 2002*. www.carms.ca/stats/pgy-1_2002/table7-FM.htm#top.
- ⁸ Chan B, Barer M. (2000). *Access to Physicians in Underserved Communities in Canada: Something Old, Something New*. In Fifth International Medical Workforce Conference 2000: Papers. Australian Medical Workforce Advisory Committee and Commonwealth Department of Health and Aged Care, 213-242.
- ⁹ Pitblado JR, Pong RW. (1999). *Geographic Distribution of Physicians in Canada*. Sudbury : Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord.
- ¹⁰ Toronto District Health Council. (2000). *Summary Report: Primary Medical Care in Toronto: Strengthening the Foundation, Building the System. First Annual Toronto Health System Report Card*. Toronto : Toronto District Health Council. www.tdhc.org/public/reports/primarycare.htm.
- ¹¹ Le Collège des médecins de famille du Canada. (2002). *Updated Release of the 2001 National Family Physician Workforce Survey*. Ottawa : Le Collège des médecins de famille du Canada.
- ¹² Statistique Canada. (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa : Statistique Canada. Numéro au catalogue 82-575-XIF.
- ¹³ Santé Canada. (2002). *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*. Ottawa : Santé Canada.
- ¹⁴ Chan B. (2002). The declining comprehensiveness of primary care. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166, 429-434.
- ¹⁵ Chan BTB, Owens HJ. (2002). Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Médecin de famille canadien*, 48, 1654-1660.
- ¹⁶ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- ¹⁷ Commission on Medicare. (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Saskatchewan : Commission on Medicare.
- ¹⁸ Premier's Advisory Council on Health. (2001). *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Alberta : Premier's Advisory Council on Health.
- ¹⁹ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2001). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ²⁰ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- ²¹ Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé. (2002). *Renouvellement du système de santé : Rapport du conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*. Nouveau-Brunswick : Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé.
- ²² Flood CM, Archibald T. (2001). The illegality of private health care in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(6), 825-830.
- ²³ Santé Canada. (2002). *Rapport annuel de 2001-2002 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. www.hc-sc.gc.ca/medicare.
- ²⁴ Reid R, Bogdanovic B, Roos NP, Black C, MacWilliam L, Menec V. (2001). *Do Some Physician Groups See Sicker Patients Than Others? Implications for Primary Care Policy in Manitoba*. Winnipeg : Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba. www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/acg2001.pdf.
- ²⁵ Stewart J. (2000). *Primary Care Reform in Canada: An Overview*. Calgary : Canada West Foundation.
- ²⁶ Martin S. (2002). More hours, more tired, more to do: Results from the CMA's 2002 Physician Resource Questionnaire. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167(5), 521-522.
- ²⁷ Institut canadien d'information sur la santé. (2002). *Les autres modes de paiement et la Base de données nationale sur les médecins*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.

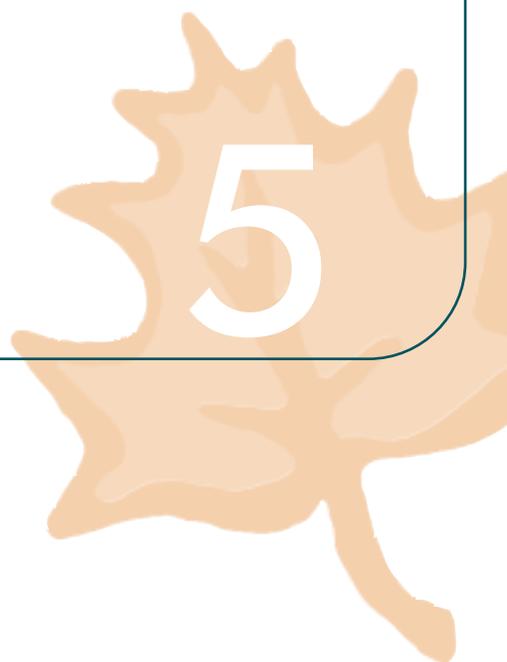
Au-delà des soins de santé primaires

De la naissance à la mort, les interactions avec le système de santé marquent bien des tournants dans notre vie. Dans la partie A du rapport, nous avons accordé une importance particulière aux soins de santé primaires au Canada, le point de contact dans le continuum des services de santé. Dans la partie B, nous explorons ce continuum plus à fond.

Le chapitre 5 examine les coûts des soins de santé dans tout le continuum. Nous y traitons des dépenses de santé dans les soins de santé primaires et au-delà. Le chapitre 6 porte sur les soins en établissement, des services qui se trouvent à l'autre extrémité du continuum par rapport aux soins de santé primaires. Nous y abordons les soins que les Canadiens reçoivent à l'hôpital et comment ils évoluent au fil du temps. Nous faisons aussi le point sur ce que nous savons et ce que nous ignorons de la satisfaction à l'égard des soins et du temps que les Canadiens doivent attendre pour obtenir divers types de soins.

Les dollars de la santé

5





Les dollars de la santé

Dans la dernière année, la viabilité et le renouvellement des soins de santé ont été en tête de liste des programmes des gouvernements partout au pays. Leurs délibérations se sont inspirées des conclusions de deux nouvelles études fédérales ainsi que des récents groupes de travail et commissions dans les provinces. Plusieurs de ces rapports véhiculaient un thème commun : les nouveaux investissements dans la santé doivent acheter des changements durables au système. Afin d'éclairer le débat sur les plans d'avenir, le présent chapitre décrit ce que nous dépensons actuellement pour les soins de santé, comment nous utilisons ces sommes et comment nos habitudes de dépense changent avec le temps.

Les dépenses en soins de santé

L'ICIS estime qu'en 2002, les dépenses de santé des secteurs public et privé par habitant (ajustées pour l'inflation) auront augmenté pour la sixième année d'affilée.

Dans l'ensemble, nous avons dépensé une somme estimée à 112 milliards de dollars

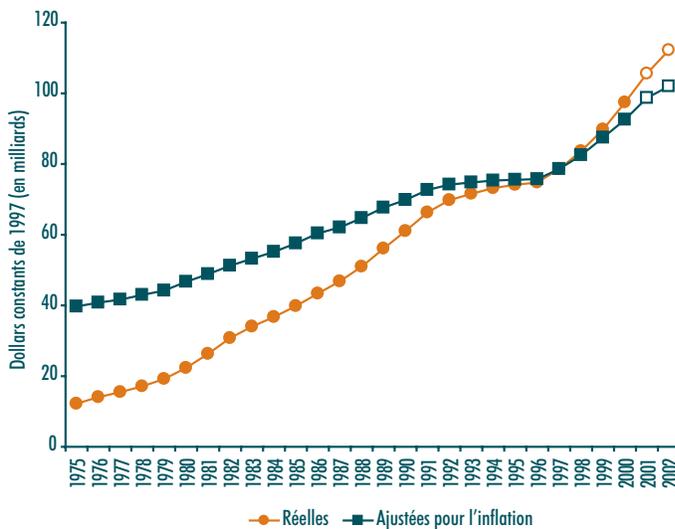
pour améliorer ou maintenir notre santé, soit une moyenne de 3 572 \$ par personne¹. Les récentes augmentations ont fait suite à une période de vaches maigres dans l'histoire du financement post-assurance maladie. En général, les augmentations dans les dépenses au cours des 10 dernières années correspondent à peu près au taux de croissance à long terme historique.

Le Canada dépense plus d'argent pour les soins de santé que la plupart des pays. En 2001, nous y avons consacré environ 9,3 % de notre production économique (produit intérieur brut ou PIB), une hausse par rapport à 7,3 % en 1981. Trois pays du G8 ont devancé le Canada à ce chapitre en 2000 : les États-Unis (13,0 % du PIB), l'Allemagne (10,6 %) et la France (9,5 %). Dans ces trois pays, l'espérance de vie était plus faible qu'au Canada (selon les données de 1999)². Cela permet de penser que des dépenses de santé élevées ne se traduisent pas directement par une meilleure espérance de vie.

Tendances des dépenses de santé

45

La croissance dans les dépenses de santé des secteurs public et privé a régulièrement devancé l'inflation dans les 30 dernières années. Ce graphique compare les dépenses réelles et ajustées pour l'inflation (en dollars constants de 1997) entre 1975 et 2002 (prévision).



Remarque : Les symboles ouverts sont des prévisions.

Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.



Qui paie la facture?

En 2002, pour chaque 10 dollars consacrés à la santé, le secteur public en a déboursé sept. En tout, les gouvernements et les programmes de sécurité sociale ont dépensé un peu plus de 79 milliards. Les dépenses publiques englobent la majorité des programmes de santé publique, les soins hospitaliers, les services médicaux et les soins pour les Indiens de plein droit et les Inuits. Le secteur public absorbe aussi une partie des coûts d'autres services, comme les soins à domicile, les médicaments d'ordonnance et les ambulances. Les provinces et les territoires administrent le gros du budget du secteur public alloué à la santé, dont une partie provient des transferts fédéraux en espèces et en points d'impôt. Depuis l'instauration du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux en 1996, on ne dispose pas de données précises sur les parts des dépenses de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Cette situation devrait changer avec l'introduction du Transfert canadien en matière de santé annoncée récemment (prévu en 2008-2009).

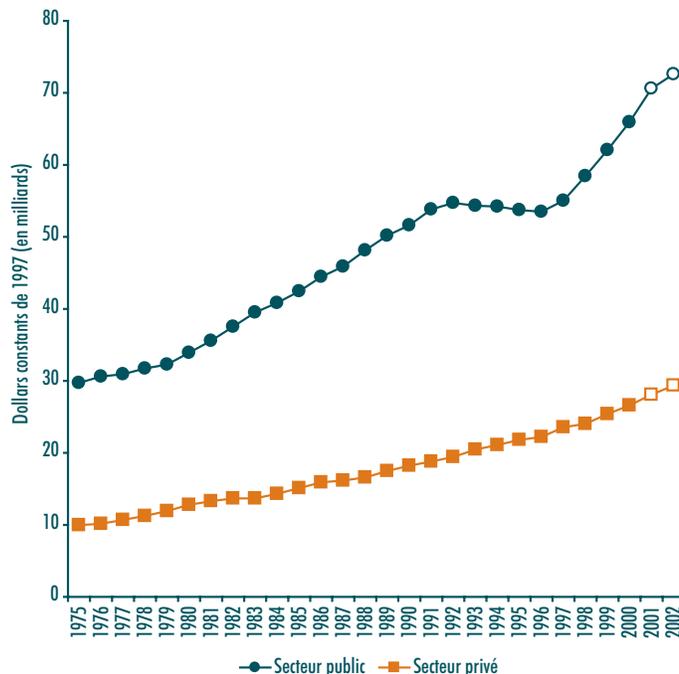
Le reste — soit 32,9 milliards de dollars en 2002 — provenait de sources privées, comme les régimes d'assurance et les paiements directs. La majorité des dépenses privées vont aux médicaments, aux soins dentaires et aux soins de la vue. Indirectement, les gouvernements assument une partie de ces coûts en raison du manque à gagner en recettes fiscales. Par exemple, les entreprises peuvent déduire les primes d'assurance de leur revenu imposable, mais les employés ne paient pas de taxes sur ces indemnités.

Les payeurs publics et privés absorbent une partie des coûts de la santé dans tous les pays de l'OCDE, mais la proportion varie considérablement. La part du secteur privé aux États-Unis (56 % en 2000) était environ le double de celle au Canada (28 %). La part privée dans les autres pays de l'OCDE s'échelonnait de 8,6 % en République tchèque à 56 % en Corée.

Dépenses publiques et privées

46

Les dépenses totales de santé au Canada, ajustées pour l'inflation, ont augmenté depuis 1975 mais la part du secteur public a fluctué au fil du temps. Depuis 1996, les dépenses de santé du secteur public ont augmenté plus rapidement que celles du secteur privé.



Remarque : Les symboles ouverts sont des prévisions.

Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Il faut s'en passer

47

En 2001, le Fonds du Commonwealth a demandé à des adultes dans cinq pays, y compris le Canada, s'ils avaient dû renoncer à des soins dans l'année précédente à cause des coûts. Dans tous les pays, la proportion de ceux avec un revenu inférieur à la moyenne (IM) ayant déclaré des problèmes d'accès liés aux coûts était plus élevée que ceux avec un revenu supérieur à la moyenne (SM). Par contre, le pourcentage variait d'un pays à l'autre et selon le type de soins, comme on peut le voir ci-dessous.

	Australie		Canada		Nouvelle-Zélande		Royaume-Uni		États-Unis	
	IM	SM	IM	SM	IM	SM	IM	SM	IM	SM
N'ont pas rempli une prescription	21	18	22	7	20	11	7	7	39	18
N'ont pas eu de test, traitement ou suivi recommandé	17	14	9	4	18	11	4	1	36	14
Avait besoin de soins dentaires mais n'ont pas vu de dentiste	38	31	42	15	40	36	20	19	51	24
Avait un problème médical mais n'ont pas vu de médecin	14	10	9	3	24	18	4	2	36	15
Problèmes à payer factures médicales	17	8	14	3	20	7	4	2	35	11

Source : Blendon RJ, Schoen C, DesRoches CM, Osborn R, Scoles KL, Zapert K. (2002). Inequities in Health Care: A Five-Country Survey. *Health Affairs*, 21(3), 182-191.

La question à 34 milliards de dollars

Entre 1997 et 2002, la facture combinée des secteurs public et privé en soins de santé a grimpé de plus de 43 % (une hausse de 34 milliards de dollars). Cette période en a suivi une de croissance ralentie des dépenses du début au milieu des années 1990.

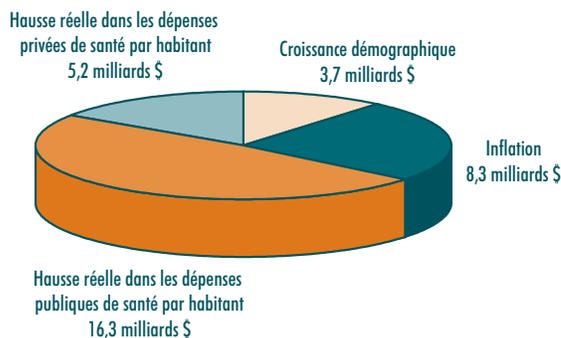
Pour mieux comprendre les récentes caractéristiques des dépenses, nous avons examiné dans quelle mesure quatre facteurs expliquent la hausse des dépenses depuis 1997 :

- La **population** canadienne s'est enrichie de 1,4 million de personnes dans les cinq années. Uniquement pour maintenir les dépenses par habitant au niveau de 1997 (2 620 \$), il aurait fallu injecter 3,7 milliards de plus en 2002. Il s'agit d'environ 11 % de l'augmentation globale dans les dépenses de santé.
- L'**inflation** était responsable d'environ 25 % (8,3 milliards) de la croissance dans les dépenses totales*.
- Après un creux de courte durée au milieu des années 1990, les **dépenses par habitant du secteur public**, ajustées pour l'inflation, ont connu une augmentation soutenue. Résultat : nous avons dépensé 16,3 milliards « de plus » pour la santé (48 % de la croissance globale) par l'entremise du secteur public en 2002 qu'en 1997.
- Les **dépenses privées par habitant** ont aussi augmenté entre 1997 et 2002, représentant l'autre 16 % de l'augmentation dans les dépenses totales de santé.

Expliquer la croissance dans les dépenses

48

Entre 1997 et 2002, les dépenses totales de santé au Canada ont grimpé de presque 34 milliards de dollars. Pourquoi? Plusieurs facteurs y contribuent, de la croissance démographique à l'inflation en passant par une hausse dans les dépenses réelles de santé (ajustées pour l'inflation) des secteurs public et privé par habitant. Leur importance relative est présentée ci-dessous.



Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Nous avons ensuite étudié de plus près la hausse de 16,3 milliards de dollars découlant de la croissance réelle dans les dépenses du secteur public par habitant. Le gros de l'augmentation était attribuable aux changements dans les dépenses liées aux hôpitaux (29 % de la croissance), aux médicaments (15 %) et aux dépenses d'équipement (14 %). Un boom dans les dépenses publiques par habitant pour d'autres services, comme les services médicaux et les soins à domicile, était responsable du reste de l'augmentation. À titre de comparaison, les médicaments (46 %) et les paiements versés à d'autres professionnels de la santé, comme des dentistes et des optométristes (33 %), représentaient le plus gros de l'augmentation dans les dépenses réelles du secteur privé par habitant.

* Ce calcul s'appuie sur la composante « santé » de l'indice des prix à la consommation (pour les dépenses du secteur privé) et des indices implicites de prix pour les dépenses courantes des gouvernements (pour les dépenses de santé du secteur public). Les deux proviennent de Statistique Canada. Selon une revue effectuée en 2000, le dernier indice correspond étroitement à la sous-composante associée aux dépenses de santé des gouvernements, qui ne sont pas accessibles au public. [Hicks V, Fortin G, Ballinger G. (2001). *Price Indexes Used in National Health Expenditures: Feasibility Study*. Ottawa : ICIS (www.cih.ca/cihiweb/en/downloads/spend_nhexenhance_e_PricelIndexes.pdf)].

Tendances des salaires

Les dispensateurs de soins sont au cœur de notre système de santé. Leurs salaires et d'autres paiements qui leur sont versés constituent une partie importante de nos dépenses de santé. L'Enquête sur la population active de Statistique Canada révèle qu'en moyenne, entre 1997 et 2001, le salaire hebdomadaire des travailleurs de la santé à temps plein a augmenté d'un peu moins de 9 %, par rapport à 10 % pour les travailleurs dans tous les secteurs de l'économie³. De même, selon les données de recensement, le taux d'augmentation des revenus d'emploi des travailleurs de la santé à temps plein a suivi en moyenne celui de l'inflation entre 1995 et 2000. Cela se compare à une hausse de 5,7 % (après inflation) pour tous les salariés⁴.

Les dépenses d'un océan à l'autre

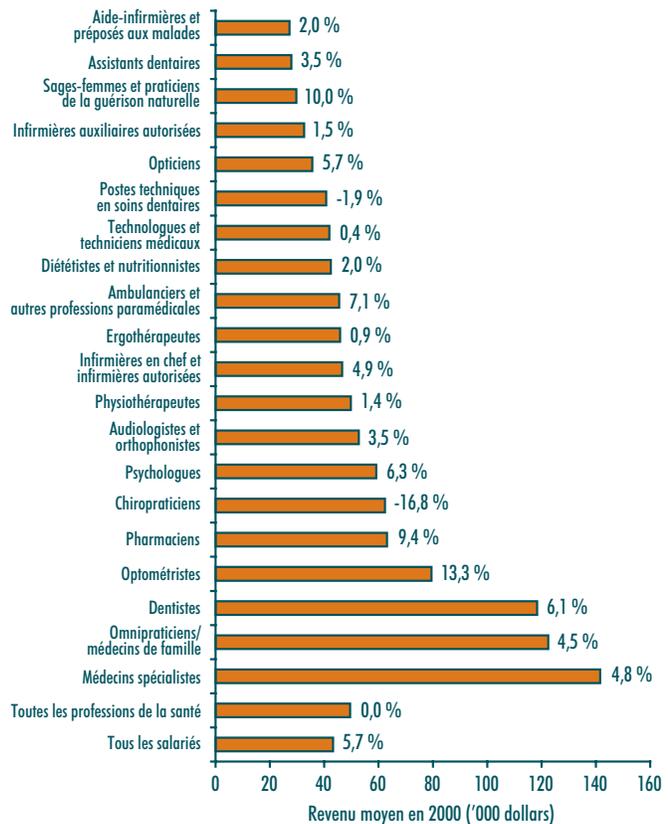
En 2002, les territoires continuaient d'afficher les dépenses de santé par habitant les plus élevées. Cela s'explique en partie par les coûts élevés de la prestation des soins à une population relativement petite dispersée sur de vastes régions géographiques. Parmi les provinces, les dépenses totales des secteurs public et privé par habitant allaient de 3 182 \$ au Québec à 3 955 \$ au Manitoba.

Comment expliquer les différences? De nombreux facteurs peuvent affecter les coûts, dont : la géographie, les besoins en matière de santé, l'organisation et la prestation des soins, les services couverts par les programmes publics et les salaires des professionnels de la santé. La répartition selon l'âge de la population desservie

Des salaires qui changent

49

Le revenu moyen dans certaines professions de la santé est au moins trois fois supérieur par rapport à d'autres. Ce graphique présente le salaire annuel moyen des Canadiens qui ont travaillé à temps plein pendant toute l'année dans certaines professions de la santé en 2000 par rapport à la moyenne générale des professions de la santé et de tous les salariés. Il présente aussi le changement en pourcentage dans ces moyennes depuis 1995, ajusté pour l'inflation.

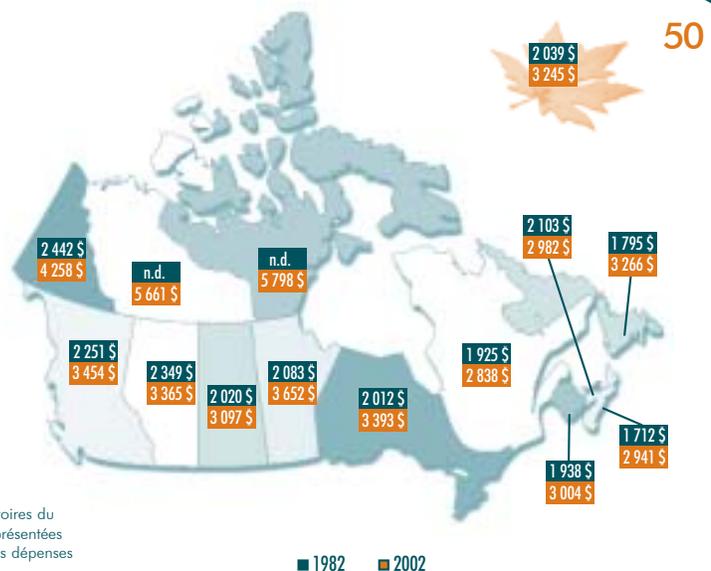


Données

Source : Recensement de la population, Statistique Canada.

Les dépenses hier et aujourd'hui

Les dépenses de santé varient d'un endroit à l'autre et d'une année à l'autre. Ce graphique présente les dépenses par habitant, ajustées pour l'inflation, dans les provinces et les territoires en 1982 et 2002 (prévisions). Tous les chiffres sont en dollars constants de 1997.

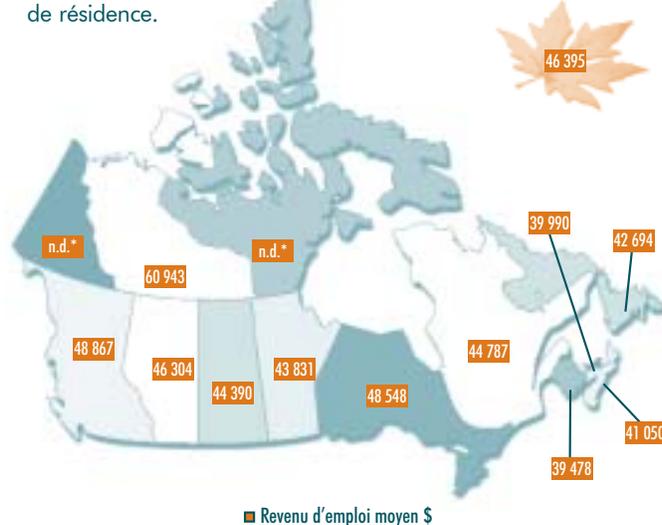


Remarque : Les données pour les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne sont pas présentées car les comparaisons historiques dans les dépenses ne sont pas disponibles.

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Le revenu des infirmières autorisées au Canada 51

Selon certains experts, les différences dans les taux de salaire et les avantages sociaux peuvent expliquer en partie les variations dans les dépenses de santé entre divers endroits au pays. Par exemple, le revenu d'emploi moyen des membres de la principale profession de la santé, les infirmières autorisées, qui ont travaillé à temps plein pendant toute l'année en 2000, variait selon leur lieu de résidence.



*En raison des cellules de faible valeur, les données ont été supprimées.

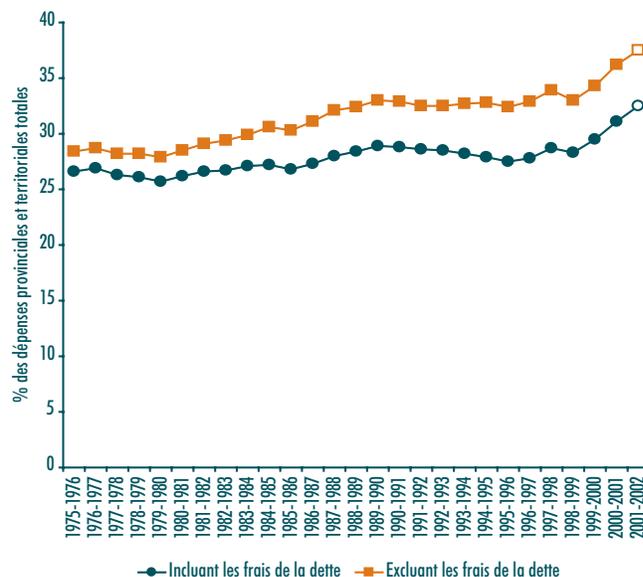
Source : Recensement de la population, Statistique Canada.

est un autre facteur possible, quoique les estimations des dépenses normalisées selon l'âge indiquent qu'elle a peu de répercussions sur le plan provincial¹. Par exemple, les gouvernements provinciaux et territoriaux tendent à dépenser beaucoup plus par personne pour les nourrissons que les enfants plus âgés. Puis, les dépenses augmentent pour les adultes; les coûts moyens sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes (en partie à cause des soins dispensés pendant la grossesse et l'accouchement). Les dépenses de santé par habitant atteignent un point culminant pour les personnes de 65 ans et plus. En 2000, plus de 40 % des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux leur étaient consacrées.

Le partage des dépenses de santé entre les secteurs public et privé varie aussi d'un bout à l'autre du pays, mais dans toutes les régions, la part des budgets des gouvernements affectée à la santé est en hausse. En 2001-2002, la santé représentait presque le tiers (33 %) des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux, y compris les frais de la dette, une hausse par rapport à 27 % en 1975-1976. Elle constituait environ 38 % des dépenses de programme (en excluant les frais de la dette) en 2001-2002. Au pays, la part allouée à la santé s'échelonnait de 16,1 % au Yukon à 43,5 % en Ontario.

La part du budget allouée à la santé 52

Depuis 1998, les gouvernements provinciaux et territoriaux consacrent une part grandissante de leurs budgets à la santé. Ce graphique illustre le pourcentage des dépenses provinciales et territoriales combinées pour la santé, incluant et excluant les frais de la dette.



Remarques : 1) Les symboles ouverts sont des prévisions.

2) Les dépenses totales des gouvernements provinciaux et territoriaux englobent les dépenses des organismes souverains et non souverains des ministères, des départements et des agences des provinces et des territoires; des conseils, des commissions et des fonds autonomes; et des agences d'éducation, de santé et de services sociaux autonomes, sans but lucratif et non commerciales contrôlées par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Données

Où vont les dollars de la santé

Le profil des dépenses actuelles reflète les résultats des changements continus dans notre système de santé. Les hôpitaux, les médicaments et les médecins constituent maintenant les principales catégories de dépenses de santé. Ensemble, elles représentaient plus de 60 % des dépenses publiques et privées en 2002 (prévision).

Les hôpitaux demeurent la plus grosse catégorie des dépenses de santé, soit 35 milliards de dollars en 2002. Par contre, leur part du total continue de chuter. Elle est passée de 45 % en 1975 à 31 % en 2002. De même, les hôpitaux dépensent les fonds qu'ils reçoivent différemment. Par exemple, la part consacrée aux salaires a diminué au cours des dernières années mais celle liée aux avantages sociaux, aux médicaments et aux fournitures médicales a augmenté.

Contrairement aux hôpitaux, les centres de soins infirmiers et d'autres établissements de santé conservent à peu près la même part des dépenses totales de santé maintenant qu'il y a 20 ans. Le Canada a dépensé un peu plus de 10 milliards de dollars dans ce secteur en 2002. Il s'agit d'un peu plus de 9 % des dépenses totales de santé, environ la même proportion qu'en 1975. La plupart des fonds de ces établissements proviennent du trésor public (74 % en 2002) et sa part a augmenté. Elle s'élevait à 71 % en 1975.

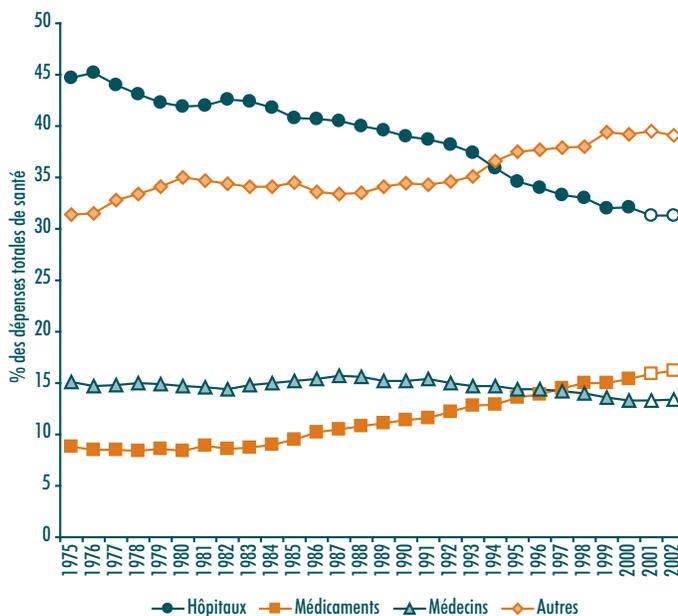
Les ventes au détail de médicaments prescrits et non prescrits constituent la deuxième catégorie en importance des dépenses de santé. Les Canadiens ont dépensé environ 18 milliards de dollars en médicaments en 2002, soit un peu plus de 16 % des dépenses totales de santé. La plupart des dépenses (64 %) ont été engagées par les compagnies d'assurance et les particuliers mais la part du secteur public augmente. Elle est passée de 15 % en 1975 à 36 % en 2002.

La majorité du financement pour les médicaments provient de programmes de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux et leur couverture varie au pays. Tous les secteurs de

L'évolution des parts

53

Le système de santé change, tout comme les dépenses de santé. Ce graphique illustre comment la répartition des dépenses totales de santé a changé avec le temps.



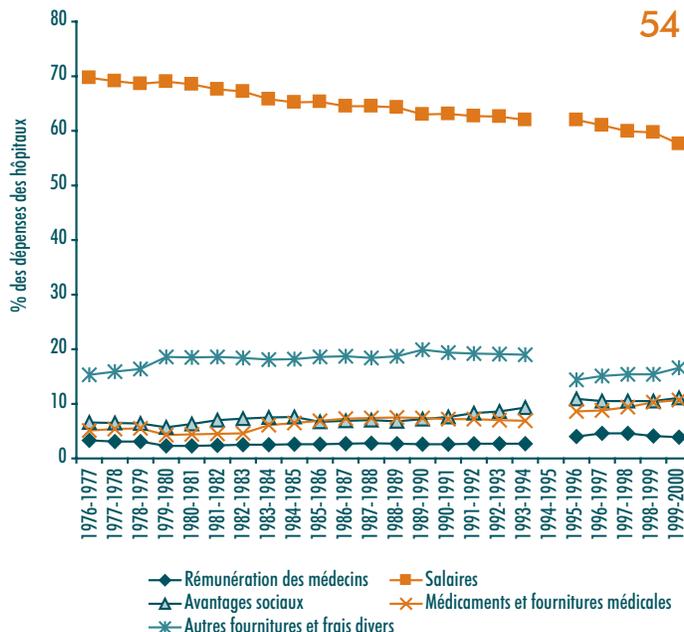
Remarques : 1) Les symboles ouverts sont des prévisions.
 2) L'affectation des dollars de la santé est groupée en huit grandes catégories selon la façon dont les paiements sont effectués (p. ex. la catégorie « Hôpitaux » englobe les salaires versés aux médecins sur la liste de paye des hôpitaux et les médicaments délivrés dans les hôpitaux).
 3) La catégorie « Autres » inclut : immobilisations, santé publique et administration, autres professionnels de la santé, autres établissements et autres dépenses de santé.

Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Que font les hôpitaux avec leur argent?

Les dépenses des hôpitaux sont surtout consacrées aux salaires et aux avantages sociaux des employés. La façon dont les hôpitaux répartissent leurs fonds entre ces coûts et d'autres — comme les fournitures médicales et les médicaments — change progressivement, comme le montre ce graphique.



* Les structures de rapport ont changé en 1994-1995. Les données ne sont pas disponibles pour cette année.

Données

Sources : Rapport annuel des établissements de santé — Hôpitaux, Statistique Canada (de 1976-1977 à 1993-1994). Base de données canadienne SIG, ICIS (de 1995-1996 à 1999-2000).

compétence offrent des prestations aux personnes âgées et à certains bénéficiaires de l'assistance aux personnes à faible revenu, mais les quotes-parts, les franchises et les médicaments inclus ne sont pas les mêmes. Seulement pour les médicaments des personnes âgées, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont déboursé un peu moins de 3 milliards de dollars en 2000*. Certains secteurs de compétence couvrent aussi d'autres groupes, comme ceux dont les coûts en médicaments sont très élevés ou atteints de problèmes de santé précis. Ainsi, ils peuvent englober les donneurs et les receveurs d'organes, les personnes atteintes du VIH ou les patients qui reçoivent des soins palliatifs^{5, 6, 7}. Les premiers ministres ont aussi convenu de fournir une couverture universelle de type catastrophique des médicaments d'ordonnance d'ici la fin de 2005-2006⁸.

Tout comme dans le cas des médicaments, une combinaison de programmes publics, de compagnies d'assurance et de particuliers absorbent les coûts des services de soins à domicile. Dans les dernières années, ils sont devenus l'un des secteurs où la croissance est la plus marquée au chapitre des dépenses de santé. En 2000-2001, les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux ont franchi la barre des 2,5 milliards de dollars. Elles s'élevaient à 205 millions en 1980-1981. Les dépenses du secteur privé liées aux soins à domicile sont également en hausse⁹.

De nombreux facteurs sont probablement à l'origine de l'augmentation dans les dépenses en soins à domicile. Une étude nationale récente en a avancé quelques-uns : les demandes changeantes pour des services de soins à domicile; la confiance accordée aux soins à domicile en tant que solution de rechange aux soins hospitaliers; les changements dans la disponibilité des aidants naturels; l'importance accrue des soins auto-gérés; et la combinaison changeante des services offerts par les programmes de soins à domicile et les professionnels de la santé qui les dispensent¹⁰.

Ce que la mauvaise santé coûte au Canada

La mauvaise santé coûte beaucoup plus cher au Canada que le traitement des maladies. Le fardeau économique de la maladie inclut le temps perdu au travail ou à l'école et le temps passé à soigner des amis ou des membres de la famille. De même, les décès prématurés se traduisent par la perte de production économique possible.

Selon une étude réalisée en 2002 par Santé Canada, Statistique Canada et l'ICIS¹¹, ces coûts « indirects » ont presque doublé la facture des soins de santé au Canada en 1998. L'étude a calculé les coûts directs de la prévention de la maladie, du traitement et de la réadaptation, ainsi que les coûts indirects découlant des décès prématurés et de l'invalidité à court ou à long terme. (On n'a pas tenu compte de la valeur économique du temps passé à soigner des amis ou des membres de la famille ni du fardeau de la souffrance ou des conséquences psychosociales de la maladie.)

Les chercheurs ont estimé que le fardeau économique de la maladie s'élevait à 159,4 milliards de dollars en 1998. Les coûts directs se chiffraient à 83,9 milliards et les coûts indirects, à 75,5 milliards. Les maladies les plus coûteuses étaient les maladies cardiovasculaires (18,5 milliards en tout), les maladies squeletto-musculaires (16,4 milliards), le cancer (14,2 milliards) et les blessures (12,7 milliards). Ensemble, elles représentaient plus du tiers (39 %) de l'ensemble des coûts. (Un autre 26 % n'ont pu être classifiés selon le type de maladie.) Au chapitre des coûts directs, ces quatre problèmes de santé étaient responsables de 36 % des dépenses des hôpitaux et de 23 % des dépenses totales en médicaments.

* Les données selon l'âge et le sexe sur les réclamations pour des médicaments n'étaient pas disponibles pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nunavut.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Comment les dépenses de santé ont changé au fil du temps.
- Comment les dépenses de santé au Canada se comparent à l'échelle mondiale.
- Dans quelle mesure l'inflation, la croissance démographique et les augmentations réelles dans les dépenses par habitant peuvent expliquer la hausse dans les dépenses de santé.
- Comment les changements dans les dépenses au fil du temps varient d'un endroit à l'autre au pays.

Ce que nous ignorons

- Comment les changements dans les dépenses de santé affectent la santé des Canadiens?
- Combien d'argent est consacré aux activités et aux programmes de promotion de la santé et de prévention chaque année au Canada? Qu'en est-il des traitements complémentaires et parallèles comme la massothérapie et l'homéopathie?
- Dans quelle mesure divers facteurs (p. ex. géographie, état de santé de la population et différences salariales) expliquent-ils les écarts dans les dépenses de santé entre les secteurs de compétence?
- Comment différentes combinaisons de financement et de prestation de services des secteurs public et privé sont-elles susceptibles d'affecter les coûts, l'accès, la qualité, les résultats et la satisfaction des patients?

Ce qui se passe

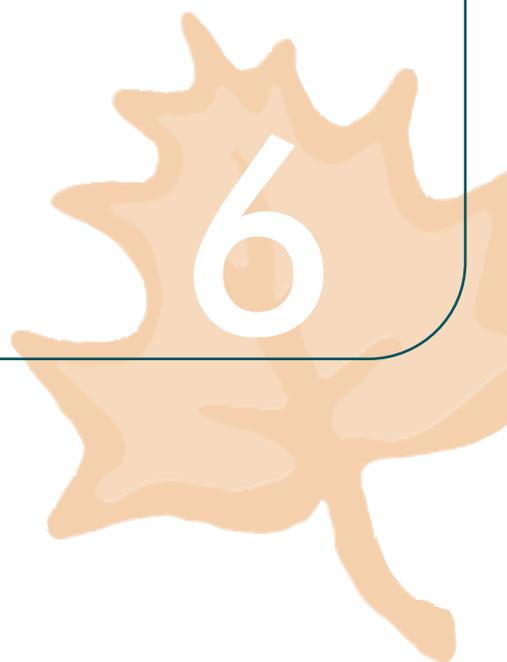
- Dans leurs derniers rapports, des commissions ont toutes recommandé que les nouvelles sommes injectées dans les soins de santé achètent le changement. Les premiers ministres du Canada ont récemment pris un engagement envers une série d'initiatives sur le renouvellement des soins de santé, dont des nouvelles ententes sur les transferts fédéraux pour appuyer les programmes de santé.
- L'ICIS a publié des données à jour sur les dépenses en médicaments au printemps 2003.
- L'ICIS prévoit publier des données à jour sur les dépenses en soins à domicile à l'été 2003.
- Les hôpitaux et les organismes de services de santé communautaire pourront bientôt surveiller combien d'argent est consacré à la technologie de l'information, grâce à des améliorations au Guide sur les systèmes d'information de gestion.

Pour en savoir davantage

- ¹ Institut canadien d'information sur la santé. (2002). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*. Ottawa : ICIS.
- ² Organisation de coopération et de développement économiques. (2002). *Éco-Santé OCDE 2002 : Une analyse comparative de 30 pays* [CD-Rom]. Paris : OCDE et CREDES.
- ³ Statistique Canada. (2001). *Revue chronologique de la population active*. Ottawa : Statistique Canada.
- ⁴ Statistique Canada. (2003). *Recensement de 2001 : 7^e diffusion, le 11 mars 2003*. <http://www12.statcan.ca/francais/census01>.
- ⁵ Strathdee SA, Palepu A, Cornelisse PG, Yip B, O'Shaughnessy MV, Montaner JS, Schechter MT, Hogg RS. (1998). Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *Journal of American Medical Association*, 280(6), 547-549.
- ⁶ Colpitts DB, Freitag CL. (1997). Organ donation and transplantation in the Canadian healthcare system. *Journal of Transplant Coordination*, 7(2), 59-66.
- ⁷ Gouvernement de la Saskatchewan. (2000). *Programs and Services: Palliative Care*. [www.http://www.health.gov.sk.ca/ps_palliative_care.html](http://www.health.gov.sk.ca/ps_palliative_care.html).
- ⁸ Premiers ministres fédéral/provinciaux/territoriaux. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. www.scics.gc.ca/pdf/800039004_f.pdf.
- ⁹ Santé Canada. (2001). *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001. Annexe statistique*. Ottawa : Santé Canada.
- ¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Home Care Estimates in National Health Expenditure: Feasibility Study*. Ottawa : ICIS.
- ¹¹ Santé Canada. (2002). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Ottawa : Santé Canada.

L'hôpital en évolution

6



L'hôpital en évolution



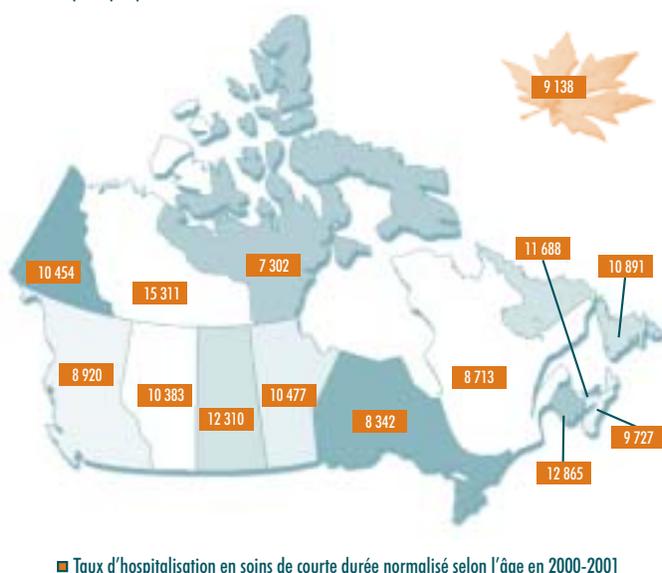
Des centaines de panneaux ornés d'un « H » longent encore les autoroutes du Canada, mais ils dirigent les voyageurs vers des hôpitaux bien différents qu'il y a 10 ou même cinq ans. Par exemple, moins de patients y passent la nuit, mais les chirurgies d'un jour sont en hausse. Le nombre de lits — et le nombre d'hôpitaux — a aussi chuté. Entre 1995-1996 et 1999-2000, 275 hôpitaux ont fermé leurs portes, ont fusionné ou ont été modifiés pour offrir d'autres types de soins. L'administration des hôpitaux a aussi changé. En général, les régions sanitaires au Canada sont maintenant responsables des services de soins de courte durée. Elles gèrent aussi les soins de longue durée, les services de santé publique et

communautaire, certains programmes de santé mentale et d'autres types de soins.

Les séjours à l'hôpital d'un océan à l'autre

55

La fréquence des séjours d'au moins une nuit à un hôpital de soins de courte durée varie d'un endroit à l'autre au pays. Les taux ci-dessous excluent les nouveau-nés et sont ajustés en fonction des différences dans la structure de l'âge de chaque population.



Remarque : Les taux sont normalisés pour tenir compte de l'âge en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 1991.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

À l'intérieur de ces quatre murs

Le nombre de nuits que les Canadiens ont passé dans un hôpital de soins de courte durée a diminué d'environ 10 % entre 1995-1996 et 2000-2001. Les taux d'hospitalisations ont chuté de 16,5 %, après qu'on ait tenu compte de la croissance et du vieillissement de la population. Malgré tout, les hôpitaux de soins de courte durée ont enregistré quelque 21 millions de jours de soins en 2000-2001, une moyenne de 7,2 jours par patient. Cela représente un peu moins de 2,9 millions de sorties des hôpitaux de soins de courte durée (en excluant les nouveau-nés et les patients dans d'autres milieux, comme les salles d'urgence, les unités pour malades chroniques et de réadaptation et les programmes de chirurgie d'un jour). Même si les personnes âgées sont plus susceptibles d'être hospitalisées que les Canadiens plus jeunes, leurs taux diminuent aussi. En 2000-2001, environ 27 personnes âgées sur 100 000 ont dit avoir fait un séjour à l'hôpital, une baisse par rapport à 31 sur 100 000 en 1994-1995.

La plupart des patients retournent à la maison après leur séjour à l'hôpital, mais pas tous. Même si une étude récente au Manitoba¹ a révélé que plus le séjour à l'hôpital était long, moins bonnes étaient les chances de retourner à la maison, les chercheurs ont constaté que la moitié

Vivre et se faire soigner au même endroit

De même que moins de gens passent maintenant la nuit à l'hôpital, les aînés ont vraisemblablement moins de chances qu'avant de vivre dans un centre de soins infirmiers ou un autre établissement de soins de longue durée. En 2001, seulement 2 % des 65-74 ans et 14 % des 75 ans et plus vivaient dans un établissement de soins de santé. Il y a 20 ans, ils étaient 3 % et 17 %, dans l'ordre².

Dans une étude réalisée au Québec sur le lien entre la situation de réglementation des établissements de soins de longue durée et la qualité des soins sur trois ans, des chercheurs ont constaté que les pensionnaires qui avaient évalué leur santé comme mauvaise au début de l'étude avaient tendance à ne pas vivre aussi longtemps que ceux qui avaient dit être en bonne santé. Cette observation était valable peu importe si l'établissement de soins de longue durée était réglementé par la province ou non³.

des patients (50 %) dont le séjour était au moins de 30 jours sont en fait rentrés à la maison. Les autres ont été transférés à un centre de soins infirmiers (16 %), à un autre établissement (14 %) ou sont décédés (20 %). L'âge des patients dictait là où ils allaient après leur séjour à l'hôpital. Ainsi, 70 % de ceux de moins de 65 ans, mais seulement 38 % des 85 ans et plus, retournaient à la maison.

Des taux en hausse pour certaines interventions

Même si les taux d'hospitalisations diminuent dans l'ensemble, il n'en va pas de même pour tous les types de soins. Par exemple, plus de Canadiens que jamais subissent une arthroplastie du genou : 66,8 par 100 000 habitants en 2000-2001, par rapport à 55,6 il y a six ans seulement.

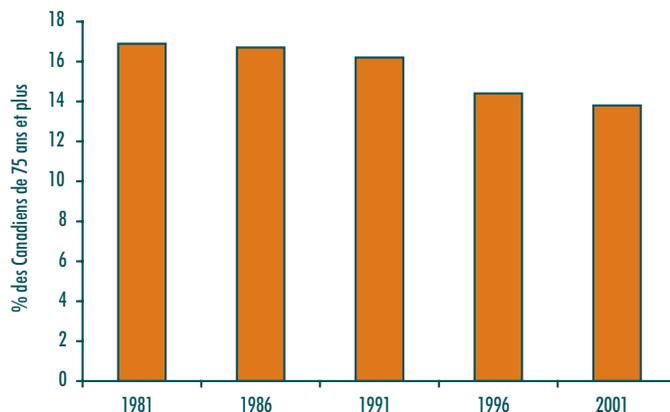
Quoique des personnes âgées subissent la plupart (70 %) de ces interventions, les taux sont aussi en hausse chez les Canadiens plus jeunes. Entre 1994-1995 et 2000-2001, le nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées sur des personnes de moins de 55 ans a grimpé de 90 % (passant de 938 à 1 779), tandis que les arthroplasties totales de la hanche ont augmenté de 30 % (de 2 310 à 3 013).

Les taux de remplacements articulaires ont augmenté partout au pays mais on observe des différences entre les provinces. Et les taux varient encore plus entre les régions dans certaines provinces. Ainsi, les taux d'arthroplasties du genou pour les régions en Ontario s'échelonnaient de 59,2 à 121,5 par 100 000 habitants en 2000-2001. Une liste complète des

Vivre dans un établissement de soins de longue durée

56

Tous les cinq ans, le recensement compte combien de personnes vivent au Canada et à quel endroit. Dans le cas des 75 ans et plus, le portrait change graduellement. Entre 1981 et 2001, la proportion de ceux vivant dans un centre de soins infirmiers ou un autre établissement est passée de 17 % à 14 %.



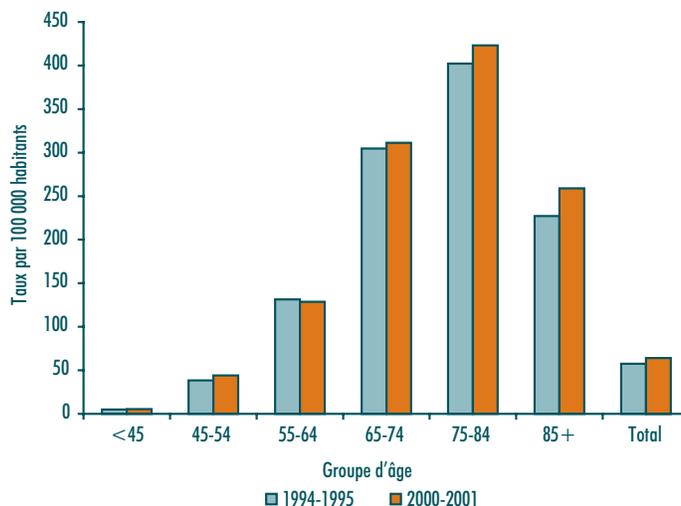
Données

Source : Recensement, Statistique Canada.

Une nouvelle hanche

57

Les premiers remplacements articulaires ont été pratiqués dans les années 1930. De nos jours, les arthroplasties de la hanche et du genou sont monnaie courante. Comme on peut le voir dans ce graphique, le taux d'arthroplasties de la hanche a augmenté quelque peu entre 1994-1995 et 1999-2000, tant dans l'ensemble que pour la plupart des groupes d'âge (comprend les premières interventions et les reprises).



Données

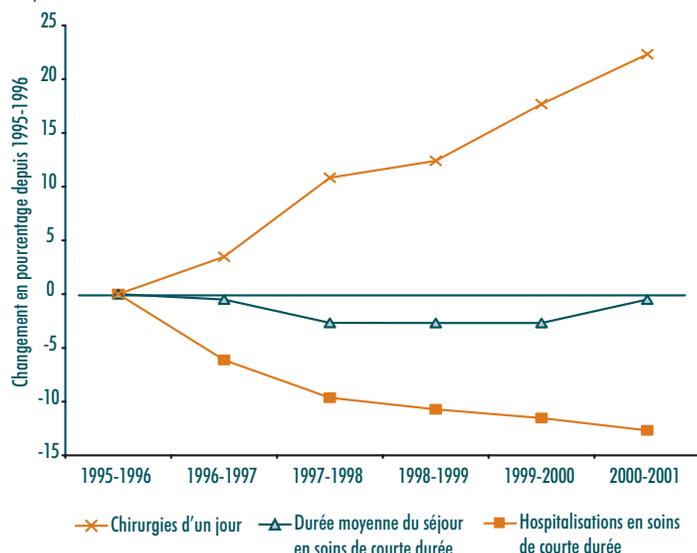
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.



La chirurgie d'un jour en Ontario

58

Grâce aux changements dans le traitement de diverses maladies, de nombreux Canadiens passent maintenant moins de temps à l'hôpital qu'avant pour des interventions mineures. Par exemple, entre 1995-1996 et 2000-2001, l'utilisation de la chirurgie d'un jour en Ontario a augmenté de plus de 20 %. Pendant la même période, on a observé une baisse dans le nombre des séjours de plus de 24 heures dans les établissements de soins de courte durée.



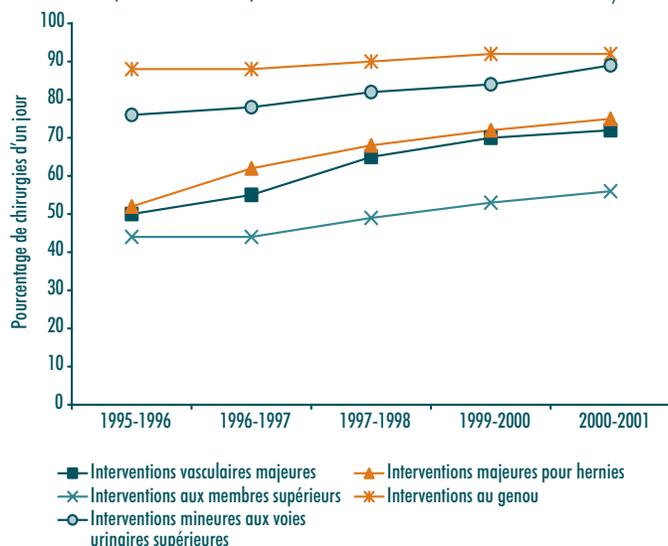
Données

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Les interventions d'un jour

59

Pour certaines interventions chirurgicales, comme celles de base au genou*, la chirurgie d'un jour est le type de soins le plus courant depuis longtemps. L'utilisation de la chirurgie d'un jour pour d'autres interventions continue de se répandre. Ce graphique inclut les données pour tous les secteurs de compétence qui ont rapporté des données complètes sur les chirurgies d'un jour et les patients hospitalisés entre 1995-1996 et 2000-2001 (Ontario, Colombie-Britannique, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Yukon et Territoires du Nord-Ouest).



* Les interventions de base au genou excluent les arthroplasties du genou.

Données

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

taux d'arthroplasties de la hanche et du genou pour les grandes régions sanitaires du Canada est présentée dans *Indicateurs de santé 2003*.

Des chercheurs de l'Ontario ont récemment tenté de comprendre les écarts dans les taux au sein des provinces⁴. Pour ce faire, ils ont comparé deux régions — une avec un taux élevé de chirurgies au genou et à la hanche, et une avec un taux faible. Ils ont constaté que le besoin des patients (en fonction de la gravité de l'arthrite) pour la chirurgie était à n'en pas douter plus prononcé dans la région avec le taux élevé d'interventions. Ils ont aussi noté que la volonté de subir la chirurgie était plus forte dans la région à taux élevé. En effet, parmi ceux que les chercheurs croyaient être de bons candidats à la chirurgie (toujours selon la gravité de l'arthrite), 15 % dans la région à taux élevé ont dit être prêts à subir l'intervention, contre 9 % dans la région à taux faible. Les chercheurs ont conclu que le besoin et les préférences des patients aidaient à comprendre en partie les différences dans les taux au Canada.

Faut-il y passer la nuit?

Normalement, les arthroplasties de la hanche et du genou sont encore suivies de plusieurs jours à l'hôpital, mais ce n'est pas le cas pour de plus en plus de types de soins. En fait, dans certaines régions, les chirurgies qui n'exigent pas un séjour à l'hôpital (ou les « chirurgies d'un jour ») représentent maintenant plus de la moitié de toutes les interventions chirurgicales.

La chirurgie d'un jour est bien établie pour certaines interventions. Par exemple, les patients qui se faisaient enlever la vésicule biliaire autrefois restaient à l'hôpital pendant plusieurs jours. Grâce aux nouvelles techniques chirurgicales et à d'autres développements, la plupart des patients retournent maintenant à la maison le jour même de l'opération. De plus, médecins et hôpitaux continuent d'unir leurs efforts pour mettre au point des nouvelles interventions qui, dans bien des cas, n'obligent pas un patient à rester à l'hôpital.

Plus de données sur la satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

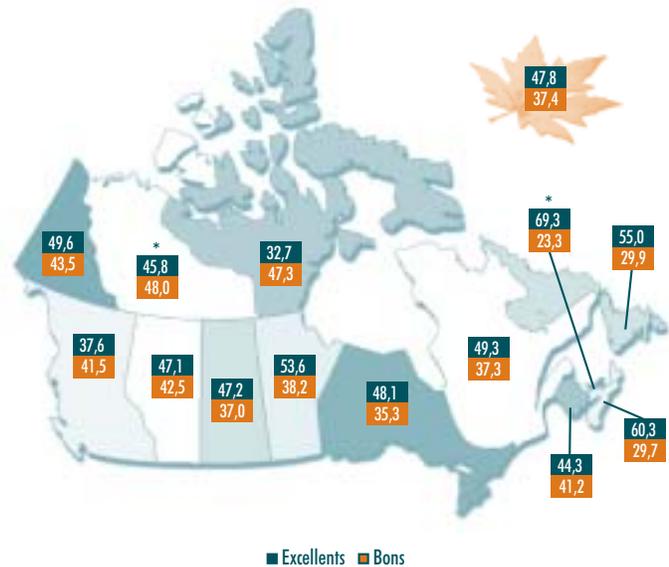
Des hôpitaux dans plusieurs provinces contrôlent et comparent la satisfaction des patients, bien qu'ils le fassent de différentes façons et à des moments différents. Voici des exemples de sondages récents :

- Dans l'ensemble, 95 % des résidents du **Québec** se sont dits satisfaits des soins reçus à l'hôpital en 2002. La plupart étaient satisfaits de divers aspects des soins, comme le personnel de la santé (taux de satisfaction de 94 %) et l'information reçue au sujet de leur traitement (89 %). En revanche, les opinions n'étaient pas aussi positives en ce qui concerne d'autres aspects. En effet, les patients étaient moins contents de la nourriture à l'hôpital (72 %) et du processus de plainte (58 %) ¹⁰.
- Pendant plusieurs années, des chercheurs ont demandé à des patients en **Ontario** ce qu'ils pensaient des soins hospitaliers. Le sondage de 2002 sur les soins de courte durée a été envoyé à un peu moins de 75 000 patients et quelque 37 500 y ont répondu. De ce nombre, 89 % ont dit que l'ensemble des soins était d'excellente ou de bonne qualité. Les notes étaient élevées pour les soins dispensés par les médecins (une moyenne de 85,7 points sur 100) et les soins non médicaux (84,8 points en moyenne), tandis que les services d'entretien ménager récoltaient de moins bonnes notes (78,3 points) ¹¹.
- **Alberta** : En 2001, plus de huit Albertains sur 10 (83 %) ont dit que les soins reçus à l'hôpital dans les 12 derniers mois étaient bons ou excellents. Les visites à l'urgence, les chirurgies d'un jour et les séjours d'au moins une nuit à l'hôpital étaient inclus. Les problèmes les plus souvent mentionnés par ceux qui se sont dits insatisfaits de la qualité des soins (environ 20 %) étaient l'attente trop longue, la pénurie de personnel et leur charge de travail trop lourde ainsi que le manque de respect et de communication de la part des médecins et d'autres dispensateurs de soins ¹².

Qui est satisfait des soins

60

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, plus de huit répondants sur 10 (85 %) âgés de 15 ans et plus ayant rapporté un séjour d'une nuit à l'hôpital dans l'année précédente ont dit que les soins étaient bons ou excellents.



* Un astérisque indique que les chiffres s'écartent de manière significative de la moyenne canadienne.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2000-2001.

La satisfaction à l'égard des soins hospitaliers

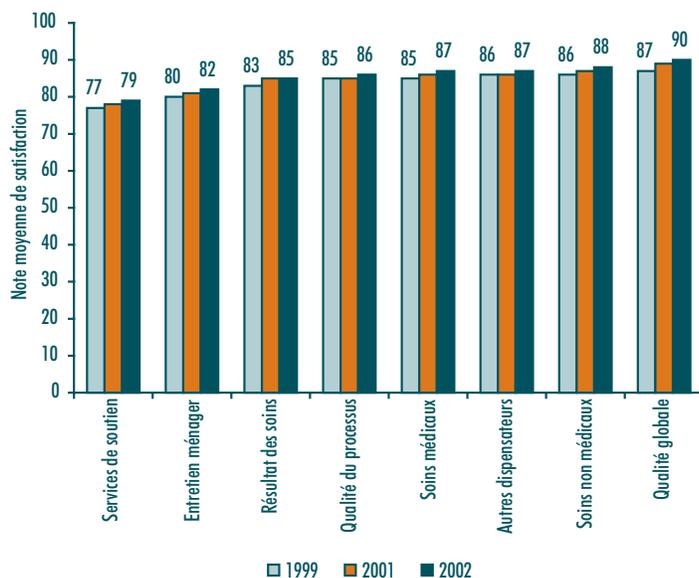
Les patients tendent à donner une meilleure note aux soins qu'ils reçoivent que celle que le public donne au système dans son ensemble. Par exemple, en 1988, seulement 5 % des Canadiens interrogés par le Fonds du Commonwealth⁵ ont dit que notre système de santé devait être rebâti. En 1998, ce pourcentage avait grimpé à 23 % mais en 2001, il était retombé à 18 %. Les Canadiens avec un revenu inférieur à la moyenne étaient plus susceptibles de partager cette opinion que ceux avec un revenu supérieur à la moyenne — 23 % contre 13 %. À titre de comparaison, 85 % des Canadiens (de 15 ans et plus) qui ont dit avoir eu recours aux services de santé dans les 12 mois précédents ont évalué la qualité des soins comme bonne ou excellente en 2000-2001⁶.

En général, les Canadiens se disent satisfaits des soins reçus à l'hôpital. En 2000-2001, plus de huit sur 10 (85 %) des 15 ans et plus ont dit qu'ils étaient bons ou excellents. Cela dit, des études plus poussées révèlent des écarts dans la satisfaction à l'égard d'aspects spécifiques des soins. Elle a tendance à être plus élevée pour les soins dispensés par les médecins et d'autres professionnels de la santé que pour la nourriture à l'hôpital, l'entretien ménager et d'autres aspects des soins. À Montréal par exemple, des patients en cardiologie étaient en général satisfaits des soins hospitaliers mais ils ne donnaient pas une aussi bonne note à l'information reçue au moment de leur départ de l'hôpital⁷. Cette situation ne s'observe pas qu'au Canada. Dans une étude réalisée en Australie, des patients atteints du cancer satisfaits de la possibilité de discuter de leurs

La satisfaction change à l'égard des soins hospitaliers en Ontario

61

Dans les trois dernières années, les hôpitaux de soins de courte durée en Ontario ont recueilli des niveaux de satisfaction en hausse de la part des patients hospitalisés pour la nuit. Par exemple, la note de l'indicateur « qualité du processus » — qui reflète tant la qualité du service que la prestation des services — a augmenté chaque année. Les tendances ont varié quelque peu d'un hôpital à l'autre, certains ayant récolté de meilleures notes, d'autres, des moins bonnes. Ce graphique présente comment les patients ont évalué divers aspects des soins hospitaliers entre 1999 et 2002.



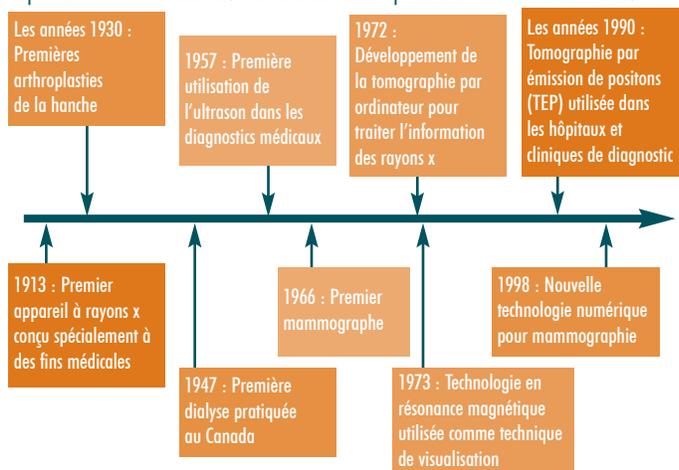
Données

Source: Institut canadien d'information sur la santé. (2002). *Hospital Report 2002: Acute Care*. Ottawa: ICIS.

La technologie suit son cours

62

Au cours du dernier siècle, un large éventail de nouvelles technologies médicales ont fondamentalement changé la nature des diagnostics et des soins cliniques pour un grand nombre de problèmes de santé. Voici des exemples de ces innovations.



Source : Compilé par l'ICIS.

besoins avec leur médecin ainsi que des compétences techniques des médecins, avaient tendance à être moins satisfaits de ce qu'on leur disait sur les soins de suivi⁸. De même, dans le cadre d'une étude américaine, des patients en dialyse satisfaits des soins reçus étaient néanmoins inquiets du manque d'information au sujet des soins de suivi⁹.

Les soins haute technologie — À l'hôpital et ailleurs

Les nouvelles technologies, y compris les médicaments, modifient constamment la prestation des soins de santé. Même si les innovations d'avant-garde — comme la première chirurgie à distance — retiennent davantage l'attention, le développement et les améliorations des technologies de base peuvent être aussi importants. Par exemple, les fauteuils roulants, les marchettes et les sièges de toilette surélevés peuvent accroître l'autonomie des personnes handicapées¹³.

À cause des avantages, des coûts et des risques associés aux nouvelles technologies, on a demandé qu'elles soient évaluées avant d'être utilisées à grande échelle¹⁴. De telles évaluations dépendent d'un vaste ensemble de recherches internationales. Par exemple, les médicaments antirétroviraux sont devenus la norme reconnue dans le traitement des patients atteints d'infections par VIH, en partie grâce aux études ayant prouvé la réduction des risques de transmission du VIH d'une mère à son enfant¹⁵, l'amélioration de la survie des patients¹⁶ et la baisse des hospitalisations liées aux infections par VIH¹⁷.

Divers groupes d'évaluation technologique examinent les dernières données dans le cadre de leurs évaluations des nouvelles technologies et de celles qui existent déjà. Par exemple, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) a récemment revu l'utilisation de la mammographie par radiographie numérisée par rapport à la mammographie conventionnelle par film radiographique¹⁸. Les chercheurs ont conclu que les capacités de détection du cancer des deux technologies sont comparables mais que la méthode numérisée est plus onéreuse.

Certaines technologies en ligne sont déjà largement utilisées. Selon Statistique Canada, plus de 5,8 millions de ménages canadiens comptaient au moins un membre qui avait souvent recours à l'Internet à partir de la maison en 2001. Et les médecins d'aujourd'hui y accèdent également. D'après un questionnaire de l'Association médicale canadienne¹⁹, de nombreux médecins ont rapporté se servir de l'Internet pour faire des recherches sur Medline (44 %) et pour accéder à des sites Web axés sur les patients (27 %) en 2001. Certains cabinets de médecins (17 %) ont également un site Web. Et dans bien des cas, des patients montrent à leur médecin des renseignements médicaux trouvés sur l'Internet.

Mise au point sur la visualisation diagnostique

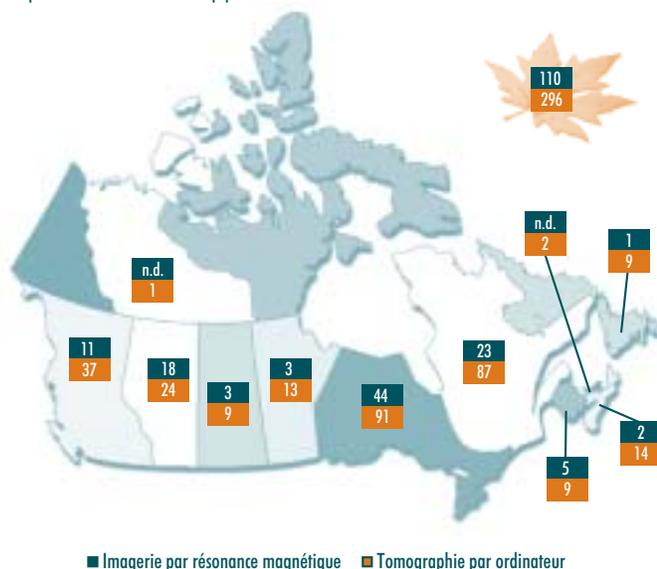
Les technologies de visualisation diagnostique — des anciens outils (comme la radiographie de base) aux plus nouveaux, comme la mammographie numérisée — permettent aux médecins de voir l'intérieur du corps. Plusieurs des plus récentes prennent appui sur des technologies anciennes ou les intègrent. Par exemple, la **tomodensitométrie**, qu'on appelle aussi tomographie axiale commandée par ordinateur ou TACO, révèle les structures des tissus mous non montrées par les radiographies conventionnelles. Elle peut aussi servir à surveiller la circulation d'un colorant pour évaluer la fonction d'un système donné²⁰. Les appareils d'**imagerie par résonance magnétique** (IRM) font appel à un vaste champ magnétique plutôt qu'à la radiation pour produire une image basée sur l'énergie des cellules vivantes²¹. Ils sont souvent utilisés pour des régions corporelles formées de tissu mou, ainsi que pour le cerveau et la moelle épinière. Finalement, la **tomographie par émission de positons** (TEP) sert à montrer le fonctionnement d'un organe ou d'un système donné, contrairement aux autres techniques d'imagerie médicale qui visent les structures. Elle produit des images à code couleur de l'activité métabolique au moyen de la radiation à faible dose²².

La technologie de visualisation diagnostique sert aussi à transformer d'autres types de soins. Par exemple, la chirurgie au scalpel gamma — ou radiochirurgie stéréotaxique — utilise les tomodensitomètres d'IRM et de TACO ainsi qu'un cadre spécial autour de la tête pour aider les chirurgiens à opérer sur le cerveau de façon plus précise²³. On y a eu recours pour opérer des gens souffrant de maladies comme l'épilepsie ou d'une tumeur au cerveau. Un centre régional d'excellence a été récemment mis sur pied à Winnipeg au Manitoba pour continuer à évaluer cette technologie.

La visualisation diagnostique au Canada

63

L'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé a compté 110 appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et 296 tomodensitomètres dans les hôpitaux ou les autorités sanitaires au Canada au 15 juillet 2001. Cette carte indique l'endroit où ils se trouvent, de même que le nombre d'appareils d'IRM et de tomodensitomètres.



Source : Compilé par l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.

Vous voulez en savoir plus?

L'ICIS prépare actuellement un rapport sur la technologie de l'imagerie médicale. Il sera publié à l'été 2003.

Attendre pour se faire soigner

Les temps d'attente continuent de préoccuper les Canadiens. Par exemple, les répondants à un sondage Ipsos-Reid en novembre 2002 ont dit que la priorité dans les dépenses de santé devrait être accordée à la réduction des temps d'attente pour des services diagnostiques comme les examens IRM et les tomodensitogrammes²⁴.

On commence à disposer de données comparables sur qui attend quoi et pendant combien de temps. Cette information nous donne un aperçu des facteurs qui affectent les temps d'attente. En voici certains :

- **Quel type de soins vous avez besoin.** En Colombie-Britannique par exemple, les temps d'attente allaient de sept jours pour la radiothérapie à un peu plus de trois mois et demi pour les greffes de cornée entre octobre 2002 et janvier 2003²⁵.
- **Vous êtes sur la liste de qui et où vous attendez.** En général, il n'existe pas de liste d'attente nationale ou même provinciale. Les listes d'attente sont normalement gérées par les régions, les hôpitaux ou les médecins. Lorsque des données comparables sont recueillies, elles révèlent souvent des écarts dans les périodes d'attente. Ainsi, en Colombie-Britannique, le temps d'attente médian pour que certains chirurgiens pratiquent une arthroplastie de la hanche était de moins de trois semaines en décembre 2002. Pour d'autres chirurgiens, l'attente était de plus d'un an²⁶.
- **À quel point les soins sont urgents.** Par exemple, le projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada (Western Canada Wait List ou WCWL) a mis au point une série d'outils d'établissement des priorités pour saisir l'information sur tous les patients en attente de soins. Les questions reflètent des critères cliniques, personnels et sociaux. Cette information peut ensuite servir à fixer les priorités pour les chirurgies de la cataracte, les services de santé mentale pour les enfants, les chirurgies générales et les arthroplasties de la hanche et du genou. En Ontario, les temps d'attente pour une chirurgie à cœur ouvert sont déjà enregistrés en fonction du degré d'urgence. Entre 1999 et 2002, ils étaient en moyenne de trois jours pour les cas urgents, d'environ neuf jours pour les cas semi-urgents et de 36 jours pour les cas non urgents²⁷.
- **Comment l'attente est mesurée.** Les différences dans les calculs influencent la capacité à comparer et à déterminer des temps d'attente acceptables.
- **Quand vous attendez.** Par exemple, les temps d'attente dans une salle d'urgence varient souvent en fonction de l'heure, du jour et de la saison.
- **Facteurs spéciaux associés aux patients ou aux problèmes individuels.** Par exemple, il peut être nécessaire de stabiliser les patients en phase critique avant de les opérer. Par ailleurs, dans le cas des chirurgies non urgentes, les patients voudront peut-être fixer un rendez-vous en tenant compte du travail ou des activités familiales. Divers autres facteurs peuvent aussi entrer en jeu pour certains types de soins. Ainsi, les temps d'attente pour une transplantation dépendent largement de la disponibilité d'un organe approprié.

À l'opposé, une étude récente indique que la situation socio-économique n'est pas associée aux temps d'attente pour une chirurgie non urgente²⁸. Les chercheurs ont examiné les temps d'attente pour 22 interventions courantes entre 1992 et 1999. Selon eux, la plupart des patients qui vivaient dans des régions socio-économiques défavorisées n'ont en général pas eu à attendre plus longtemps que ceux qui vivaient dans des milieux nantis. Les prostatectomies étaient l'exception à la règle : les patients dans les régions socio-économiques plus riches ont attendu quatre jours de moins en moyenne.

Dans l'ensemble, un patient sur cinq de 15 ans ou plus ayant reçu des services spécialisés en 2001 a dit que l'attente pour des soins avait eu des répercussions négatives sur sa vie. Les effets les plus souvent cités étaient la douleur (37 %), la

détérioration de la santé (31 %), la difficulté à accomplir des tâches de tous les jours (24 %), l'inquiétude, l'anxiété, le stress (59 %) et la perte de travail (4 %) ou de revenu (8 %)²⁹.

Des chercheurs ont aussi étudié les résultats pour des types précis de soins. Par exemple, dans le cadre d'une étude récente en Ontario, on a suivi l'évolution des temps d'attente et des résultats pour 8 000 patients qui attendaient pour un cathétérisme cardiaque entre 1998 et 2000³⁰. Les chercheurs ont noté que seulement 37 % des patients avaient subi l'intervention dans le délai demandé par le médecin traitant. Dans l'ensemble, 1,4 % des patients ont eu un problème cardiaque grave pendant la période d'attente. De même, à l'heure où la demande pour des transplantations l'emporte sur les dons d'organes, les listes d'attente pour de telles interventions s'allongent. En 2001, 195 Canadiens sont morts en attendant la transplantation d'au moins un organe. La plupart des adultes étaient en attente d'un rein (71), d'un foie (56) ou d'un cœur (28).

La mesure des temps d'attente : une comparaison des méthodes

Il est bien difficile de gérer ce qui ne peut être mesuré, et la mesure des temps d'attente est complexe.

Une chercheuse du Manitoba a récemment passé en revue plusieurs méthodes couramment utilisées. Voici certaines de ses constatations³¹ :

- **Les sondages.** Les sondages ad hoc ou réguliers fournissent de l'information sur les perceptions des gens en ce qui a trait aux temps d'attente et sur leur satisfaction à l'égard du système. La difficulté consiste à obtenir un taux de réponse élevé et à formuler des questions pour saisir des données comparables. D'autres facteurs peuvent influencer les réponses d'une personne, comme le confort à répondre aux questions et la capacité de se remémorer fidèlement des expériences passées.
- **Les analyses de données administratives.** Les données systématiquement recueillies par les médecins, les régions sanitaires, les hôpitaux, ou autres, pourraient servir à déterminer le temps entre deux faits (comme la dernière visite pré-opératoire d'un patient à un chirurgien et la chirurgie). Il peut être difficile de mettre de tels systèmes en place et de définir des méthodes pour saisir avec exactitude des temps d'attente comparables à partir des systèmes de données existants.

L'attente pour des soins de réadaptation

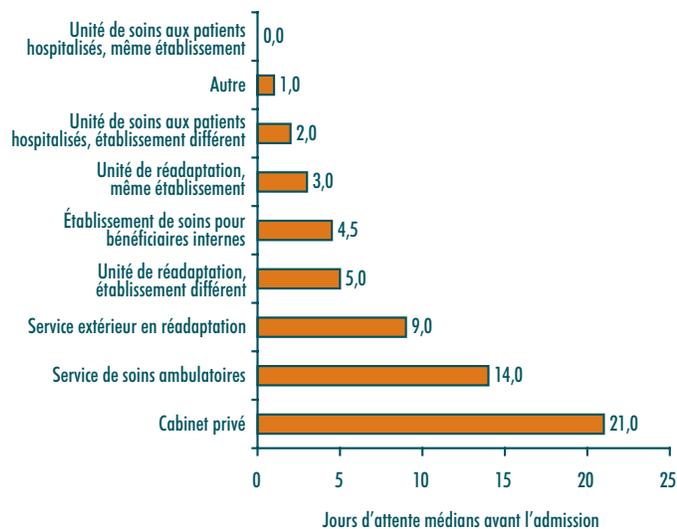
Les gens ont parfois besoin de soins spécialisés pour se remettre d'une maladie ou d'un accident. Par exemple, si vous avez été victime d'un accident vasculaire cérébral ou avez subi une arthroplastie de la hanche, vous devrez peut-être réapprendre à marcher ou retrouver votre force et votre équilibre.

Entre juillet 2000 et décembre 2002, le nouveau Système national d'information sur la réadaptation de l'ICIS a reçu des données provenant de 70 établissements de réadaptation répartis dans six provinces. Les données révèlent que plus du tiers (environ 4 500 ou 37 %) des patients ont été admis le jour même où on les a jugés admissibles au programme. Un plus grand nombre (environ la moitié ou plus de 6 200 personnes) ont attendu entre un et 10 jours. À l'autre extrémité, moins de 4 % ont attendu 30 jours ou plus. De plus, les données indiquent que le nombre de jours d'attente pour l'admission varie en fonction de la source de la recommandation.

La différence qu'une recommandation peut faire

64

Les clients peuvent accéder aux programmes de réadaptation à l'intention des patients hospitalisés de bien des façons. Entre 2000 et 2002, la moitié des patients soignés par les 70 programmes participant au Système national d'information sur la réadaptation ont attendu entre un et 10 jours avant d'être admis une fois qu'ils ont été jugés admissibles au programme. Les autres ont attendu plus longtemps. Les temps d'attente médians variaient en fonction de la source de la recommandation, comme le montre ce graphique.



Données Source : Système national d'information sur la réadaptation, ICIS.

Démêler les faits : Les temps d'attente

65

On a très peu de données comparables sur qui attend quoi et pendant combien de temps. Il en va de même pour les facteurs qui affectent les temps d'attente. Néanmoins, bon nombre d'initiatives sont en cours pour recueillir des données à ce sujet. Les résultats des études semblent parfois contradictoires, en partie à cause des différences dans les méthodes et les sources des données. Ce tableau décrit quelques-unes des principales différences entre des études récentes et des rapports des registres sur les temps d'attente au Canada. Bien que la plupart des études fondées sur des données administratives incluent tous les patients ayant reçu des soins, la couverture pour les sondages des médecins variait.

Étude	Source des données/couverture	Conclusion générale	Temps mesuré	Période	
Données administratives	Registre des listes d'attente en chirurgie en C.-B. : tendances provinciales.	Expérience des patients déclarée par les hôpitaux.	Temps d'attente ont fluctué au cours des dernières années.	De la réservation de la chirurgie à la chirurgie.	De 1995 à juin 2002.
	Indicateurs de rendement du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta.	Expérience des patients déclarée par les régions socio-sanitaires (remplacements articulaires) et le conseil du cancer de l'Alberta (soins aux personnes atteintes de cancer).	Temps d'attente varient entre les régions, certains sont inférieurs ou supérieurs aux objectifs provinciaux.	De la prescription au premier traitement de radiation et de chimiothérapie; de la décision ou de la réservation de la chirurgie à la chirurgie de remplacement articulaire.	Rapports trimestriels 2001-2002.
	Rapport de gestion sur les listes d'attente en chirurgie au ministère de la Santé de la Saskatchewan.	Saskatoon : données des listes d'attente gérées par l'administration du district de santé. Regina : chirurgiens gèrent les listes d'attente et fournissent l'information au district de santé.	Différences marquées entre les chirurgiens de Regina et de Saskatoon pour la même intervention; toutefois, il faut faire preuve de prudence dans la comparaison des résultats.	De la réservation de la chirurgie à la chirurgie.	De janvier à septembre 2001.
	Réseau de soins cardiaques de l'Ontario.	Expérience des patients déclarée par les hôpitaux.	Différences régionales mais dans toutes les régions, les patients ayant besoin de soins urgents/très urgents attendent beaucoup moins longtemps que ceux dont les besoins ne sont pas urgents.	De la réservation de la chirurgie à la chirurgie.	De novembre 2001 à aujourd'hui.
	Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.	Temps d'attente rétrospectifs approximatifs des réclamations administratives des médecins pour 16 interventions.	D'après le gouvernement de la province, on n'a pas relevé d'augmentation marquée dans les temps d'attente pour les interventions choisies. Par exemple, les temps d'attente pour une chirurgie liée au cancer susceptible de sauver la vie sont demeurés stables pendant la période à l'étude.	De la date de la visite précédente chez le médecin à l'intervention.	De 1992 à 1999.
Sondage des patients	Sondage sur l'accès aux services de santé (National).	Temps d'attente déclaré par les patients pour des services spécialisés, dont visites chez spécialiste, tests diagnostiques et chirurgies non urgentes (cœur, cancer, remplacement articulaire, cataracte et autres chirurgies non urgentes).	Plus de 53 % des patients en attente d'une chirurgie cardiaque ou liée au cancer ont reçu des services dans les 30 jours par rapport à environ 20 % de ceux attendant une chirurgie de remplacement articulaire ou de la cataracte.	De la réservation de la chirurgie à la chirurgie.	De novembre à décembre 2001, sondage basé sur les temps d'attente déclarés pour des services reçus dans les 12 mois précédents.
	Sondage des médecins	Institut Fraser (National).	Sondage sur l'opinion des médecins dans 12 spécialités et 10 provinces.	Temps d'attente réels étaient souvent beaucoup plus longs que ce que les répondants jugeaient raisonnables en 2001-2002 dans la plupart des régions.	Médiane des réponses des médecins depuis 1995.

Source : Compilé par l'ICIS.

Saviez vous que...

Des récents rapports provinciaux et fédéraux ont avancé plusieurs recommandations en vue d'améliorer l'accès à des soins de qualité. Par exemple, la Commission Romanow a recommandé de mieux gérer les listes d'attente en les centralisant, en normalisant les critères et en fournissant l'information aux patients sur les temps d'attente prévus pour certaines interventions. La Commission Kirby a appuyé le modèle de la « garantie de soins de santé » (aussi proposé dans le rapport Mazankowski en Alberta). En vertu de cette approche, les patients qui attendent plus longtemps qu'un délai déterminé à l'avance pourraient tenter d'obtenir des soins dans un autre établissement ou un autre secteur de compétence et les frais seraient couverts par les régimes publics d'assurance-maladie.

- **Les systèmes de rendez-vous des hôpitaux.** Ceux-ci enregistrent le nombre de patients en attente d'une intervention chirurgicale. Pour être utiles au calcul des temps d'attente, les systèmes de rendez-vous doivent être mis à jour régulièrement pour s'assurer que ceux qui y figurent attendent toujours d'être opérés et que les patients inscrits sur plus d'une liste ne soient comptés qu'une seule fois.
- **Les registres.** Ce sont en général des systèmes provinciaux ou propres à une maladie ou une intervention. Ils combinent souvent de l'information tirée des données administratives, des systèmes de rendez-vous des hôpitaux et d'autres sources.

Naviguer pour obtenir des temps d'attente

66

Dans plusieurs régions au pays, l'information provinciale sur les temps d'attente en chirurgie devient accessible au public. Par exemple, les patients en Ontario, en Colombie-Britannique et en Saskatchewan peuvent maintenant obtenir des détails sur les temps d'attente pour diverses interventions sur un site Web. L'Alberta développe actuellement un registre similaire. Dans certains cas, les résidents d'autres régions du Canada peuvent accéder à des renseignements semblables pour leur région sanitaire ou leur hôpital local, et ce pour des types de soins précis.

Province	Organisme ou registre/site Web	Interventions	Niveau des données
C.-B.	B.C. Surgical Wait List www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/provdata.html.	Traitement du cancer, greffes de cornée, transplantations d'organes	Province
	British Columbia Transplant Society www.transplant.bc.ca.	Chirurgie cardiaque; endartériectomie de la carotide; chirurgie de la cataracte; chirurgie dentaire; chirurgie en oto-rhino-laryngologie; chirurgie de l'œil; chirurgie générale; chirurgie en gynécologie; arthroplasties de la hanche et du genou; neurochirurgie; chirurgie orthopédique; chirurgie plastique; urologie; et chirurgie vasculaire	Province/hôpital/médecin
Alb.	Alberta Wait List Registry (à compter du printemps 2003)	Diverses chirurgies et techniques diagnostiques	Hôpitaux dans les milieux urbains et ruraux
Sask.	Saskatchewan Surgical Care Network www.sasksurgery.ca.	Chirurgie cardiovasculaire; chirurgie dentaire; chirurgie générale; neurochirurgie; urologie; chirurgie en obstétrique et gynécologie; chirurgie de l'œil; chirurgie orthopédique; chirurgie en oto-rhino-laryngologie; et chirurgie plastique	Province/région régionale de la santé
Ont.	Réseau de soins cardiaques de l'Ontario www.ccn.on.ca/access/waittimes.html.	Cathétérisme cardiaque, angioplastie, chirurgie cardiaque	Province/région géographique/hôpital

Source : Compilé par l'ICIS.

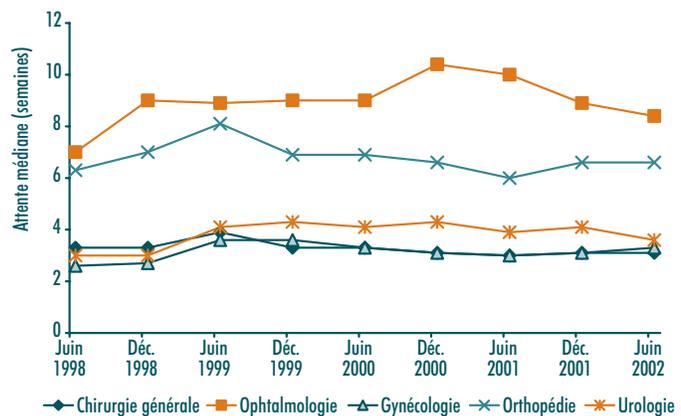
Vers de meilleures comparaisons

La comparaison des données sur les temps d'attente au pays n'est pas une mince tâche, mais le Canada a pris des mesures récemment pour qu'elles soient plus cohérentes. En septembre 2000, le premier ministre du Canada et les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont convenu de faire rapport aux Canadiens d'ici 2002 sur les temps d'attente en tant que mesure de la qualité des services. Quatre types de soins étaient visés : chirurgie cardiaque, arthroplasties de la hanche et du genou et radiothérapie. En 2002, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en étaient arrivés à des définitions communes. L'établissement de rapports a commencé, même si les données sur les temps d'attente ne sont pas pleinement comparables partout au pays.

Les temps d'attente en chirurgie en Colombie-Britannique

67

La Colombie-Britannique tient un registre informatisé des volumes et des temps d'attente en chirurgie déclarés par les hôpitaux. Cette base de données couvre 95 % de toutes les chirurgies réservées par les médecins traitants dans la province. Les temps d'attente sont calculés à partir de la date de la réservation de la chirurgie à la date de l'intervention pour toutes les chirurgies pratiquées dans les trois mois précédant la date de déclaration des données. Ce graphique illustre le nombre médian de semaines d'attente pour les cinq catégories d'interventions les plus courantes. La chirurgie générale et la chirurgie gynécologique obtiennent les temps d'attente médians les plus courts.



Données

Source : BC Surgical Wait List Registry (2002). Provincial Trends. www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/provdata.html.

En attente d'une chirurgie cardiaque

68

Les premiers ministres provinciaux et territoriaux et le premier ministre du Canada ont convenu de surveiller les temps d'attente dans leur secteur de compétence respectif et d'en faire rapport d'ici septembre 2002. Dans le cadre de ce processus, les gouvernements se sont entendus sur une mesure standard du temps d'attente entre un cathétérisme cardiaque et un pontage aortocoronarien chez les adultes (20 ans et plus). Certains secteurs de compétence peuvent déjà rapporter les résultats en fonction de cette norme; d'autres y travaillent. Par exemple, on voudrait bien rapporter les cas selon le degré d'urgence mais tous ne peuvent pas le faire à l'heure actuelle. Ce tableau résume les données sur les temps d'attente médians présentées dans les rapports provinciaux en septembre 2002. Le temps d'attente médian est le point où la moitié des patients attendait plus longtemps et la moitié des patients attendait moins longtemps. En raison des différences dans les critères d'inclusion et d'exclusion, on doit faire preuve de prudence dans la comparaison des temps d'attente médians.

Province	Période	Cas inclus	Attente médiane (jours)
C.-B.	Exercice 2001-2002	<ul style="list-style-type: none"> Cas très urgents et non urgents Exclut les chirurgies rendues compliquées à cause d'autres interventions Seuls les résidents de la C.-B. soignés dans la province Exclut les chirurgies retardées pour des raisons médicales ou autres 	avril-juin : 18 juillet-septembre : 33 octobre-décembre : 15 janvier-mars : 25
Alb.	Exercice 2001-2002	<ul style="list-style-type: none"> Cas très urgents et urgents chez les patients hospitalisés, cas urgents chez les patients externes et cas planifiés chez les patients externes 	Données présentées en fonction du degré d'urgence. Urgent : 0-1 Patient hospitalisé, urgent : 7-13 Patient externe, urgent : 93-153 Patient externe, planifié : 84-150
Sask.	Exercice 2000-2001	<ul style="list-style-type: none"> Cas très urgents et non urgents Exclut les chirurgies rendues compliquées à cause d'autres interventions Exclut les cas sans un cathétérisme cardiaque antérieur Inclut les chirurgies retardées pour des raisons médicales ou autres 	avril-juin : 10 juillet-septembre : 10 octobre-décembre : 10 janvier-mars : 11
Man.*	Exercice 2001-2002	<ul style="list-style-type: none"> Cas très urgents et non urgents Inclut les patients dont la chirurgie a été retardée par choix ou pour d'autres raisons Exclut les chirurgies rendues compliquées à cause d'autres interventions Seuls les patients opérés à Winnipeg 	avril-juin : 12 juillet-septembre : 12 octobre-décembre : 9 janvier-mars : 14
Ont.	Avril 2001 à juin 2002	<ul style="list-style-type: none"> Cas très urgents et non urgents Exclut les Ontariens soignés à l'extérieur de la province 	23
N.-B.	Exercice 2000-2001	<ul style="list-style-type: none"> Exclut les chirurgies rendues compliquées à cause d'autres interventions Seuls les résidents du N.-B. soignés dans la province Exclut les cathétérismes et les pontages effectués le même jour 	avril-juin : 7 juillet-septembre : 10 octobre-décembre : 6 janvier-mars : 5
N.-É.	Exercice 2001-2002	<ul style="list-style-type: none"> Exclut les cas très urgents et urgents Seuls les résidents de la N.-É. soignés dans la province Exclut les chirurgies rendues compliquées à cause d'autres interventions Inclut les cas retardés/reportés en raison d'un essai en gestion médicale 	Environ 35-75
T.-N.-L.	Exercice 2001-2002	<ul style="list-style-type: none"> Cas urgents et très urgents Exclut les chirurgies rendues compliquées à cause d'autres interventions 	9,5-18

Remarques : Les données des territoires, du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas disponibles.

* La définition du Manitoba n'est pas la même que celle des autres provinces. Les temps d'attente sont mesurés à partir du moment où un chirurgien, avec le consentement du patient, décide que le patient doit être opéré jusqu'au moment de la chirurgie.

Sources : How Healthy Are We? British Columbia's Report on Nationally Comparable Performance Indicators. www.healthplanning.gov.bc.ca.

Alberta's Report on Comparable Health Indicators. www.health.gov.ab.ca.

Saskatchewan Comparable Health Indicators Report. www.health.gov.sk.ca.

Manitoba's Health Indicators Report. www.gov.mb.ca/health/pirc/.

Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario. www.gov.on.ca/health/french/publ/ministry/pirc/pirc_mnf.html.

Indicateurs de rendement du système de SANTÉ : Un rapport comparatif destiné à la population néo-brunswickoise sur les indicateurs de la santé et du système de santé. www.gnb.ca/.

Reporting to Nova Scotians on Comparable Health and Health System Indicators. www.gov.ns.ca/health/pirc/.

HealthScope: Reporting to Newfoundlanders and Labradorians on Comparable Health and Health System Indicators. www.gov.nf.ca/health/.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Les soins hospitaliers changent au Canada. Les patients sont moins nombreux à passer la nuit à l'hôpital mais plus nombreux à subir des interventions chirurgicales en clinique externe.
- Les personnes âgées sont moins susceptibles qu'il y a 20 ans de vivre dans un établissement de soins de santé.
- On dispose de quelques renseignements sur les temps d'attente pour divers types de soins un peu partout au pays.
- Dans l'ensemble, la plupart des Canadiens sont satisfaits de leur plus récent séjour à l'hôpital mais la satisfaction des patients varie selon les aspects des soins.
- Où certaines technologies de visualisation diagnostique sont utilisées au pays.

Ce que nous ignorons

- Pourquoi les taux relatifs à différents types d'interventions dans les hôpitaux ne sont-ils pas les mêmes d'un bout à l'autre du pays? Quels sont les effets des variations sur les coûts des soins de santé et d'autres facteurs?
- Quels sont les effets des taux en hausse de chirurgie d'un jour sur les services à l'extérieur des hôpitaux, dont les soins à domicile et les soins auto-administrés? Dans quelle mesure est-ce que les différences dans la prestation des services que les hôpitaux mettent en œuvre répondent aux besoins des collectivités?
- Quels facteurs expliquent la satisfaction des patients? Comment les hôpitaux utilisent-ils les résultats des sondages sur la satisfaction des patients pour changer comment ils soignent leurs clients? Quelles sont les meilleures stratégies?
- Comment les temps d'attente se comparent-ils au pays? Quels pourcentages des temps d'attente entrent dans le cadre des lignes directrices recommandées pour divers traitements? Quelles sont les répercussions émotionnelles et physiques de l'attente pour divers types de soins?
- Combien de Canadiens ont eu recours à diverses technologies de visualisation diagnostique dans la dernière année? Quelles en ont été les répercussions sur le déroulement de leur traitement, leur satisfaction et d'autres résultats? Quelle proportion de ces examens ont-ils été faits dans des hôpitaux par rapport à des établissements de santé autonomes? Les régimes publics d'assurance-maladie en ont payé combien?

Ce qui se passe

- Le projet sur les listes d'attente en Ontario prépare un rapport sur l'utilisation à l'essai de trois outils d'établissement des priorités élaborés par le projet sur les listes d'attente de l'Ouest canadien : IRM, extraction de la cataracte et chirurgie générale.
- En septembre 2002, les provinces et les territoires ont commencé à faire rapport sur les temps d'attente au moyen de définitions communes élaborées par le Comité fédéral-provincial-territorial sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats (CÉRIR).
- En 2001, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a entrepris un projet triennal visant à évaluer les répercussions des nouvelles technologies dans le domaine de la santé. Elle mène aussi un projet distinct de deux ans pour explorer et comparer les mesures que les membres de l'OCDE prennent pour régler le problème des temps d'attente trop longs et pour déterminer les causes des écarts dans les temps d'attente.

Pour en savoir davantage

- ¹ Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba. (2003). *Long-Stay Patients: Who is More Likely to Go Home?* Manitoba : CEPSS.
- ² Statistique Canada. (2001). *Recensement de la population de 2001*. Ottawa : Statistique Canada.
- ³ Bravo G, Dubois M, De Wals P, Hébert R, Messier L. (2002). Relationship between regulatory status, quality of care, and three-year mortality in Canadian residential care facilities: A longitudinal study. *Health Services Research*, 37(5), 1181-1196.
- ⁴ Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Glazier R, Wilkins A, Badley EM. (2001). Determining the need for hip and knee arthroplasty: The role of clinical severity and patients' preferences. *Medical Care*, 39(3), 203-205.
- ⁵ Fonds du Commonwealth. (2002). *Canadian Adults' Health Care System Views and Experiences, 2001*. New York : Fonds du Commonwealth.
- ⁶ Statistique Canada. (2002). *L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Ottawa : Statistique Canada.
- ⁷ Burney M, Purden M, McVey L. (2002). Patient satisfaction and nurses' perceptions of quality in an inpatient cardiology population. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), 56-67.
- ⁸ Wiggers JH, Donovan KO, Redman S, Sanson-Fisher RW. (1990). Cancer patient satisfaction with care. *Cancer*, 66(3), 610-116.
- ⁹ Alexander GC, Sehgal AR. (1998). Dialysis patient ratings of the quality of medical care. *American Journal of Kidney Diseases*, 32(2), 284-289.
- ¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec. (2002). *Bulletins de santé des hôpitaux du Québec*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/reseau/bulletins.htm>.
- ¹¹ Institut canadien d'information sur la santé, gouvernement de l'Ontario, Association des hôpitaux de l'Ontario et University of Toronto. (2002). *Hospital Report 2002: Acute Care*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- ¹² Northcott HC. (2001). *The 2001 Survey About Health and the Health System in Alberta*. Edmonton : Population Research Laboratory, University of Alberta.
- ¹³ Hoening H, Taylor DH, Sloan FA. (2003). Does assistive technology substitute for personal assistance among the disabled elderly? *American Journal of Public Health*, 93(2), 330-337.
- ¹⁴ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- ¹⁵ Brocklehurst P, Volumnk J. (2003). Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1.
- ¹⁶ Wood E, Montaner JS, Chan K, Tyndall MW, Schechter MT, Bangsberg D, O'Shaughnessy MV, Hogg RS. (2002). Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996. *AIDS*, 16(15), 2065-2072.
- ¹⁷ Mouton Y, Alfandari S, Valette M, Cartier F, Dellamonica P, Humbert G, Lang JM, Massip P, Mechali D, Leclercq P, Modai J, Portier H. (1997). Impact of protease inhibitors on AIDS-defining events and hospitalizations in 10 French AIDS reference centres. *Fédération nationale des centres de lutte contre le SIDA. AIDS*, 11(12), 101-105.
- ¹⁸ Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. (2002). *Film Screen Mammography Should Remain the Standard for Detecting Breast Cancer, CCOHTA Report Concludes*. Ottawa : OCCETS.
- ¹⁹ Martin S. (2002). More hours, more tired, more to do: Results from the CMA's 2002 Physician Resource Questionnaire. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167, 521-522.
- ²⁰ Department of Medical Oncology. (1997). *On-line Medical Dictionary: CT*. cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?query=ct.
- ²¹ Department of Medical Oncology. (1997). *On-line Medical Dictionary: MRI*. cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?query=mri.
- ²² Société canadienne du cancer. (2001). *Glossary: PET Scan*. [info.cancer.ca/e/glossary/P/Positron_Emission_Tomography_\(PET_Scan\).htm](http://info.cancer.ca/e/glossary/P/Positron_Emission_Tomography_(PET_Scan).htm).
- ²³ International Radiosurgery Support Association. *Gamma Knife Surgery*. www.irsra.org/gamma_knife.html.
- ²⁴ Mickleburgh, R. (2002, November 25). *Faster Care Tops Wish List in Health Poll*. Communiqué. www.globeandmail.com.
- ²⁵ Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2003). *Surgical Wait Times*. Ministry of Health Services. www.hlth.gov.bc.ca/waitlist.html.
- ²⁶ Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2003). *Surgical Wait Times: Hips Replacement Surgery at Cranbrook*. Ministry of Health Services. www.hlth.gov.bc.ca.swl/db/slw.
- ²⁷ Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. (2002). *Patient Access to Care*. www.ccn.on.ca.
- ²⁸ Shortt SED, Shaw RA. (2003). Equity in Canadian health care: Does socioeconomic status affect waiting times for elective surgery? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 168(4), 413-416.
- ²⁹ Statistique Canada. (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa : Statistique Canada.
- ³⁰ Natarajan MK, Mehta SR, Holder DH, Goodhart DR, Gafni A, Shilton D, Afzal R, Teo K, Yusuf S. (2002). The risks of waiting for cardiac catheterization: A prospective study. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167(11), 1233-1240.
- ³¹ DeCoster C. (2002). Measuring and managing waiting times: What's to be done? *Gestion des soins de santé*, 15(2), 6-10.

Apprendre, comprendre et agir pour notre santé

Vous n'avez qu'à lire un journal, écouter la radio ou les nouvelles à la télévision pour prendre connaissance de nouveaux renseignements — parfois contradictoires — sur la santé et comment soigner la maladie. Les contradictions s'expliquent par la complexité des problèmes cliniques et les difficultés à les résoudre. La science évolue à mesure que les découvertes nous obligent à réévaluer les connaissances acquises. Pour les professionnels de la santé, les décisionnaires et le public, le plus difficile est d'établir comment appliquer les nouvelles connaissances aux circonstances individuelles ou aux décisions de principe plus générales.

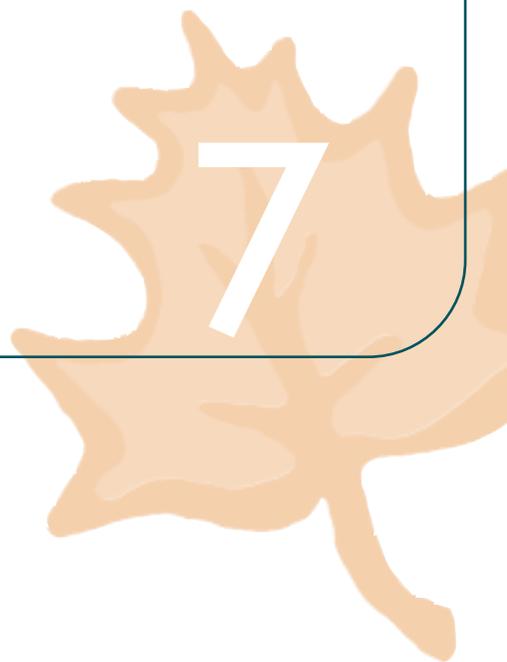
En 2001 seulement, la Bibliothèque nationale de médecine des États-Unis a recensé 516 000 nouveaux articles de journaux et rapports de recherche dans le monde entier¹. Ce chiffre ne tient pas compte de la plupart des rapports produits par les gouvernements, les organismes de santé et les agences comme l'ICIS. Au Canada et ailleurs, divers groupes ont été formés pour nous aider à passer en revue cette montagne de renseignements. Grâce à la collaboration mondiale Cochrane par exemple, des experts de la santé et d'autres spécialistes résument les résultats des nouvelles études et des anciennes sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. De même, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) évalue les preuves sur ce qui devrait faire partie ou non des examens de santé réguliers.

La plupart d'entre nous connaissons des exemples de changements dans les attitudes et les soins entraînés par des nouvelles connaissances. Il n'y a pas si longtemps, les médecins saignaient les patients fiévreux ou souffrant d'autres maladies. De nos jours, ces affections sont traitées différemment. Les avantages d'une bonne hygiène ont déjà fait l'objet de discussions mais l'importance du lavage des mains, de la salubrité de l'eau et de l'environnement stérile dans les salles d'opération est maintenant bien ancrée dans les mœurs. Dans la partie C du présent rapport, nous nous penchons sur certains débats passés et actuels et étudions dans quelle mesure les recommandations pour prévenir la maladie sont suivies. Nous examinons aussi comment les patients se tirent d'affaire quand ils sont malades.

Les services de santé peuvent jouer un rôle important dans les comportements liés à la santé et les résultats, mais des facteurs plus généraux entrent aussi en jeu. Par exemple, les personnes à revenu élevé sont plus susceptibles de se soumettre au dépistage de maladies au moyen de tests comme le test de Pap et la mammographie. Elles ont aussi de meilleures chances de survivre à une crise cardiaque ou à un accident vasculaire cérébral. La recherche fait aussi ressortir d'autres facteurs — du développement de la petite enfance en passant par le soutien social — qui sont souvent associés à une meilleure santé².

**Débattre les « si » et les
« peut-être » dans la santé —
Le passé et le présent**

7



Débattre les « si » et les « peut-être » dans la santé — Le passé et le présent



Les modes de pensée résistent souvent au changement. Cette observation est aussi valable dans les soins de santé que dans d'autres domaines. Par exemple, les mesures d'hygiène de base ont trouvé un accueil défavorable lorsqu'on les a proposées pour la première fois. Dans les années 1840, Ignaz Phillip Semmelweis s'est demandé pourquoi plus de femmes enceintes suivies par des étudiants en médecine à Vienne mouraient que celles soignées par des sages-femmes en formation. Sa théorie? Les étudiants en médecine contaminaient les femmes enceintes à cause des autopsies qu'ils pratiquaient. Moins de femmes sont mortes après qu'il ait demandé que les étudiants en médecine se lavent les mains avec une solution chlorée³. Pourtant, les autres médecins et les dirigeants de l'hôpital n'ont pas accepté les idées de Semmelweis.



Sir Thomas Roddick
Source : Bibliothèque Osler,
Université McGill
Montréal, Québec, Canada

Ce n'est qu'en 1867 que la communauté médicale a reconnu l'importance de la désinfection. À l'époque, Joseph Lister, sous l'influence des découvertes de Pasteur sur les germes et les bactéries, a recommandé un nouveau moyen de prévenir l'infection des plaies. Il a aussi insisté pour que les salles d'opération soient extrêmement propres. Il a exigé que les instruments chirurgicaux soient stérilisés d'une intervention à une autre et que les chirurgiens portent des vêtements propres⁴. Ses idées ont tout d'abord semblé extravagantes mais éventuellement, on a suivi ses recommandations. C'est à ce moment que les décès à cause des infections ont chuté de façon spectaculaire.

Quelques années plus tard, sir Thomas Roddick a propagé les idées de Lister au Canada en appliquant une méthode antiseptique dans les hôpitaux de Montréal en 1877⁴. Alors que de nombreux patients qui avaient survécu à une chirurgie mouraient par la suite à cause des infections, la plupart des patients de Roddick demeuraient en vie.

Plus d'un siècle plus tard, les connaissances et la pratique clinique continuent d'évoluer, tout comme les recommandations sur les moyens de promouvoir la santé et de prévenir la maladie.

Que faire pour prévenir la maladie ou la détecter aux premiers symptômes?

Il y a bien des façons de prévenir la maladie. La prévention primaire privilégie l'élimination des facteurs de risque et la prévention de la maladie avant qu'elle se déclare. Parmi les activités, mentionnons les campagnes d'éducation, de vaccination et de promotion générale de la santé. Ainsi, bon nombre d'experts recommandent aux femmes en âge de procréer de prendre des suppléments d'acide folique pour réduire les risques de spina bifida, de mortinaissance et d'autres problèmes de santé graves chez les nouveau-nés^{5, 6}. L'acide folique est une vitamine B et on le trouve dans les aliments comme le broccoli, les épinards, les pois, le maïs, les haricots, les lentilles et les oranges. Santé Canada et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) recommandent ce qui suit :

- Les femmes qui ont l'intention de tomber enceintes devraient prendre un supplément d'acide folique au moins deux ou trois mois avant.
- Les femmes enceintes devraient continuer de prendre le supplément pendant les trois premiers mois de leur grossesse.
- Puisque les grossesses ne sont pas toujours planifiées, toutes les femmes en âge de procréer devraient prendre un supplément d'acide folique régulièrement.

La prévention secondaire vise la détection précoce et le traitement de la maladie chez les personnes qui ne présentent pas encore de symptômes. Les programmes de dépistage en sont un exemple.

Ces programmes peuvent contribuer à diagnostiquer la maladie à un stade précoce mais ils ne détectent pas toutes les maladies et ne les préviennent pas.

Dans certains cas, la ligne de conduite à suivre en fonction des avantages, des coûts et des risques possibles est claire. Dans d'autres, les experts ne s'entendent pas sur ce qui doit être fait ou même sur la façon d'évaluer les preuves scientifiques sur l'efficacité des divers programmes⁷. Des nouveaux résultats de recherche contribueront peut-être à trancher ces débats. Ainsi, presque la moitié (12 sur 28) des numéros du *Journal de l'Association médicale canadienne* publiés entre février 2002 et mars 2003 contenaient un article sur les tests de dépistage.

Être informé des risques et les évaluer

C'est une chose de lire les dernières recherches. C'en est une autre de décider comment les nouveaux renseignements s'appliquent à nous en tant que personnes ou de membres d'une collectivité. Sommes-nous à risque? Devrions-nous prendre des mesures concrètes?

Le mot « risque » implique foncièrement un niveau d'incertitude. Des cliniciens et d'autres personnes ont mis au point des moyens d'aide à la décision pour que les patients comprennent les risques personnels et fassent des choix au sujet de leurs soins. Les aides à la décision peuvent revêtir plusieurs formes, de l'information sur la maladie ou le traitement jusqu'aux conseils et l'assistance des dispensateurs de soins, en passant par des exercices spécifiques que les patients doivent exécuter. De tels outils ont servi à aider les patients à envisager divers types de soins (p. ex. mastectomie, prostatectomie, chirurgie dentaire et hormonothérapie). Une revue de la recherche sur les aides à la décision réalisée en 1999 a révélé qu'elles avaient tendance à⁸ :

- améliorer les connaissances des patients au sujet des choix de traitement;
- réduire les contradictions qu'ils pouvaient ressentir face à leur choix;
- les encourager à prendre une part plus active aux décisions concernant leur traitement;
- avoir peu d'effet sur la satisfaction des patients et des effets mitigés sur leurs décisions.

Des chercheurs du Centre pour l'analyse des risques de l'Université Harvard ont conçu un outil pour aider les gens à interpréter les nouveaux renseignements sur la santé. Ils proposent 10 questions auxquelles les patients doivent répondre pour établir les risques réels et interpréter les nouvelles données⁹ :

1. Quel est le message réel?
2. La source est-elle crédible et fiable?
3. Les nouvelles preuves cadrent-elles avec ce que nous connaissons déjà?
4. La nouvelle information est-elle vraiment importante pour vous?
5. Comprenez-vous les données et les analyses?

Pour plus de renseignements sur la santé publique

Le rapport de l'an dernier contenait un chapitre sur les services de santé publique et les pratiques d'un bout à l'autre du pays. On y traitait de questions plus générales comme la salubrité de l'eau, l'immunisation et l'abandon du tabac (voir le chapitre 5, Santé publique : on veille au grain, dans *Les soins de santé au Canada 2002*).

6. Comment cela se compare-t-il à d'autres risques?
7. En tenant compte de la nouvelle information, quelles mesures pouvez-vous prendre maintenant et qui ne s'offraient pas à vous auparavant pour améliorer votre santé?
8. Les avantages l'emportent-ils sur les coûts?
9. Avez-vous besoin d'autres renseignements avant de prendre une décision avisée?
10. Où pouvez-vous obtenir plus de renseignements?

Il est plus facile de répondre à certaines questions qu'à d'autres. En effet, il peut être difficile de comparer les risques relatifs. Le « risque relatif » est une façon de mesurer la force de l'association entre deux choses, comme l'usage du tabac et le cancer du poumon ou l'obésité et le diabète¹⁰. Plus le risque relatif est élevé, plus l'association est forte. Par exemple, on a passé en revue plus de mille études publiées entre 1985 et 2002 sur l'association entre l'usage du tabac et divers types de cancer¹¹. Les chercheurs ont constaté que le risque relatif de développer un cancer du poumon chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs était en moyenne de 3,0 (il s'échelonnait de 2,8 à 16,9). C'est donc dire que les fumeurs couraient trois fois plus de risque de développer un cancer du poumon que les non-fumeurs du même âge, une augmentation dans le risque statistiquement significative. Le risque relatif peut aussi servir à quantifier la réduction des risques (p. ex. réduction du risque relatif de prendre un médicament par opposition à un autre).

Il importe aussi de comprendre le risque absolu. Par exemple, réduire de moitié le risque d'un effet indésirable très rare peut avoir moins de répercussions sur la santé de la population qu'une baisse moins marquée du risque d'un effet indésirable courant.

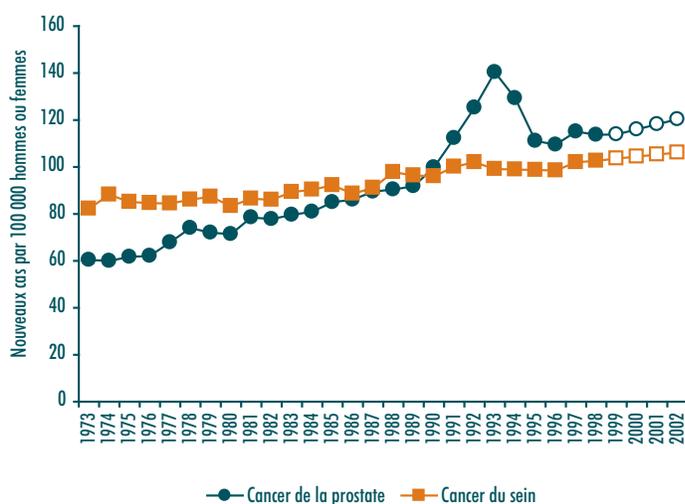
Dans le présent rapport, nous faisons ressortir des renseignements généraux sur certaines mesures préventives, allant du dépistage du cancer aux soins dentaires. Parfois,

les preuves sont claires sur la façon de réduire le risque de maladie ou de la détecter aux premiers symptômes lorsque le traitement s'avère des plus efficaces. Et parfois, elles se prêtent à des interprétations très diverses sur ce que nous pouvons faire pour protéger notre santé. Avant de décider des mesures à prendre pour protéger notre santé, il importe de peser les risques et les bienfaits dans des circonstances particulières en collaboration avec des dispensateurs de soins.

Tendances des nouveaux cas de cancer du sein et de cancer de la prostate

69

Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein et de cancer de la prostate a augmenté dans les 30 dernières années, même après rajustement pour la croissance démographique et le vieillissement.



Remarques : • Les symboles ouverts sont des estimations.

- Le graphique illustre les taux de cancer du sein chez les femmes seulement, mais les hommes peuvent aussi en être victimes. Environ 140 hommes ont reçu un diagnostic de cancer du sein en 2002 et 40 en sont morts¹².
- Au début des années 1990, on a observé un pic dans les nouveaux cas de cancer de la prostate. Il s'agit peut-être en partie d'un artéfact du dépistage qui reflète l'utilisation accrue à l'époque des tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique¹⁷.
- Tous les taux sont normalisés en fonction de la population canadienne de 1991.

Détection précoce du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes, quoique le cancer du poumon soit la cause principale des décès liés au cancer¹². En 2002, on a relevé environ 20 500 nouveaux cas de cancer du sein et 5 400 décès liés au cancer du sein parmi les Canadiennes¹². Le nombre de décès liés au cancer du sein au Canada en 1997 (27 par 100 000 femmes) était plus élevé que le nombre médian dans les pays de l'OCDE (25 par 100 000 femmes).

Il y a plusieurs façons de détecter un cancer du sein à un stade précoce, dont la mammographie, les examens cliniques des seins (ECS) et l'auto-

Dépistage du cancer du sein — Ce que disent les experts

70

L'ensemble des connaissances sur le cancer du sein s'approfondit sans cesse. De nombreux groupes ont évalué les preuves et ont formulé des recommandations sur ce que les femmes devraient faire pour prévenir cette maladie. Dans bien des cas, les experts s'entendent. Par exemple, la Société canadienne du cancer et son pendant américain, de même que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandent tous que les femmes de 50 à 69 ans subissent une mammographie de dépistage au moins tous les deux ans et un examen clinique des seins chaque année ou à tous les deux ans. Par contre, les experts ne s'entendent pas sur d'autres questions, comme on peut le voir dans ce tableau.

Organisation et date de la dernière révision	Mammographie de dépistage	Examen clinique des seins	Auto-examen des seins
American Cancer Society (2002)	Tous les ans dès l'âge de 40 ans	Tous les trois ans de 20 à 39 ans; tous les ans dès l'âge de 40 ans	Chaque mois dès l'âge de 20 ans
Société canadienne du cancer (2002)	Tous les deux ans de 50 à 69 ans	Tous les deux ans pour toutes les femmes	Chaque mois pour toutes les femmes
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994-2000)	Preuves concluantes pour le dépistage tous les ans ou tous les deux ans, de 50 à 69 ans (1998) Preuves insuffisantes pour se prononcer en faveur ou contre à l'intention des femmes de 40 à 49 ans sans symptômes (1999)	Preuves concluantes pour le dépistage tous les ans ou tous les deux ans, de 50 à 69 ans (1998) Preuves raisonnables pour dispenser les femmes de 40 à 49 ans des examens périodiques (1994)	Preuves raisonnables pour l'exclure des examens médicaux périodiques (2000)
US Preventive Services Task Force (2002)	Tous les ans ou tous les deux ans dès l'âge de 40 ans	Preuves insuffisantes pour se prononcer en faveur ou contre	Preuves insuffisantes pour se prononcer en faveur ou contre

Source : Compilé par l'ICIS.

examen des seins (AES). Les experts s'entendent sur ce qui doit être fait dans bien des domaines, mais pas tous. Ainsi, les débats se poursuivent sur quand les femmes devraient commencer à passer une mammographie régulièrement (pour plus de renseignements, voir les chapitres 1 et 5 dans *Les soins de santé au Canada 2002*).

Les femmes ont aussi d'autres options, dont la mastectomie prophylactique. Il s'agit d'une chirurgie controversée d'ablation des seins chez les femmes à risque élevé mais pas encore atteintes du cancer du sein. Selon un sondage mené récemment en Ontario auprès de femmes qui ont subi une mastectomie prophylactique, la plupart d'entre elles avaient nettement surestimé leurs risques à vie de cancer du sein¹³. Les chercheurs ont découvert que tout près du quart des femmes interrogées (24 %) n'étaient pas à risque élevé pour le cancer du sein. (Les auteurs ont défini les femmes à risque élevé comme les femmes porteuses de la mutation génétique BRCA-1 ou BRCA-2 ou avec de forts antécédents familiaux de cancer du sein.) Ils ont déclaré que les femmes avaient peut-être été mal conseillées par leurs dispensateurs de soins. Par contre, ils ont aussi affirmé que la profonde inquiétude face à la possibilité de développer un cancer du sein était la vraie raison de la décision de ces femmes.

Dépistage du cancer de la prostate — Ce que disent les experts

71

Tout comme pour le cancer du sein, certaines recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate recueillent l'unanimité, d'autres non. Ce tableau présente les recommandations associées au test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) et à l'examen rectal digital (ERD).

Organisation et date de la dernière révision	Dépistage du cancer de la prostate
American Cancer Society (1997)	L'APS et l'ERD tous les ans dès l'âge de 50 ans pour les hommes qui devraient rester en vie au moins 10 ans; plus tôt pour les hommes à risque (p. ex. ceux avec des antécédents familiaux de cancer de la prostate).
Société canadienne du cancer (2002)	Les hommes à risque moyen de plus de 50 ans devraient discuter des pour et des contre avec leur médecin. Si la décision est de subir le test, le faire tous les ans. Les hommes à risque élevé (p. ex. ceux avec des antécédents familiaux de cancer de la prostate) devraient songer à commencer les tests plus tôt.
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994)	Preuves raisonnables pour exclure l'APS des examens médicaux périodiques. Preuves insuffisantes pour inclure ou exclure l'ERD des examens médicaux périodiques.
US Preventive Services Task Force (2002)	Preuves insuffisantes pour se prononcer pour ou contre l'APS et l'ERD.

Remarque : Les recommandations sur l'ERD présentées dans ce tableau ont trait uniquement au dépistage du cancer de la prostate. Ces examens sont parfois effectués pour d'autres raisons, par exemple pour trouver la cause des saignements rectaux, du sang dans les selles, des croissances anormales dans le rectum, des douleurs abdominales ou pelviennes, des changements dans les troubles du transit intestinal ou des difficultés à uriner.

Source : Compilé par l'ICIS.

Détection précoce du cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer diagnostiqué le plus souvent chez les Canadiens, quoique, comme chez les femmes, le cancer du poumon soit la cause principale des décès liés au cancer. On estime qu'environ 18 200 hommes auront reçu un diagnostic de cancer de la prostate en 2002 et que 4 300 en seront morts¹². En 1997, le nombre de décès causés par le cancer de la prostate au Canada s'élevait à 26 par 100 000 Canadiens, comparativement à une médiane de 27 par 100 000 hommes dans les pays de l'OCDE.

Deux tests sont couramment utilisés dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate : le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) et l'examen rectal digital (ERD). Les résultats de la recherche sur les avantages par rapport aux risques sont ambivalents, surtout dans le cas de l'APS^{15, 16, 17}.

Dépistage du cancer colorectal

Les médecins de famille ne sont pas les seuls professionnels de la santé qui prennent part au dépistage des maladies. En effet, des médecins spécialistes aident au dépistage et au suivi du cancer colorectal. Ce type de cancer se développe dans l'intestin ou le rectum. En 2002, c'était un des types de cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada. Cette année-là, on a recensé environ 17 600 nouveaux cas et 6 600 décès¹².

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande que les personnes de 50 ans et plus passent un test de dépistage du cancer colorectal même si elles ne présentent aucun symptôme. Il recommande la recherche de sang occulte dans les selles ou la sigmoïdoscopie flexible. Dans le cas des personnes à risque élevé (p. ex. avec des antécédents familiaux de polypes ou de cancer colorectal), le Groupe d'étude recommande la coloscopie. Il y a d'autres options.

Le Comité national sur le dépistage du cancer colorectal a récemment passé en revue les dernières preuves sur le dépistage¹⁴. Il a recommandé la recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans pour les Canadiens de 50 à 74 ans. Le Comité a aussi affirmé qu'un test positif doit être suivi d'une coloscopie.

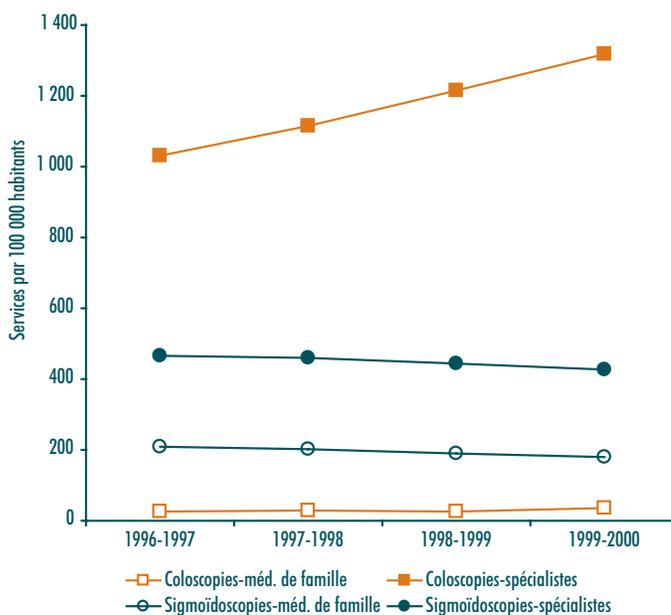
Pour formuler ses recommandations, le Comité a évalué les estimations des avantages et des coûts/risques d'un programme national de dépistage, y compris :

- Le dépistage peut détecter le cancer plus souvent et plus tôt (lorsqu'il est plus facile à traiter). On a estimé que 7 740 décès pourraient être évités sur 10 ans grâce à un dépistage tous les deux ans. Les personnes diagnostiquées gagneraient environ 1,75 année de vie. Il s'agit de 38 jours en moyenne pour les personnes qui participent au programme de dépistage entre 50 et 74 ans.
- Le Comité a évalué que le programme de dépistage coûterait plus de 112 millions de dollars par année, soit 40 \$ en moyenne par test de dépistage.
- Les coloscopies de suivi comportent des risques potentiels (saignement, perforation de l'intestin et même la mort) et des tests faussement positifs peuvent engendrer du stress chez les patients.

Dans l'ensemble, le Comité national a conclu que les bienfaits escomptés d'un programme de dépistage pour les 50-74 ans l'emportent sur les coûts et les risques potentiels.

Coloscopies et sigmoïdoscopies au Canada, de 1996 à 1999 72

Les coloscopies et les sigmoïdoscopies sont effectuées pour bien des raisons, dont le dépistage, le diagnostic ou la surveillance du cancer. Ce graphique illustre le nombre d'interventions par 100 000 Canadiens pratiquées par les médecins de famille et les spécialistes selon le principe de la rémunération à l'acte entre 1996-1997 et 1999-2000. Le nombre de coloscopies par 100 000 Canadiens effectuées par des spécialistes a augmenté pendant cette période.



Remarque : Les données pour les territoires ne sont pas incluses.

Données

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Chez le médecin — Recommandations et actions

Le GECSSP conseille les médecins sur ce qu'ils devraient et ne devraient pas faire pour aider leurs patients à rester en santé. Le Groupe d'étude a revu plus de 250 recommandations. Certaines s'appliquent à tous, comme l'éducation sur le contrôle des poisons. D'autres ne s'adressent qu'à des groupes précis. Par exemple, la recommandation sur la supplémentation en acide folique ne vise que les femmes susceptibles de devenir enceintes. Le GECSSP vise à revoir et à modifier ses recommandations au besoin en fonction des résultats de nouvelles études de qualité.

Les recommandations du GECSSP sont classées en cinq catégories (de A à E). Les catégories sont fonction de la solidité des preuves scientifiques sur l'efficacité de l'intervention :

- A — les preuves sont suffisantes pour dire que l'intervention est valable
- B — les preuves sont acceptables pour dire que l'intervention est valable
- C — les preuves ne sont pas concluantes
- D — les preuves sont acceptables pour dire que l'intervention n'est pas valable
- E — les preuves sont suffisantes pour dire que l'intervention n'est pas valable

La qualité de la recherche est un des facteurs dont le GECSSP tient compte dans l'évaluation des preuves. Selon eux, les meilleures données proviennent des études randomisées et contrôlées pour lesquelles les participants sont choisis au hasard et classés dans des groupes de traitement et de contrôle. La sélection aléatoire signifie que chaque membre de la population étudiée a des chances égales d'être choisi, ce qui fait en sorte que les participants à l'étude représentent la population cible. Les résultats de l'étude peuvent donc être généralisés à l'ensemble de la population étudiée. La sélection au hasard permet aussi d'assurer que les écarts dans les résultats du groupe à l'étude et du groupe de contrôle émanent des différences dans les traitements étudiés et non des différences préexistantes chez les participants.

Tellement de façons de promouvoir la santé et de prévenir la maladie 73

Ce tableau indique le nombre de recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs en fonction de la solidité des preuves, pour les adultes de 21 ans et plus et les gens de tous les âges. Bon nombre des recommandations sont dans la catégorie C (preuves équivoques).

Catégorie de la recommandation (c.-à-d. solidité des preuves)	Nombre de recommandations pour les adultes de 21 ans et plus (en excluant les recommandations pour les femmes enceintes)	Nombre de recommandations pour tous les âges (incluant les femmes enceintes)
A—preuves suffisantes en faveur	17	42
B—preuves acceptables en faveur	37	69
C—preuves équivoques	60	96
D—preuves acceptables contre	24	38
E—preuves suffisantes contre	4	6

Source : Compilé par l'ICIS à partir du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, www.ctfphc.org.

Prévention de la carie, de la maladie des gencives et du cancer de la bouche

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs formule plusieurs recommandations sur la santé bucco-dentaire. En voici quelques-unes :

- Pour prévenir la carie, le GECSSP recommande de boire de l'eau fluorée ou d'utiliser un dentifrice fluoré ou un supplément. On a commencé à utiliser l'eau fluorée au Canada dans les années 1940 et 1950. En 1992, les seules grandes villes canadiennes qui n'ajoutaient pas de fluorure à leur eau étaient Montréal, Regina et Vancouver¹⁸.
- Pour prévenir le saignement des gencives, le GECSSP recommande de se brosser les dents et d'utiliser la soie dentaire régulièrement. Dans un sondage téléphonique réalisé en 1999, la plupart des Canadiens (78 %) ont dit se brosser les dents pour prévenir le saignement des gencives¹⁹. Par contre, moins de la moitié (42 %) ont déclaré utiliser la soie dentaire régulièrement.
- Pour prévenir le cancer de la bouche et d'autres maladies buccales, et pour d'autres raisons, le GECSSP recommande aux médecins et aux dentistes de faire du counseling auprès de leurs patients pour les aider à arrêter de fumer. Les médecins sont plus susceptibles de suivre cette recommandation que les dentistes²⁰. Mais quand des chercheurs ont interrogé des Albertains en 1999, 59 % d'entre eux — fumeurs et non-fumeurs — ont dit que leur dentiste devrait s'acquitter de cette tâche²¹. Par contre, presque 62 % des dentistes en Alberta ont dit que leurs patients ne s'attendaient pas à recevoir ce service.

Que se passe-t-il dans le cabinet du médecin?

Compte tenu des quelque 250 recommandations du GECSSP, il est difficile d'étudier lesquelles sont suivies, d'autant plus que certaines ne visent que des groupes spécifiques. Des études de recherche offrent un aperçu de certaines recommandations. Des sondages récents et d'autres sources de données en suivent aussi quelques-unes dans le temps. Nous présentons ici les données tirées principalement de deux enquêtes nationales : l'Enquête 2001-2002 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada et le Sondage national 2001 sur les effectifs en médecine familiale (SNMF). L'ESCC nous révèle ce que les patients disent faire. Les médecins de famille déclarent ce qu'ils font au SNMF.

Qu'est-ce qui est fait pour promouvoir la santé et prévenir la maladie?

74

On dispose de peu d'information à l'échelle du pays en ce qui a trait à la plupart des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP). Ce tableau présente les résultats pour quelques-unes des exceptions. Il existe des preuves suffisantes (catégorie A) ou acceptables (catégorie B) à l'effet que la plupart des interventions devraient être effectuées dans le cadre d'un examen médical périodique. Par contre, pour certaines interventions, le GECSSP affirme que les preuves ne sont pas assez claires pour se prononcer en faveur ou contre (catégorie C). Pour d'autres — comme le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique — il soutient que les preuves sont suffisamment acceptables pour se prononcer contre (catégorie D). L'utilisation des interventions recommandées et non recommandées varie grandement, comme le montre ce tableau.

Recommandations ¹	Catégorie (c.-à-d. solidité des preuves)	Population ¹	Pourcentage de Canadiens ² qui l'ont fait récemment et de médecins de famille ³ qui l'ont fait fréquemment ou très fréquemment
Vaccination des enfants	A	• Nourrissons et enfants	<ul style="list-style-type: none"> L'UNICEF déclare qu'entre 89 et 97 % des enfants de 1 an ont été immunisés en 2001⁴. 80 % des médecins de famille qui soignent des enfants de 0 à 12 ans ont administré des vaccins fréquemment ou très fréquemment³.
Vaccin annuel contre la grippe	A C	• Groupes à risque élevé et personnes âgées • Tous, âge <65 ans	<ul style="list-style-type: none"> 63 % des aînés et 26 % des Canadiens de 12 ans et plus ont été vaccinés contre la grippe dans l'année précédente². 93 % des médecins de famille ont administré des vaccins contre la grippe fréquemment ou très fréquemment³.
Mammographie de dépistage pour prévenir le cancer du sein (femmes de 50 à 69 ans)	A C	• Femmes de 50 à 69 ans • Femmes de 40 à 49 ans	<ul style="list-style-type: none"> 70 % des femmes de 50 à 69 ans en 2000-2001 ont dit avoir passé une mammographie dans les deux années précédentes, toutes raisons confondues². 94 % des médecins de famille dont la clientèle est composée d'au moins 40 % de femmes ont fait des mammographies de dépistage fréquemment ou très fréquemment³.
Examen clinique des seins (femmes de 50 à 69 ans)	A	• Femmes de 50 à 69 ans	<ul style="list-style-type: none"> 84 % des femmes de 50 à 69 ans interrogées ont rapporté avoir subi un examen clinique des seins dans les deux années précédentes². 91 % des médecins de famille ont fait un examen clinique des seins aux femmes de 50 à 69 ans fréquemment ou très fréquemment³.
Counseling sur la supplémentation en acide folique pour prévenir les malformations du tube neural	A	• Femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> 47 % des femmes de 15 à 55 ans qui ont accouché dans les cinq années précédentes ont dit avoir pris des supplément vitaminiques avec de l'acide folique avant leur dernière grossesse². 72 % des médecins de famille dont la clientèle est composée d'au moins 40 % de femmes de 19 à 64 ans ont dit avoir fait du counseling sur la supplémentation en acide folique fréquemment ou très fréquemment³.
Counseling sur le port de la ceinture de sécurité pour prévenir les blessures dans un accident d'automobile	A	• Population générale	<ul style="list-style-type: none"> On estime qu'en 2001, 90 % des occupants de véhicules légers portaient la ceinture de sécurité. Cette proportion demeure inchangée depuis 1998⁵.
Counseling sur l'abandon du tabac	A	• Fumeurs de tout âge	<ul style="list-style-type: none"> 90 % des médecins de famille ont dit avoir fait du counseling sur l'abandon du tabac fréquemment ou très fréquemment³.
Pharmacothérapie pour l'hypertension	A C	• Hommes et femmes de 21 à 64 ans avec tension artérielle diastolique >90 mmHg • Hommes et femmes de 21 à 64 ans avec tension artérielle systolique >140 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> 77 % des Canadiens de 20 à 64 ans dont l'hypertension artérielle avait été confirmée par un dispensateur de soins ont dit avoir pris des médicaments à cet effet dans les 12 mois précédents⁶.
Counseling sur l'allaitement naturel	A	• Femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> 81 % des femmes de 15 à 55 ans qui ont accouché dans les cinq années précédentes ont dit avoir allaité ou tenté de le faire². 74 % des médecins de famille qui dispensent des soins obstétricaux et dont la clientèle est composée d'au moins 40 % de femmes de 19 à 64 ans ont dit avoir fait du counseling sur l'allaitement naturel fréquemment ou très fréquemment³.

Qu'est-ce qui est fait pour promouvoir la santé et prévenir la maladie? (suite)

74

Recommandations ¹	Catégorie (c.-à-d. solidité des preuves)	Population ¹	Pourcentage de Canadiens ² qui l'ont fait récemment et de médecins de famille ³ qui l'ont fait fréquemment ou très fréquemment
Dépistage volontaire du VIH/sida et counseling sur la prévention	A B C	• Personnes à risque élevé • Bébés de femmes infectées • Population générale et femmes enceintes sans symptômes	• 41 % des médecins de famille ont rapporté faire des tests de VIH et du counseling en plus de dispenser des soins pour des besoins non associés au VIH ³ .
Mesure/surveillance de la pression sanguine	B	• Personnes de >65 ans	• 96 % des Canadiens de 65 ans et plus ont dit avoir fait vérifier leur pression artérielle dans les deux années précédentes ² . • 97 % des médecins de famille qui soignent en général des personnes âgées ont dit avoir pris la pression artérielle de leurs patients fréquemment ou très fréquemment ³ .
Tests de Pap pour prévenir le cancer du col de l'utérus	B	• Femmes sexuellement actives	• 73 % des Canadiennes de 18 à 69 ans ont dit avoir subi un test de Pap dans les trois années précédentes ² . • 93 % des médecins de famille dont la clientèle est composée d'au moins 40 % de femmes ont dit avoir fait des tests de Pap fréquemment ou très fréquemment ³ .
Counseling sur la prévention des traumatismes crâniens grâce à l'utilisation du casque de cycliste	B	• Population générale	• 39 % des Canadiens ont dit toujours porter un casque de cycliste ou presque tout le temps ^{***, 2} .
Counseling sur l'activité physique modérée	B	• Population générale	• 89 % des Canadiens de 12 ans et plus ont dit avoir fait au moins un type d'activité physique dans les trois mois précédents ² . • 87 % des médecins de famille ont dit avoir fait du counseling sur l'activité physique fréquemment ou très fréquemment ³ .
Counseling sur les pratiques sexuelles sans risque	C	• Population générale	• 72 % des Canadiens de 15 à 59 ans qui étaient dans des relations de moins de 12 mois ont dit avoir toujours ou habituellement utilisé un condom dans l'année précédente ^{†, 2} . • 75 % des médecins de famille ont dit avoir fait du counseling sur les pratiques sexuelles sans risque fréquemment ou très fréquemment ³ .
Test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique	D	• Hommes de >50 ans	• 38 % des hommes de 50 ans et plus ont dit avoir subi un test de dépistage de l'APS dans l'année précédente ² .

Remarques : * Seules les femmes de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario et de trois régions sanitaires en Saskatchewan ont été interrogées.

** Le sondage n'a pas établi de distinction entre les diagnostics d'hypertension artérielle diastolique et systolique.

*** Seules les personnes en Alberta, en Ontario et dans cinq régions sanitaires de la Saskatchewan ont été interrogées.

† Seuls les résidents de l'Ontario (sauf dans la région sanitaire Brant), de l'Île-du-Prince-Édouard, du Yukon et du Nunavut ont été interrogés.

- Sources :** 1. Adapté des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (voir aussi www.ctfphc.org).
2. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2000-2001.
3. Base de données du sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale, une composante du Projet Janus, Le Collège des médecins de famille du Canada, 2001.
4. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2002). *La situation des enfants dans le monde 2003*. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
5. Direction générale de la sécurité routière et de la réglementation automobile. (2001). *Résultats de l'enquête de juillet 2001 effectuée par Transports Canada sur le port de la ceinture de sécurité au Canada*. Ottawa : Transports Canada.
6. Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada, 1998-1999.

Se faire vacciner contre la grippe

Pour la plupart des gens, la grippe est un ennui. Pour certains, c'est beaucoup plus grave. Chaque année, entre 500 et 1 500 Canadiens — surtout des personnes âgées — meurent de complications liées à la grippe²².

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande le vaccin antigrippal annuel pour les groupes à risque élevé. Parmi ces groupes, mentionnons les diabétiques, les personnes atteintes de cancer, du VIH/sida et d'autres troubles du système immunitaire ou d'autres maladies chroniques, les dispensateurs de soins et les personnes âgées. Dans le cadre de l'ESCC 2000-2001, environ 63 % des personnes âgées ont dit avoir été vaccinées contre la grippe dans l'année précédente. Ce pourcentage est inférieur à la cible de 70 % fixée par le Comité consultatif national de l'immunisation. Les autres groupes à risque sont encore plus éloignés de cette cible : seulement 38 % des personnes souffrant de maladies chroniques qui les exposent à des risques élevés et 55 % des travailleurs de la santé ont reçu un vaccin contre la grippe en 2001²³.

De nombreuses personnes qui ne sont pas considérées à risque, comme les jeunes adultes en santé, optent aussi pour le vaccin antigrippal. Selon le Guide canadien d'immunisation, la vaccination des jeunes adultes en santé est appropriée pourvu qu'il y ait assez de vaccins à administrer aux personnes à risque²⁴. Dans le cadre de sa dernière évaluation (1993), le GECSSP a conclu que les preuves n'étaient pas suffisantes pour se prononcer en faveur ou contre la vaccination de la population générale.

Par contre, le GECSSP recommande de mener des campagnes de sensibilisation auprès des groupes à risque pour promouvoir la vaccination. Selon le Groupe d'étude, les conseils dispensés par les médecins et les infirmières se traduisent par des taux de vaccination plus élevés. Ainsi, dans une étude effectuée récemment en Ontario, on a comparé les taux de vaccination des enfants dont les parents avaient discuté du vaccin antigrippal avec leur médecin à ceux qui ne l'avaient pas fait. Les enfants dont les parents en avaient parlé au médecin avaient sept fois plus de chances de se faire vacciner contre la grippe²⁵.

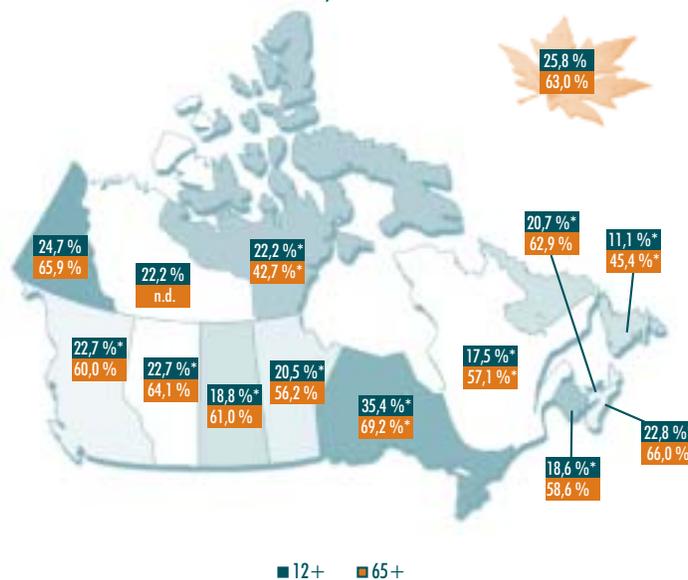
Saviez-vous que...

En Ontario, l'hospitalisation d'une personne de 70 ans à cause d'une grippe (sans complications majeures) coûte environ 2 284 \$. Pour le même montant, le gouvernement pourrait payer 269 vaccins contre la grippe. L'estimation de l'hospitalisation s'appuie sur les données de l'ICIS au sujet de l'utilisation moyenne des ressources au Canada (en excluant le Québec et le Manitoba) et du coût moyen par cas pondéré en Ontario. Le coût d'un vaccin antigrippal a été déterminé en fonction du programme ontarien de vaccination contre la grippe en 2002. Des chiffres de cette nature, ainsi que d'autres données sur les avantages, les coûts et les risques prévus, peuvent être utiles dans l'évaluation de la rentabilité de l'immunisation.

Qui se fait vacciner contre la grippe?

75

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, 26 % des Canadiens de 12 ans et plus avaient été vaccinés contre la grippe au cours de l'année précédente. Les taux étaient plus élevés parmi les personnes âgées, soit 63 %. Dans les deux cas, les taux de vaccination variaient au pays, comme on peut le voir dans ce graphique. Un astérisque signifie que les taux s'écartent nettement de la moyenne canadienne.



Remarque : Les données pour la population des Territoires du Nord-Ouest âgée de 65 ans et plus ne pouvaient pas être publiées.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Les mesures de dépistage et de prévention de la maladie recommandées par divers organismes.
- La fréquence à laquelle les patients et les médecins de famille disent suivre les recommandations du GECSSP sur certaines interventions (p. ex. vaccin antigrippal, mammographie, conseils sur l'abandon du tabac).

Ce que nous ignorons

- Dans quelle mesure les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé suivent chacune des recommandations du GECSSP? Si elles étaient toutes appliquées, quelles seraient les répercussions sur la santé des Canadiens et sur les coûts actuels et à venir des soins de santé? Quels sont les coûts-avantages de la prévention?
- En ce qui concerne les 96 recommandations pour lesquelles les preuves sont équivoques, quelle est la meilleure ligne de conduite à adopter?

Ce qui se passe

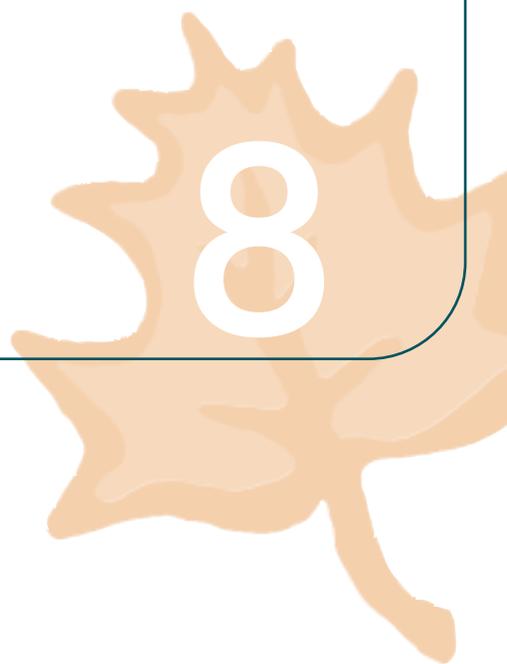
- Dans son rapport *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Romanow a présenté des recommandations pour renforcer les activités de promotion de la santé et de prévention. Il a aussi recommandé d'intégrer les activités de santé publique aux soins médicaux de première ligne. Dans *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral*, Kirby recommande aussi de renforcer la prévention de la maladie, la promotion de la santé et l'infrastructure de santé publique.
- Des rapports provinciaux récents ont également insisté sur la valeur de la prévention. Ainsi, en 2001, la Commission Clair au Québec a affirmé que la prévention des maladies et des problèmes sociaux devraient être au cœur des politiques de la santé et de l'assistance sociale. De même, la Commission sur l'assurance-maladie en Saskatchewan a recommandé le développement continu de la santé publique, de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.
- Dans son budget de 2003, le gouvernement fédéral a alloué 45 millions de dollars sur cinq ans à une stratégie nationale d'immunisation afin d'améliorer la sécurité et l'efficacité des vaccins, la coordination et l'efficacité de l'immunisation et la collecte de données sur les taux de la couverture vaccinale partout au pays.

Pour en savoir davantage

- ¹ United States National Library of Medicine. (2002). *PubMed*. www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi.
- ² Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Santé Canada.
- ³ Gould D. (1994). The significance of hand-drying in the prevention of infection. *Nursing Times*, 90(47), 33-35.
- ⁴ L'Encyclopédie canadienne. (2003). *Roddick, sir Thomas George*. www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&TCE_Version=F&ArticleId=F0006899&MenuClosed=0.
- ⁵ Santé Canada. (2002). *Santé avant la grossesse et l'acide folique*. www.hc-sc.gc.ca/francais/acidefolique/resume.html.
- ⁶ Beaulieu MS, Beagan BL. (1994). Primary and secondary prevention of neural tube defects. In Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Santé Canada.
- ⁷ Eddy D. (1997). Breast cancer screening in women younger than 50 years of age: What's next? *Annals of Internal Medicine*, 127(11), 1035-1036.
- ⁸ O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Holmes-Rovner M, Barry M, Jones J. (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: Systematic review. *British Medical Journal*, 319, 731-734.
- ⁹ Thompson KM. (1999). Health insight: A consumer's guide to taking charge of health information. *Risk in Perspective*, 7(7), 2-6.
- ¹⁰ Lilienfeld DE, Stolley OH. (1994). *Foundations of Epidemiology*, 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- ¹¹ Santé Canada. (2002). Dormir avec un tueur : les effets du tabagisme sur la santé humaine. www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/faits/daut/02_risques.html.
- ¹² Institut national du cancer du Canada. (2002). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*. Ottawa : Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada, Statistique Canada, Registres du cancer des provinces et des territoires, Santé Canada.
- ¹³ Metcalfe KA, Narod SA. (2002). Breast cancer risk perception among women who have undergone prophylactic bilateral mastectomy. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(20), 1564-1568.
- ¹⁴ Coombs A, Jones-McLean E, Le-Petit C, Lanagan W, White K, Berthelot J-M et Villeneuve P. (2002). *Rapport du comité national sur le dépistage du cancer colorectal*. Ottawa : Santé Canada, Statistique Canada. www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ncccs-cndcc/techrep_f.html.
- ¹⁵ British Columbia Cancer Agency. (2002). *Screening With PSA*. www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/Genitourinary/Prostate/PSAScreening/ScreeningwithPSA.htm.
- ¹⁶ Gander L. (2000). *The PSA Test in Early Detection of Prostate Cancer: Guidelines Review*. Saskatoon : Health Services Utilization and Research Commission.
- ¹⁷ Coldman AJ, Phillips N, Pickles TA. (2003). Trends in prostate cancer incidence and mortality: An analysis of mortality change by screening intensity. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 168(1), 31-35.
- ¹⁸ Calgary Regional Health Authority. (2002). *Fluoridation: Cities With Fluoridation-Canada*. www.crha-health.ab.ca/pophlth/hp/fluoride/hpccityca.htm.
- ¹⁹ Ipsos-Reid. (1999). *The National Oral Health Survey: Canadians Awareness and Perceptions of Gingivitis*. Toronto : Ipsos-Reid Corporation.
- ²⁰ Secker-Walker RH, Chir B, Solomon LJ, Flynn BS, Dana GS. (1994). Comparisons of the smoking cessation counseling activities of six types of health professionals. *Preventive Medicine*, 23, 800-808.
- ²¹ Campbell HS, Sletten M, Petty T. (1999). Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *Journal of the American Dental Association*, 130, 219-226.
- ²² Santé Canada. (2002). *Votre santé et vous : vaccin antigrippal*. www.hc-sc.gc.ca/francais/vsv/aspect_medical/vaccin.html.
- ²³ Squires SG, Macey JF, Tam T. (2001). Progrès réalisés en ce qui concerne la couverture vaccinale souhaitée contre la grippe et les pneumocoques au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 27(10), 90-91.
- ²⁴ Comité consultatif national de l'immunisation. (2002). *Guide canadien d'immunisation*, 6^e éd. Ottawa : Association médicale canadienne.
- ²⁵ Grant VJ, Le Saux N, Plint AC, Correll R, Gaboury I, Ellis E, Tam TWS. (2003). Factors influencing childhood influenza immunization. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 168(1), 39-41.

Le résultat des soins hospitaliers

8



Le résultat des soins hospitaliers



On ne peut pas toujours prévenir la maladie. Quand elle frappe, il importe de comprendre comment la gérer. Les données sur le résultat des soins nous renseignent sur l'issue des traitements : soulagement des symptômes, guérison, degré d'incapacité, mortalité, et ainsi de suite. Les données sur la sécurité des patients nous aident aussi à en apprendre davantage sur la façon de les soigner à l'avenir, y compris prendre des décisions avisées sur le meilleur moyen d'organiser et de dispenser les soins.

Survivre à la maladie

L'image la plus connue de Florence Nightingale est sûrement celle de « la dame au fanal » soignant les soldats pendant la guerre de Crimée. Mais elle a aussi passé des heures et des heures à étudier les statistiques sur les décès. Elle s'est servie de ses constatations pour plaider en faveur de changements qui amélioreraient les soins et réduiraient la maladie.

Les taux de mortalité sont encore utilisés de nos jours pour surveiller les résultats cliniques. Dans le présent rapport, nous nous penchons sur les taux de mortalité à la suite d'une crise cardiaque (aussi appelée infarctus aigu du myocarde ou IAM) et d'un accident vasculaire cérébral (AVC) à court et à long terme. Des études révèlent qu'à court terme (c.-à-d. décès à l'hôpital dans les 30 jours de l'admission), les taux reflètent de nombreux facteurs. Par exemple, l'état de santé des patients peut avoir une incidence sur les résultats. Parmi d'autres facteurs, mentionnons les soins et les traitements de courte durée, la qualité des soins, les comportements liés à la santé des patients et leur statut socio-économique^{1, 2, 3, 4}.

Dans l'ensemble, 12,1 % des personnes hospitalisées en raison d'un nouvel IAM entre 1998-1999 et 2000-2001 sont décédées à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission. Les taux dans la plupart des provinces (ajustés pour l'âge, le sexe et la comorbidité) se rapprochaient de la moyenne canadienne. Toutefois, les écarts dans les taux régionaux d'une province peuvent être aussi importants que les différences entre les provinces, sinon plus. Ces écarts peuvent être masqués lorsque les données pour plusieurs régions sont combinées en une moyenne globale.



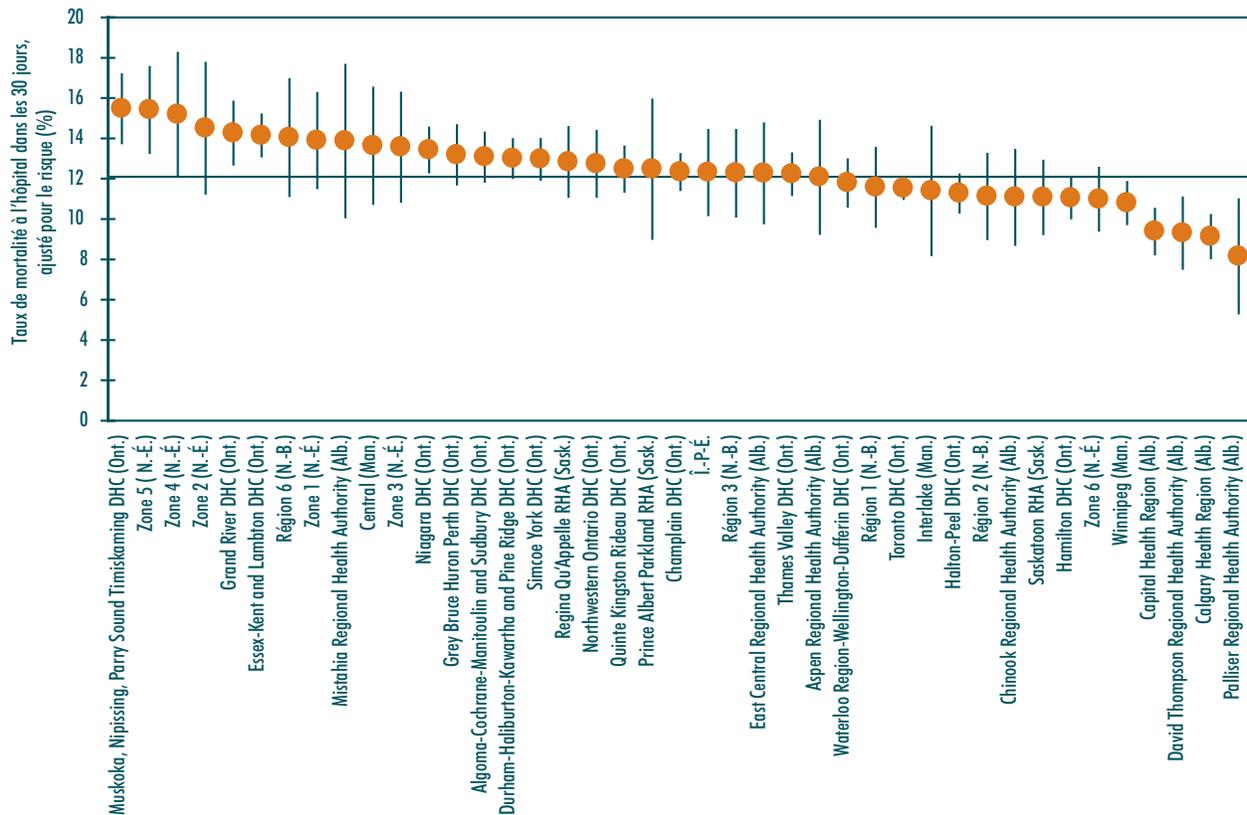
Les taux de mortalité des patients victimes d'un AVC étaient plus élevés. Dans l'ensemble, 18,9 % des personnes hospitalisées à cause d'un nouvel AVC entre 1998-1999 et 2000-2001 sont décédées dans les 30 jours de leur admission. Encore une fois, les taux dans la plupart des provinces étaient semblables à la moyenne nationale mais on a observé des écarts sur le plan régional.

Si les taux de mortalité dans les régions avec les taux les plus élevés avaient été les mêmes que la moyenne canadienne, il y aurait eu 397 décès de moins parmi les patients victimes d'une crise cardiaque entre 1998-1999 et 2000-2001 et 438 décès de moins chez ceux atteints d'un AVC.

Survivre à une crise cardiaque — Les 30 premiers jours

76

Dans l'ensemble, 12,1 % des patients hospitalisés en raison d'une nouvelle crise cardiaque sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission entre 1998-1999 et 2000-2001. La plupart des régions ont affiché des taux semblables à la moyenne nationale. Par contre, dans certaines régions, les taux étaient nettement inférieurs ou supérieurs à cette moyenne, même après un rajustement pour l'âge, le sexe et la comorbidité. Les résultats pour les régions comptant 75 000 habitants ou plus sont présentés ci-dessous. On estime que les taux sont exacts dans les limites illustrées par les barres verticales 19 fois sur 20. Le trait continu représente la moyenne globale.



Remarques : Des données comparables pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Colombie-Britannique et le Québec ne sont pas disponibles actuellement en raison des différences dans la collecte des données. Certains secteurs de compétence ont redéfini les frontières régionales par rapport à celles utilisées dans le rapport de l'an dernier. On doit donc faire preuve de prudence dans les comparaisons.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Et à plus long terme? Les données de Statistique Canada semblent indiquer que les patients de 45 ans et plus atteints d'un IAM qui survivent aux 30 premiers jours ont de bonnes chances d'être en vie un an plus tard. Les taux nets de survie se situaient entre environ 91 % et 93 % en 1998 (1997 pour la Colombie-Britannique). On a observé peu de différence entre les quatre provinces pour lesquelles des données comparables étaient disponibles (Colombie-Britannique, Alberta, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick). De même, les patients de 45 ans et plus victimes d'un AVC qui survivent aux 30 premiers jours seront probablement toujours en vie six mois plus tard. Les taux nets de survie à un AVC sur 180 jours s'échelonnaient de 85 % à 88 %.

Cependant, on observe des différences prononcées à l'intérieur d'une même province dans la survie à long terme. Ainsi, en Alberta, le pourcentage de patients de 20 ans et plus victimes d'un IAM qui sont décédés dans l'année (1995-1996) oscillait entre 15 % et 31 %, selon la région sanitaire (ajusté pour l'âge, le sexe et la comorbidité)⁵. La marge était semblable en Colombie-Britannique (de 14 % à 29%). Les différences étaient moins marquées en Nouvelle-Écosse (de 18 % à 22 %) et en Saskatchewan (de 23 % à 24 %).

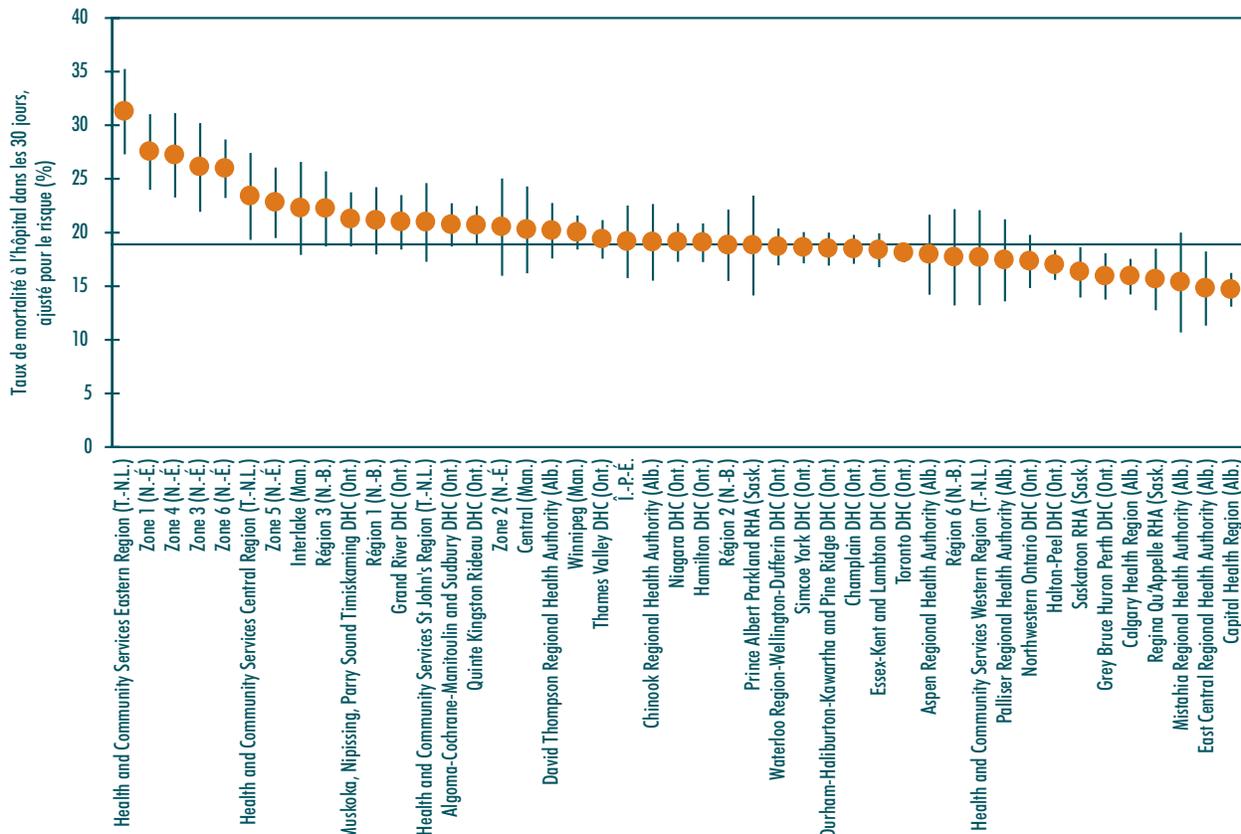
Plusieurs facteurs peuvent entraîner des différences dans les taux de survie entre les régions d'une province. Tout comme dans le cas de la survie à court terme, les soins

Données

Survivre à un AVC — Les 30 premiers jours

77

Dans l'ensemble, 18,9 % des patients hospitalisés en raison d'un nouvel accident vasculaire cérébral (AVC) sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission. La plupart des régions ont affiché des taux semblables à la moyenne nationale. Par contre, dans certaines régions, les taux étaient nettement inférieurs ou supérieurs à cette moyenne, même après un rajustement pour l'âge, le sexe et la comorbidité. Les résultats entre 1998-1999 et 2000-2001 pour les régions comptant 75 000 habitants ou plus sont présentés ci-dessous. On estime que les taux sont exacts dans les limites illustrées par les barres verticales 19 fois sur 20. Le trait continu représente la moyenne globale.



Remarques : Des données comparables pour la Colombie-Britannique et le Québec ne sont pas disponibles actuellement en raison des différences dans la collecte des données. Certains secteurs de compétence ont redéfini les frontières régionales par rapport à celles utilisées dans le rapport de l'an dernier. On doit donc faire preuve de prudence dans les comparaisons.

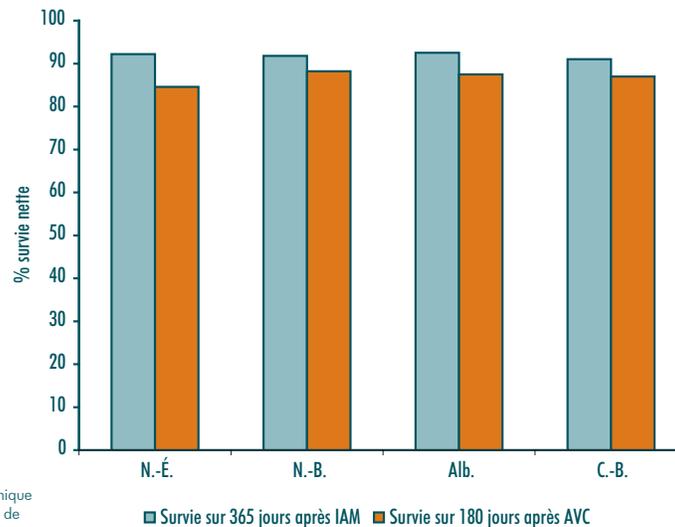
Données

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Survie à plus long terme après une crise cardiaque ou un AVC

78

Statistique Canada a passé en revue l'expérience de personnes de 45 ans et plus hospitalisées en raison d'une nouvelle crise cardiaque ou d'un nouvel AVC en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Alberta et en Colombie-Britannique en 1998 (1997 pour la C.-B.). Ils ont constaté que les taux de survie sur un an étaient supérieurs à 90 % dans le cas des patients victimes d'une crise cardiaque. Pour ceux atteints d'un AVC, les taux de survie sur six mois s'élevaient à plus de 80 %. Les taux provinciaux n'étaient pas différents les uns des autres sur le plan statistique.



Remarque : Les estimations de la survie nette pour la Colombie-Britannique sont ajustées pour tenir compte des pratiques différentes d'établissement de rapports sur les sorties des hôpitaux dans cette province.

Données

Source : Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada.

Comprendre les mesures de la mortalité

On a eu recours à des définitions rigoureuses pour préciser les cas admissibles d'IAM et d'AVC. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à tous les patients. Vous trouverez plus de détails dans les notes techniques qui se trouvent dans la publication en ligne *Indicateurs de santé 2003* affichée sur notre site Web à www.icis.ca.

Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours

Ces calculs sont adaptés de méthodes mises au point par des chercheurs de l'Institut de recherche en services de santé². Les taux et les intervalles de confiance pour les décès à la suite d'un IAM et d'un AVC dans les régions comptant 75 000 habitants ou plus sont présentés dans *Indicateurs de santé 2003* (qui accompagne le rapport).

- Ces données proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.
- Les résultats sont présentés en fonction du lieu de résidence des patients et non de l'endroit où ils sont soignés.
- Seuls les patients qui ont subi un nouvel IAM ou AVC ont été inclus. Les personnes hospitalisées dans l'année précédente pour le même problème de santé ont été exclues.
- Les décès (toutes causes confondues) dans les 30 jours de l'admission à n'importe quel hôpital ont été inclus, pas seulement les décès à l'hôpital ou le patient a été traité au départ. Les patients qui ont d'abord reçu leur congé puis qui sont décédés après avoir été réadmis ont été inclus.
- Les décès dans les 30 jours à l'extérieur de l'hôpital (p. ex. les patients décédés avant d'arriver à l'hôpital) ont été exclus. Selon les données du Projet d'information axée sur la personne de Statistique Canada, de 94 à 98 % des décès par IAM et de 93 à 99 % des décès par AVC se produisent à l'hôpital pendant cette période (en fonction des données de 1996 à 1999 pour le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Alberta et la Colombie-Britannique).
- Les effets de l'âge, du sexe et des autres maladies du patient (qu'on appelle la comorbidité) ont été intégrés au modèle de rajustement pour le risque.
- Les intervalles de confiance de 95 % pour les taux de mortalité ont tendance à être plus grands (c.-à-d. que l'estimation du taux est moins précise) pour les régions qui traitent moins de patients dans une année donnée. Par exemple, on estime que le taux d'IAM à Toronto est exact dans les limites de $\pm 0,52$ points de pourcentage, 19 fois sur 20. On estime que le taux de la Mistahia Regional Health Authority en Alberta est exact dans les limites de $\pm 3,78$ points de pourcentage, 19 fois sur 20. Par conséquent, les taux sont fondés sur des données rassemblées sur trois ans (de 1998-1999 à 2000-2001).

Survie sur 180 et 365 jours

- Ces données proviennent du Projet d'information axée sur la personne de Statistique Canada (pour en savoir plus, consultez www.statcan.ca).
- Les décès à l'hôpital et hors de l'hôpital sont inclus. La méthode Kaplan-Meier a servi à calculer les taux de survie propres à une cause.
- Les décès dus à des causes sous-jacentes autres que la maladie en question sont exclus.
- Les données sur la survie ne sont pas ajustées pour le risque. Elles sont normalisées en fonction d'une population de référence de 1991 au moyen de la méthode directe pour des groupes d'âge de cinq ans.
- Dans le cas de la survie à un IAM, les patients hospitalisés dans les trois dernières années pour la même raison ont été exclus. En ce qui a trait à la survie à un AVC, les patients hospitalisés dans la dernière année pour le même problème ont été exclus.

hospitaliers sont importants¹. Mais au fil du temps, divers facteurs entrent aussi en jeu, dont les caractéristiques démographiques du patient, le soutien familial et social, la gravité de la maladie, les interventions préventives, le statut socio-économique du patient et la santé de la population dans une région^{4, 6, 7, 8, 9, 10}.

Retour à l'hôpital

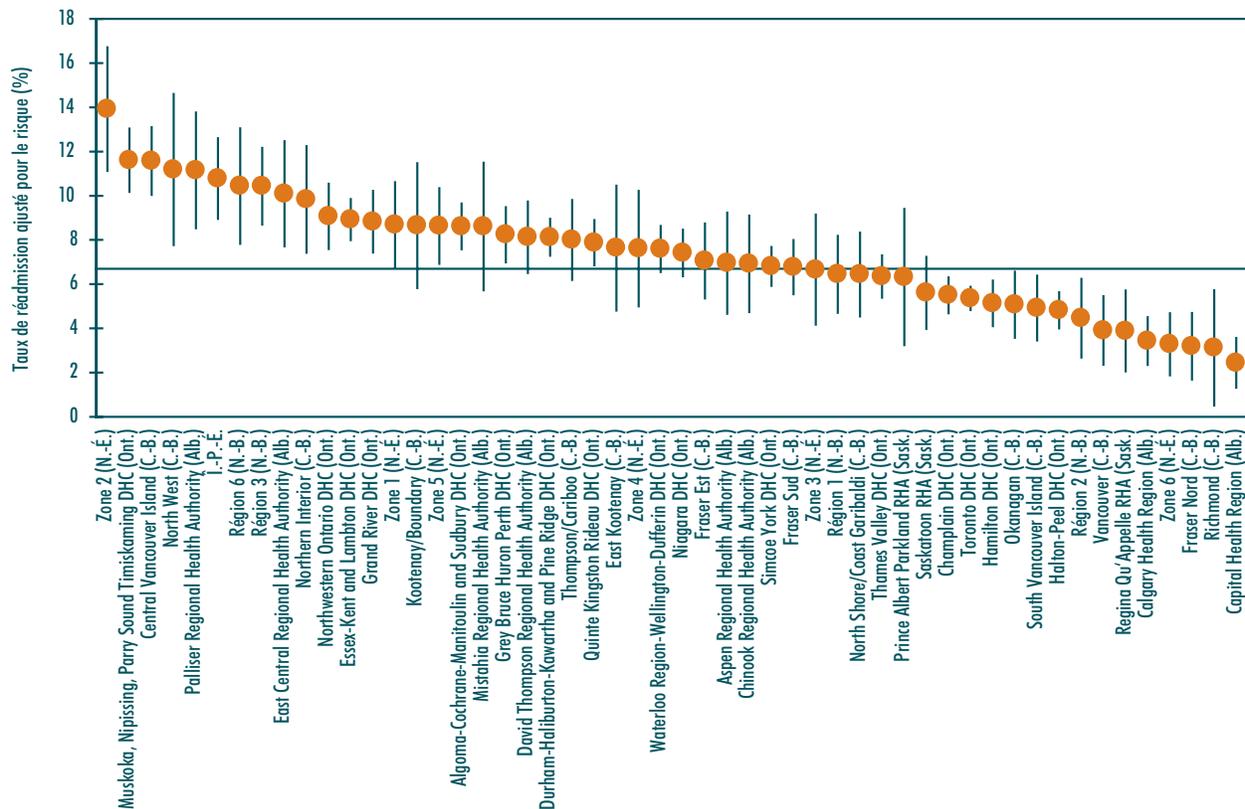
Dans certains cas, un patient qui reçoit son congé de l'hôpital doit y retourner subitement pour un trouble connexe. C'est ce qu'on appelle une réadmission imprévue. Des chercheurs ont relevé de nombreux facteurs associés à la probabilité de réadmission, dont les soins à l'hôpital et hors de l'hôpital, les caractéristiques démographiques du patient, les modalités de la sortie et le respect des plans de sortie^{2, 6, 11, 12}.

Dans l'ensemble, 6,7 % des patients victimes d'un IAM hospitalisés entre 1998-1999 et 2000-2001 ont été réadmis dans les 28 jours à cause d'un problème de santé connexe imprévu. Tout comme dans le cas des taux de mortalité et de survie, les différences dans les taux de réadmission entre les régions d'une même province peuvent être aussi importantes que les écarts entre les provinces, sinon plus. Par exemple, le taux de réadmission pour un IAM en Colombie-Britannique (6,6 %) se rapprochait de la moyenne globale. Par contre, les taux pour les régions du centre de l'île de Vancouver et du Nord-Ouest étaient nettement supérieurs à la moyenne globale. À l'opposé, ils étaient beaucoup moins élevés dans les régions de Richmond et de Simon Fraser (Fraser Nord).

Retour à l'hôpital après une crise cardiaque

79

Les probabilités qu'un patient soit réadmis à l'hôpital de façon imprévue dans les 28 jours suivant une hospitalisation initiale pour une crise cardiaque (rajustement selon l'âge, le sexe et la comorbidité) varient d'une région à une autre. Les données sur les patients hospitalisés entre 1998-1999 et 2000-2001 pour les régions comptant 75 000 habitants ou plus sont présentées ci-dessous. On estime que les taux sont exacts dans les limites illustrées par les barres verticales 19 fois sur 20. Le trait continu représente la moyenne globale de 6,7 %.



Remarques : Des données comparables pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba et Québec ne sont pas disponibles actuellement en raison des différences dans la collecte des données. Certains secteurs de compétence ont redéfini les frontières régionales par rapport à celles utilisées dans le rapport de l'an dernier. On doit donc faire preuve de prudence dans les comparaisons.

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Comprendre les mesures de la réadmission

Données

Les calculs sont adaptés de méthodes mises au point par le partenariat de recherche pour les rapports sur les hôpitaux de l'Université de Toronto^{13, 14}. Les taux et les intervalles de confiance pour les réadmissions pour un IAM, l'asthme, une pneumonie, une hystérectomie et une prostatectomie dans les régions comptant 75 000 habitants ou plus sont présentés dans *Indicateurs de santé 2003*. De plus amples renseignements sont affichés sur le site Web de l'ICIS à www.icis.ca.

- Les données proviennent de la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.
- Les résultats sont en fonction du lieu de résidence des patients et non de l'endroit où ils sont soignés.
- Seules les réadmissions imprévues pour un problème de santé connexe ont été incluses.
- Les transferts d'un hôpital de soins de courte durée à un autre dans les 12 heures de la sortie du premier hôpital n'ont pas été comptés comme des réadmissions. S'il y a eu plus d'une réadmission dans les 28 jours, seule la première a été comptée.
- Les effets de l'âge, du sexe et des autres maladies du patient (qu'on appelle la comorbidité) ont été intégrés au modèle de rajustement pour le risque.
- Les intervalles de confiance de 95 % pour les taux de réadmission ont tendance à être plus grands (c.-à-d. que l'estimation du taux est moins précise) pour les régions qui traitent moins de patients dans une année donnée. Par exemple, on estime que le taux de réadmission pour un IAM à Toronto est exact dans les limites de $\pm 0,53$ points de pourcentage, 19 fois sur 20. On estime que le taux de la région du Nord-Ouest en Colombie-Britannique est exact dans les limites de $\pm 3,42$ points de pourcentage, 19 fois sur 20. Par conséquent, les taux sont fondés sur des données rassemblées sur trois ans (de 1998-1999 à 2000-2001).

i Dans *Indicateurs de santé 2003* (qui accompagne le rapport), vous trouverez les taux de réadmission imprévue pour un IAM, l'asthme, une pneumonie, une hystérectomie et une prostatectomie. Dans tous les cas, la majorité des régions ont enregistré des taux semblables à la moyenne globale mais dans certaines régions, ils étaient supérieurs ou inférieurs. Supposons que les régions avec des taux plus élevés aient pu les ramener à la moyenne globale. Résultat : environ 1 046 réadmissions imprévues de moins (603 pour un IAM, 137 pour l'asthme, 125 pour une pneumonie, 98 pour une hystérectomie et 83 pour une prostatectomie).

En premier lieu, ne pas nuire — Sécurité des patients et erreurs du système de santé

Dernièrement, les questions sur la sécurité des patients dominent l'actualité au Canada et un peu partout dans le monde. Chaque année, notre système de santé améliore la santé et la vie de milliers de Canadiens. Mais des chercheurs ont aussi démontré que la sous-utilisation d'interventions efficaces, le recours à des soins non nécessaires ou inappropriés (qu'on appelle parfois « surutilisation ») et les effets indésirables peuvent entraîner la maladie, la mort et la hausse des coûts.

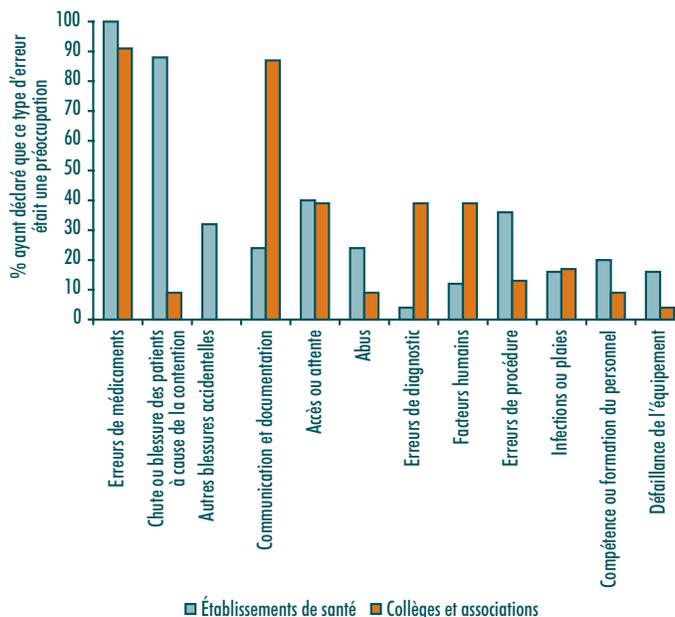
De nettes améliorations ont déjà été réalisées dans certains domaines. Par exemple, certains chercheurs estiment qu'on enregistré entre 25 et 50 décès par million d'anesthésies chirurgicales aux États-Unis. Grâce à l'attention systématique accordée à la qualité, ce nombre est passé à cinq par million, selon une étude réalisée en 1998¹⁵.

Il reste néanmoins des obstacles à surmonter. Ainsi, on estime que des effets indésirables jouent un rôle dans 4 % des hospitalisations en soins de courte durée aux États-Unis¹⁶. Ces chiffres sont semblables à ceux observés au Royaume-Uni¹⁷ et en Australie¹⁸. Des chercheurs estiment qu'au moins 14 % de ces erreurs peuvent entraîner la mort¹⁶. En s'inspirant de cette étude et d'autres recherches, le comité sur la qualité des soins de santé aux États-Unis de l'Institut

Sources de préoccupation pour la sécurité des patients

80

Dans un sondage récent, des chercheurs ont demandé à des organismes de soins de santé et des associations ou collègues professionnels au Canada quelles sont les sources de préoccupation à lesquelles ils (ou leurs membres) doivent faire face. Certaines questions — comme les erreurs de médicaments — ont été soulevées par presque tous les organismes. La fréquence des autres réponses variait considérablement.



Remarque : La somme des pourcentages est supérieure à 100 % car les répondants pouvaient donner plus d'une réponse.

Source : Baker GR, Norton P. (2002). *La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien : un examen et une analyse systématiques des principales initiatives prises dans le monde. Rapport présenté à Santé Canada* Ottawa : Santé Canada. www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/rapport/index.html.

Données

Dire ou ne pas dire

Les règles entourant la divulgation des erreurs du système de santé ne sont pas les mêmes partout au pays. Certaines provinces ont promulgué ou au moins proposé des lois exigeant la divulgation. Dans d'autres provinces, la divulgation est volontaire et à la discrétion du clinicien ou de l'établissement traitant. Voici des exemples de mesures récentes :

- À l'automne 2002, l'Assemblée nationale du Québec a adopté le projet de loi 113. Première législation de cette nature au Canada, elle oblige les hôpitaux à le dire aux patients quand des accidents se produisent. Ils doivent aussi expliquer quelles mesures sont prises pour rectifier l'erreur et pour en prévenir des semblables.
- En Saskatchewan, une nouvelle législation exige que les erreurs soient déclarées au ministère provincial de la Santé. (La déclaration était autrefois volontaire.) De même, le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a institué des règlements qui obligent les médecins à rapporter les erreurs à leurs patients.
- En février 2003, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a adopté une politique de divulgation de préjudice. En vertu de cette politique, les médecins sont obligés de divulguer tout préjudice subi par un patient à cause d'un traitement. La divulgation doit se faire le plus tôt possible et la nouvelle doit être annoncée avec doigté.

de médecine a conclu que les effets indésirables évitables (erreurs médicales) sont une cause majeure de décès aux États-Unis¹⁹.

Pour approfondir la question, des chercheurs canadiens ont récemment mené un sondage sur la sécurité des patients auprès de dizaines d'établissements de santé et de collèges/associations²⁰. Le tiers (33 %) d'entre eux ont répondu. Les erreurs de médicament étaient la source de préoccupation la plus souvent citée en ce qui a trait à la sécurité des patients ou aux erreurs du système de santé dans les établissements de soins.

On a aussi demandé aux organismes de préciser les obstacles à l'identification et à la déclaration des erreurs. Soixante-douze pour cent des établissements de soins de santé et 48 % des collèges/associations ont dit qu'une culture de peur de représailles et de blâme en était responsable. Les collèges/associations ont cité le plus souvent des questions juridiques (63 %), comme la législation et les règlements, comme un obstacle. Dans le monde, de tels facteurs systémiques ont aussi été relevés comme étant essentiels à la compréhension et à la réduction des erreurs du système de santé²¹.

Le sondage a également demandé aux établissements de santé d'évaluer leur capacité à identifier les erreurs du système. La plupart (64 %) ont répondu qu'ils se débrouillaient bien. Par contre, presque la moitié (46 %) croyaient qu'une fois qu'ils avaient relevé les erreurs, leur capacité à les réduire était passable ou médiocre.

Bien qu'il y ait peu de données pancanadiennes sur les erreurs du système de santé, on dispose quand même de certains renseignements. Par exemple :

- En 2003, une étude a été publiée dans laquelle des chercheurs se sont penchés sur les **effets indésirables** chez 400 patients qui avaient reçu leur congé d'un grand hôpital en région urbaine (la période étudiée n'était pas indiquée). Ils ont constaté que 19 % des patients avaient souffert d'effets indésirables après leur sortie de l'hôpital; 30 % étaient évitables²².
- En 2002, on a évalué que les **erreurs évitables de médicament** étaient responsables de 700 décès chaque année au Canada²³.
- Les hôpitaux (sauf ceux de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Québec) ont déclaré à l'ICIS environ 31 **réactions indésirables à une transfusion** par 10 000 transfusions en 2000-2001. Des chercheurs ont étudié 819 **erreurs de transfusion** déclarées entre février 1999 et août 2000 dans un hôpital de Toronto²⁴. Ces erreurs n'ont entraîné aucune conséquence permanente chez les patients. Néanmoins, les auteurs de l'étude ont recommandé de mettre en œuvre un système de déclaration

des « quasi-incidences » pour faire le suivi de chaque incident et d'en tirer des leçons.

La sécurité des réserves de sang au Canada

Les scandales du sang contaminé ont ébranlé le pays dans les années 1990. En 1997, la Commission Krever a publié son rapport sur la sécurité des réserves de sang. Puis, deux nouveaux organismes ont été créés — la Société canadienne du sang (SCS) et Héma-Québec. Ils sont responsables du prélèvement et de la distribution du sang et des produits sanguins au Canada. Le juge Krever a recommandé entre autres que les gouvernements prennent aussi part au système. Ainsi, Santé Canada est chargé d'inspecter le fonctionnement des organismes, d'émettre des directives et d'octroyer les licences.

Les organismes du sang ont recours à plusieurs mécanismes pour protéger les réserves de sang. La sélection des donneurs, l'analyse sanguine et la surveillance des maladies n'en sont que quelques exemples. Actuellement, tout le sang est soumis à des épreuves pour cinq maladies transmissibles : virus de l'immunodéficience humaine, hépatite B, hépatite C, virus humain T-lymphotrope et syphilis. Malgré les tests et la sélection des donneurs, il arrive que du sang contaminé soit transfusé (voir figure 81).

Afin de prévenir la propagation d'autres maladies, les organismes du sang disposent de règles sur les donneurs. Elles évoluent à mesure que les circonstances changent. Par exemple, des nouvelles restrictions ont été imposées en 2001 pour tenter de protéger les réserves de sang de la forme humaine de la « maladie de la vache folle » ou de la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. De même, les produits sanguins congelés fabriqués à partir de sang prélevé en Ontario pendant la saison des moustiques 2002 ont été rappelés à cause des risques d'infection par le virus du Nil occidental (VNO). (Bien qu'il n'y ait pas à l'heure actuelle de test commercial pour le dépistage du VNO, la SCS a annoncé des plans pour mettre le dépistage en application dès qu'un test fiable sera disponible²⁸.)

La sécurité des réserves de sang dans le monde

81

Dans les pays développés, les autorités sanitaires font des tests sur le sang donné pour tenter de limiter la propagation des maladies. Les tests varient d'un pays à un autre. De même, ils évoluent en même temps que les méthodes. Néanmoins, ces tests ne sont pas parfaits. Ce tableau compare les estimations récentes du nombre d'unités de sang infecté par million de dons au Canada et dans cinq autres pays.

	Canada, à l'exclusion du Québec (1990-2000)	Centres de transfusion de la Croix-Rouge américaine (1995-2001)	Italie (1994-1999)	Australie (2000-2001)	Espagne (1997-1999)	France (1998-2000)
VIH	0,24	0,47	2,45	0,17-0,30	1,95	0,73
Hépatite B	11,76	s.o.	15,78	0,47-1,01	13,51	2,13
Hépatite C	0,70	0,52	4,35	1,20-5,55	6,71	1,16

Remarques : Chaque pays possède des normes différentes pour tester le sang donné. De plus, les tests changent à mesure que des nouvelles méthodes sont mises au point, ce qui peut expliquer en partie les écarts entre les pays. Les méthodes de calcul des estimations diffèrent aussi quelque peu entre les études, quoique celles présentées ici tiennent compte de l'incidence des maladies chez les donneurs et de la fenêtre sérologique. Certaines méthodes prennent aussi en compte les erreurs de test ainsi que la sensibilité et la spécificité des tests. Les comparaisons entre les pays doivent donc être établies avec prudence. Pour plus de détails, voir les références à droite.

Sources :

Canada : Chiavetta J, Deeks SL, Escobar M, Newman AM, He YH. (2002). Residual risk of transfusion transmitted infection (1999-2000). Présenté au 27th Congress of the International Society of Blood Transfusion. Vancouver, Colombie-Britannique, du 24 au 29 août 2002.

États-Unis : Dodd RY, Notari EP, Stramer SL. (2002). Current prevalence and incidence of infectious disease markers and estimated window-period risk in the American Red Cross blood donor population. *Transfusion*, 42(8), 975.

Italie : Tosti ME, Solinas S, Prati D, Salvaneschi L, Manca M, Francesconi M, Ciuffreda M, Girelli G, Mele A. (2002). An estimate of the current risk of transmitting blood-borne infections through blood transfusion in Italy. *British Journal of Haematology*, 117(1), 215-219.

Australie : Seed CR, Cheng A, Ismay SL, Bolton WV, Kiely P, Cobain TJ, Keller AJ. (2002). Assessing the accuracy of three viral risk models in predicting the outcome of implementing HIV and HCV NAT donor screening in Australia and the implications for future HBV NAT. *Transfusion*, 42(10), 1365-1372.

Espagne : Alvarez M, Oyonarte S, Rodriguez OM, Hernández JM. (2002). Estimated risk of transfusion-transmitted viral infections in Spain. *Transfusion*, 42(8), 994-998.

France : Pillonel J, Laperche S, Saura C, Desenclos JC, Couroucé AM. (2002). Trends in residual risk of transfusion-transmitted viral infections in France between 1992 and 2000. *Transfusion*, 42(8), 988.

- Selon une étude réalisée au Québec, les personnes âgées et les assistés sociaux ont utilisé moins de médicaments « essentiels », ont connu des **effets indésirables** plus graves et se sont rendus plus souvent à l'urgence après une hausse dans le partage des coûts des médicaments d'ordonnance au milieu des années 1990²⁵.
- En 1996, un autre hôpital de Toronto a étudié les **effets indésirables chez les patients en chirurgie**²⁶. Les chercheurs ont constaté que 39 % des patients avaient souffert de complications. Dix-huit pour cent des 144 complications relevées étaient possiblement attribuables à des erreurs.
- En 1995, des chercheurs ont fait un sondage auprès de la Société canadienne des anesthésiologistes. Les résultats révèlent que 85 % des anesthésiologistes ont déclaré avoir fait au moins une **erreur de médicament** pendant leur carrière²⁷. La plupart (98 %) des erreurs étaient négligeables mais quatre décès ont été rapportés.

Le travail est aussi en cours pour enrichir nos connaissances sur la sécurité des patients et les erreurs du système de santé au Canada. Ainsi, la plus vaste étude jamais réalisée sur les effets indésirables dans les hôpitaux canadiens a été entreprise en 2002. L'étude est coparrainée par l'ICIS et les Instituts de recherche en santé du Canada. Des dispensateurs de soins et des institutions de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse y prennent part. Les infirmières et les médecins passeront en revue les dossiers des patients pour y déceler les effets indésirables. Un outil d'évaluation sera alors appliqué aux erreurs pour voir si des meilleurs soins auraient pu prévenir le problème²⁹. On devrait connaître les résultats de l'étude en 2004.

Le Comité directeur national sur la sécurité des patients

Le Comité directeur national sur la sécurité des patients a été formé en septembre 2001 pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien. Dans son rapport publié en 2002 (*Accroître la sécurité du système – Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*), le Comité formule 19 recommandations groupées en cinq grandes catégories :

- Établir un institut canadien de sécurité des patients qui contribuerait à la mise en œuvre d'une stratégie nationale intégrée pour améliorer la sécurité des patients.
- Améliorer les processus juridiques et réglementaires.
- Améliorer les processus de mesure et d'évaluation.
- Créer des programmes d'éducation et de perfectionnement professionnel.
- Améliorer les processus d'information et de communication.

L'étude aidera également à quantifier l'importance des facteurs qui contribuent aux erreurs du système de santé. Selon des recherches internationales antérieures, bon nombre de ces facteurs sont reliés au système¹⁹. En voici des exemples : pratiques de gestion et de dotation, organisation de l'entreprise et cultures au sein desquelles les erreurs sont gardées dans l'ombre. D'autres facteurs sont plus individuels, comme le manque de formation, la surcharge de travail, le stress, la fatigue et la négligence. Les facteurs individuels peuvent aussi être influencés par les facteurs systémiques.

Volumes en chirurgie et résultats pour les patients — La recherche continue

Des chercheurs continuent à étudier la relation possible entre le nombre de patients soignés dans un hôpital et les résultats pour les patients. Depuis le rapport de l'an dernier, des journaux ont publié entre autres une nouvelle revue systématique des résultats de la recherche, une vaste étude sur l'expérience aux États-Unis et plusieurs études.

Volumes et résultats pour la santé : recherche récente

82

De nombreux chercheurs ont étudié la relation entre les résultats et les volumes en chirurgie. Deux revues récentes qui résument la recherche sont décrites ci-dessous. De nouvelles constatations continuent de se dégager, comme celles d'une vaste étude américaine dirigée par Birkmeyer. En s'inspirant de la recherche effectuée à ce jour, la plupart des experts reconnaissent que les personnes soignées dans des hôpitaux qui s'occupent de plus de patients ont tendance à avoir de meilleurs résultats pour plusieurs types de chirurgie. Ils affirment aussi que la force d'un tel lien varie selon l'intervention.

Étude	Journal et année de publication	Source et couverture des données	Conclusions générales
Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature (Halm)	Annals of Internal Medicine, 2002	Études en anglais basées sur une population dans <i>Medline</i> entre 1980 et 2000. Couvre 135 articles et 27 interventions et conditions cliniques.	Un volume élevé est associé à de meilleurs résultats mais le niveau d'association varie grandement. Cet écart peut être expliqué en partie par les différences dans les groupes clients et les processus de soins entre les dispensateurs à volume élevé et à faible volume.
Selective Referral to High-Volume Hospitals—Estimating Potentially Avoidable Deaths (Dudley)	The Journal of the American Medical Association, 2000	Documentation dans les bases de données <i>Medline</i> , <i>Current Contents</i> et <i>First Search Social Abstracts</i> entre 1983 et 1998. Couvre 72 articles et 14 interventions.	L'aiguillage des patients vers des hôpitaux à volume élevé peut potentiellement réduire la mortalité à l'hôpital pour 11 interventions et conditions. Dans le cas des arthroplasties du genou, des IAM et des réparations urgentes d'un anévrisme de l'aorte abdominale, on n'a observé aucun lien entre le volume et la mortalité.
Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States (Birkmeyer)	The New England Journal of Medicine, 2002	Base de données nationale des réclamations à l'assurance-maladie et le <i>Nationwide Inpatient Sample</i> entre 1994 et 1999. Couvre 14 interventions cardiovasculaires et liées au cancer.	Dans le cas des 14 interventions, les décès ont diminué à mesure que les volumes ont augmenté. L'importance relative du volume variait grandement.

Les nouvelles recherches confirment les résultats des recherches antérieures où l'on a étudié plusieurs types de soins et diverses chirurgies. Le résultat que l'on surveille le plus souvent est la mortalité. Les recherches tendent à indiquer que les patients traités dans un hôpital où le nombre de cas est plus élevé courent moins de risques de mourir après la chirurgie. Cependant, le degré d'association varie grandement.

D'autres recherches ont examiné d'autres résultats que la mortalité. Ainsi, une étude ontarienne de patients atteints du cancer du pancréas a comparé la durée du séjour des patients soignés dans des hôpitaux à faible volume (moins de 22 cas), à volume moyen (entre 22 et 42 cas) et à volume élevé (plus de 42 cas)³⁰. Les chercheurs ont constaté que la durée moyenne du séjour était nettement plus longue dans les hôpitaux à faible volume (7,7 jours de plus) et à volume moyen (9,2 jours de plus) que dans ceux à volume élevé.

La relation volume/résultats : ce que la recherche révèle

83

De nombreux chercheurs étudient la relation volume/résultats en comparant les taux de mortalité des patients. Dans des documents produits récemment, Dudley et Halm ont tous deux passé en revue des études publiées pour plusieurs conditions et interventions. Birkmeyer et collègues ont adopté une approche différente. Dans ce que les rédacteurs en chef de périodiques ont appelé l'étude de ce type la plus vaste à ce jour, ils ont comparé les résultats dans des hôpitaux à volume très élevé et à très faible volume aux États-Unis au moyen de la base de données *National Medicare Claims* et du *Nation-Wide Inpatient Sample*. Ce tableau compare les résultats des trois études pour les interventions sur lesquelles elles se sont toutes penchées.

Intervention	Dudley (2000)		Halm (2002)		Birkmeyer (2002)		
	N ^{bre} d'études incluses	N ^{bre} avec meilleurs résultats statistiquement significatifs	N ^{bre} d'études incluses	N ^{bre} avec meilleurs résultats statistiquement significatifs	Taux de mortalité dans les hôpitaux à très faible volume	Taux de mortalité dans les hôpitaux à volume très élevé	% de réduction de la mortalité si le patient est traité dans un hôpital à volume très élevé par opposition à un hôpital à volume très faible
Pontage aortocoronarien	11	9	8	6	5,6 %	4,5 %	20 %*
Dérivation artérielle du membre inférieur (c.-à-d. utilisation des veines de la jambe pour pontage aortocoronarien)	1	1	2	1	5,1 %	4,1 %	20 %*
Réparation non urgente d'anévrisme de l'aorte abdominale	9	9	non rupturé-8 rupturé-8	non rupturé-7 rupturé-2	6,5 %	3,9 %	40 %*
Endartériectomie de la carotide (c.-à-d. enlèvement de l'accumulation de plaque dans les carotides)	9	6	15	7	1,7 %	1,5 %	12 %*
Chirurgie pour cancer de l'œsophage	2	2	3	3	20,3 %	8,4 %	59 %*
Chirurgie pour cancer du pancréas	8	8	10	9	16,3 %	3,8 %	77 %*
Chirurgie colorectale	pour cancer-6	5	10	4	pour cancer-5,6 %	4,5 %	20 %*
Chirurgie pour cancer de l'estomac	gastrectomie-5	4	3	1	11,4 %	8,6 %	25 %*

Remarque : * Différence statistiquement significative entre les hôpitaux à très faible volume et les hôpitaux à volume très élevé.

Sources : 1. Adapté de Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. (2000). Selective referral to high-volume hospitals: Estimating potentially avoidable deaths. *Journal of the American Medical Association*, 283(9), 1159-1166.

2. Adapté de Halm EA, Lee C, Chassin MR. (2002). Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Annals of Internal Medicine*, 137(6), 511-520.

3. Adapté de Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. (2002). Hospital volume and surgical mortality in the United States. *New England Journal of Medicine*, 346(15), 1128-1137.

Au dire des experts, de nombreux facteurs jouent un rôle dans la relation volume-résultats et leur importance relative fait encore l'objet de discussions. Par exemple, certains chercheurs affirment « qu'à force de forger, on devient forgeron ». C'est donc dire que les hôpitaux qui traitent plus de patients développent de meilleures compétences³¹. D'autres pensent que les patients sont peut-être dirigés plus souvent vers des chirurgiens ou des centres les mieux réputés. Par conséquent, le nombre de patients qui se rendent à de tels centres demeure élevé. Il s'agit de « l'acheminement sélectif »³⁰.

Quelle que soit la bonne théorie (ou même si les deux contiennent des éléments de vérité), la nature exacte de la relation entre le volume et les résultats demeure obscure. Y a-t-il un nombre de cas requis pour atteindre les meilleurs résultats? Les résultats sont-ils toujours meilleurs si le volume de cas est plus élevé? Dans la plupart des cas, nous l'ignorons, en partie parce que divers chercheurs ont étudié diverses limites de volumes de différentes façons. Des questions demeurent en suspens, entre autres, comment équilibrer le développement de centres régionaux d'excellence et l'accès aux soins. Cet équilibre sera sans doute différent d'une intervention à une autre et d'un endroit à un autre.

Partout au pays, les décisionnaires doivent aborder ces questions de front.

Par exemple :

- En 1994, plusieurs enfants sont décédés des complications d'une chirurgie cardiaque à Winnipeg. Leur décès a fait l'objet d'une enquête. Sa conclusion? Le nombre limité de cas de cardiochirurgie infantile qui peuvent être pratiqués dans une province comme le Manitoba, qui compte à peine plus d'un million d'habitants, augmente le risque de morbidité et de mortalité³². Maintenant, les enfants de l'Ouest canadien subissent leur chirurgie cardiaque à un centre situé à Edmonton.
- En mai 1999, les premiers ministres des provinces de l'Ouest ont tenu leur 26^e réunion annuelle. Ils ont convenu de créer des centres d'excellence pour les soins médicaux ultraspécialisés. Les services comme la chirurgie pédiatrique et cardiaque y seraient centralisés.
- En 2001, le Comité directeur des services cliniques a déposé un rapport sur la situation dans les soins de courte durée en Nouvelle-Écosse. Le rapport a abordé, entre autres questions, celle des services à dispenser à quel endroit. Le Comité s'est penché sur le nombre de cas requis pour maintenir une qualité élevée des soins, quels services connexes sont nécessaires et d'autres facteurs. Ainsi, ils ont recommandé que les services de base de laboratoire ainsi que les soins prénataux et postnataux soient offerts dans les hôpitaux communautaires; que les services de chirurgie générale et d'anesthésie soient dispensés dans les centres régionaux; et que les services comme les unités de soins intensifs pour les grands brûlés et de transplantations soient offerts dans les hôpitaux provinciaux.
- En 2002, on a recommandé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario de pratiquer les chirurgies cardiaques sur les enfants dans un seul hôpital dans la province. Le ministre a accepté les conclusions du rapport.

Les révisions systématiques des comptes rendus de recherche, une compréhension des caractéristiques actuelles des volumes au Canada ainsi qu'une meilleure information sur les résultats pour les patients dans les hôpitaux individuels sont tous des moyens de présenter des preuves pour éclairer ce type de décision.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Comment les taux de mortalité (ajustés pour l'âge, le sexe et la comorbidité) dans les 30 jours suivant une première hospitalisation pour un IAM ou un AVC se comparent d'un bout à l'autre du pays.
- Pour certaines provinces, la survie sur un an des patients victimes d'un IAM et la survie sur six mois des patients atteints d'un AVC.
- Comment les taux de réadmission (ajustés pour l'âge, le sexe et la comorbidité) dans les 28 jours suivant une première hospitalisation pour un IAM, l'asthme, une pneumonie, une hystérectomie et une prostatectomie se comparent d'un bout à l'autre du pays.
- Le risque estimé d'infection par VIH, HBV et HCV associée à une transfusion.

Ce que nous ignorons

- Qu'est-ce qui explique les différences régionales dans la mortalité, les réadmissions et la survie?
- Quelles stratégies contribuent le plus à réduire les taux de mortalité et de réadmission imprévues?
- Combien de Canadiens meurent ou sont frappés d'invalidité à cause des erreurs du système de santé chaque année? Combien de quasi-incidences se produisent? Comment prévenir de telles erreurs?
- Pour quelles chirurgies, s'il en est, les hôpitaux qui traitent un petit nombre de cas exposent-ils les patients à des risques plus élevés de complications et de décès? Pour ces chirurgies, quel est le nombre optimal ou minimum qu'un hôpital devrait effectuer? Combien de décès pourraient être évités si les chirurgies étaient pratiquées dans des centres à volume élevé? Quels compromis faudrait-il faire si ces interventions étaient centralisées?

Ce qui se passe

- Le conseil sur la qualité dans la santé de la Saskatchewan a été mis sur pied le 1^{er} janvier 2003. Premier organisme de cette nature au Canada, il est dirigé par un groupe de chefs de file provinciaux, nationaux et internationaux nommés. Le conseil fera rapport sur des moyens novateurs d'améliorer le système de santé de la province et formulera ses recommandations.
- L'Alberta a créé la commission sur l'utilisation et les résultats des services de santé en 2002 pour donner suite à une recommandation du conseil consultatif du premier ministre sur la santé.
- En septembre 2002, le Comité directeur national sur la sécurité des patients a recommandé la création d'un institut national de sécurité des patients pour surveiller et éviter les erreurs médicales et les effets indésirables.
- L'Institut pour les pratiques sécuritaires à l'égard des médicaments — Canada (Institute for Safe Medication Practices—Canada) est un organisme sans but lucratif fondé pour étudier les erreurs de médicament et émettre des recommandations en vue d'accroître la sécurité des patients. Il a commencé à recueillir des données sur les erreurs de médicament dans plusieurs hôpitaux en juillet 2002. Les premiers résultats seront connus au printemps ou à l'été 2003.
- Des chercheurs du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande collaborent à un nouveau projet du Fonds du Commonwealth. Leur objectif : élaborer une vaste gamme d'indicateurs — dont les résultats des soins de santé — à des fins de comparaison internationale.
- Plusieurs études sont en cours pour améliorer l'information sur les résultats pour la santé et la sécurité des patients. L'étude sur les erreurs du système de santé mentionnée dans le présent chapitre en est un exemple. De même, l'ICIS prévoit entamer une étude approfondie sur les interventions chirurgicales à faible volume et à volume élevé.

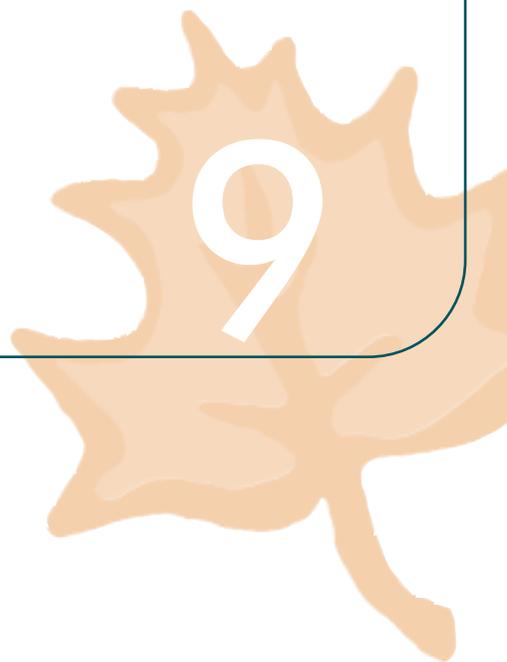
Pour en savoir davantage

- ¹ Stone GW, Grines CL, Browne KF, Marco J, Rothbaum D, O'Keefe J, Hartzler GO, Overlie P, Donohue B, Chelliah N. (1995). Predictors of in-hospital and 6-month outcome after acute myocardial infarction in the reperfusion era: The primary angioplasty in myocardial infarction trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 25(2), 370-377.
- ² Tu JV, Austin P, Naylor D, Iron K, Zhang H. (1999). *Acute Myocardial Infarction Outcomes in Ontario*. In Naylor CD, Slaughter PM (Eds). *Cardiovascular Health and Services in Ontario: An ICES Atlas*. Toronto : Institut de recherche en services de santé.
- ³ Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. (2000). A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Preventive Medicine*, 30, 261-268.
- ⁴ Kapral MK, Wang H, Mamdani M, Tu JV. (2002). Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. *Stroke*, 33, 268-275.
- ⁵ Johansen H, Nair C, Mao L, Wolfson M. (2002). Revascularisation et issues des crises cardiaques. *Rapports sur la santé*, 13(2), 35-46.
- ⁶ Smurawska LT, Alexandrov AV, Bladin CF, Norris JW. (1994). Cost of acute stroke care in Toronto, Canada. *Stroke*, 25(8), 1628-1631.
- ⁷ Marrugat J, Sala J, Masià RA, Pavesi M, Sanz G, Valle V, Molina L, Serés L, Elosua R. (1998). Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 280(16), 1405-1409.
- ⁸ Loor HI, Groenier KH, Limburg M, Schuling J, Meyboom-de Jong B. (1999). Risks and causes of death in a community-based stroke population: 1 month and 3 years after stroke. *Neuroepidemiology*, 18(2), 75-84.
- ⁹ Bronnum-Hansen H, Davidsen M, Thorvaldsen P. (2001). Long-term survival and causes of death after stroke. *Stroke*, 32(9), 2131-2136.
- ¹⁰ Veugelers PJ, Hornibrook S. (2002). Comparaison de l'état de santé de la population dans de petites régions : applications possibles pour les décideurs et défis pour les chercheurs. *Maladies chroniques au Canada*, 23(3), 100-110.
- ¹¹ Benbassat J, Taragin M. (2000). Hospital readmissions as a measure of quality of health care. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1074-1081.
- ¹² Island Peer Review Organization. (1995). *IPRO: A Quality Improvement Study*. www.ipro.org/qip/iprostudies/Asthma/toc.htm.
- ¹³ Brown AD, Anderson GM. (1999). Methods for measuring clinical utilization and outcomes. In Baker GR, Anderson GM, Brown AD, McKillop I, Montgomery C, Murray MA, Pink GH. (Eds.) *The Hospital Report '99: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*. Toronto : Association des hôpitaux de l'Ontario.
- ¹⁴ Anderson GM, Brown AD, Doran D, Green J, Dharwarker N. (2002). Clinical utilization and outcomes. In Institut canadien d'information sur la santé, Gouvernement de l'Ontario, Association des hôpitaux de l'Ontario et University of Toronto. *Hospital Report 2002: Acute Care Technical Summary*. Ottawa : ICIS.
- ¹⁵ Chassin MR. (1998). Is health care ready for six sigma quality? *The Milbank Quarterly*, 76(4), 565-591.
- ¹⁶ Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 325(3): 210.
- ¹⁷ Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. (2001). Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 322, 517-519.
- ¹⁸ Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. (1995). The quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 163(9), 458-471.
- ¹⁹ Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC : National Academies Press.
- ²⁰ Baker GR, Norton P. (2002). *La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien : un examen et une analyse systématiques des principales initiatives prises dans le monde*. Rapport présenté à Santé Canada. Ottawa: Santé Canada. www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/rapport/index.html.
- ²¹ Millar J. (2001). System performance is the real problem. *Healthcare Papers*, 2(1), 79-84.
- ²² Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 161-167.
- ²³ O'Reilly M. (2002). Medication errors and drug advisories online. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(6), 796.
- ²⁴ Callum JL, Kaplan HS, Merkle LL, Pinkerton PH, Fastman BR, Romans RA, Coovadia AS, Reis MD. (2001). Reporting of near-miss events for transfusion medicine: Improving transfusion safety. *Transfusion*, 41, 1204-1211.
- ²⁵ Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, Hurley J, Grad R, Latimer E, Perreault R, McLeod P, Huang A, Larochelle P, Mallet L. (2001). Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 285(4), 421-429.
- ²⁶ Wanzel KR, Jamieson CB, Bohnen JMA. (2000). Complications on a general surgery service: Incidence and reporting. *Journal canadien de chirurgie*, 43(2), 113-117.

- ²⁷ Orser BA, Chen RJB, Yee DA. (2001). Medication errors in anesthetic practice: A survey of 678 practitioners. *Journal canadien d'anesthésie*, 48, 139-146.
- ²⁸ Société canadienne du sang. (communiqués. Le 13 décembre 2002). *La Société canadienne du sang présente son plan pour réduire le risque de transmission du virus du Nil occidental*. Ottawa : Société canadienne du sang.
- ²⁹ Sibbald B. (2002). Twenty-site study to assess adverse events in Canadian hospitals. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167(2), 181.
- ³⁰ Simunovic S, To T, Theriault M, Langer B. (1999). Relation between hospital surgical volume and outcome for pancreatic resection for neoplasm in a publicly funded health care system. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160(5), 643-648.
- ³¹ Hamilton BH, Ho V. (1998). Does practice make perfect? Examining the relationship between hospital surgical volume and outcomes for hip fracture patients in Quebec. *Medical Care*, 36(6), 892-903.
- ³² Sinclair CM. (2000). *The Report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An Inquiry into Twelve Deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994*. Manitoba : Cour provinciale du Manitoba.

**Retour sur le passé,
regard vers l'avenir**

9



Retour sur le passé, regard vers l'avenir



Ces jours-ci, on teste des caméras de la taille d'une capsule qui prennent des images vidéos en passant dans le tube digestif.

Ces capsules M2A ne sont qu'un exemple de l'avancement rapide des technologies qui offrent des moyens nouveaux de voir l'intérieur du corps humain.

Les systèmes d'information nous permettant de voir l'intérieur du système de santé évoluent également. Cette année, le problème n'était pas tant de décider ce que nous allions inclure dans le rapport mais ce que nous allions laisser de côté. C'est un problème agréable à affronter et qui reflète les améliorations récentes dans l'information sur la santé et les soins de santé au Canada. Par exemple, pour la première fois, nous pouvons comparer ce que les patients pensent des hôpitaux, des médecins et des soins communautaires aux quatre coins du pays (voir le chapitre 6). Des nouvelles données sur la qualité des soins, des nouveaux indicateurs régionaux de santé et bien d'autres sujets offrent aussi un ensemble de connaissances plus vaste pour appuyer les nombreuses décisions complexes qu'on doit prendre en vue d'améliorer la santé et les soins de santé.

La base d'information sur la santé au Canada a également progressé cette année grâce à la publication des premiers rapports sur des indicateurs de santé comparables.

Promis par les premiers ministres en septembre 2000, ces 14 rapports (un pour chaque province et territoire et un pour le gouvernement fédéral) ont présenté des indicateurs de l'état de santé, des résultats pour la santé et de la qualité du service. Certains étaient déjà disponibles; d'autres, comme les temps d'attente pour un pontage aortocoronarien, traduisaient les nouvelles ententes sur la façon d'obtenir l'information comparable sur la santé et d'en faire rapport.

À surveiller

La série *Les soins de santé au Canada* présente les grandes lignes de ce que nous savons et de ce que nous ignorons du système de santé au Canada. Cette année, les soins de santé primaires sont en vedette. La série qui l'accompagne, *La santé de la population canadienne*, et le rapport à venir *Améliorer la santé des Canadiens* offrent une perspective globale sur la santé de la population. D'autres rapports fouillent certains sujets plus à fond. Pour en savoir plus au sujet des rapports réguliers de l'ICIS sur les ressources humaines de la santé, les dépenses de santé et les services de santé; les rapports conjoints sur des problèmes de santé, comme les maladies cardiovasculaires et l'arthrite; et les rapports spéciaux prévus sur l'imagerie médicale ainsi que la santé des mères et des bébés au Canada et les soins de santé qui leur sont dispensés, veuillez consulter le site Web de l'ICIS à www.icis.ca.

Les gouvernements ont déjà commencé à préparer les prochains rapports, qui doivent paraître en 2004. Ils prendront appui sur la première série et sur des nouveaux engagements que les premiers ministres ont pris en février 2003. À l'heure où ces efforts et d'autres initiatives visant à améliorer l'information sur la santé portent fruit, nous attendons avec impatience l'occasion d'en faire connaître les résultats dans les prochains *Les soins de santé au Canada*.

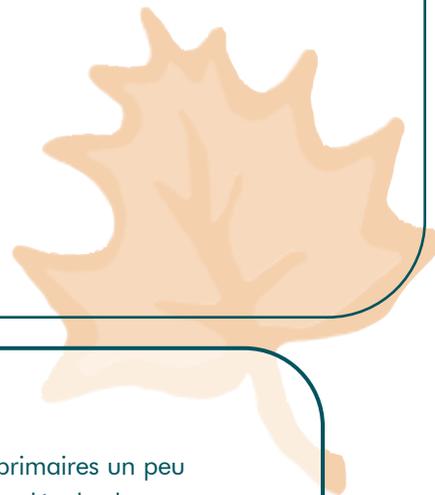
Rapports sur des indicateurs de santé comparables

84

En septembre 2002, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont fait rapport à leurs citoyens sur une série d'indicateurs de santé comparables. Les rapports sont affichés sur les sites Web énumérés ci-dessous. Plusieurs de ces indicateurs, de l'espérance de vie au faible poids à la naissance en passant par les taux de réadmission et la satisfaction des patients, sont aussi affichés à http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=pirc_f.

Secteur de compétence	Site Web
Colombie-Britannique	www.healthplanning.gov.bc.ca/cpa/publications/how_healthy_sept2002.pdf
Alberta	www.health.gov.ab.ca/public/document/pircReport.pdf
Saskatchewan	www.health.gov.sk.ca/info_center_comparable_health_indicators_report.html
Manitoba	www.gov.mb.ca/health/pirc/
Ontario	www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/pircf/pirc_mnf.html
Québec	www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/cerir/
Nouvelle-Écosse	www.gov.ns.ca/health/pirc/
Nouveau-Brunswick	www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2002-f.pdf
Île-du-Prince-Édouard	www.gov.pe.ca/photos/original/hss_common_hi_f.pdf
Terre-Neuve-et-Labrador	www.gov.nf.ca/publicat/healthscope/healthscope_report.pdf
Territoire du Yukon	www.hss.gov.yk.ca/docs/health_indicators_2002.pdf
Territoires du Nord-Ouest	www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/reports/reports_index.htm
Nunavut	www.gov.nu.ca/Nunavut/English/news/2002/sept/pirceng.pdf
Gouvernement fédéral	www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/imputabilite/indicateurs.html

Annexe



Information sur les initiatives en matière de soins de santé primaires dans les provinces et les territoires

Ce tableau présente de l'information sur des établissements choisis de soins de santé primaires un peu partout au pays. L'information a été transmise ou vérifiée par des personnes-ressources clés de chaque ministère provincial ou territorial de la Santé. Il accorde une attention particulière aux organismes au sein desquels différents dispensateurs de soins de santé primaires travaillent ensemble. Nous avons inclus les Groupes de médecine familiale du Québec et le Réseau Santé familiale de l'Ontario. Par contre, nous n'avons pas inclus certains groupes de médecins de famille qui travaillent ensemble. Le tableau présente également certaines initiatives actuellement en cours dans chaque secteur de compétence.

Province/territoire	Sites de soins de santé primaires	Création	Exemples d'initiatives actuelles
Terre-Neuve-et-Labrador	3 établissements de santé primaire 3 centres de santé communautaire	1997 1984, 1995, 1997	Le bureau des soins de santé primaires a mis au point un cadre provincial et un plan d'application en la matière. On a reçu et revu des lettres d'intention et on se dirige vers des propositions entourant la création d'équipes de dispensateurs de soins de santé primaires.
Île-du-Prince-Édouard	4 centres de santé communautaire	1995-2000	Le gouvernement provincial prévoit : <ul style="list-style-type: none"> • créer des centres de santé familiale qui incluent la pratique collaborative d'équipes multidisciplinaires de dispensateurs de soins; • élaborer et déployer une stratégie sur un mode de vie sain et améliorer la stratégie sur l'utilisation des médicaments; • élargir une stratégie intégrée sur les soins palliatifs; • mettre en œuvre la vidéoconférence pour les soins cliniques, de même que pour l'éducation aux patients et aux dispensateurs.
Nouvelle-Écosse	4 organismes de soins primaires (anciennement les quatre sites de démonstration de l'initiative sur le renforcement des soins primaires maintenant financée pour les trois prochaines années) 9 centres de santé communautaire (CSC) (membres de la Fédération des centres de santé communautaire de la Nouvelle-Écosse. D'autres organismes se donnent le nom « centre de santé communautaire » mais ils ne répondent pas nécessairement à la définition que la fédération donne à un CSC.)	1999-2000 1971-2002	L'initiative sur le renforcement des soins primaires a donné son appui à : <ul style="list-style-type: none"> • un plus grand nombre d'infirmières praticiennes travaillant en collaboration avec des médecins de famille; • l'adoption de la technologie de l'information; • d'autres ententes de financement dans quatre collectivités dans la province. Le Comité consultatif sur le renouvellement des soins de santé primaires a été créé en septembre 2001 pour conseiller le ministère de la Santé sur le développement d'un système de soins de santé primaires communautaires. Le ministère de la Santé travaille avec les autorités sanitaires des districts pour répartir les 17 millions de dollars alloués à la province dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Les initiatives incluent : <ul style="list-style-type: none"> • améliorer les services de soins de santé primaires et trouver des nouveaux moyens pour développer des réseaux ou des organismes viables de soins de santé primaires; • appuyer les coûts du changement; • appuyer la transition à un dossier de santé électronique. Le volet « diversité et inclusion sociale » de l'initiative sur les soins de santé primaires est un plan triennal qui vise la sensibilisation à l'égard des questions de diversité et d'inclusion sociale dans les soins de santé primaires et à consulter des intervenants, y compris des populations diversifiées sur le plan culturel, pour élaborer des lignes directrices et des politiques pour le système de soins de santé primaires.

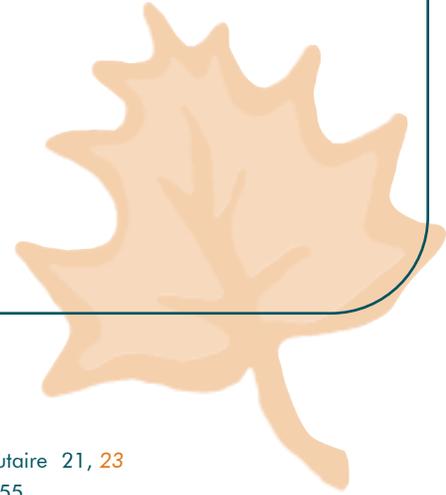
Information sur les initiatives en matière de soins de santé primaires dans les provinces et les territoires (suite)

Province/territoire	Sites de soins de santé primaires	Création	Exemples d'initiatives actuelles
	Camp Hill Family Medicine Centre	Début des années 1970	<p>Le ministère de la Santé travaille aussi avec les autorités sanitaires des districts pour faire en sorte qu'un plus grand nombre d'infirmières praticiennes travaillent en collaboration avec des médecins de famille. (On compte actuellement 13 postes prévus au budget d'infirmières praticiennes des soins de santé primaires en Nouvelle-Écosse.)</p> <p>Le ministère de la Santé et l'Université Dalhousie (unité de la santé de la population et de la prévention des maladies chroniques) commencent à collaborer avec divers groupes d'intervenants afin de mettre au point une stratégie sur la prévention des maladies chroniques pour la province.</p>
Nouveau-Brunswick	En octobre 2002, on a annoncé la création de 4 centres de santé communautaire à Saint John, Lamèque, Doaktown et Minto.	D'ici juin 2003	<p>Télé-Soins est un élément important des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick.</p> <p>Depuis 1999, la réforme des soins de santé primaires dans la province a surtout porté sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la stabilisation ou l'augmentation du nombre de dispensateurs de soins grâce à des stratégies de recrutement et de maintien en poste (p. ex. infirmières et médecins); • une meilleure utilisation des infirmières (p. ex. infirmières praticiennes, infirmières autorisées qui utilisent leurs pleines compétences et infirmières auxiliaires autorisées).
	Un modèle plus ancien de centre de santé communautaire a été mis en œuvre à McAdam	1993	<p>Le travail est aussi en cours à l'égard du mieux-être et de la gestion des maladies chroniques.</p> <p>Le Nouveau-Brunswick se servira de l'argent de l'enveloppe provinciale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) pour créer des CSC et mettre en œuvre d'autres initiatives provinciales. Le Nouveau-Brunswick travaille aussi avec les ministères de la Santé des provinces de l'Atlantique à des propositions pour l'enveloppe pluri-gouvernementale du FASSP.</p> <p>Outre le modèle des CSC, une approche de pratique collaborative sera mise en application au besoin.</p> <p>Le Plan provincial des services de santé, qui sera publié plus tard en 2003, donnera plus de détails sur les initiatives de renouvellement des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick.</p>
Québec	21 Groupes de médecine familiale accrédités répartis dans 15 régions socio-sanitaires (au 1 ^{er} avril 2003)	2002-2003	Création de nouveaux Groupes de médecine familiale (GMF), où les médecins de famille feront équipe avec des infirmières et d'autres professionnels pour offrir des soins de santé primaires aux patients. Les GMF peuvent convenir d'ententes de services avec les CLSC. Cent nouveaux GMF sont à prévoir pour la prochaine année.
	147 centres locaux de services communautaires (CLSC)	1972	Amélioration de l'accès à certains services de soins de santé primaires accessibles en tout temps, comme par exemple l'ouverture des CLSC 7 jours sur 7, pour un minimum de 70 heures par semaine.
Ontario	16 réseaux Santé familiale (au 1 ^{er} mai 2003)	2002-2003	Continuer l'initiative Réseau Santé familiale qui offre un accès amélioré aux services de soins de santé primaires 24 heures par jour, sept jours par semaine.
	14 réseaux de soins de santé primaires	1999	Appuyer des projets conçus pour faciliter et évaluer l'intégration des dispensateurs non-médecins dans les pratiques de soins de santé primaires.
	23 contrats parrainés par les collectivités (uniquement pour les régions mal desservies)	1999	
	13 programmes de financement de groupes du Nord	1999	
	55 centres de santé communautaire	Années 1970	
50 organismes de services de santé	Années 1970		
The Group Health Centre à Sault Ste. Marie	1963		
Manitoba	28 établissements, notamment des centres de santé, des centres communautaires de soins infirmiers, des centres de soins de santé primaires et des centres de santé communautaire	1926 à ce jour	<p>Dans le cadre des objectifs de rendement des régies régionales de la santé pour 2003-2004, celles-ci doivent élaborer et soumettre des plans opérationnels pour les soins de santé primaires qui doivent être conformes au cadre stratégique provincial en matière de soins de santé primaires.</p> <p>Les régies régionales de la santé ont organisé un réseau provincial de soins de santé primaires pour formuler des recommandations en la matière sur le plan provincial.</p> <p>Un groupe de renouvellement des soins primaires se réunit régulièrement depuis 2001. Il s'agit d'une tribune qui permet d'échanger ouvertement l'information, les idées et les opinions.</p> <p>Sous la direction de la régie régionale de la santé Burntwood et de Manitoba Keewatinowi Okimakanak (MKO), 65 organismes partenaires (gouvernementaux et non gouvernementaux) unissent leurs efforts pour améliorer la santé et le bien-être des populations nordiques et autochtones.</p>

Information sur les initiatives en matière de soins de santé primaires dans les provinces et les territoires (suite)

Province/territoire	Sites de soins de santé primaires	Création	Exemples d'initiatives actuelles
			<p>La régie régionale de la santé de Winnipeg, le ministère des Services à la famille et du Logement du Manitoba et le ministère de la Santé du Manitoba travaillent ensemble pour intégrer les services de santé communautaire et les services sociaux à 12 collectivités définies à Winnipeg (Winnipeg Integrated Services Initiative).</p> <p>Des initiatives financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) sont en cours au Manitoba. Voici certaines initiatives de la phase 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • élargissement des liens en matière de santé du centre de santé Misericordia (Misericordia Health Centre's Health Links) en un centre de contact en temps réel basé sur un protocole; • formation en pratique collaborative pour les professionnels de la santé; • intégration de la technologie de l'information dans les établissements de soins de santé primaires en milieu rural et urbain; • formation paramédicale en soins primaires pour le personnel des services d'urgence dans les régions rurales et du Nord; • sensibilisation du public aux soins de santé primaires. <p>Le ministère de la Santé du Manitoba participe avec d'autres provinces et territoires à deux propositions multigouvernementales et une proposition nationale dans le cadre d'autres enveloppes du FASSP.</p>
Saskatchewan	22 établissements de soins de santé primaires 3 cliniques communautaires	1998-2003 1962	<p>Le gouvernement provincial prévoit constituer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des équipes et des réseaux de soins de santé primaires; • un service provincial de télésanté accessible 24/7.
Alberta	Au moins 8 centres de santé communautaire	1980 à ce jour	<p>Parmi les clés qui seront financées d'ici quatre ans, mentionnons la création d'un service téléphonique de triage et d'information sur la santé 24/7 pour l'ensemble de la province et un certain nombre de projets visant à renforcer les capacités dans toute la province.</p> <p>Après des consultations auprès des intervenants à la fin de 2002, le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta devrait dévoiler aux intervenants et au grand public sa stratégie de réforme des soins de santé primaires en 2003.</p>
Colombie-Britannique	8 organismes de soins de santé primaires Au moins 25 centres de santé communautaire	1998 1970	<p>Voici des exemples d'initiatives visant à renforcer les soins de santé primaires par l'entremise des autorités sanitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • appuyer une série de modèles de pratique, p. ex. réseaux de soins aux patients, soins partagés, pratique interdisciplinaire, BC HealthGuide, premier appel aux infirmières, sommaire médical électronique et organismes de soins de santé primaires; • améliorer les résultats pour la santé (par exemple au moyen de partenariats pour l'amélioration de la qualité) et la gestion des maladies chroniques, y compris des registres des patients et des directives en matière de pratique clinique; • perfectionnement professionnel, preuves et évaluation.
Territoire du Yukon	14 centres de santé	1992-1998	<p>Des établissements de soins à plusieurs niveaux doivent être ouverts à Watson Lake et à Dawson City.</p> <p>Coordonnateur des équipes d'évaluation et de diagnostic du syndrome d'alcoolisme fœtal et activités de prévention pour les adultes atteints du syndrome.</p> <p>Réorganisation et intégration des services et des structures de soins de santé primaires avec mise en relief de la promotion de la santé.</p> <p>Amélioration et renforcement des systèmes d'information sur les soins de santé primaires.</p>
Territoires du Nord-Ouest	23 centres de santé communautaire	1992-1998	<p>Depuis 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore un modèle intégré de prestation de services qui décrira les services de base ainsi que la répartition, la mise en place et la prestation de services de soins de santé primaires.</p> <p>La proposition du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires des T. N.-O. contient 11 projets individuels conçus pour appuyer collectivement les soins primaires communautaires et faire progresser les soins de santé primaires dans les Territoires du Nord-Ouest. Les projets viennent du ministère de la Santé et des Services sociaux et de 6 des 7 régies régionales de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 projets visent à assurer l'éducation du public et du personnel et la coordination des réformes de soins de santé primaires. Un manuel sur l'autogestion de la santé a été adapté au contexte des T. N.-O. et distribué à tous les ménages. • 3 projets visent à constituer des équipes/services intégrés de soins de santé primaires (Inuvik, Rae-Edzo et Yellowknife). • 2 projets appuient l'amélioration des services entourant la reproduction féminine. • 3 projets dispensent une formation à l'intention de divers dispensateurs de soins, y compris les infirmières praticiennes, les dispensateurs de soins dentaires et les travailleurs de la santé communautaire.
Nunavut	26 centres de santé	1999	Expansion de la télésanté et des activités de promotion de la santé.

Index



Les numéros de page en *italique* indiquent que l'information apparaît dans un tableau, une figure ou un encadré.

accès aux soins

- comparaisons internationales *66*
- lacunes de l'information 44
- obstacles 38-39
- premiers contacts *23, 25, 30, 38*
- réformes 44
- régions éloignées 30

accident vasculaire cérébral 109-110, *111*

âge

- des médecins *49*
- et décès par maladie cardiaque 109

aidants naturels 35, 43

Alberta

- dépenses de santé *68*
- durée du séjour *77*
- infirmières *31, 32*
- lignes d'aide 39
- médecins 54, 57
- rapports sur la santé 6, 125
- réformes des soins de santé 6, *20, 24*
- régionalisation 12-13, *12*
- soins hospitaliers *80*
- taux de mortalité par crise cardiaque et accident vasculaire cérébral 109-110, *110*
- temps d'attente *86, 87*
- vaccination *101*
- visualisation diagnostique *82*

allaitement naturel *101*

ambulanciers *29*

arthroplasties de la hanche *78, 78-79*

arthroplasties du genou 78-79

aspirine 9

assistants dentaires *29*

assurance-maladie 35

asthme 40-41

audiologistes *29*

blessures *101*

cancer

- colorectal *99*
- de la bouche *100, 101*
- de la prostate 98, *101*
- du col de l'utérus *101*

du sein 97, *98, 101*

capitation *58*

caries *100, 101*

centres de santé communautaire 21, *23*

centres de soins infirmiers 55

chiropraticiens *29, 49*

chirurgie

d'un jour vs hospitalisation pour la nuit 79

effets indésirables 114

volumes 115-116

chirurgie au scalpel gamma 82

chirurgie cardiaque *87*

cliniques 31

Colombie-Britannique

continuité des soins 40

dentistes 29

dépenses de santé *68*

durée du séjour *77*

espérance de vie *10*

étudiants en médecine 7-8

formation et éducation *34*

infirmières *32*

ligne d'aide 39

médecins 29, 54, 58

podiatres 29

rapports sur la santé *126*

réadmissions à l'hôpital 112

régionalisation *11, 12*

ressources pour les soins auto-administrés *34*

soins hospitaliers *80*

taux de mortalité par crise cardiaque

et accident vasculaire cérébral 109-110, *110*

temps d'attente *83, 86, 87*

vaccination *102*

visualisation diagnostique *82*

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, voir *Commission Kirby*

Commission Clair, Québec 6, 20

Commission Fyke, Saskatchewan 6

Commission Kirby 6, *20, 24, 85*

Commission Krever *113*

Commission Mazankowski, Alberta 6, *85*

Commission Romanow 5, 6, *20, 23, 25, 85*

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, voir *Commission Romanow*

communications entre les dispensateurs de soins 40, 42-43

- comparaisons internationales
 - accès aux soins 66
 - continuité des soins 40
 - dépenses de santé 36, 65-66
 - espérance de vie 10, 10, 66
 - état de santé 10
 - modèles de soins 22
 - nombre de médecins 49
 - satisfaction à l'égard des soins médicaux 55
 - sécurité des réserves de sang 115
 - soins de santé primaires 35-36
 - temps d'attente 88
 - visites chez un médecin 37
- Conseil de la santé 6, 7
- continuité des soins
 - amélioration 40
 - comparaisons internationales 40
 - maladies chroniques 40-41
 - personnes âgées en perte d'autonomie 41
- dentistes
 - comment ils sont payés 44
 - nombre 29
 - rôles 29
 - visites 36-37, 44, 49
- dépenses de santé
 - combinaison des secteurs public et privé 6, 35, 44, 66
 - comparaisons internationales 36, 66
 - croissance 5-6, 65
 - différences provinciales et territoriales 7, 68
 - en coûts « indirects » 71
 - en médicaments 6, 7
 - et espérance de vie 65
 - et salaires 68-69
 - facteurs qui les influencent 67, 68
 - lacunes de l'information 72
 - où va l'argent 69-70
 - recommandations des commissions fédérales 6
 - réductions 5
 - soins de santé primaires 35-36
- dépression 40
- diabète
 - continuité des soins 40-41
 - hospitalisation 38
- diététistes 29
- diplômés internationaux en médecine 8, 49
- dispensateurs de soins, voir aussi professions spécifiques
 - cadres des fonctions 8
 - communications entre eux 40, 42-43
 - compétences 29
 - éducation et formation 32, 34
 - équipes de soins primaires 21, 33, 34
 - étudiants 7
 - exigences minimales d'entrée en fonction 8
 - famille et amis en tant que 35, 44
 - lacunes de l'information 44
 - législation 29, 32
 - nombre 29
 - primaires 19
 - recrutement et maintien en poste 8
 - régions éloignées 30, 31
 - rôles 30, 31
- dossiers de santé électroniques 42-43
- durée du séjour 77
- enfants
 - obésité 10
 - vaccination 101
- ergothérapeutes 29
- espérance de vie 9-10, 65
- état de santé
 - comparaisons internationales 10
 - déterminants 9-10
- exercice 10, 102
- femmes
 - cancer du sein 97-99, 101
 - en tant que médecins 49, 49-50
 - espérance de vie 10
 - traitement hormonal substitutif 9
- Fonds pour l'adaptation des services de santé 21-22
- Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 25, 59
- grippe 101-102
- grossesse
 - et prévention de la maladie 95
 - malformations du tube neural 101
- hommes
 - cancer de la prostate 97, 98
 - espérance de vie 10
- hôpitaux
 - dépenses de santé 69-70, 71
 - durée du séjour 77
 - en tant que premier contact 23, 25
 - erreurs de transfusion 114
 - lacunes de l'information 88
 - médecins dans les hôpitaux 55-56
 - réadmissions 110, 113, 118
 - soins et taux de mortalité 109-110
- hospitalisations
 - et revenu 38
 - évitables 41
 - réadmissions imprévues 112, 113
 - satisfaction à l'égard des soins 80-81, 81
 - taux 78
- hygiénistes dentaires 29
- hypertension 41, 101
- Île-du-Prince-Édouard
 - dépenses de santé 68
 - durée du séjour 77
 - infirmières 32
 - médecins 54

rapports sur la santé 126
 régionalisation 11, 12
 soins hospitaliers 80
 vaccination 101
 visualisation diagnostique 82
 imagerie par résonance magnétique 82
 incapacité 10
 infirmières
 dans les équipes de soins primaires 21-22
 formation et réglementation 32
 nombre 29
 recrutement et maintien en poste 7
 rôles 30, 31-32
 travailler avec des médecins 31
 insuffisance cardiaque congestive 40
 Internet
 prescription de médicaments en ligne 43
 ressources de santé 34, 40, 81, 86

 lignes d'aide 34, 39

 maladie cardiaque
 continuité des soins 40
 crises cardiaques 109-110, 110
 réadmissions à l'hôpital 112, 114
 maladies chroniques 40-41, 44
 maladie de Creutzfeld-Jakob 115
 maladie « de la vache folle » 115
 maladie des gencives 100
 malformations du tube neural 101
 Manitoba
 dépenses de santé 68-69
 durée du séjour 77
 infirmières 32
 ligne d'aide 39
 médecins 54
 rapports sur la santé 125
 régionalisation 12
 soins hospitaliers 80
 temps d'attente 87
 vaccination 101
 visualisation diagnostique 82
 médecins
 accès 54-55
 âge 49
 comment ils sont payés 36-37, 57-58, 69-70
 comparaisons internationales 49, 55
 diplômés internationaux 8, 51
 éducation et formation 51
 en tant que premier contact 23, 25
 et prévention de la maladie 97-99
 étudiants 7, 8, 50
 lacunes de l'information 59
 lieu de la pratique 51-53
 milieux de pratique 7, 53
 nombre 53
 recrutement et maintien en poste 51-52
 rémunération à l'acte 57-58
 rôles et services 29, 31, 55-56, 57
 satisfaction à leur égard 55
 sexe 49, 50
 sondage 53
 travailler avec d'autres dispensateurs de soins 31, 34
 types 50
 utilisation d'ordinateurs 43, 44
 visites 36-37, 44, 49
 médicaments
 dépenses de santé 6-7, 69-70
 erreurs de médicaments 114
 innovations dans la haute technologie 81
 prescription en ligne 43
 sécurité des patients 114-116
 systèmes d'information informatiques 43
 ministres et sous-ministres de la Santé 6-7, 20, 24, 25
 modèles de soins 22, 25, 59

 Nouveau-Brunswick
 dépenses de santé 68-69
 durée du séjour 77
 infirmières 31, 32
 ligne d'aide 39
 médecins 54
 rapports sur la santé 125
 réformes des soins de santé 20, 24
 régionalisation 12
 soins hospitaliers 80
 taux de mortalité par crise cardiaque et accident vasculaire cérébral 109, 110
 temps d'attente 87
 vaccination 101
 visualisation diagnostique 82
 Nouvelle-Écosse
 dépenses de santé 68-69
 durée du séjour 77
 infirmières 31, 32
 médecins 54
 rapports sur la santé 125
 réformes des soins de santé 24
 régionalisation 12
 soins hospitaliers 80
 taux de mortalité par crise cardiaque et accident vasculaire cérébral 109-110, 110
 temps d'attente 87
 travailleurs paramédicaux 30
 vaccination 101
 visualisation diagnostique 82
 Nunavut
 dépenses de santé 68-69
 durée du séjour 77
 espérance de vie 10
 infirmières 31, 32
 rapports sur la santé 125
 régionalisation 12

- soins hospitaliers 80
- vaccination 101
- nutritionnistes 29
- obésité 10
- obstacles de l'accès aux soins 38-39, 44
- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé 81
- Ontario
 - coûts des hospitalisations 38
 - dépenses de santé 68-69
 - durée du séjour 77
 - infirmières 31, 32
 - ligne d'aide 39
 - médecins 7, 31, 52, 53, 54, 55, 57-58
 - modèles de soins 33
 - rapports sur la santé 125
 - réformes des soins de santé 21, 24
 - régionalisation 12
 - soins hospitaliers 80-81
 - SRAS 11
 - taux d'arthroplasties de la hanche et du genou 78
 - temps d'attente 83, 86, 87, 88
 - vaccination 101
 - visualisation diagnostique 82
- opticiens 29
- optométristes 21, 29, 44
- ordinateurs
 - dossiers de santé électroniques 42-43, 44
 - systèmes pour les médicaments 43
 - utilisation par les médecins 32, 44
- Organisation mondiale de la Santé
 - au sujet des équipes de soins de santé 33
 - choix sains 10
 - espérance de vie 9-10
- orthodontistes 49
- personnes âgées 41
- personnes âgées, arthroplasties du genou 78
- pharmaciens 29, 30
- physiothérapeutes 21, 29
- podiatres 29
- poids
 - augmentation en Amérique du Nord 9
 - enfants 9
- praticiens de médecine parallèle 49
- praticiens en santé mentale 49
- prestation humanitaire 35, 44
- prévention de la maladie
 - cancer 97-99
 - ce qui est fait 100
 - évaluation des risques 96
 - lacunes de l'information 104
 - primaire 95
 - secondaire 96
- professionnels paramédicaux 21
- provinces
 - assurance-maladie 35
 - dépenses de santé 7, 66, 68-69
 - durée du séjour 77
 - espérance de vie 11
 - infirmières 31, 32
 - lignes d'aide 39
 - médecins 53, 54, 55
 - ministres et sous-ministres 25
 - ministres et sous-ministres de la Santé 6-7, 24
 - modèles de soins 33
 - rapports sur la santé 125
 - réadmissions à l'hôpital 112, 113
 - réformes des soins de santé 6, 20, 21, 24
 - régionalisation 12
 - ressources pour les soins auto-administrés 34
 - soins hospitaliers 80
 - taux de mortalité par crise cardiaque 109
 - vaccination 103
 - visualisation diagnostique 82
- provinces de l'Atlantique, voir aussi provinces spécifiques
 - médecins 53, 54, 55
 - régionalisation 12
- provinces de l'Ouest, voir aussi provinces spécifiques
 - médecins 53, 55
 - régionalisation 12
- psychologues 29
- Québec
 - continuité des soins 41
 - dépenses de santé 68-69
 - durée du séjour 77
 - espérance de vie 11
 - infirmières 32
 - ligne d'aide 39
 - médecins 8, 53, 54, 55
 - modèles de soins 33
 - rapport sur la santé 6
 - rapports sur la santé 125
 - réformes des soins de santé 6, 20, 21, 24
 - régionalisation 12
 - satisfaction à l'égard des soins 33
 - soins hospitaliers 80
 - vaccination 103
 - visualisation diagnostique 82
- réadaptation 84
- recherche
 - aspirine 9
 - modèles de soins 59
 - obésité 9
 - traitement hormonal substitutif 9
- recommandations et temps d'attente 84
- régionalisation 11, 12
- régions éloignées 30, 32
- régions rurales 8, 51-52, 53

- régions urbaines
 - médecins 51-52, 53
 - rôles des médecins 55
- rémunération à l'acte
 - comment cela fonctionne 57
 - définition 58
 - différences provinciales et territoriales 58
 - retrait des régimes publics d'assurance-maladie 58
- rémunération mixte 58
- Réseau canadien de la santé 34
- revenu
 - et dépenses de santé 68-69
 - et dépistage du cancer 37
 - et temps d'attente 83
 - et utilisation des hôpitaux 38
 - et visites chez un médecin 36-37, 44
 - et visites chez un dentiste 36-37, 44
- risque de maladie 96-97

- sages-femmes 29
- salles d'urgence
 - médecins 55
 - utilisateurs 56
- santé publique
 - SRAS 11
 - virus du Nil occidental 11, 115
- Saskatchewan
 - dépenses de santé 68-69
 - durée du séjour 77
 - infirmières 32
 - médecins 54
 - rapport sur la santé 6, 125
 - réformes de la santé 25
 - réformes des soins de santé 6, 20, 21, 24
 - régionalisation 12
 - soins hospitaliers 80
 - taux de mortalité par crise cardiaque et
 - accident vasculaire cérébral 109, 110
 - temps d'attente 86, 87
 - vaccination 101, 103
 - visualisation diagnostique 82
- sécurité des patients 114-116
- sécurité des réserves de sang
 - Commission Krever 115
 - comparaisons internationales 116
 - erreurs de transfusion 115
- services de santé, voir aussi soins de santé primaires
 - comment ils sont utilisés 37
 - continuum 19
 - maladies chroniques 40-41
- sexe
 - des médecins 49
 - et espérance de vie 9
- soins à domicile
 - financement 70
 - médecins 55
 - réformes 6-7
- soins auto-administrés 34-35, 41
- soins de longue durée 78
- soins de santé primaires, voir aussi services de santé
 - accès 23, 25, 38-39
 - comparaisons internationales 36
 - comparativement aux soins médicaux 21
 - continuité 40
 - définition 19
 - financement 35-36
 - histoire 21-22
 - lacunes de l'information 25, 44
 - modèles 22, 25, 33
 - objectifs 20-21
 - opinions des Canadiens 25, 33
 - rapports à ce sujet 20
 - réformes 6, 20, 23-24
- soins palliatifs 6, 55
- spécialistes de la vue 49
- syndrome respiratoire aigu sévère 11-12
- système de santé, réformes 6, 23-25

- tabagisme, et espérance de vie 9, 10
- taux de mortalité
 - accident vasculaire cérébral 109-110, 111
 - au sujet 109
 - comprendre 112
 - lacunes de l'information 118
 - maladie cardiaque 109-110, 110
- techniciens dentaires 29
- technologies
 - innovations dans la haute technologie 81
 - ordinateurs 42-44
 - visualisation diagnostique 82
- temps d'attente
 - chirurgie cardiaque 87
 - comparaison 86
 - comparaisons internationales 88
 - et recommandations 84
 - facteurs qui les influencent 83-84
 - lacunes de l'information 88
 - mesure 84-85
- Terre-Neuve-et-Labrador
 - dépenses de santé 68-69
 - durée du séjour 77
 - infirmières 31, 32
 - médecins 57
 - rapports sur la santé 126
 - réformes des soins de santé 24
 - régionalisation 12
 - soins hospitaliers 80
 - temps d'attente 87
 - vaccination 101
 - visualisation diagnostique 82
- territoires
 - dépenses de santé 7, 66-69
 - durée du séjour 77
 - espérance de vie 10

infirmières 31, 32
lignes d'aide 39
médecins 55
ministres et sous-ministres 25
ministres et sous-ministres de la Santé 6-7, 24
rapports sur la santé 126
régionalisation 12
soins hospitaliers 80
vaccination 101
visualisation diagnostique 82

Territoires du Nord-Ouest
dépenses de santé 68-69
durée du séjour 77
infirmières 31, 32
rapports sur la santé 126
réformes des soins de santé 24
régionalisation 12
soins hospitaliers 80
vaccination 101, 103
visualisation diagnostique 82

tomodensitométrie 82
tomographie par émission de positons 82
traitement hormonal substitutif 9
travailleurs paramédicaux 30
travailleurs sociaux 29

vaccination 101, 103
VIH/sida 102
virus du Nil occidental 11, 115
visualisation diagnostique 82

Yukon
dépenses de santé 68-69
durée du séjour 77
infirmières 32
rapports sur la santé 125
régionalisation 12
soins hospitaliers 80
vaccination 101, 103
visualisation diagnostique 82

Bon de Commande

Nom _____

Titre _____

Organisme _____

Adresse _____

Ville/prov/code postal _____

Téléphone _____

Télécopieur _____

Courriel _____

Méthode de paiement

Ci-joint un chèque ou un mandat de _____ \$ à l'ordre de l'Institut canadien d'information sur la santé

Visa MasterCard

Numéro de carte _____

Date d'expiration _____

Nom du détenteur _____

Signature autorisée _____

Veillez envoyer le paiement à :

Institut canadien d'information sur la santé

Bureau des commandes

377, rue Dalhousie, bureau 200, Ottawa (Ontario) K1N 9N8

Tél. : (613) 241-7860 Téléc. : (613) 241-8120.

PRODUIT*	QUANTITÉ	PRIX A	PRIX B	TOTAL
Les soins de santé au Canada 2003 (Version PDF sur www.icis.ca)		0 \$	0 \$	s.o.
Les soins de santé au Canada 2003 (Exemplaire imprimé) **		25 \$	35 \$	
Health Care in Canada 2003 (Exemplaire imprimé) **		25 \$	35 \$	
Health Care in Canada 2003 (Version PDF sur www.icis.ca)		0 \$	0 \$	s.o.
N° d'inscription aux fins de la TPS/TVH R137411641				
				Sous-total
Frais de port et de manutention applicables aux commandes de l'extérieur du Canada (minimum 25 \$)				
				Total taxable
				TPS (7 %) ou TVH (15 %)*
				TOTAL

Prix A s'applique aux établissements de santé canadiens, aux gouvernements, aux organismes de santé sans but lucratif, aux universités, aux professionnels de la santé et aux chercheurs du secteur public.

Prix B s'applique aux exploitations commerciales privées (comme les fournisseurs et les conseillers en logiciels, (sans toutefois s'y limiter), les clients de l'extérieur du Canada et ceux qui ne se qualifient pas pour le prix A.



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

* Pour obtenir des renseignements sur les autres produits de l'ICIS, veuillez consulter le catalogue sur le site Web de l'ICIS (www.icis.ca).

* Toutes les commandes sont assujetties à la taxe sur les produits et services de 7 % ou à la taxe de vente harmonisée de 15 % en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve (ne s'applique pas aux commandes expédiées à l'extérieur du Canada).

** Un prix spécial est offert aux étudiants et aux aînés; veuillez consulter le site Web de l'ICIS (www.icis.ca).

Nous serons heureux de connaître vos commentaires sur *Les soins de santé au Canada 2003* et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. Veuillez remplir cette fiche d'évaluation ou envoyer vos idées par courriel à rapportsante@cihi.ca.

Veuillez retourner le questionnaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Rétroaction sur les *rapports sur la santé*
 Institut canadien d'information sur la santé
 90, avenue Eglinton Est, bureau 300
 Toronto (Ontario)
 M4P 2Y3

Instructions

Pour chacune des questions, inscrivez un « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons seulement connaître votre opinion. Notre objectif est d'améliorer les rapports à venir. Les réponses individuelles sont confidentielles.

Satisfaction générale à l'égard du rapport

1. Comment avez-vous obtenu un exemplaire de *Les soins de santé au Canada 2003*?

- Par la poste
 Un collègue me l'a remis
 Sur Internet
 J'ai commandé mon propre exemplaire
 Autre (veuillez préciser) _____

2. Dans quelle mesure avez-vous lu le rapport?

- J'ai lu tout le rapport
 J'ai lu certains chapitres et parcouru tout le rapport
 J'ai parcouru tout le rapport

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

Clarté	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Organisation/format	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Utilisation de figures	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Qualité des analyses	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Niveau de détail	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Longueur	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre

Utilité du rapport

4. Veuillez indiquer si vous avez trouvé ces sections utiles en inscrivant un « X » vis-à-vis la catégorie la plus appropriée :

Points saillants du rapport	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Une année dans la vie du système de santé canadien	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Les soins de santé primaires en transition?	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
De nombreux dispensateurs — De nombreux milieux	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Gros plan sur les médecins de famille	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Les dollars de la santé	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
L'hôpital en évolution	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Débattre les « si » et les « peut-être » dans la santé — Le passé et le présent	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Le résultat des soins hospitaliers	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Retour sur le passé, regard sur l'avenir	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Annexe	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
<i>Indicateurs de santé 2003</i>	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue

5. Comment prévoyez-vous utiliser l'information contenue dans le rapport?

6. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans le rapport?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignements sur les lecteurs

8. Où habitez-vous?

- Terre-Neuve-et-Labrador
- Nouvelle-Écosse
- Nouveau-Brunswick
- Île-du-Prince-Édouard
- Québec
- Ontario
- Manitoba

- Saskatchewan
- Alberta
- Colombie-Britannique
- Territoires du Nord-Ouest
- Yukon
- Nunavut
- À l'extérieur du Canada (veuillez préciser le pays) _____

9. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur de services de santé
- Chercheur
- Analyste de politique
- Membre d'un conseil d'administration
- Représentant élu
- Dispensateur de soins
- Étudiant
- Éducateur
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci pour vos commentaires!