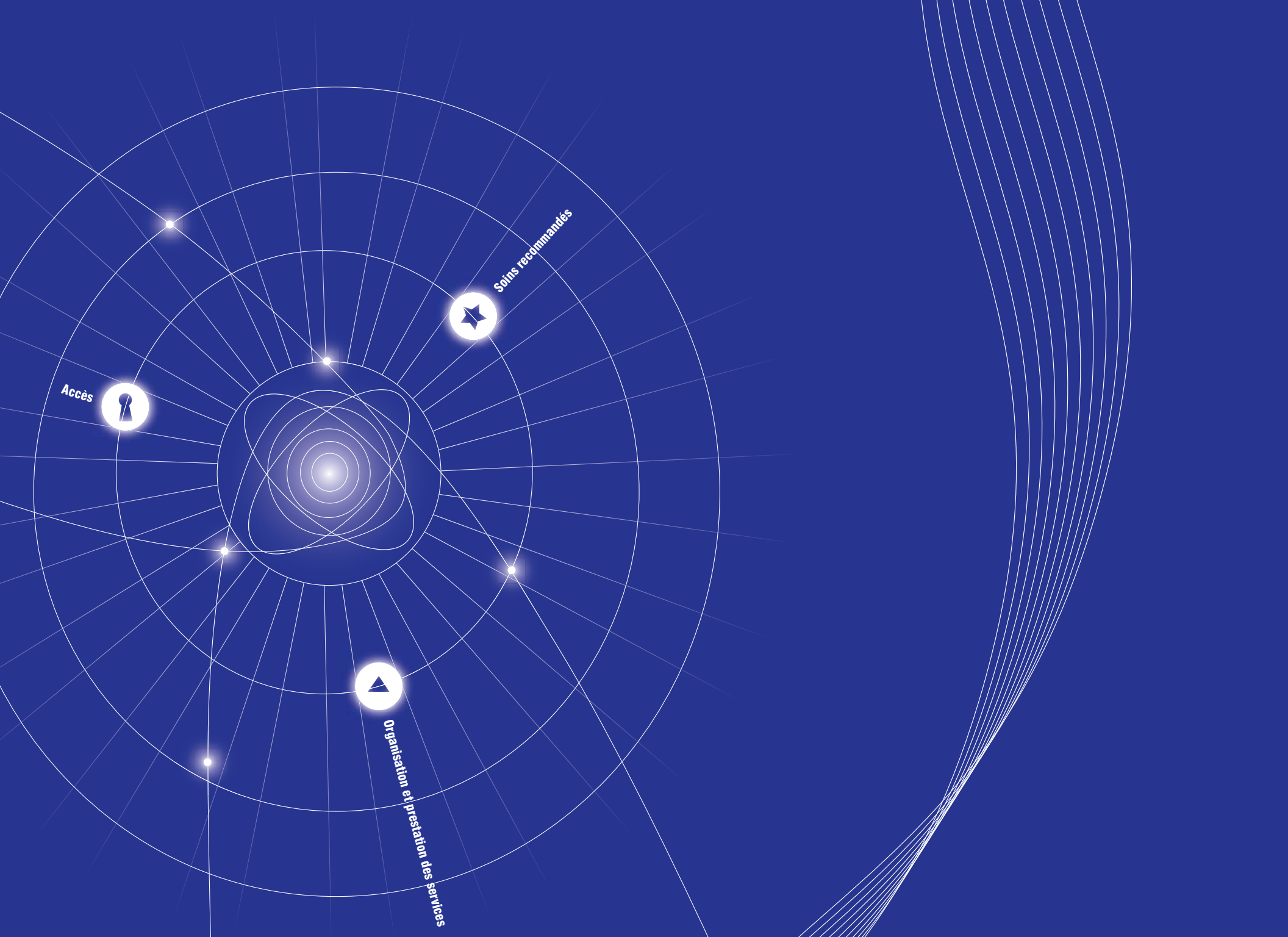


Recueil de graphiques sur les indicateurs de soins de santé primaires (SSP)

**Un exemple de l'utilisation des données
sur les SSP pour l'établissement
de rapports sur les indicateurs**



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information



Accès



Soins recommandés



Organisation et prestation des services

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

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
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

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

ISBN 978-1-55465-421-5 (PDF)

© 2008 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Recueil de graphiques sur les indicateurs de soins de santé primaires (SSP) : un exemple de l'utilisation des données sur les SSP pour l'établissement de rapports sur les indicateurs*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

This publication is also available in English under the title *Primary Health Care (PHC) Indicators Chartbook: An Illustrative Example of Using PHC Data for Indicator Reporting*.
ISBN 978-1-55465-419-2 (PDF)

Cette publication est imprimée avec de l'encre végétale sur un papier sans acide ni chlore.

Table des matières

v À propos de l'ICIS

vii À propos du recueil de graphiques

viii Remerciements

Introduction et contexte

2 Programme d'information sur les SSP de l'ICIS

3 Contexte des indicateurs de SSP de l'ICIS

4 Structure du recueil de graphiques

5 Exemples de la liste abrégée des indicateurs

À propos des données

8 Limites des données

9 Sources et limites des données

17 Types de sources de données utilisées
dans le recueil de graphiques

18 Méthodologie

19 La définition de travail des SSP de l'ICIS
pour le présent recueil de graphiques

Accès

22 Exemples d'indicateurs sur l'accès

23 Indicateurs sur les accès — pourquoi s'en préoccuper?

Soins recommandés

38 Exemples d'indicateurs de soins recommandés

40 Indicateurs de soins recommandés — pourquoi s'en préoccuper?

Organisation et prestation des services

60 Exemples d'indicateurs d'organisation et de prestation de services

61 Indicateurs d'organisation et de prestation des services — pourquoi s'en préoccuper?

73 Résumé et champs d'action

74 Ressources supplémentaires

75 Références

Figures

ACCÈS

Page	Figure
24	1 Population de 18 ans et plus ayant accès à un médecin ou à un lieu de traitement régulier, comparaisons internationales
25	2 Population de 12 ans et plus ayant déclaré avoir accès à un médecin régulier, 2003 à 2007
26	3 Durée de l'affiliation au dispensateur de soins de santé primaires
27	4 Accès à un médecin en cas de maladie ou en cas de nécessité de soins médicaux, comparaisons internationales
28	5 Difficultés d'accès à des soins de routine ou de suivi parmi les personnes qui ont eu besoin de soins à n'importe quel moment de la journée, population de 15 ans et plus
29	6 Difficultés d'accès à des soins après les heures normales de travail sans visite aux services d'urgence, comparaisons internationales
30	7 Difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine, population de 15 ans et plus
31	8 Médecins de première ligne qui assurent des services en dehors des heures normales, comparaisons internationales
32	9 Utilisation d'information ou de conseils en matière de santé reçus par téléphone au cours des 12 derniers mois, comparaisons internationales
33	10 Difficultés d'accès à de l'information ou à des conseils en matière de santé, parmi les personnes qui ont eu besoin de soins à n'importe quel moment de la journée, population de 15 ans et plus
34	11 Communication médecin-patient, comparaisons internationales
35	12 Barrière linguistique dans les communications avec le médecin de famille ou l'omnipraticien au cours des 12 derniers mois

Figures

SOINS RECOMMANDÉS

Page	Figure
42	13 Vaccination contre la grippe, population de 65 ans et plus, comparaisons internationales
43	14 Vaccination contre la grippe, population de 65 ans et plus
44	15 Dépistage et prévention — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario
45	16 Dépistage du cancer du col de l'utérus, femmes de 20 à 69 ans, comparaisons internationales
46	17 Dépistage du cancer du col de l'utérus déclaré par les femmes de 18 à 69 ans
47	18 Conseils sur le poids, l'alimentation et l'exercice physique, comparaisons internationales
48	19 Promotion de la prévention des maladies et des modes de vie sains par les dispensateurs de soins de santé primaires
49	20 Contrôle de la tension artérielle chez les diabétiques, Chronic Disease Management Collaborative, Saskatchewan
50	21 Canadiens atteints d'un diabète non gestationnel ayant subi un test de glycémie (HbA1c) effectué par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois
51	22 Soins du diabète, région de Capital Health, Alberta
52	23 Diabétiques qui ont subi deux tests de glycémie (HbA1c) au cours des 12 derniers mois, Colombie-Britannique
53	24 Soins des maladies cardiovasculaires — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario
54	25 Contrôle de la tension artérielle auprès des personnes atteintes de coronaropathie, Chronic Disease Management Collaborative, Saskatchewan
55	26 Taux d'hospitalisation en raison de conditions propices aux soins ambulatoires, de 2004-2005 à 2006-2007
56	27 Taux d'hospitalisation en raison de conditions propices aux soins ambulatoires dans les régions sanitaires, 2006-2007

Figures

ORGANISATION ET PRESTATION DES SERVICES

Page	Figure
63	28 Gamme des services offerts par les omnipraticiens et les médecins de famille ou leur lieu de pratique
64	29 Omnipraticiens et médecins de famille qui offrent des soins plus complets (huit services de SSP énumérés ou plus), 2007
65	30 Évaluation des soins de santé communautaire
66	31 Évaluations par les patients des services de SSP offerts par leur dispensateur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois, 2007
67	32 Gestion et coordination des soins pour les maladies chroniques, comparaisons internationales
68	33 Participation du client ou du patient à la planification du traitement des maladies chroniques
69	34 Médecin régulier qui coordonne les soins d'autres dispensateurs, comparaisons internationales
70	35 Interactions des dispensateurs de soins de santé primaires
71	36 Participation d'autres professionnels de la santé dans la prestation des soins
72	37 Types de technologies de l'information utilisées par les omnipraticiens et les médecins de famille

À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada.

Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez notre site Web au www.icis.ca.

À propos de l'ICIS (suite)

En date d'octobre 2008, le conseil d'administration se compose des personnes suivantes :

M. Graham W. S. Scott, C.M., c.r. (président)

Président
Graham Scott Strategies Inc.

M^{me} Glenda Yeates (d'office)

Présidente-directrice générale
ICIS

D^r Peter Barrett

Médecin et professeur
University of Saskatchewan Medical School

D^r Luc Boileau

Président-directeur général
Agence de la santé et des services
sociaux de la Montérégie

M^{me} Karen Dodds

Sous-ministre adjointe
Santé Canada

D^r Chris Eagle

Chef des opérations, milieu urbain
Alberta Health Services

M. Kevin Empey

Chef de la direction
Lakeridge Health Corporation

M. Donald Ferguson

Sous-ministre
Ministère de la Santé
Nouveau-Brunswick

D^r Vivek Goel

Président et chef de la direction
Agence ontarienne de protection
et de promotion de la santé

M^{me} Alice Kennedy

Chef des opérations
Soins de longue durée
Eastern Health
Terre-Neuve-et-Labrador

M. Gordon Macatee

Sous-ministre
Ministry of Health Services
Colombie-Britannique

D^r Cordell Neudorf

Président, conseil de l'ISPC
Médecin hygiéniste en chef
et vice-président, Recherche
Saskatoon Health Region

M. Roger Paquet

Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

D^r Brian Postl

Vice-président du conseil
Président-directeur général
Office régional de la santé de Winnipeg

M. Ron Sapsford

Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Ontario

M. Munir Sheikh

Statisticien en chef du Canada
Statistique Canada

M. Howard Waldner

Président-directeur général
Vancouver Island Health Authority

À propos du recueil de graphiques

Contexte

Dans le cadre du projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires (SSP) de l'ICIS, on a ciblé 105 indicateurs de SSP qui ont été jugés importants par une vaste gamme d'intervenants du Canada. L'ICIS et d'autres organisations prennent les mesures nécessaires pour combler certaines des lacunes en matière de données, qui empêchent en ce moment l'élaboration de rapports sur de nombreux indicateurs.

Ce recueil est...

Le présent recueil de graphiques avec notes a pour but d'illustrer comment les données sur les SSP peuvent être utilisées pour alimenter un sous-groupe d'indicateurs de SSP sur l'accès, les soins recommandés et l'organisation et la prestation des services. Des sources de données plus complètes et plus fiables sont nécessaires pour comprendre et produire des rapports sur le rendement des SSP.

Ce recueil n'est pas...

Il ne s'agit pas d'un rapport sur le rendement des SSP au Canada. En général, les rapports de l'ICIS utilisent principalement les sources de données aux limites bien comprises de l'ICIS et de Statistique Canada. Ce recueil de graphiques s'appuie sur des données qui proviennent d'autres sources. Elles doivent donc être interprétées avec prudence. Le recueil présente également des données provenant d'études régionales qui ne s'appliquent peut-être pas à d'autres régions. Les limites des données sont soulignées dans chaque graphique, lorsque nécessaire, afin d'aider le lecteur à interpréter les données et à en comprendre l'utilité.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) aimerait remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à la réalisation du *Recueil de graphiques sur les indicateurs de soins de santé primaires (SSP) : un exemple de l'utilisation des données sur les SSP pour l'établissement de rapports sur les indicateurs*.

L'équipe principale de l'ICIS responsable de la réalisation du rapport comprend Kunval Chaudhery, Zenita Hirji, Judith MacPhail, Raymond Przybysz, Patricia Sullivan-Taylor, Vicky Walker et Greg Webster.

Le personnel de l'ICIS qui a contribué à la vérification et à la révision du rapport comprend Jack Bingham, Kathleen Morris et Greg Webster.

Le présent rapport a bénéficié du soutien et de la générosité de nombreux autres employés de l'ICIS, qui ont contribué à la vérification, à l'impression et à la conception Web, à la traduction, aux communications et à la distribution, et qui ont offert un appui constant à l'équipe principale.

Remerciements (suite)

L'ICIS adresse également ses remerciements aux membres du comité consultatif d'experts pour leurs judicieux conseils tout au long de l'élaboration du rapport. Les membres sont :

D^r Fred Burge

Directeur de recherche et professeur
Department of Family Medicine
Dalhousie University

D^r Rick Glazier

Scientifique principal
Institute for Clinical Evaluative Sciences (Ontario)

D^r William Hogg

Professeur et directeur de recherche
Département de médecine familiale
Université d'Ottawa

D^r Alan Katz

Directeur adjoint
Centre d'élaboration et d'évaluation de
la politique de soins de santé du Manitoba

M^{me} Helena Klomp

Chercheuse principale
Health Quality Council, Saskatchewan

D^r Jean-Frédéric Levesque

Équipe santé des populations
et services de santé (ESPSS)
Direction de santé publique de Montréal/
Institut national de santé publique du Québec
Commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse
Commissaire à la santé et au bien-être

M. Merv Ungurain

Directeur intérimaire
School of Health and Human Performance
Dalhousie University

M^{me} Diane Watson

Directrice
Centre for Health Services and Policy Research
(Colombie-Britannique)

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans le soutien et la générosité de nombreuses autres personnes et organisations qui ont fourni des données, y compris Capital Health (Alberta), le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le gouvernement de la Colombie-Britannique, le Conseil canadien de la santé, le Health Quality Council (Saskatchewan), l'Organisation de coopération et de développement économiques, Statistique Canada, le Fonds du Commonwealth et l'Université d'Ottawa.

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

Introduction et contexte

Contexte du Programme d'information sur les SSP de l'ICIS

Introduction et contexte

2005-2006

Cent cinq indicateurs de SSP ont été choisis et mis au point dans le cadre d'un consensus avec les intervenants externes. Parmi ces indicateurs jugés importants, un grand nombre ne disposait pas d'une source de données existante. Une liste abrégée de 30 indicateurs a été établie pour servir de point de départ possible à la collecte de données et à la production de rapports.

2006-2007

Examen d'options visant à améliorer les sources de données sur les SSP afin de permettre la production de rapports sur certains indicateurs de SSP.

2007-2008 et au-delà

Implantation d'une série d'initiatives sur les SSP afin d'élargir la collecte et le compte rendu des données sur les SSP au Canada. Elles comprennent :

- la production de rapports sur les SSP au Canada, y compris le *Recueil de graphiques sur les indicateurs de soins de santé primaires (SSP) : un exemple de l'utilisation des données sur les SSP pour l'établissement de rapports sur les indicateurs*;
- l'élaboration de normes en matière de données des dossiers médicaux électroniques (DME) pour un sous-groupe de 12 indicateurs cliniques de la qualité des SSP;
- la mise au point d'un prototype de collecte de données volontaire en SSP et d'un système d'information sur les SSP;
- l'augmentation du nombre de données disponibles provenant de sondages effectués auprès des patients et des dispensateurs, y compris le cofinancement de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires 2008 de Statistique Canada.

Contexte des indicateurs de SSP de l'ICIS

Introduction et contexte

Les indicateurs de SSP ont été conçus par l'ICIS dans le cadre de la Stratégie nationale d'évaluation du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, afin de servir de mesures d'un large éventail d'éléments des soins de santé primaires au Canada.

Les 105 indicateurs de SSP ont été sélectionnés et mis au point au moyen d'un processus de consultation auquel ont participé les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les régies régionales, les chercheurs, les dispensateurs de SSP et les associations de partout au pays.

La disponibilité de sources de données préexistantes n'était pas un critère de sélection pour les indicateurs. La définition et la sélection des indicateurs jugés importants précédaient la réflexion sur le développement et l'amélioration des sources de données.

Parce que la liste originale comptait 105 indicateurs, une liste abrégée de 30 éléments a été établie. Ceux-ci prenaient en considération un large éventail de facteurs et pouvaient être utilisés comme point de départ pour le développement des données et la production de rapports sur celles-ci.

Structure du recueil de graphiques

Introduction et contexte

Les données présentées sont regroupées en trois sections :

Les indicateurs sur l'**accès** portent sur la capacité des patients à accéder aux services de SSP et à les utiliser. Ils incluent des aspects tels que la facilité de prendre un rendez-vous, la capacité de communiquer avec le dispensateur de SSP et l'existence de programmes qui répondent aux besoins particuliers des populations vulnérables.

Les indicateurs sur les **soins recommandés** sont liés aux services cliniques offerts par les organisations de SSP. Ils sont basés sur l'opinion scientifique émergente concernant les meilleures pratiques en matière de prestation des services cliniques pour des problèmes de santé sélectionnés.

Les indicateurs sur l'**organisation et la prestation des services** traitent de la variété des services de SSP qui sont offerts aux Canadiens, du type de services dispensés, du soutien technologique, des interactions entre les dispensateurs, de celles entre les patients et les dispensateurs et des dépenses.

Exemples de la liste abrégée des indicateurs*

Introduction et contexte

Accès

- Population ayant un dispensateur régulier de SSP
- Organismes de SSP acceptant de nouveaux clients ou patients
- Difficultés à accéder à des SSP de routine
- Difficultés à accéder à des SSP immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur les soirs et les fins de semaine
- Organismes de SSP qui assurent des services à la population en dehors des heures normales d'ouverture
- Difficultés à accéder à des renseignements ou à des conseils sur la santé en SSP
- Barrière linguistique entre les dispensateurs de SSP et les clients ou patients
- *Programmes de SSP spécialisés destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers*

Soins recommandés

- Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus
- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Dépistage des risques pour la santé
- Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète
- Contrôle de la glycémie pour le diabète
- Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie
- *Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs*
- Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension
- Contrôle de la tension artérielle pour l'hypertension
- *Traitement de la dyslipidémie*
- *Traitement de la dépression*
- Conditions propices aux soins ambulatoires

Organisation et prestation des services

- Gamme des services de SSP
- Satisfaction des clients ou des patients quant aux soins reçus de leur dispensateur de SSP
- Programmes en SSP pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques
- Participation du client ou du patient à la planification du traitement en SSP
- Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé
- MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de SSP
- *Registres des clients ou des patients en SSP atteints d'affections chroniques*
- *Utilisation des alertes médicamenteuses en SSP*
- Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de SSP
- *Coûts opérationnels des services de SSP, par habitant*
- *Mode de rémunération des dispensateurs de SSP*

Remarque

* Pour consulter la liste complète des indicateurs pancanadiens des SSP de l'ICIS, veuillez visiter le www.icis.ca/ssp où se trouvent les rapports sur le développement des indicateurs en format PDF. Les indicateurs en italique n'ont pas été inclus dans le présent recueil de graphiques parce que les données n'étaient plus valides, n'étaient pas disponibles ou provenaient d'échantillons de petite taille, etc.

**À propos
des données**

- L'information sur la méthodologie a été incluse pour aider à l'interprétation et à l'évaluation des données.
- Il existe peu de renseignements pancanadiens sur les SSP qui permettent des comparaisons à l'échelle régionale; les lacunes en matière de données à ce sujet sont nombreuses. Comme l'existence d'une source de données a été volontairement écartée des critères de sélection des indicateurs de SSP, les données sur certains d'entre eux sont limitées ou inexistantes. Dans le cadre du présent rapport, des efforts ont été investis pour obtenir différentes données disponibles à l'échelle régionale, provinciale ou internationale. Les données ne provenant pas de l'ICIS et de Statistique Canada doivent être interprétées avec prudence et sont utilisées à titre d'exemples seulement.
- Des données locales ou régionales ont été incluses, s'il y avait lieu, pour fournir des exemples de mesures locales de collecte de données. Ces exemples ne doivent pas être considérés comme un résumé exhaustif des processus de collecte de données sur les SSP, mais plutôt comme une illustration de l'utilisation possible des données pour l'établissement de rapports sur les indicateurs à plusieurs niveaux (ou d'une façon plus large).
- Certaines estimations présentées peuvent être basées sur une approximation d'un indicateur de départ sélectionné parce qu'une concordance parfaite n'est pas actuellement disponible.
- Les résultats pancanadiens peuvent être très différents de ceux d'évaluations menées à l'échelle provinciale ou régionale. De même, les résultats provinciaux pourraient ne pas être représentatifs de ceux obtenus à l'échelle infraprovinciale ou locale.

Sources et limites des données

À propos des données

Le présent recueil de graphiques a puisé dans diverses sources, y compris les données des bases de l'ICIS et d'organisations externes. Les données externes incluent des sondages auprès des patients ou des médecins, des dossiers cliniques de patients et d'autres sources administratives. L'information disponible sur les sources de données et leur méthodologie est présentée ci-dessous pour aider le lecteur à comprendre les données et à interpréter leurs limites.

De plus amples renseignements sur la méthodologie sont offerts sur demande auprès du programme
Information sur les soins de santé primaires de l'ICIS
à l'adresse ssp@icis.ca.

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a modifié sa définition des cas de diabète en 2006-2007, ce qui a produit une chute importante de la prévalence pour toutes les années par rapport aux calculs précédents. La définition révisée a été utilisée pour les données de toutes les années présentées dans le présent recueil de graphiques. Les données reposent sur les nombres suivants de patients diabétiques en Colombie-Britannique : en 2002-2003, ils étaient 200 448; en 2003-2004, 215 658; en 2004-2005, 231 965; en 2005-2006, 248 699; en 2006-2007, 266 750.

Remarques

* Un nouveau code de « combinaison » pour l'infection aiguë des voies respiratoires inférieures chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) a été ajouté à la CIM-10-CA et n'a aucun équivalent dans la CIM-9/ICD-9-CM. Pour permettre les comparaisons entre les provinces et les territoires sans égard à la classification de codification utilisée, les patients dont le diagnostic principal dans la CIM-9/ICD-9-CM ou la CIM-10-CA était une infection aiguë des voies respiratoires inférieures et dont le diagnostic secondaire était J44 dans la CIM-10-CA ou 496 dans la CIM-9/ICD-9-CM (MPOC) ont été inclus dans le total pour la MPOC. Cette mesure vise à garantir que les cas de MPOC sont saisis de la même façon dans les provinces et territoires qui utilisent la CIM-9/ICD-9-CM par rapport à ceux qui utilisent la CIM-10-CA. Aussi s'assure-t-on de faire contrepois aux incidences de non-respect de la norme dans les provinces et territoires qui utilisent la CIM-10-CA.

† Excluant les cas nécessitant des interventions cardiaques.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Les calculs des conditions propices aux soins ambulatoires s'appuient sur la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS selon les critères ci-dessous.

Numérateur : Il inclut les codes de diagnostic principaux associés aux cas de grand mal et d'autres convulsions épileptiques, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)*, d'asthme, de diabète, d'insuffisance cardiaque, d'œdème pulmonaire†, d'hypertension† et d'angine†.

Critères d'exclusion : 1) Décès avant la sortie.
2) Personnes de 75 ans et plus.

Veuillez noter qu'il était impossible d'exclure le syndrome de Dressler dans les provinces et territoires qui utilisent la CIM-9, car il n'existe pas un code unique pour ce problème dans ce système de classification. En 2002-2003, le Québec a été la seule province au Canada à utiliser le système de classification de la CIM-9; ses taux incluent donc cette maladie.

Capital Health, Alberta

Les données de la région desservie par Capital Health en Alberta sont basées sur les données administratives provenant des médecins participants du milieu. Les données pour les critères « test de HbA1c effectué » et

« établissement du profil lipidique à jeun » se basent sur 6 368 patients et ont été recueillies en 2007. Les données pour « taux de HbA1c $\leq 7,0 \%$ » se basent sur 38 791 patients et ont été recueillies de 2004 à 2007.

Le Fonds du Commonwealth — International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007

Le sondage intitulé *2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries* a été mené par le Centre de recherche sur la qualité des soins (WOK), de l'Université Radboud de Nimègue, dans les Pays-Bas, par Harris Interactive inc. aux É.-U. et au Canada et par ses filiales dans les autres pays. L'étude principale a été financée par le Fonds du Commonwealth. Un cofinancement a été fourni par le Conseil canadien de la santé pour l'échantillon canadien, et par le ministère de la Santé,

du Bien-être et des Sports des Pays-Bas ainsi que par le Centre de recherche sur la qualité des soins (WOK), de l'Université Radboud de Nimègue, pour l'échantillon néerlandais. Le financement de l'échantillon allemand a été fourni par l'Institut allemand pour la qualité et l'efficacité des soins de santé.

Un échantillon représentatif formé de personnes de 18 ans et plus, habitant dans sept pays, a été questionné par téléphone entre le 6 mars 2007 et le 7 mai 2007. Les échantillons finaux ont été pondérés pour qu'ils reflètent la répartition de la population

adulte. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2 \%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3 \%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. Voici la taille des échantillons pour le sondage : Australie, 1 009; Canada, 3 003; Allemagne, 1 407; Pays-Bas, 1 557; Nouvelle-Zélande, 1 000; R.-U., 1 434; É.-U., 2 500. Le taux de réponse de ce sondage se situait à moins de 35 %, les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Le Fond du Commonwealth — International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, 2006

Le sondage intitulé *International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, 2006* a été mené par le Centre de recherche sur la qualité des soins (WOK), de l'Université Radboud de Nimègue, dans les Pays-Bas, par Harris Interactive inc. aux É.-U. et au Canada et par ses filiales dans les autres pays. Le Fonds du Commonwealth a versé l'investissement principal pour l'étude et les échantillons américains et néerlandais. Un cofinancement a été fourni par la Fondation de la santé (R.-U.) et l'Institut australien de la recherche sur les soins de santé primaires pour les échantillons étendus. Le financement de l'échantillon allemand a été fourni par l'Institut allemand pour la qualité et l'efficacité des soins de santé.

De février 2006 à juillet 2006, un échantillon représentatif de médecins de soins primaires vivant dans sept pays a été questionné par téléphone et par courrier au moyen d'un questionnaire commun. Au Canada, en Allemagne et aux États-Unis, la définition d'un médecin de soins primaires inclut les omnipraticiens et les médecins de famille ainsi que les internistes généralistes et les pédiatres, en proportion des médecins de soins primaires pratiquant dans leur pays. Dans tous les pays, la définition de médecins de soins primaires incluait les omnipraticiens et les médecins de famille. Les médecins praticiens ont été choisis au hasard à partir de listes d'organismes privés et gouvernementaux. Les échantillons finaux

ont été pondérés pour qu'ils reflètent la répartition des médecins selon la région du pays, le sexe, la spécialité des soins primaires (omnipraticien, médecin de famille, interniste ou pédiatre) et, aux États-Unis, selon le lieu de travail, en clinique ou à l'hôpital. Pour les échantillons de 1 000 et de 500 médecins, l'erreur moyenne de l'échantillon variait de $\pm 3\%$ à $\pm 5\%$, respectivement, à un niveau de confiance de 95 %. Voici la taille des échantillons : Australie, 1 003; Canada, 578; Allemagne, 1 006; Pays-Bas, 931; Nouvelle-Zélande, 503; R.-U., 1 063; É.-U., 1 004. Les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada — Sondage national des médecins (SNM)

Tous les trois ans, un sondage est réalisé auprès de tous les médecins praticiens, les résidents de deuxième année et les étudiants en médecine du Canada. Le SNM 2007 était composé de questionnaires multiples. Une version du questionnaire de base a été développée, et deux versions du questionnaire détaillé ont été élaborées : une pour les omnipraticiens et les médecins de famille et une pour tous les autres spécialistes. Le SNM 2007 est un sondage d'autodéclaration mené auprès de tous les médecins détenant un permis d'exercice au Canada; le questionnaire a été rempli soit sur support papier, soit par voie électronique. Le nombre de médecins qui ont eu la possibilité de répondre au SNM 2007 et qui y étaient admissibles s'élève à 60 811. Parmi ceux-ci,

19 239 ont répondu au sondage, ce qui correspond à un taux de réponse général de 31,64 %. En moyenne, le taux de réponse était de 32,1 % chez les omnipraticiens et les médecins de famille admissibles au SNM 2007. Les recensements sont sujets aux absences de réponse et, conséquemment, les pondérations à utiliser pour l'estimation peuvent être calculées afin de réduire les biais possibles de non-réponse (un recensement fut entrepris pour les questions de base du SNM 2007). Les analyses présentées dans le présent recueil de graphiques portent uniquement sur les omnipraticiens et les médecins de famille. Les quatre provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) ont

été fusionnées pour former une seule région. Les résultats ont été supprimés lorsque les décomptes non pondérés des provinces ou des régions étaient plus petits que 30. Le taux de réponse se situait à moins de 35 %; les données devraient donc être interprétées avec prudence. Les résultats (ou pourcentages) tirés du SNM 2007 ont été calculés en excluant les personnes qui n'ont pas répondu; ils peuvent ne pas correspondre à ceux publiés ailleurs.

L'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada font des contributions de nature financière ou autre au SNM.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Les données sont recueillies par des organisations de chaque pays, puis soumises à l'OCDE. Les comparaisons entre les pays doivent être interprétées avec prudence puisque les méthodes de collecte de données varient d'un pays à l'autre.

Pour recueillir des données sur la vaccination contre la grippe des personnes de 65 ans et plus, la plupart des pays ont eu recours à la méthodologie du sondage, mais certains ont

utilisé d'autres méthodes. Les groupes d'âge qui sont compris dans la collecte des données peuvent varier d'un pays à l'autre (par exemple, l'Allemagne sonde les 69 ans et plus). Les données canadiennes proviennent de Statistique Canada qui utilise l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

En ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 20 à 69 ans, certains pays ont eu recours aux

données de programmes et d'autres, à celles des sondages. Il existe également des variations dans les groupes d'âge étudiés (par exemple, le Royaume-Uni enregistre des données sur les personnes de 25 à 64 ans). La fréquence du dépistage varie de deux ans en Australie à cinq ans aux Pays-Bas. Les données canadiennes proviennent de Statistique Canada (ESCC).

Health Quality Council, Saskatchewan

Les données reposent sur les patients des médecins qui participent à l'initiative Chronic Disease Management Collaborative de la Saskatchewan. L'information pour déterminer les personnes atteintes de diabète ou d'une coronaropathie provenait des rapports cliniques et des dossiers électroniques des patients. La période des mesures de base a été définie comme la « date du test » ou la « date d'observation » et devait avoir lieu entre le 1^{er} janvier 2004

et le 20 février 2006. On s'assurait ainsi que les mesures des données de base se rapportaient à la même période pour toutes les pratiques afin de faciliter les comparaisons significatives entre les groupes. Des vérifications de la qualité des données ont été effectuées pour assurer l'exactitude des rapports de données de base. Pour toutes les mesures, seuls les patients de 20 ans ou plus à la date de l'entrée de données de base (« date du début

du rapport ») ont été enregistrés. Selon les mesures, les dénominateurs pouvaient inclure la population totale ou un sous-groupe de celle-ci (par exemple, en ce qui concerne le test HbA1c et la pression artérielle, seuls les patients qui avaient des résultats d'examen ou une observation enregistrée étaient inclus). La figure sur le diabète se base sur un échantillon de 5 710 patients; celle sur les coronaropathies, sur un échantillon de 2 998 patients.

Statistique Canada — Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires

Cette enquête téléphonique transversale a été menée par Statistique Canada en janvier et février 2007, et financée par le Conseil canadien de la santé. Tous les participants avaient précédemment pris part à l'ESCC, cycle 3.1, qui a été menée en 2005. L'échantillon aléatoire stratifié était composé d'adultes ($n = 2\,194$) de 18 ans et plus, vivant en résidence privée; les résidents des réserves indiennes et des terres de la

Couronne, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes, les personnes en établissement et les habitants des régions éloignées ont été exclus. Les 10 provinces et les 3 territoires étaient représentés. Les résultats sont pondérés pour être représentatifs de la répartition de la population canadienne, selon l'âge et le sexe. Le taux de réponse à l'enquête était de 58 %. Les limites des données

incluent le fait que les répondants peuvent être atteints d'autres affections chroniques qui ne sont pas enregistrées. De plus, l'enquête repose sur le diagnostic selon le souvenir des répondants. Sans oublier que les personnes qui se trouvaient à l'hôpital ou dans d'autres établissements de soins de santé au moment de l'enquête étaient exclues.

Statistique Canada — Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'enquête se base sur les membres du ménage âgés de 15 ans et plus. Les taux présentés ont été ajustés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui avait cours lors du Recensement de la population du Canada de 1991. L'utilisation d'estimations démographiques correspondant à une

population type permet de calculer des taux dont la comparaison est plus significative, car ils sont corrigés pour tenir compte de la variation de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre. Les tableaux excluent la non-réponse (ce qui regroupe les catégories « Je ne sais pas », « Non

déclaré » et « Refus »). Le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest ont été créés en tant que territoires distincts le 1^{er} avril 1999. Pour faciliter les comparaisons, les données présentées dans les tableaux (s'il y a lieu) utilisent les frontières actuelles, traitant les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut comme des territoires séparés.

Statistique Canada — Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) — Module des soins pour le diabète

Le module des soins pour le diabète est un module de contenu optionnel dans l'ESCC et, par conséquent, les résultats ne représentent que les pratiques de soins pour le diabète des régions sanitaires participant à l'enquête. Dans l'ESCC de 2005, le module a été sélectionné par toutes les régions sanitaires de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, du Manitoba et du Yukon. La capacité de généraliser ces résultats à d'autres provinces non participantes est limitée. L'information fournie par l'ESCC sur l'état diabétique et les soins est fondée sur les données autodéclarées et n'a pas été validée cliniquement.

« Des distributions et des fréquences pondérées ont été produites. Les enregistrements dans lesquels il manquait des données pour certaines questions (non-réponse partielle) représentaient moins de 5 % de l'ensemble des enregistrements dans la plupart des analyses; ces enregistrements ont été exclus des calculs. La méthode bootstrap a été utilisée pour calculer la variance et les intervalles de confiance afin de bien tenir compte du plan d'enquête complexe. Cette méthode est entièrement adaptée aux effets du plan d'enquête. Les intervalles de confiance ont été calculés au niveau de confiance $p = 0,05$. (...) L'ESCC ne permet pas de distinguer les individus atteints du diabète de type 1 de ceux atteints du diabète de type 2. Toutefois, on sait que

la majorité des individus diabétiques sont atteints d'un diabète de type 2. Ainsi, on s'attend à ce que la majorité des individus diabétiques répondants à l'ESCC soient également atteints de ce type de diabète¹. »

L'information de Statistique Canada est utilisée avec la permission de Statistique Canada. Il est interdit aux utilisateurs de reproduire les données et de les rediffuser, telles quelles ou modifiées, à des fins commerciales sans le consentement de Statistique Canada. On peut se renseigner sur l'éventail des données de Statistique Canada en s'adressant aux bureaux régionaux de Statistique Canada, en se rendant sur le site Web de l'organisme au www.statcan.ca ou en composant sans frais le 1-800-263-1136.

Université d'Ottawa, Ontario — Comparaison de modèles de soins primaires en Ontario

Dans le but de soutenir la réforme des soins primaires, le gouvernement du Canada a établi le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. L'information présentée ici a été extraite des données recueillies en 2005 et 2006 dans le cadre de l'étude Comparison of Models of Primary Care, financée par ce fonds. L'étude a été menée par le Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires de l'Institut de recherche Élisabeth-Bruyère.

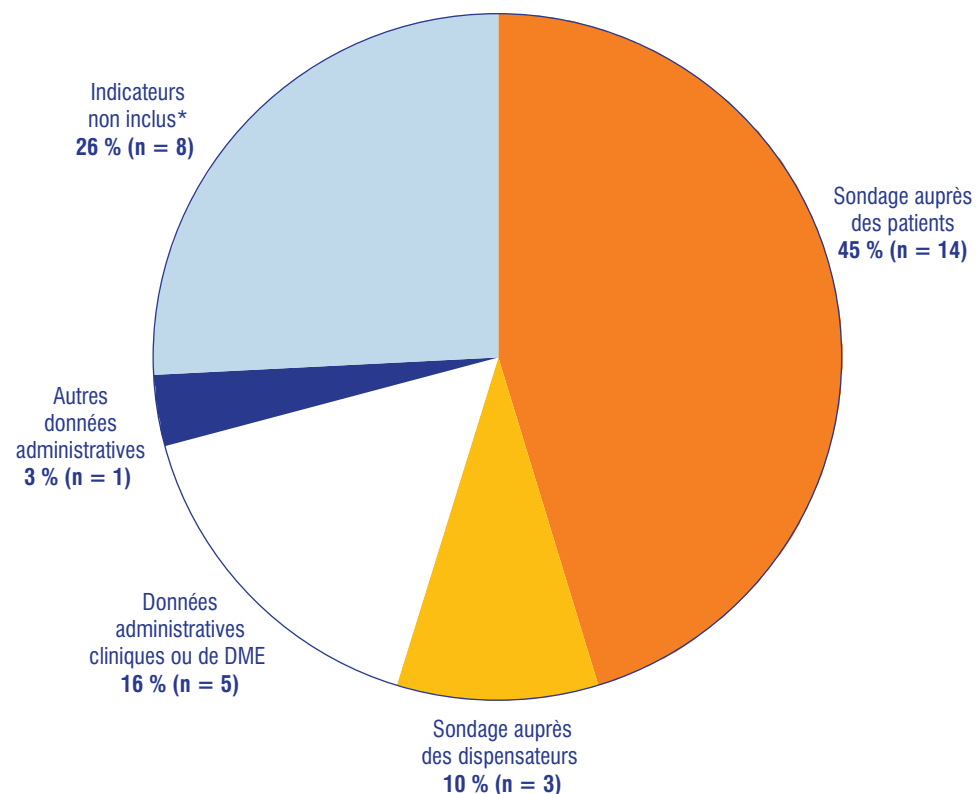
L'objectif de l'étude était de décrire et de comparer la qualité des soins de santé primaires fournis par quatre modèles de soins primaires utilisés en Ontario. Les modèles étudiés étaient les suivants : les centres de santé communautaire, la rémunération à l'acte, les réseaux de santé familiale et les organisations de services de santé. Trente-cinq sites de chacun des trois premiers

modèles et trente-deux sites d'organisations de services de santé ont été recrutés. À chaque lieu de pratique, 30 dossiers ont été vérifiés. Cette vérification se limitait aux dossiers de patients réguliers de dispensateurs de SSP consentants, qui étaient âgés de 18 ans et plus lors de leur dernière visite et dont leur dossier était actif (c'est-à-dire qui contient au moins deux ans de renseignements et au moins une visite dans l'année précédente). Les patients étaient exclus en fonction des critères suivants : s'ils étaient décédés, avaient quitté le lieu de pratique au cours des deux dernières années, avaient visité le site pour des services spécialisés seulement (comme les soins des pieds), étaient connus du vérificateur des dossiers ou comptaient parmi les membres du personnel du site. Dans les calculs, on attribuait à chaque lieu de pratique une pondération qui était inversement

proportionnelle à la probabilité d'être sélectionné pour l'échantillon afin de corriger le fait que certains modèles étaient beaucoup plus utilisés que d'autres. De même, chaque dossier avait une pondération inversement proportionnelle à la probabilité de faire partie de l'échantillon pour corriger le fait que certains sites comptaient beaucoup plus de patients que d'autres. Ces deux pondérations étaient combinées pour obtenir celles des graphiques. Les moyennes et les pourcentages généraux de l'Ontario ont été calculés avec ces pondérations. Les données présentées dans le présent recueil de graphiques comprennent les résultats regroupés des quatre modèles de soins.

Types de sources de données utilisées dans le recueil de graphiques

À propos des données



Les sources de données les plus utilisées dans le présent recueil de graphiques sont les sondages auprès des patients (45 %), suivis par les données administratives cliniques ou des dossiers médicaux électroniques (16 %). Les sondages auprès des dispensateurs (10 %) et les autres données administratives (3 %) constituent les sources les moins utilisées, principalement à cause de leur non-disponibilité.

Remarque

* Indicateurs non inclus à cause de l'absence de données, de la petite taille de l'échantillon de la source, de problèmes concernant la qualité des données ou de données qui ne sont plus valables.

- Exemples de critères d'utilisation d'une source de données pour produire un indicateur :
 - Les données pancanadiennes avaient la priorité.
 - Les figures devaient inclure des données portant sur au moins un an ou des points de données sur les exercices financiers de 2003-2004 à 2006-2007.
 - Les comparaisons dans le temps étaient limitées aux exercices financiers de 1999-2000 à 2006-2007.
 - La plupart des données sont liées à au moins un des indicateurs parmi les exemples de la liste abrégée des indicateurs de SSP de la page 5.
- L'information sur la signification statistique des différences est incluse lorsqu'elle est disponible et appropriée.
- L'ICIS a vérifié l'exactitude des données présentées dans les graphiques et s'est appuyé sur les sources de données pour effectuer les vérifications de base. Plus d'information sur la qualité des données se trouve dans les sections « Limites des données » et « Sources et limites des données ».

La définition de travail des SSP de l'ICIS pour le présent recueil de graphiques

À propos des données

Dans le cadre du présent rapport, les SSP incluent :

- le premier point de contact avec le système de soins de santé, où la plupart des affections chroniques sont prises en charge;
- la prestation directe ou indirecte d'une gamme complète de services de SSP;
- la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- des organisations modestes, pouvant se résumer à un médecin de famille, à un omnipraticien ou à un infirmier praticien des SSP, et plus grandes comme un centre de santé communautaire interdisciplinaire.

La Stratégie nationale d'évaluation s'appuie sur la définition suivante des SSP :

- **Les soins de santé primaires** sont, pour la plupart des gens, le premier point de contact avec le système de soins de santé, souvent par l'entremise d'un médecin de famille. Ils règlent les problèmes de santé à court terme et prennent en charge la majorité des affections chroniques. Ils incluent également les efforts de promotion de la santé et d'éducation; ils redirigent les patients qui ont besoin de services plus spécialisés vers les soins secondaires. Les diététistes, les infirmiers, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les pharmaciens, les psychologues, les travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé offrent également des services de SSP².



Accès

Exemples d'indicateurs sur l'accès

Accès



Page	Figure	Nom de l'indicateur de l'ICIS	Numéro
24	1	Population de 18 ans et plus ayant accès à un médecin ou à un lieu de traitement régulier, comparaisons internationales	1
25	2	Population de 12 ans et plus ayant déclaré avoir accès à un médecin régulier, 2003 à 2007	
26	3	Durée de l'affiliation au dispensateur de soins de santé primaires*	87
27	4	Accès à un médecin en cas de maladie ou en cas de nécessité de soins médicaux, comparaisons internationales*	2
28	5	Difficultés d'accès à des soins de routine ou de suivi parmi les personnes qui ont eu besoin de soins à n'importe quel moment de la journée, population de 15 ans et plus	
29	6	Difficultés d'accès à des soins après les heures normales de travail sans visite aux services d'urgence, comparaisons internationales*	29
30	7	Difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine, population de 15 ans et plus	
31	8	Médecins de première ligne qui assurent des services en dehors des heures normales, comparaisons internationales*	30
32	9	Utilisation d'information ou de conseils sur la santé reçus par téléphone au cours des 12 derniers mois, comparaisons internationales*	3
33	10	Difficultés d'accès à de l'information ou à des conseils en matière de santé parmi les personnes qui ont eu besoin de soins à n'importe quel moment de la journée, population de 15 ans et plus	
34	11	Communication médecin-patient, comparaisons internationales*	78
35	12	Barrière linguistique dans les communications avec le médecin de famille ou l'omnipraticien au cours des 12 derniers mois*	
		Indicateur non inclus	10

Remarques

* Les données soumises sont liées à l'indicateur.

Les nombres de la dernière colonne se rapportent aux numéros d'indicateurs de la liste initiale comptant 105 indicateurs, établie en 2006.

Indicateurs sur les accès

POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

Les indicateurs de cette section portent sur l'accès à un dispensateur de soins de santé primaires (comme un omnipraticien, un médecin de famille ou un infirmier praticien). Cela inclut la prestation de services d'une façon qui en encourage l'utilisation au besoin et qui minimise les obstacles (p. ex. la langue).

Les indicateurs de cette section reflètent les aspects de l'accès aux services de SSP jugés importants par un grand nombre d'intervenants. Ils comprennent ceux qui suivent.

Population ayant un dispensateur régulier de SSP

Selon l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003, avoir accès à un médecin de famille régulier est l'un des principaux indicateurs de rendement³. On a constaté que les gens qui ont un dispensateur régulier de SSP sont moins susceptibles de visiter les services d'urgence ou d'être hospitalisés; de plus, ils reçoivent des soins complets qui se déroulent en vertu d'une meilleure continuité⁴. Une étude menée au Canada a conclu que les adultes qui reçoivent des soins réguliers

d'un médecin de famille sont plus susceptibles de recevoir les services préventifs recommandés comme la prise de la tension artérielle, la mammographie et le test de Pap⁵.

Organismes de SSP acceptant de nouveaux clients ou patients

Les pratiques fermées ou restreintes se trouvent partout au Canada. En conséquence, certaines personnes déclarent avoir de la difficulté à trouver des médecins de famille (y compris les omnipraticiens) qui acceptent de nouveaux patients. Au Canada, les médecins de famille (y compris les omnipraticiens) sont vus comme le point d'entrée dans le système de soins de santé parce qu'ils offrent les soins primaires et redirigent les patients vers les soins secondaires ou tertiaires⁶.

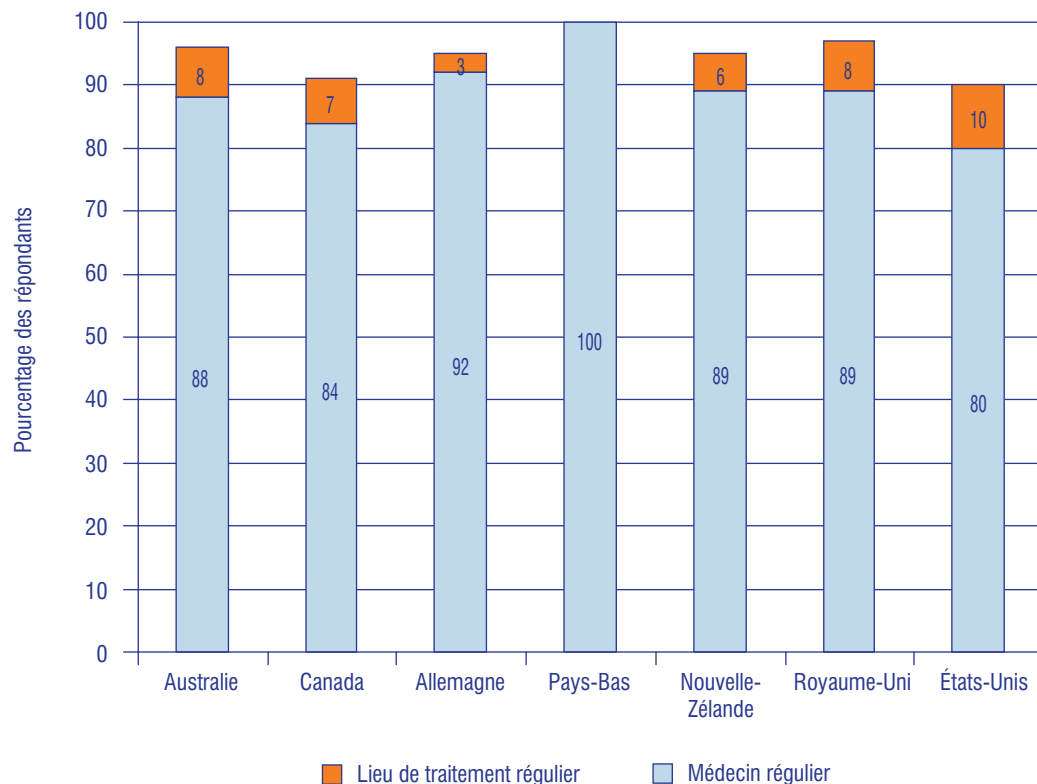
Difficultés à accéder à des SSP de routine

On considère que la capacité d'obtenir des SSP de routine joue un rôle important dans le maintien de la santé ainsi que dans la prévention des urgences en matière de santé et du mauvais usage des services⁷⁻⁹.

Barrière linguistique entre les dispensateurs de SSP et les clients ou patients

La communication interpersonnelle est la capacité du clinicien à obtenir et à comprendre les inquiétudes du patient, à expliquer les problèmes concernant les soins de santé et à procéder à des prises de décisions communes, s'il y a lieu¹⁰. Une bonne communication est importante dans la prestation de soins centrés sur le patient; il a été démontré qu'ils ont ainsi le potentiel d'améliorer les résultats, la sécurité et l'efficacité tout en étant plus adaptés aux patients¹¹. En conséquence, les efforts stratégiques sont de plus en plus axés sur une communication efficace avec les patients et visent à encourager ceux-ci à participer plus activement¹².

Figure 1 Population de 18 ans et plus ayant accès à un médecin ou à un lieu de traitement régulier, comparaisons internationales



Remarques

* Le taux de réponse au sondage était bas au Canada. Les résultats doivent être interprétés avec prudence.

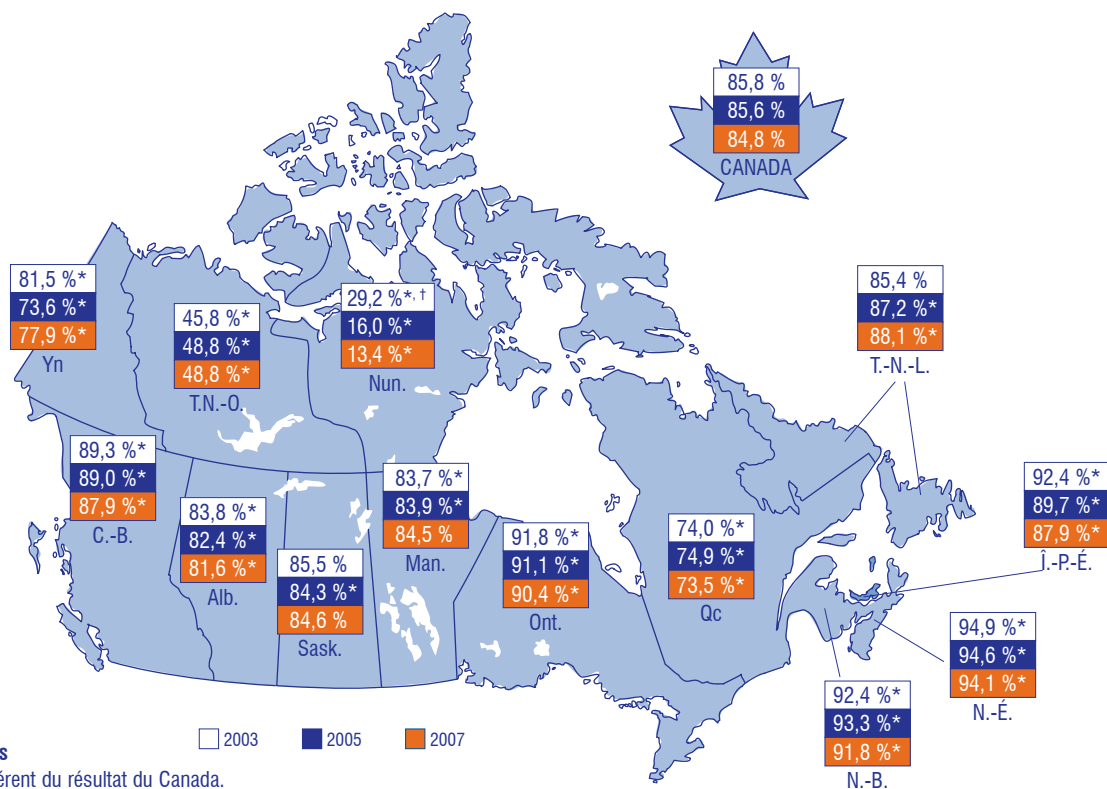
Sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 18 ans et plus. L'analyse finale a pondéré les échantillons pour qu'ils reflètent la répartition de la population adulte. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2\%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3\%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. La figure concerne l'indicateur « Population ayant un dispensateur régulier de SSP ».

Source

International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007, Fonds du Commonwealth.

Dans les sept pays étudiés, le pourcentage des répondants ayant déclaré avoir accès à un médecin ou à un lieu de traitement régulier variait de 100 % aux Pays-Bas à 90 % aux États-Unis. D'après les résultats de ce sondage et sa méthodologie, 91 % des Canadiens ont déclaré avoir accès à un médecin ou à un lieu de traitement régulier*.

Figure 2 Population de 12 ans et plus ayant déclaré avoir accès à un médecin régulier, 2003 à 2007



Remarques

* Très différent du résultat du Canada.

† À utiliser avec prudence.

Au Québec, aucune donnée n'était disponible pour la Région du Nunavik et la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. On a demandé aux personnes de 12 ans et plus si elles avaient un médecin régulier et, à celles qui n'en avaient pas, d'en préciser la raison. On déterminait que les répondants n'avaient pas cherché un médecin régulier si leur réponse était : « N'a pas essayé d'en avoir un » ou « Autres raisons ». Ces répondants n'ont pas été inclus dans les calculs. Tous les autres répondants qui ont déclaré ne pas avoir de médecin régulier étaient considérés comme ayant été incapables d'en trouver un. Leur réponse pouvait être une combinaison des options suivantes : « Il n'y en a pas dans la région », « Aucun ne prend de nouveaux patients dans la région » et « En avait un qui est parti ou a pris sa retraite ». La figure concerne l'indicateur « Population ayant un dispensateur régulier de SSP ».

Source

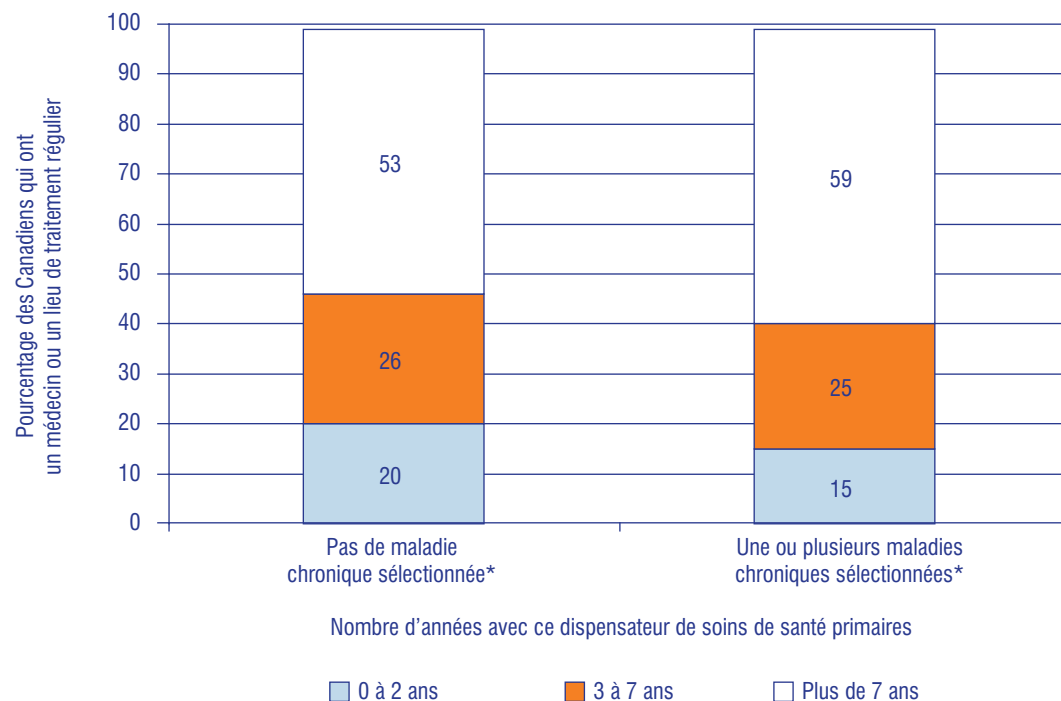
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005 et 2007, Statistique Canada.

Accès



Le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir accès à un médecin régulier en 2007 variait de 94,1 % en Nouvelle-Écosse à 13,4 % au Nunavut. La moyenne canadienne était de 84,8 % en 2007.

Figure 3 Durée de l'affiliation au dispensateur de soins de santé primaires



Remarques

* Les maladies sélectionnées comprennent l'arthrite, le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, les maladies du cœur, l'hypertension et les troubles de l'humeur.

Le total des pourcentages n'est peut-être pas de 100 % en raison des réponses manquantes, des refus de réponse et des réponses « je ne sais pas ». Un échantillon aléatoire stratifié de participants a rempli le sondage (n = 2 194). Le taux de réponse à l'enquête était de 58 %. Les résultats sont pondérés pour être représentatifs de la répartition de la population, selon l'âge et le sexe. La figure concerne l'indicateur « Organismes de SSP acceptant de nouveaux clients ou patients ».

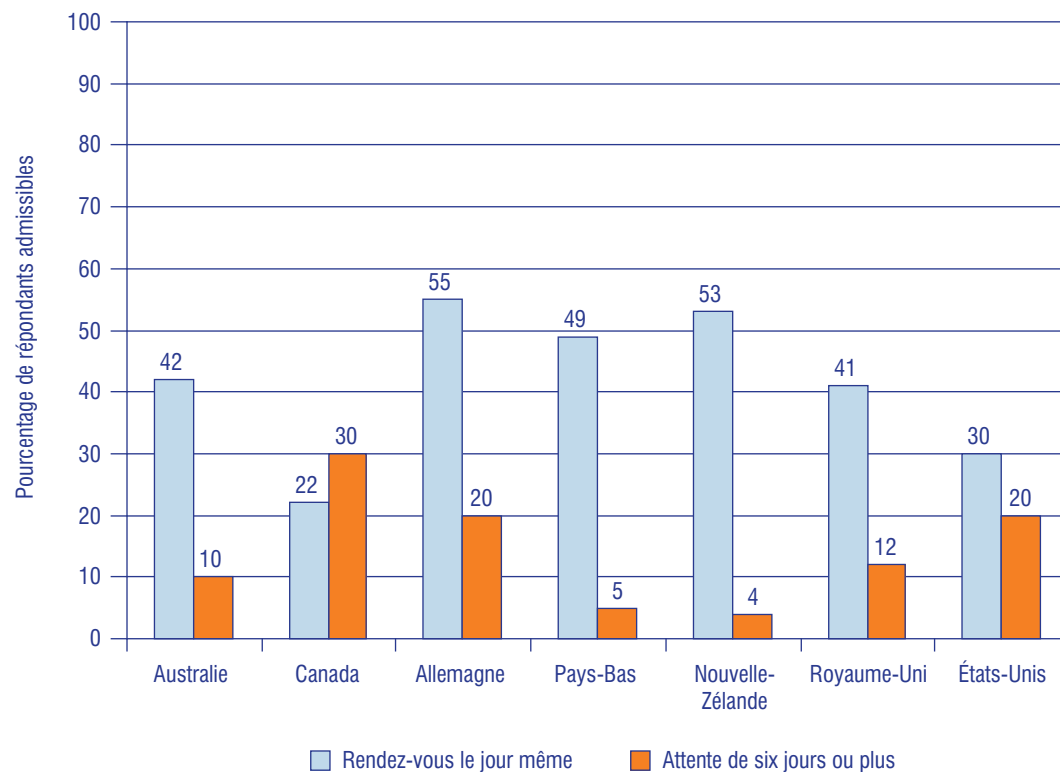
Source

Conseil canadien de la santé, *Canadians' Experiences With Chronic Illness Care in 2007: A Data Supplement to Why Health Care Renewal Matters: Learning From Canadians With Chronic Illness Conditions*, Conseil canadien de la santé, Toronto (Ont.), 2007. Extrait des données de Statistique Canada tirées de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2007. Reproduit avec autorisation.

Parmi les Canadiens qui ont un médecin ou un lieu de traitement régulier, la majorité a déclaré avoir ce médecin régulier depuis plus de sept ans. Les Canadiens atteints d'affections chroniques* (au moins une) étaient plus susceptibles d'affirmer avoir ce médecin depuis sept ans ou plus.

Figure 4

Accès à un médecin en cas de maladie ou en cas de nécessité de soins médicaux, comparaisons internationales



Remarques

* Le taux de réponse au sondage était bas au Canada. Les résultats doivent être interprétés avec prudence. Sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 18 ans et plus. L'analyse finale a pondéré les échantillons pour qu'ils reflètent la répartition de la population adulte. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2\%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3\%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. La figure concerne l'indicateur « Difficultés à accéder à des SSP de routine ».

Source

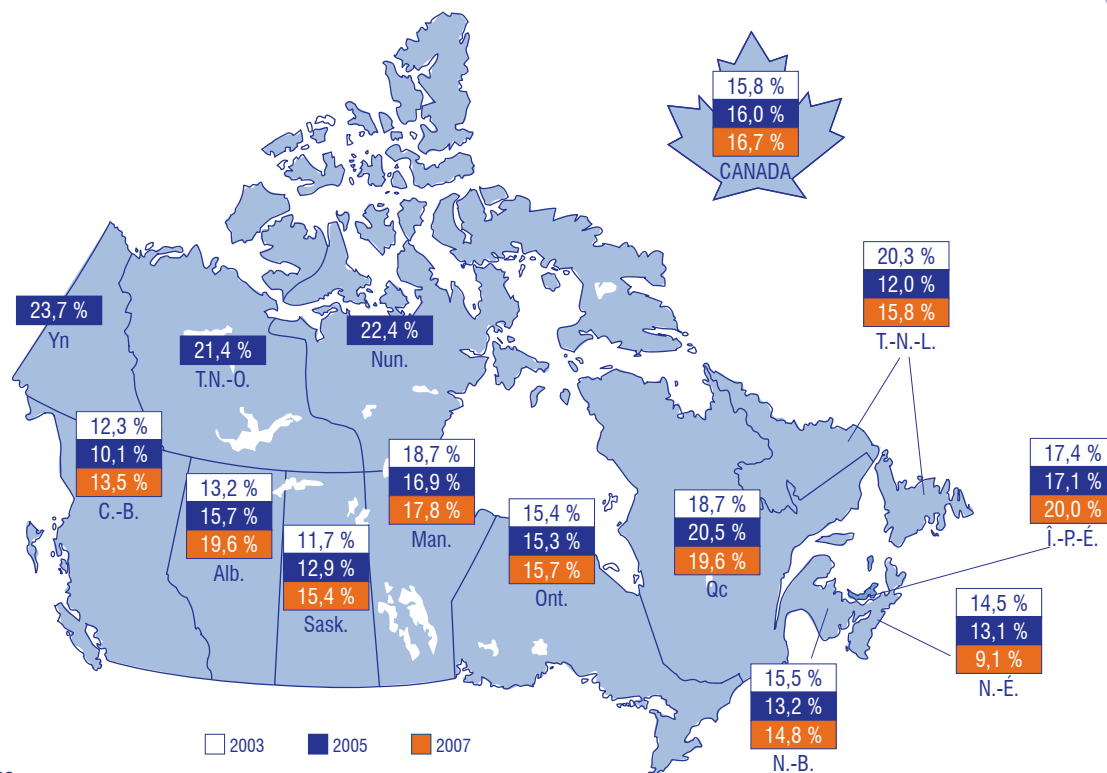
International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007, Fonds du Commonwealth.

Accès



Le pourcentage de patients qui ont déclaré avoir pu obtenir un rendez-vous le jour même variait de 55 % en Allemagne à 22 % au Canada. Le pourcentage de ceux qui ont affirmé avoir dû attendre six jours ou plus avant de rencontrer un médecin la dernière fois qu'ils ont été malades ou qu'ils avaient besoin de soins variait de 4 % en Nouvelle-Zélande à 30 % au Canada*.

Figure 5 Difficultés d'accès à des soins de routine ou de suivi parmi les personnes qui ont eu besoin de soins à n'importe quel moment de la journée, population de 15 ans et plus



Remarques

Analyse fondée sur la population à domicile de 15 ans et plus ayant déclaré, pour soi-même ou un membre de sa famille, des difficultés d'accès à ces services au cours des 12 derniers mois. « Soins de routine ou soins de suivi » correspond aux soins de santé prodigués par un médecin de famille ou un omnipraticien, y compris un examen annuel, des analyses de sang ou des soins de routine pour traiter un problème de santé courant. « Membre de la famille » désigne une personne qui vit dans le même logement que le répondant et qui lui est apparentée et dont le répondant a la responsabilité des soins. Cette figure exclut la non-réponse (« je ne sais pas », non déclaré et refus de répondre). Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui avait cours lors du Recensement de la population du Canada de 1991. Le total pour 2005 pour le Canada inclut le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2003 et 2007, les totaux pour le Canada n'incluent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut parce que les données n'étaient pas disponibles. La figure concerne l'indicateur « Difficultés à accéder à des SSP de routine ».

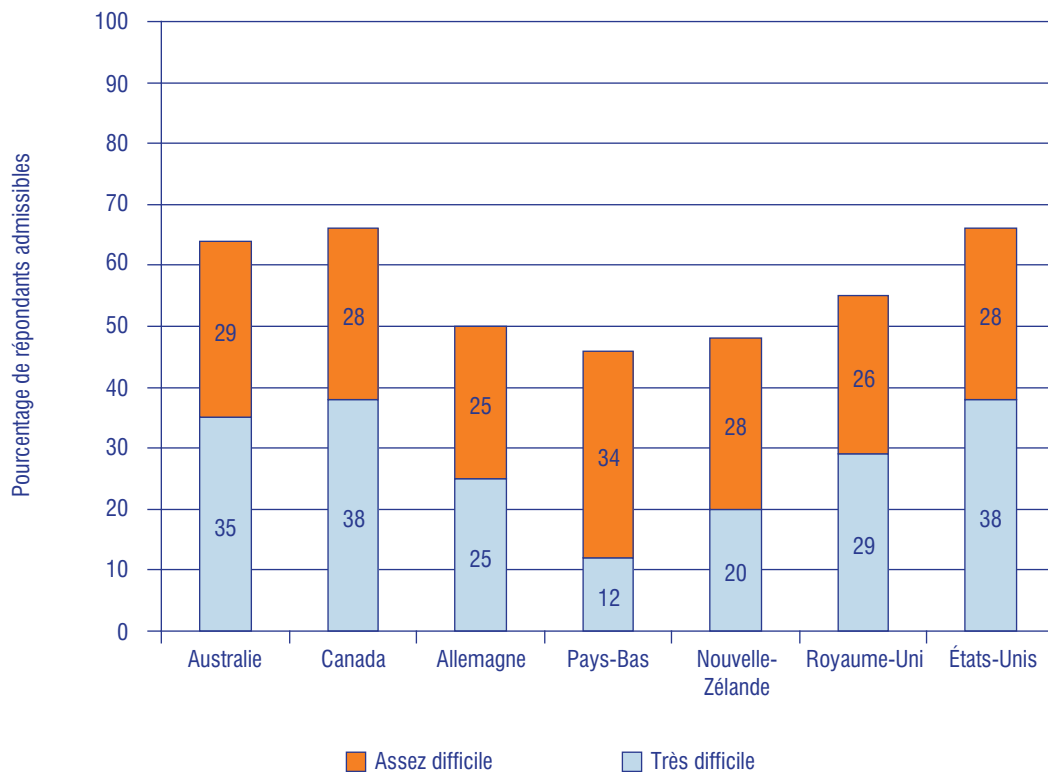
Source

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005 et 2007, Statistique Canada.

En 2007, le pourcentage de la population canadienne ayant déclaré avoir des difficultés à accéder à des soins de routine ou de suivi variait de 9,1 % en Nouvelle-Écosse à 20 % à l'Île-du-Prince-Édouard. La moyenne canadienne était de 16,7 %.

Figure 6

Difficultés d'accès à des soins après les heures normales de travail sans visite aux services d'urgence, comparaisons internationales



Remarques

* Le taux de réponse au sondage était bas au Canada. Les résultats doivent être interprétés avec prudence. Sondage téléphonique mené du 6 mars 2007 au 7 mai 2007, auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 18 ans et plus. L'analyse finale a pondéré les échantillons pour qu'ils reflètent la répartition de la population adulte. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2\%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3\%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. La figure concerne l'indicateur « Difficultés à accéder à des SSP immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur les soirs et les fins de semaine ».

Source

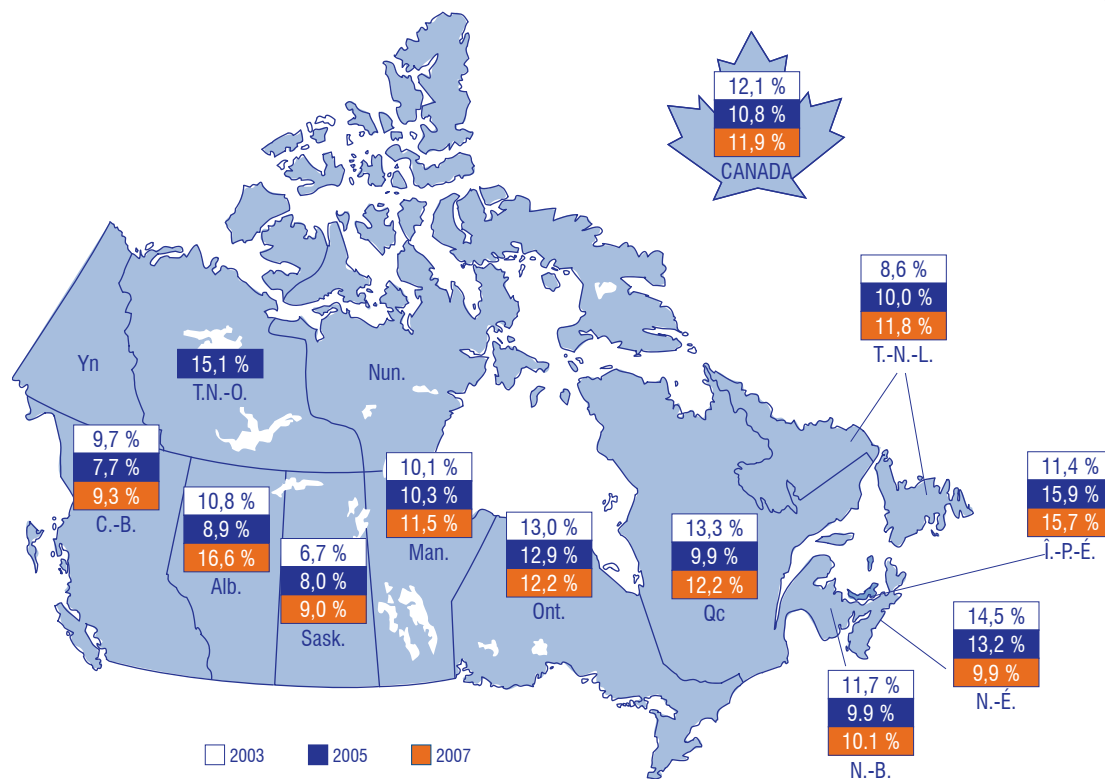
International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007, Fonds du Commonwealth.

Accès



Le pourcentage de patients qui ont déclaré qu'il est « assez ou très difficile » d'avoir accès à des soins de santé primaires les soirs, les fins de semaine et les jours fériés sans se rendre dans les services d'urgence, variait de 46 % aux Pays-Bas à plus de 60 % en Australie, au Canada et aux États-Unis. Le pourcentage de patients qui ont répondu que c'était « très difficile » variait de 12 % aux Pays-Bas à 38 % au Canada et aux États-Unis*.

Figure 7 Difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine, population de 15 ans et plus



En 2007, le pourcentage de la population qui a déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur au cours des 12 derniers mois variait de 9 % en Saskatchewan à 16,6 % en Alberta. Le pourcentage du Canada était de 12,1 % en 2003 et de 11,9 % en 2007.

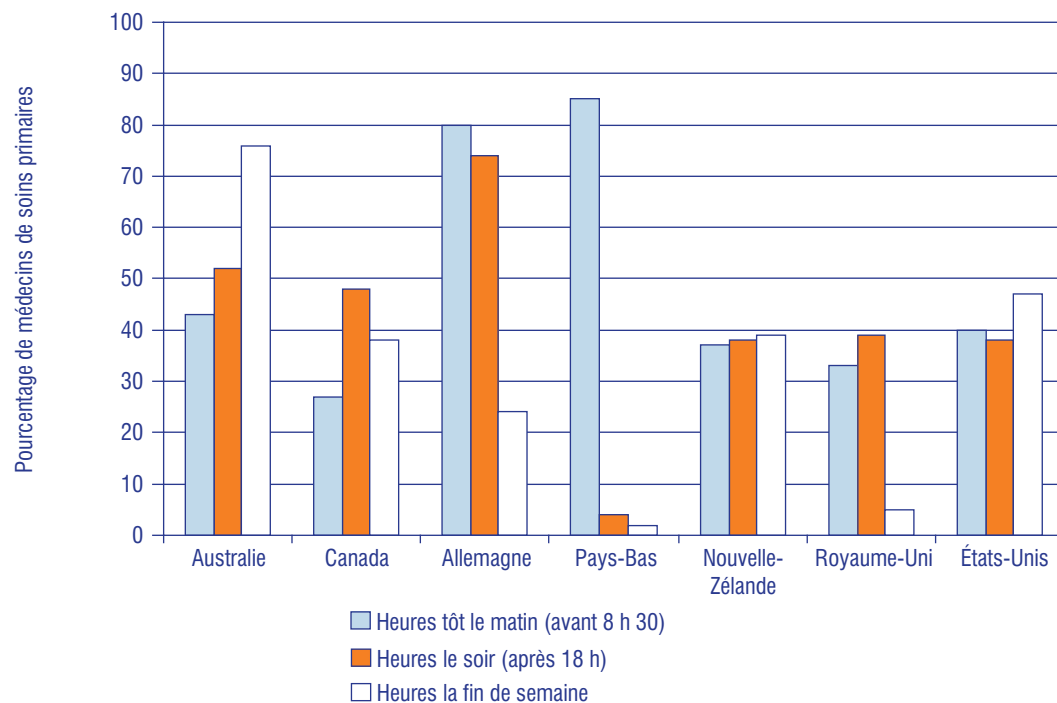
Remarques

Analyse fondée sur la population à domicile de 15 ans et plus ayant déclaré, pour soi-même ou un membre de sa famille, des difficultés d'accès à ces services au cours des 12 derniers mois. « Membre de la famille » désigne une personne qui vit dans le même logement que le répondant et qui lui est apparentée, et dont le répondant a la responsabilité des soins. « Problème de santé mineur » inclut fièvre, vomissements, maux de tête importants, foulure de la cheville, brûlures légères, coupures, irritation cutanée, éruption inexpliquée et autres, et problèmes de santé ou blessures, dues à un accident mineur, ne mettant pas la vie en danger. Heures normales de bureau : de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi; soirée : de 17 h à 21 h, du lundi au vendredi; fins de semaine : de 9 h à 21 h, les samedis et dimanches. Cette figure exclut la non-réponse (« je ne sais pas », non déclaré et refus de répondre). Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui avait cours lors du Recensement de la population du Canada de 1991. Le total pour 2005 pour le Canada inclut le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Les données sur le Yukon et le Nunavut en 2005 n'étaient pas assez fiables pour être publiées. Pour 2003 et 2007, les totaux pour le Canada n'incluent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut parce que les données n'étaient pas disponibles. La figure concerne l'indicateur « Difficultés à accéder à des SSP immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur les soirs et les fins de semaine ».

Source

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005 et 2007, Statistique Canada.

Figure 8 Médecins de première ligne qui assurent des services en dehors des heures normales, comparaisons internationales



Remarques

* Le taux de réponse au sondage était bas au Canada. Les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Le sondage consistait en entrevues avec un échantillon représentatif de médecins de soins primaires vivant dans sept pays. La définition de « médecins de soins primaires » incluait les omnipraticiens et les médecins de famille dans tous les pays. Au Canada, en Allemagne et aux États-Unis, elle incluait aussi les internistes généralistes et les pédiatres, en proportion des médecins de soins primaires pratiquant dans leur pays. L'analyse a pondéré les échantillons finaux. Le total des pourcentages n'est peut-être pas de 100 % en raison des « je ne sais pas » et des refus de réponse. Des réponses multiples étaient possibles (p. ex. les médecins qui offrent des services tôt le matin et le soir); ainsi, les totaux ne sont pas de 100 %. En Australie, en Allemagne, aux Pays-Bas, au R.-U. et aux É.-U., l'erreur moyenne de l'échantillon était de $\pm 3\%$, à un niveau de confiance de 95 %. Au Canada et en Nouvelle-Zélande, elle était de $\pm 5\%$ à un niveau de confiance de 95 %. La figure concerne l'indicateur « Organismes de SSP qui assurent des services à la population en dehors des heures normales d'ouverture ».

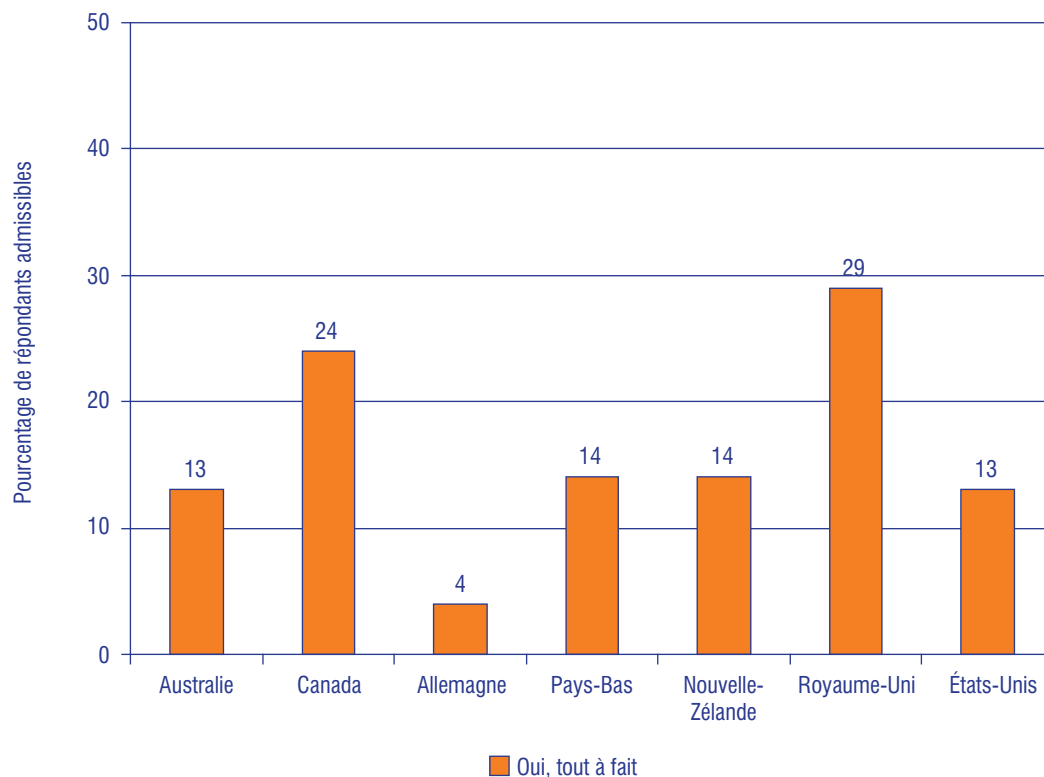
Source

International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, 2006, Fonds du Commonwealth.

En 2006, le pourcentage de médecins qui ont déclaré assurer des services tôt le matin variait de 27 % au Canada à 85 % aux Pays-Bas. Le pourcentage de ceux qui offraient quelques heures de service le soir variait de 4 % aux Pays-Bas à 74 % en Allemagne. Quant aux heures offertes la fin de semaine, le pourcentage variait de 2 % aux Pays-Bas à 76 % en Australie*.

Figure 9

Utilisation d'information ou de conseils sur la santé reçus par téléphone au cours des 12 derniers mois, comparaisons internationales



Remarques

* Le taux de réponse au sondage était bas au Canada. Les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 18 ans et plus. L'analyse finale a pondéré les échantillons pour qu'ils reflètent la répartition de la population adulte. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2\%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3\%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. La figure concerne l'indicateur « Difficultés à accéder à des renseignements ou à des conseils sur la santé en SSP ».

Source

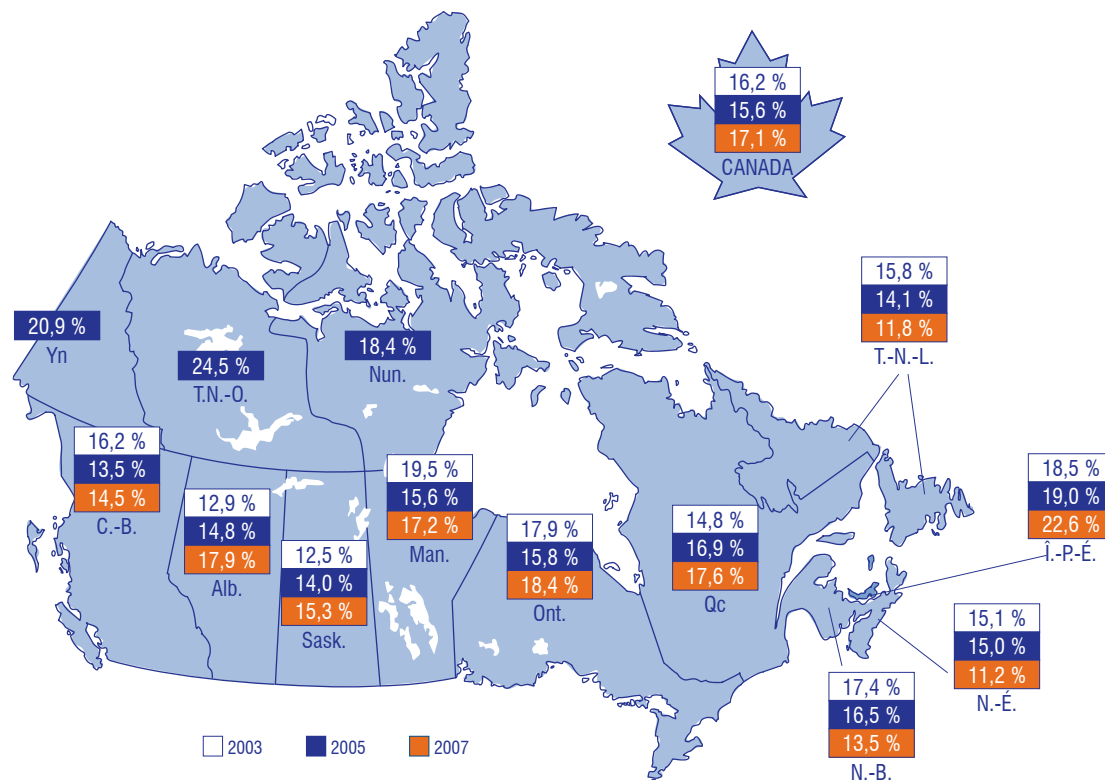
International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007, Fonds du Commonwealth.

Accès



Dans les sept pays à l'étude, le pourcentage de personnes qui ont utilisé de l'information ou des conseils sur la santé reçus par téléphone au cours des 12 derniers mois variait de 29 % au Royaume-Uni à 4 % en Allemagne, le Canada ayant un résultat de 24 %. Dans les quatre autres pays (Australie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande et É.-U.), le pourcentage d'utilisation était de 13 % à 14 %*.

Figure 10 Difficultés d'accès à de l'information ou à des conseils en matière de santé parmi les personnes qui ont eu besoin de soins à n'importe quel moment de la journée, population de 15 ans et plus



Remarques

Analyse fondée sur la population à domicile de 15 ans et plus ayant déclaré, pour soi-même ou un membre de sa famille, des difficultés d'accès à ces services au cours des 12 derniers mois. « Membre de la famille » désigne une personne qui vit dans le même logement que le répondant et qui lui est apparentée, et dont le répondant a la responsabilité des soins. Cette figure exclut la non-réponse (« je ne sais pas », non déclaré et refus de répondre). Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui avait cours lors du Recensement de la population du Canada de 1991. Le total pour 2005 pour le Canada inclut le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2003 et 2007, les totaux pour le Canada n'incluent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut parce que les données n'étaient pas disponibles. La figure concerne l'indicateur « Difficultés à accéder à des renseignements ou à des conseils sur la santé en SSP ».

Source

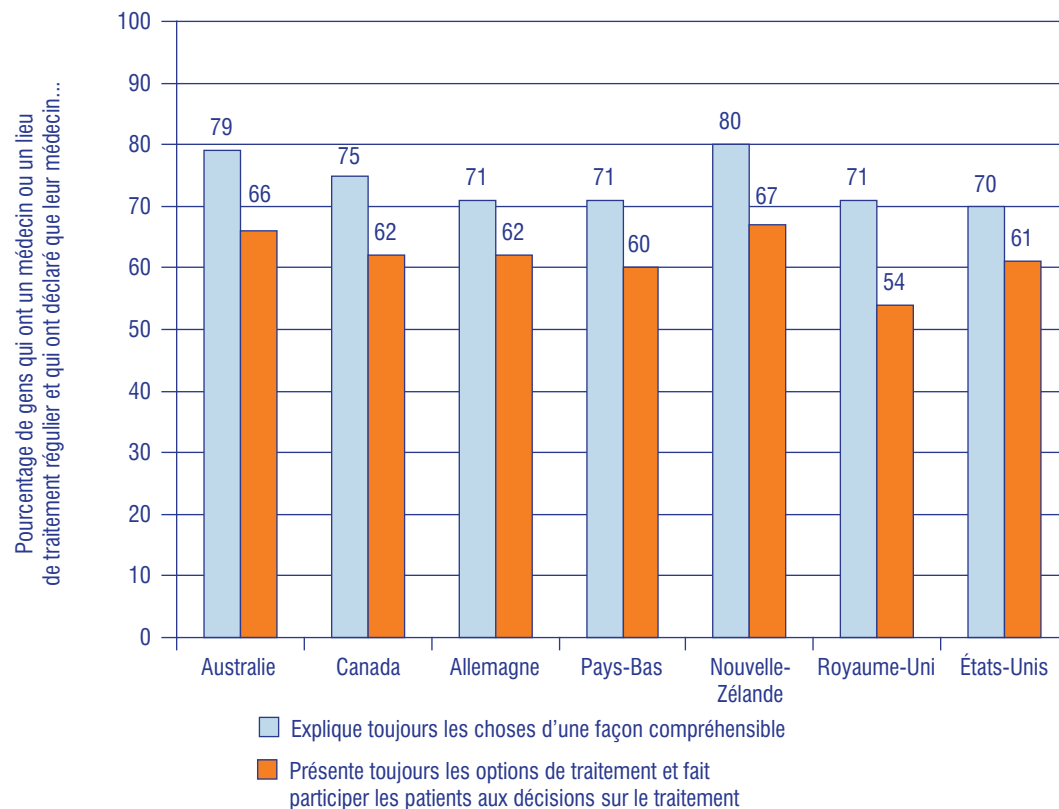
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005 et 2007, Statistique Canada.

Accès



En 2007, le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir de la difficulté à accéder à de l'information en matière de santé, parmi ceux qui ont eu besoin de soins à n'importe quel moment de la journée, variait de 11,2 % en Nouvelle-Écosse à 22,6 % à l'Île-du-Prince-Édouard. La moyenne canadienne était de 17,1 %.

Figure 11 Communication médecin-patient, comparaisons internationales



Remarques

* Le taux de réponse au sondage était bas au Canada. Les résultats doivent être interprétés avec prudence. Sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 18 ans et plus. L'analyse finale a pondéré les échantillons pour qu'ils reflètent la répartition de la population adulte. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2\%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3\%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. La figure concerne l'indicateur « Barrière linguistique entre les dispensateurs de SSP et les clients ou patients ».

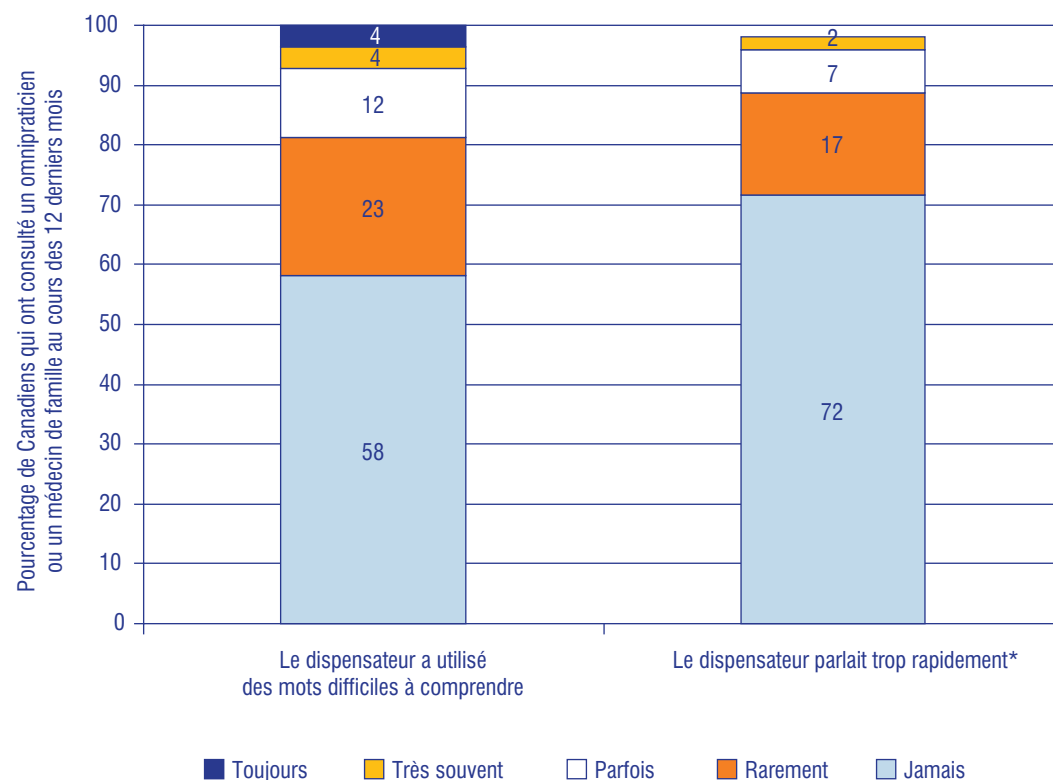
Source

International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007, Fonds du Commonwealth.

Le pourcentage de médecins qui « expliquent toujours les choses d'une façon compréhensible » variait de 80 % en Nouvelle-Zélande à 70-71 % aux États-Unis, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, le Canada ayant un résultat de 75 %. Le pourcentage de médecins qui « présentent toujours les options de traitement et font participer les patients aux décisions sur le traitement » variait de 67 % en Nouvelle-Zélande à 54 % au Royaume-Uni, le Canada se situant à 62 %*.

Figure 12

Barrière linguistique dans les communications avec le médecin de famille ou l'omnipraticien au cours des 12 derniers mois



La plupart des Canadiens (plus de 80 %) ont déclaré que leur dispensateur de soins n'utilisait jamais ou rarement des « mots difficiles à comprendre » et qu'il ne parlait jamais ou rarement « trop rapidement ». On a identifié plus souvent l'utilisation des « mots difficiles à comprendre » comme étant un problème que le fait de parler trop rapidement.

Remarques

* Les données sur les réponses de la catégorie « Toujours » à la question « Le dispensateur parlait trop rapidement » n'étaient pas fiables; elles n'ont donc pas été incluses dans le présent recueil de graphiques. La figure concerne l'indicateur « Barrière linguistique entre les dispensateurs de SSP et les clients ou patients ».

Source

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2007, Statistique Canada.



Soins recommandés

Exemples d'indicateurs de soins recommandés

Soins recommandés



Page	Figure		Nom de l'indicateur de l'ICIS	Numéro
42	13	Vaccination contre la grippe, population de 65 ans et plus, comparaisons internationales	Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus	41
43	14	Vaccination contre la grippe, population de 65 ans et plus		
44	15	Dépistage et prévention — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario*		
44	15	Dépistage et prévention — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario*	Dépistage du cancer du col de l'utérus	50
45	16	Dépistage du cancer du col de l'utérus, femmes de 20 à 69 ans, comparaisons internationales*		
46	17	Dépistage du cancer du col de l'utérus déclaré par les femmes de 18 à 69 ans		
47	18	Conseils sur le poids, l'alimentation et l'exercice physique, comparaisons internationales*	Dépistage des risques pour la santé	13
48	19	Promotion de la prévention des maladies et des modes de vie sains par les dispensateurs de soins de santé primaires*		
49	20	Contrôle de la tension artérielle chez les diabétiques, Chronic Disease Management Collaborative, Saskatchewan*	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète	57
50	21	Canadiens atteints d'un diabète non gestationnel ayant subi un test de glycémie (HbA1c) effectué par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois*		
51	22	Soins du diabète, région de Capital Health, Alberta*		
52	23	Diabétiques qui ont subi deux tests de glycémie (HbA1c) au cours des 12 derniers mois, Colombie-Britannique*		
51	22	Soins du diabète, région de Capital Health, Alberta*	Contrôle de la glycémie pour le diabète	39
53	24	Soins des maladies cardiovasculaires — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario*	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie	55
54	25	Contrôle de la tension artérielle auprès des personnes atteintes de coronaropathie, Chronic Disease Management Collaborative, Saskatchewan*		
55	26	Taux d'hospitalisation en raison de conditions propices aux soins ambulatoires, de 2004-2005 à 2006-2007	Conditions propices aux soins ambulatoires	35
56	27	Taux d'hospitalisation en raison de conditions propices aux soins ambulatoires dans les régions sanitaires, 2006-2007		

Exemples d'indicateurs sur les soins recommandés (suite)

Soins recommandés



Page	Figure		Nom de l'indicateur de l'ICIS	Numéro
53	24	Soins des maladies cardiovasculaires — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario*	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension	56
53	24	Soins des maladies cardiovasculaires — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario*	Contrôle de la tension artérielle pour l'hypertension	40
		Indicateur non inclus	Traitement de la dyslipidémie	61
		Indicateur non inclus	Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs	63
		Indicateur non inclus	Traitement de la dépression	64

Remarques

* Les données soumises sont liées à l'indicateur.

Les nombres de la dernière colonne se rapportent aux numéros d'indicateurs de la liste initiale comptant 105 indicateurs, établie en 2006.

Indicateurs de soins recommandés

POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

Les indicateurs de cette section du recueil de graphiques sont axés sur les soins recommandés pour le traitement et la prévention primaire ou secondaire des groupes de maladies suivants : grippe, cancer du col de l'utérus, maladie cardiovasculaire et diabète. Alors que les stratégies de prévention primaire sont axées sur la prévention de l'apparition d'une maladie, celles qui concernent la prévention secondaire mettent l'accent sur l'adoption de pratiques généralement reconnues de gestion des maladies une fois que le patient a une affection (p. ex. le besoin de prévenir l'aggravation d'une affection ou l'apparition d'autres affections, comme le développement d'une maladie rénale ou coronarienne, ou encore la cécité chez les diabétiques).

Les indicateurs de cette section reflètent les affections principales et les services recommandés qui sont jugés importants par un grand nombre d'intervenants. Ils comprennent ceux qui suivent :

Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus

L'immunisation est un moyen efficace de réduire l'incidence de la grippe. Les programmes devraient cibler les personnes qui présentent un risque élevé de complications liées à la grippe (comme celles de 65 ans et plus), celles qui pourraient leur transmettre la grippe et celles qui fournissent des services communautaires essentiels¹³.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Depuis de nombreuses décennies, les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus et de mortalité liée à cette maladie sont en baisse. Cette situation s'explique surtout par le recours généralisé et régulier au test de Pap à des fins de dépistage, ce qui permet de détecter tôt et de traiter les lésions malignes et pré malignes. La poursuite du dépistage à l'aide du test de Pap demeure une mesure de prévention importante¹⁴.

Dépistage des risques pour la santé

Offre de conseils sur le poids, l'alimentation ou l'exercice physique. Dans l'ensemble, la maladie cardiovasculaire, le cancer et le diabète sont responsables de plus de 25 millions de décès dans le monde chaque année. De plus, des millions de personnes vivent avec au moins l'une de ces maladies. Une grande part de ces décès pourrait être prévenue en effectuant le dépistage des facteurs de risque modifiables tels que la sédentarité, le surpoids et l'obésité et la mauvaise alimentation¹⁵.

Soins recommandés





Dépistage chez les adultes atteints de diabète

Les diabétiques présentent un risque plus élevé de maladie du cœur (cardiopathie) et d'accident cérébrovasculaire (ACV). Ces types de problèmes peuvent apparaître plus tôt dans la vie des diabétiques. De plus, les taux de mortalité liés à ces problèmes sont beaucoup plus élevés chez les diabétiques que chez les gens qui n'ont pas le diabète. Ainsi, les Lignes directrices 2003 de pratique clinique pour la prévention et la prise en charge du diabète au Canada de l'Association canadienne du diabète et d'autres documents insistent sur l'importance de réduire les risques de crise cardiaque et d'accident cérébrovasculaire¹⁶.

Contrôle de la glycémie pour le diabète

Au fil du temps, une glycémie élevée (un taux de sucre élevé) peut causer des complications telles que la cécité, une maladie cardiaque, des problèmes de rein, une lésion nerveuse et la gangrène nécessitant des amputations. Des études

scientifiques rigoureuses ont donné de solides preuves démontrant que les complications à long terme du diabète sucré peuvent être réduites au moyen d'un contrôle constant de la glycémie. Comparativement aux schémas thérapeutiques classiques, les schémas de traitement intensif visant à diminuer les taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) vers un niveau normal ont été associés à une réduction des complications microvasculaires (comme les lésions nerveuses aux pieds et aux mains) chez les personnes atteintes du diabète de type 1 ou de type 2. Les taux de HbA1c plus élevés que 7 % sont associés à un risque considérablement plus élevé de complications microvasculaires et macrovasculaires (comme les infarctus et les accidents cérébrovasculaires), peu importe le traitement suivi. Une étude du Royaume-Uni a révélé qu'une réduction (absolue) de 1 % du taux moyen de HbA1c était associée à une chute de 37 % du risque de complications microvasculaires, à une

diminution de 14 % du risque d'infarctus du myocarde et à une baisse du nombre de décès attribuables au diabète ou à d'autres causes¹⁷.

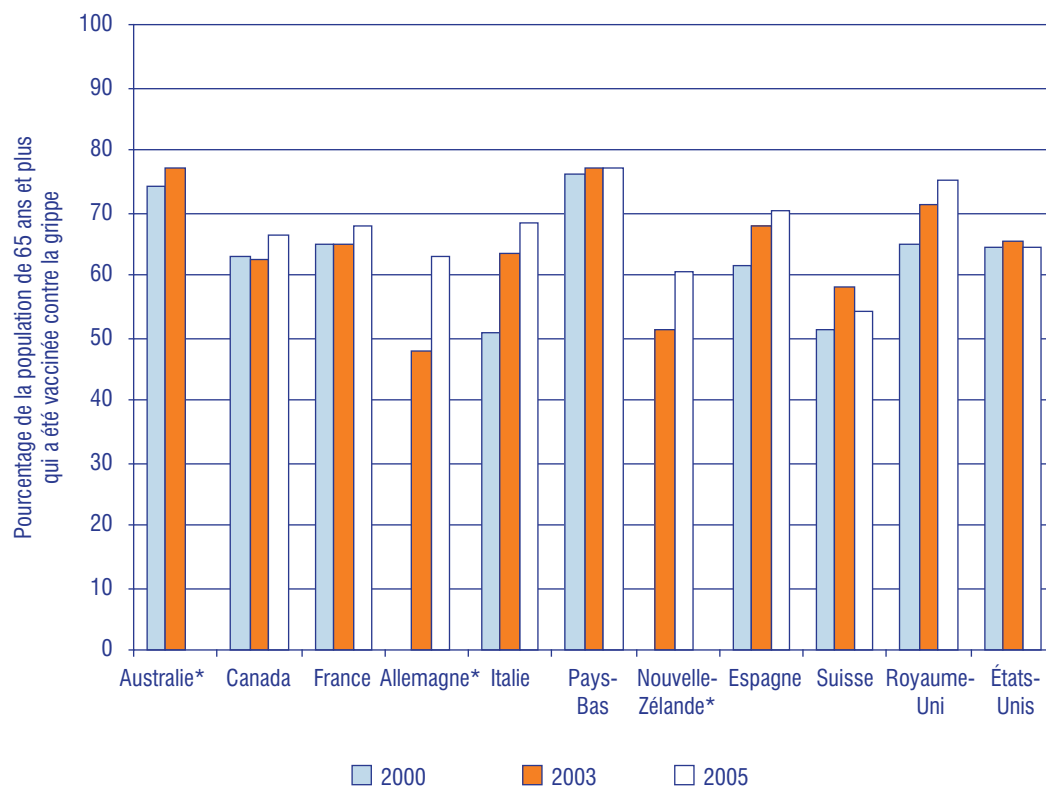
Conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA)

Les taux d'hospitalisations liées à sept affections chroniques qui pourraient être prises en charge ou soignées dans la collectivité, appelées conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA), varient au Canada. Les CPSA sont des conditions pour lesquelles les hospitalisations pourraient être évitées ou réduites grâce à des soins de santé primaires appropriés dans la collectivité, p. ex. l'asthme, le diabète et l'hypertension¹⁸.

Contrôle de la tension artérielle pour l'hypertension

L'hypertension artérielle est l'un des facteurs de risque de mortalité les plus importants au monde^{19, 20}. Il a été démontré que le contrôle de la tension artérielle permet de réduire les taux de mortalité²¹.

Figure 13 Vaccination contre la grippe, population de 65 ans et plus, comparaisons internationales



Remarques

* Les données sur l'Australie en 2005 et celles sur l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande en 2000 n'étaient pas disponibles. Les comparaisons entre les pays doivent être interprétées avec prudence puisque les méthodes de collecte de données varient d'un pays à l'autre. La figure concerne l'indicateur « Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus ».

Source

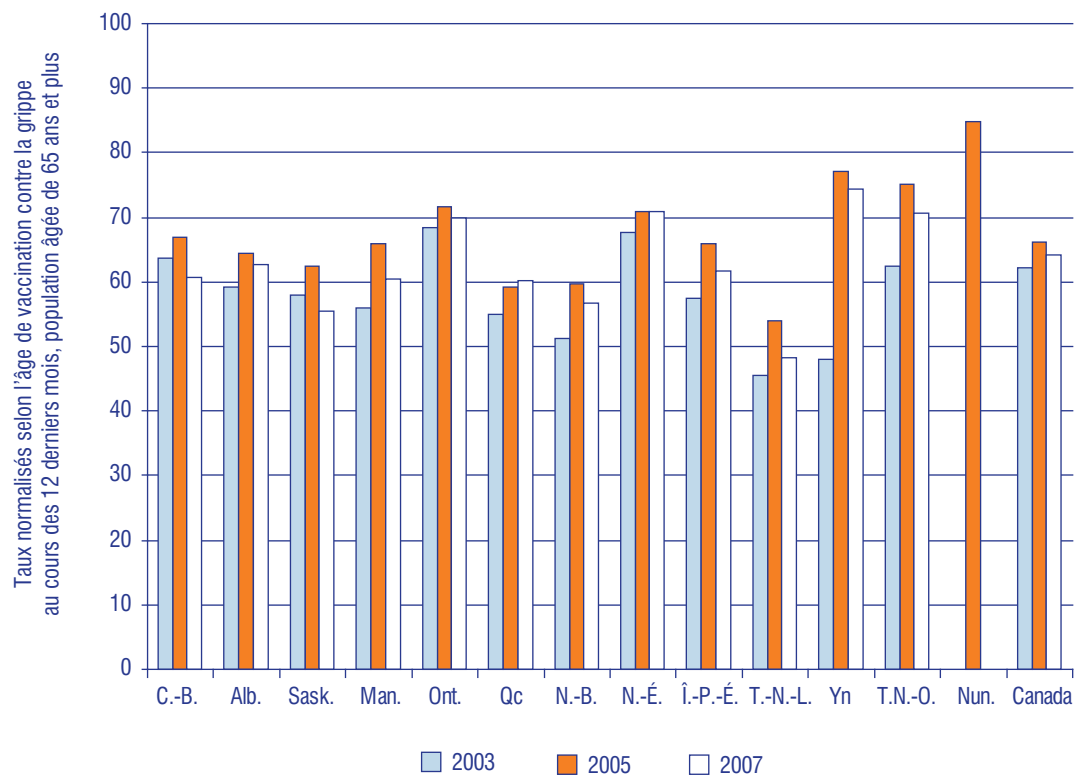
Organisation de coopération et de développement économiques, 2007.

Soins recommandés



Les taux de vaccination contre la grippe ont augmenté depuis 2000 au Canada. En 2005, ils s'élevaient à 67 %, alors que les taux variaient selon les pays étudiés de 77 % aux Pays-Bas à 54 % en Suisse.

Figure 14 Vaccination contre la grippe, population de 65 ans et plus



Remarques

Les taux présentés ont été normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui avait cours lors du Recensement de la population du Canada de 1991. Le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest (excluant le Nunavut) ont été créés le 1^{er} avril 1999. Pour faciliter les comparaisons, les données présentées dans la présente figure pour les Territoires du Nord-Ouest utilisent les frontières actuelles. Les données de 2003 et de 2007 pour le Nunavut n'étaient pas assez fiables pour être publiées.

Source

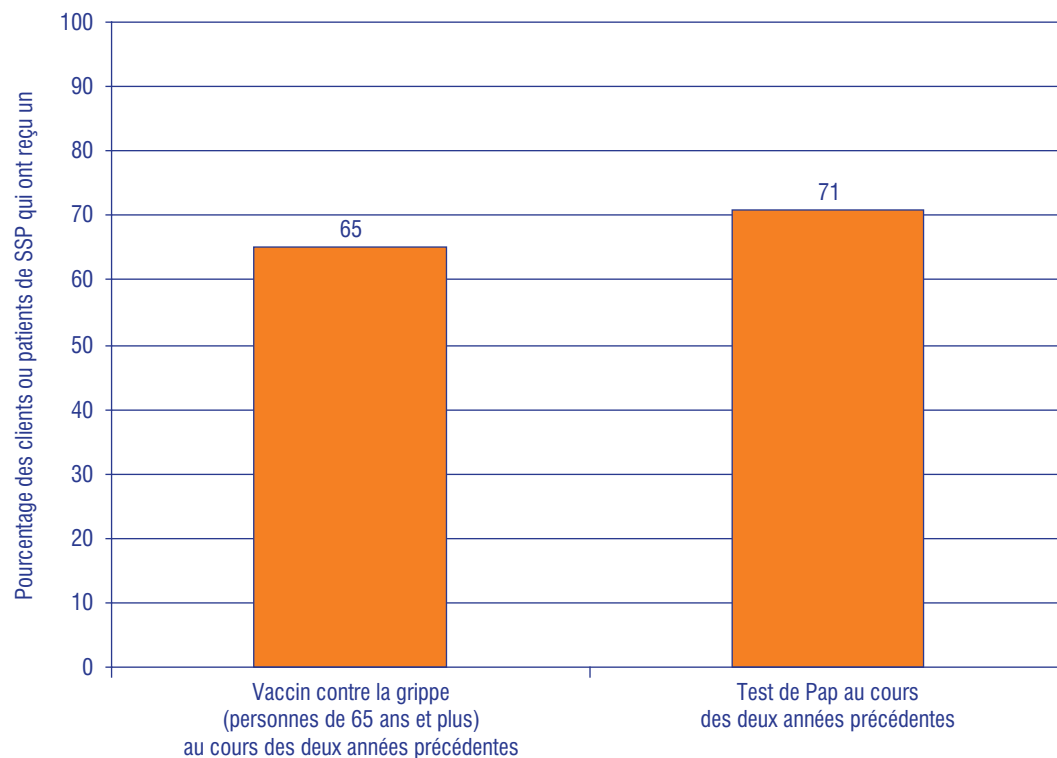
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005 et 2007, Statistique Canada.

Soins recommandés



En 2007, le taux de vaccination contre la grippe variait de 74 % au Yukon à 48 % à Terre-Neuve-et-Labrador, tandis qu'en 2005, le taux de vaccination allait de 85 % au Nunavut à 54 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Enfin, en 2003, le taux de vaccination ne s'élevait qu'à 69 % en Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux le plus faible, soit 46 %.

Figure 15 Dépistage et prévention — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario



Remarques

Données calculées selon la vérification de 137 lieux de pratique dispensant des soins de santé primaires en Ontario. À chaque site, 30 dossiers comprenant quatre modèles de soins différents ont été évalués. Cette vérification se limitait aux dossiers de patients réguliers de dispensateurs de SSP consentants, qui étaient âgés de 18 ans et plus lors de leur dernière visite et dont le dossier était actif (c'est-à-dire, qui contient au moins deux ans de renseignements et au moins une visite dans l'année précédente). Les patients étaient exclus en fonction des critères suivants : s'ils étaient décédés, avaient quitté le lieu de pratique au cours des deux dernières années, avaient visité le site pour des services spécialisés seulement (comme les soins des pieds), étaient connus du vérificateur des dossiers ou comptaient parmi les membres du personnel du site. La présente figure concerne les indicateurs « Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus » et « Dépistage du cancer du col de l'utérus ».

Source

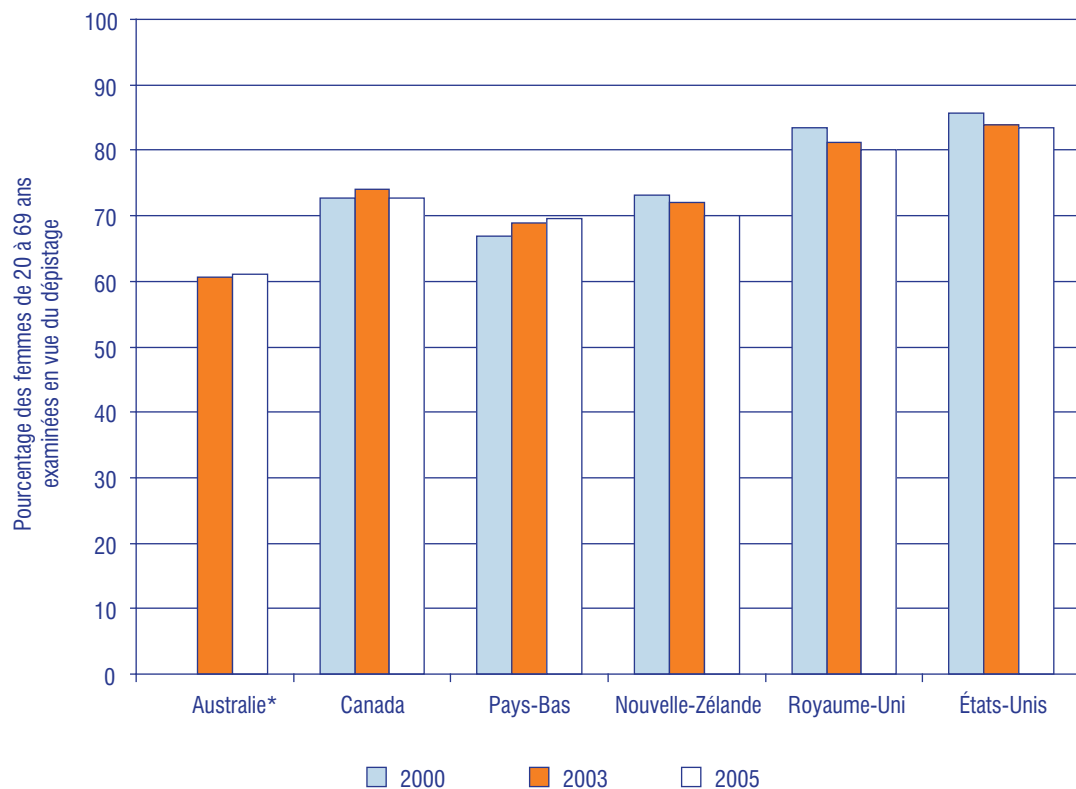
Comparaison de modèles de soins primaires en Ontario, 2005-2006, avec la permission de l'Université d'Ottawa, Ontario.

Soins recommandés



Dans 71 % des cas, les patientes ont subi un test de Pap au cours des deux dernières années; 65 % des patients de plus de 65 ans ont par ailleurs été vaccinés contre la grippe. Ces données ne sont pas destinées au calcul d'estimations populationnelles.

Figure 16 Dépistage du cancer du col de l'utérus, femmes de 20 à 69 ans, comparaisons internationales



Remarques

* Aucune donnée disponible sur l'Australie pour 2000.

Les comparaisons entre les pays doivent être interprétées avec prudence puisque les méthodes de collecte de données varient d'un pays à l'autre. Le Canada et les États-Unis ont eu recours aux données de sondages, alors que tous les autres pays comparés ont recueilli des données de programmes.

Source

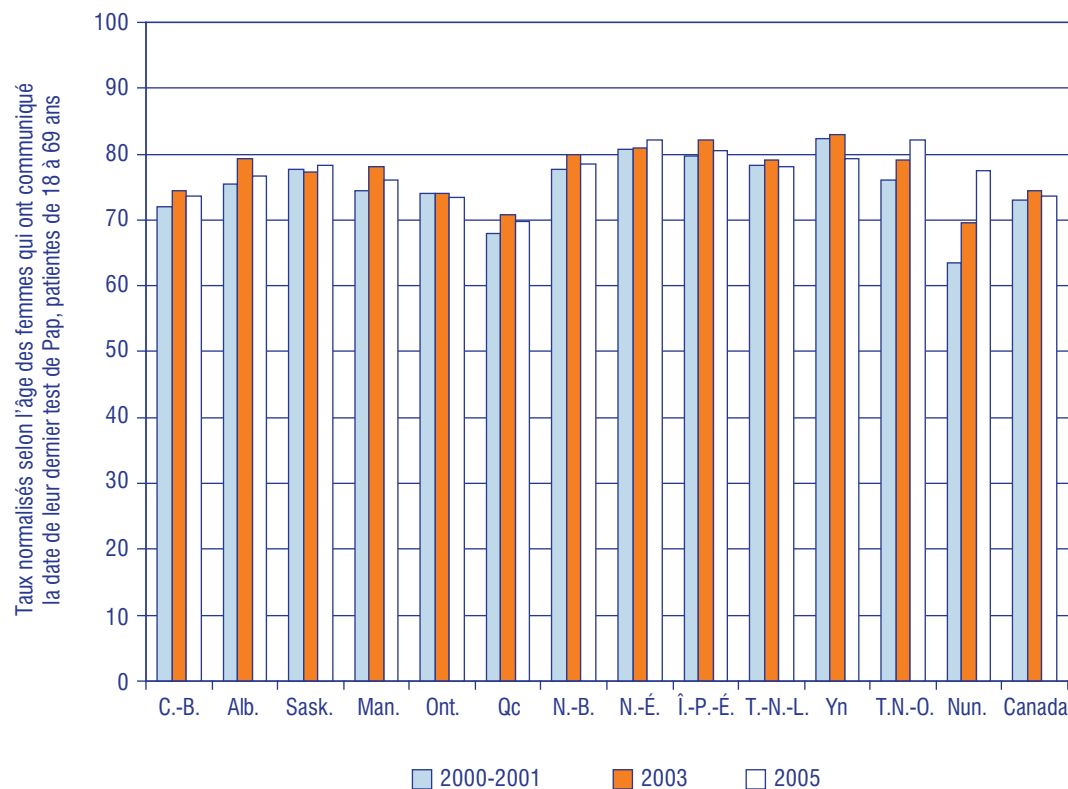
Organisation de coopération et de développement économiques, 2008.

Soins recommandés



En 2005, le pourcentage des femmes examinées pour dépister le cancer du col de l'utérus variait de 84 % aux États-Unis à 61 % en Australie. Au Canada, le taux d'examens en vue du dépistage de ce cancer était de 73 % en 2005.

Figure 17 Dépistage du cancer du col de l'utérus déclaré par les femmes de 18 à 69 ans



Remarque

Les taux présentés ont été normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui avait cours lors du Recensement de la population du Canada de 1991. La présente figure concerne l'indicateur « Dépistage du cancer du col de l'utérus ».

Source

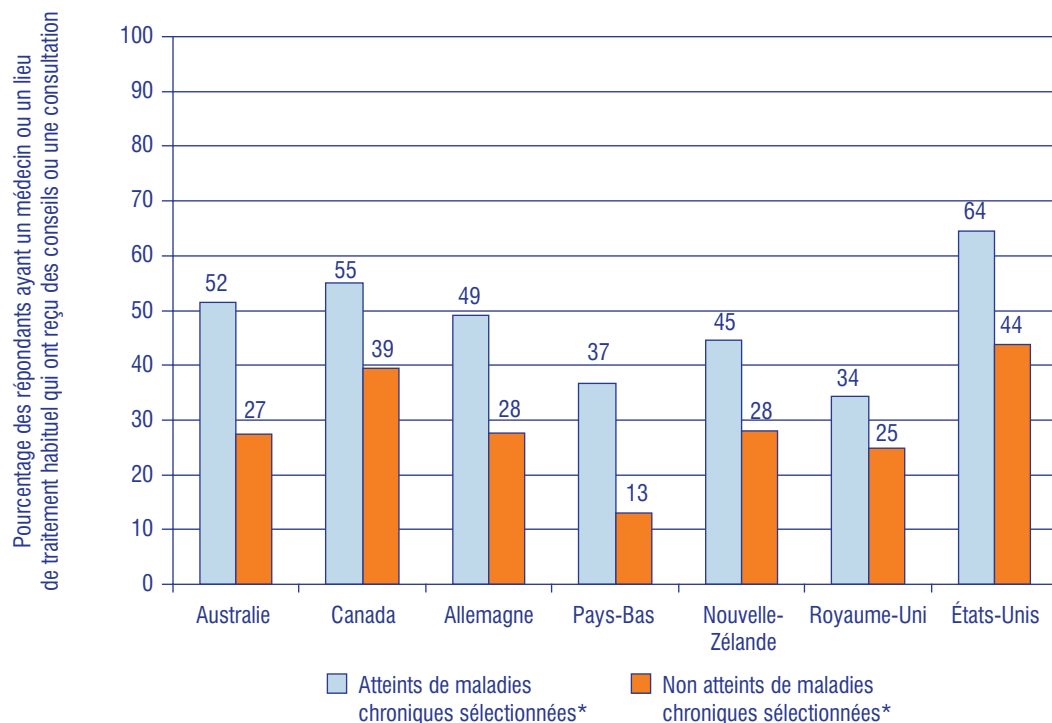
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003 et 2005, Statistique Canada.

Soins recommandés



En 2005, le pourcentage variait entre 82 % en Nouvelle-Écosse et dans les Territoires du Nord-Ouest et 70 % au Québec. En 2003, il était compris entre 83 % au Yukon et 70 % au Nunavut. Le pourcentage des femmes qui ont déclaré avoir été examinées dans le cadre d'un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus en 2000-2001 variait de 82 % au Yukon à 63 % au Nunavut.

Figure 18 Conseils sur le poids, l'alimentation et l'exercice physique, comparaisons internationales



Remarques

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent : l'arthrite, l'asthme, la dépression, le diabète, le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique, les maladies du cœur (dont les crises cardiaques) et l'hypertension artérielle.

† Le Canada a connu un faible taux de réponse à ce sondage, les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 18 ans et plus. L'analyse finale a pris en considération la distribution de la population adulte du pays pour l'évaluation des échantillons. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2\%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3\%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. La présente figure concerne l'indicateur « Dépistage des risques pour la santé ».

Sources

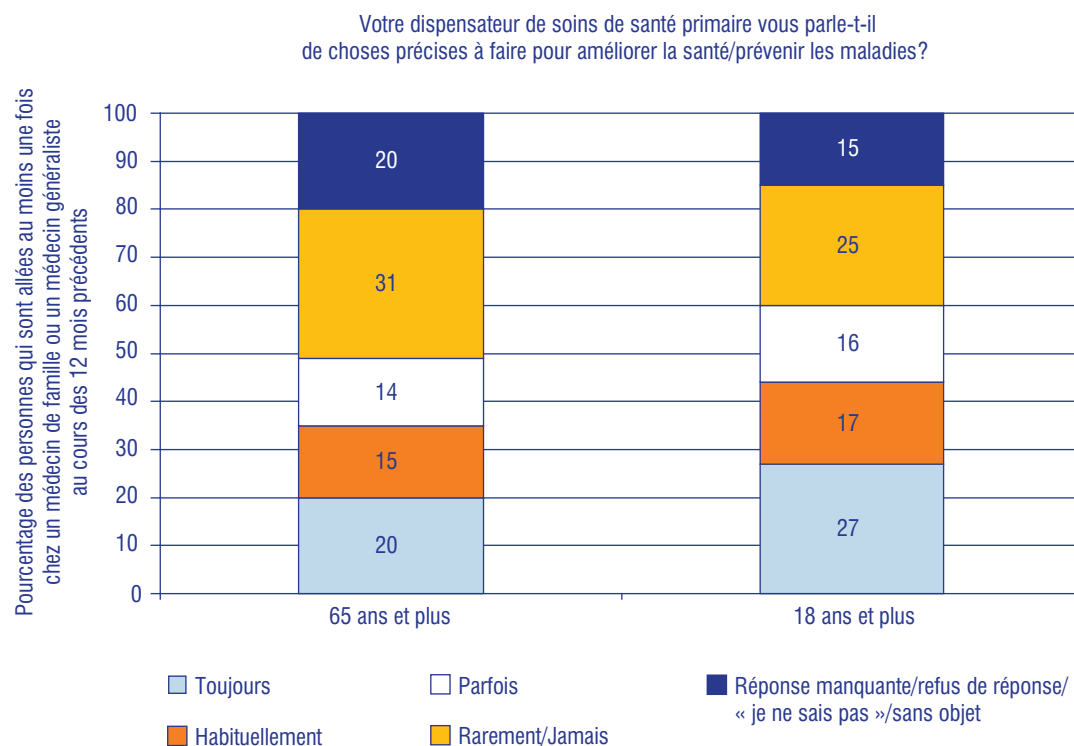
Conseil canadien de la santé, 2007, analyse personnalisée des données du Fonds du Commonwealth pour l'International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007.

Soins recommandés



Dans les sept pays faisant l'objet de cette étude, le pourcentage de répondants souffrant de maladies chroniques sélectionnées* qui ont reçu des conseils sur leur poids, leur alimentation et l'exercice physique variait de 64 % aux États-Unis à 34 % au Royaume-Uni, tandis que le Canada a déclaré un taux de 55 %. Dans le cas de personnes ne souffrant pas de maladies chroniques sélectionnées, les taux variaient de 44 % aux États-Unis à 13 % aux Pays-Bas, le Canada ayant déclaré un taux de 39 %[†].

Figure 19 Promotion de la prévention des maladies et des modes de vie sains par les dispensateurs de soins de santé primaires



Remarque

La présente figure concerne l'indicateur « Dépistage des risques pour la santé ».

Source

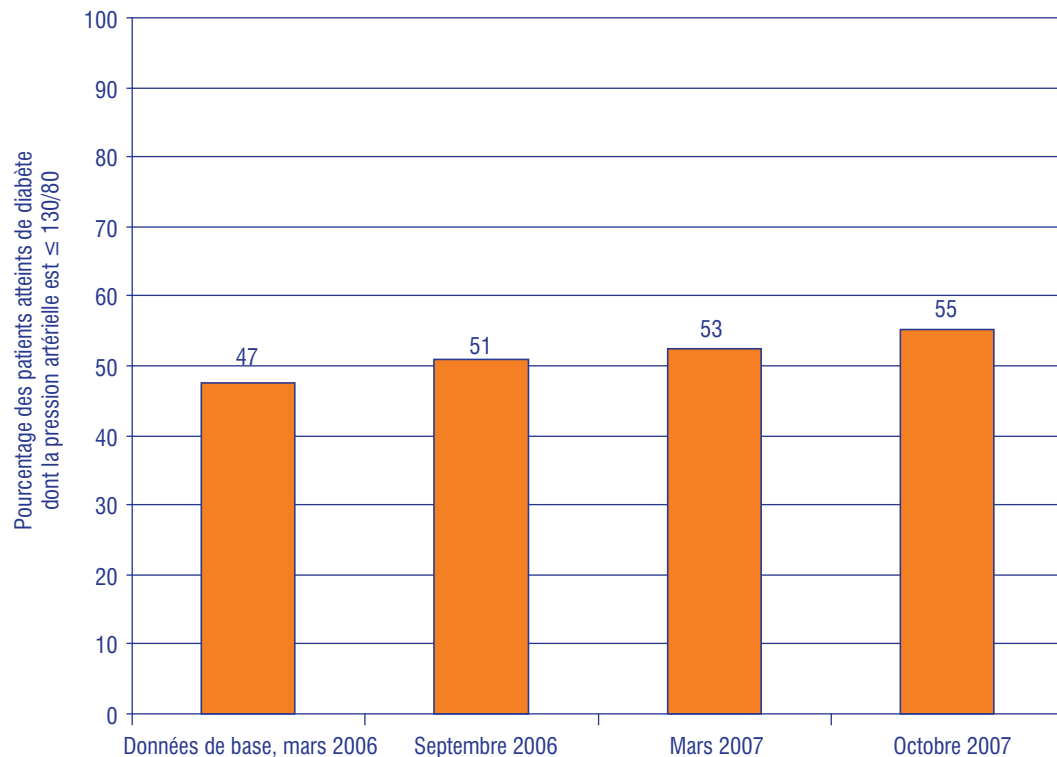
Conseil canadien de la santé, *Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada*, Toronto (Ont.), Conseil canadien de la santé, 2008. Extrait des données de Statistique Canada tirées de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires. Reproduit avec autorisation.

Soins recommandés



Moins de la moitié des patients de SSP canadiens affirment que leur dispensateur de soins leur parle « toujours » ou « habituellement » de choses précises à faire pour améliorer leur santé; seulement 35 % des patients de 65 ans et plus ont fait la même déclaration. Par ailleurs, 31 % des patients de 65 ans et plus ont déclaré que leur dispensateur de SSP n'a « jamais » ou a « rarement » discuté avec eux de points à améliorer.

Figure 20 Contrôle de la tension artérielle chez les diabétiques,
Chronic Disease Management Collaborative, Saskatchewan



Remarques

Numérateur : Nombre de patients du dénominateur dont la mesure de la pression artérielle la plus récente était $\leq 130/80$.

Dénominateur : Nombre de patients atteints de diabète inscrits au registre des maladies dont la pression artérielle a été mesurée entre le 31 décembre 2003 et octobre 2007. La présente figure concerne l'indicateur « Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète ».

Source

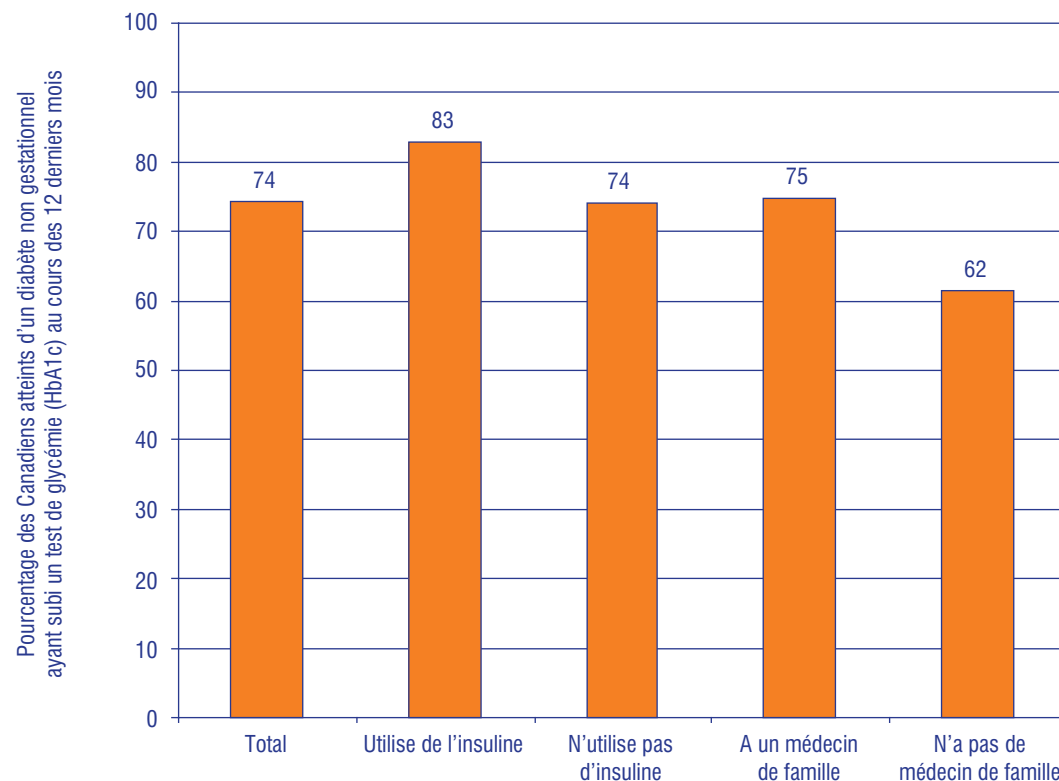
Chronic Disease Management Collaborative, 2006-2007, Health Quality Council, Saskatchewan.

Soins recommandés



En mars 2006, la pression artérielle de 47 % des patients diabétiques ($n = 5\,710$) dont le dispensateur de soins de santé primaires participait à l'initiative Chronic Disease Management Collaborative de la Saskatchewan était contrôlée ($\leq 130/80$ mmHg), taux qui a crû jusqu'à 55 % en octobre 2007. Ces données ne sont pas destinées au calcul d'estimations populationnelles.

Figure 21 Canadiens atteints d'un diabète non gestationnel ayant subi un test de glycémie (HbA1c) effectué par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois



Remarque

Les valeurs « Utilise de l'insuline » et « N'utilise pas d'insuline » diffèrent de manière significative ($p < 0,05$). Les valeurs « A un médecin de famille » et « N'a pas de médecin de famille » diffèrent de manière significative ($p < 0,05$). Données recueillies dans les provinces suivantes : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et le Manitoba. Population à domicile de 18 ans et plus. L'enquête ne comprend pas le diabète gestationnel et n'établit pas de distinction pas entre les diabètes de type 1 et de type 2. La présente figure concerne l'indicateur « Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète ».

Source

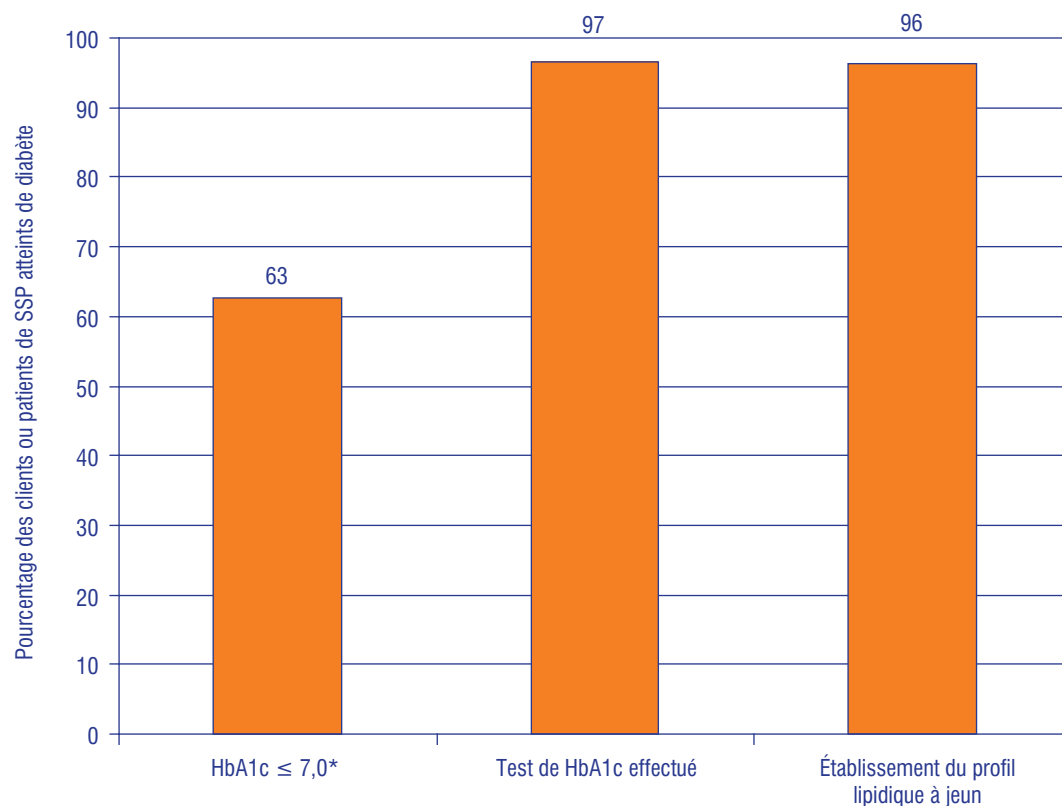
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Statistique Canada.

Soins recommandés



Le pourcentage des Canadiens atteints d'un diabète non gestationnel qui prennent de l'insuline et ayant subi un test de glycémie (HbA1c) au cours des 12 derniers mois est de 83 %, par rapport à 74 % pour ceux qui ne prennent pas d'insuline. Par ailleurs, le pourcentage des Canadiens atteints d'un diabète non gestationnel ayant subi un test de glycémie (HbA1c) au cours des 12 derniers mois est de 75 % parmi ceux qui consultent un médecin de famille et de 62 % pour ceux qui n'en ont pas. En moyenne, 74 % des Canadiens atteints de diabète ont subi un test de glycémie au cours des 12 derniers mois.

Figure 22 Soins du diabète, région de Capital Health, Alberta



Remarques

* Capital Health, 2004-2007, Alberta.

Les données de la région de Capital Health en Alberta sont basées sur les données administratives provenant des médecins participants du milieu. Les données pour les critères « test de HbA1c effectué » et « établissement du profil lipidique à jeun » se basent sur 6 368 patients. Les données pour « taux de HbA1c ≤ 7,0 % » se basent sur 38 791 patients et ont été recueillies sur une plus longue période. La présente figure concerne les indicateurs « Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète » et « Contrôle de la glycémie pour le diabète ».

Source

Capital Health, Alberta, 2007.

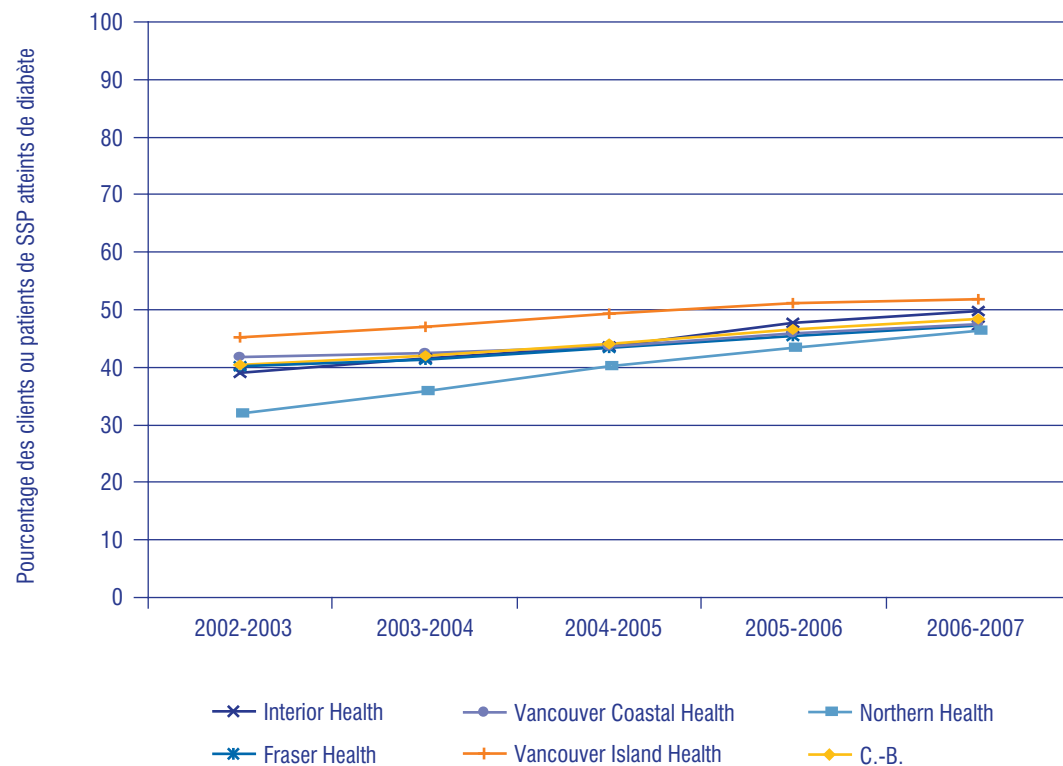
Soins recommandés



Dans cet échantillon de la région de Capital Health, 96 % ou plus des patients atteints de diabète ont subi un test ou un examen de dépistage au cours des 12 derniers mois dans le but de contrôler leur glycémie ou d'établir leur profil lipidique. De plus, 63 % de ces patients ont réussi à maintenir leur taux de glycémie (HbA1c ≤ 7,0 %). Ces données ne sont pas destinées au calcul d'estimations populationnelles.

Figure 23

Diabétiques qui ont subi deux tests de glycémie (HbA1c)
au cours des 12 derniers mois, Colombie-Britannique



Remarques

La définition des cas de diabète a été modifiée en 2006-2007, ce qui a produit une chute appréciable de la prévalence pour toutes les années. Les données reposent sur les nombres suivants de patients diabétiques en Colombie-Britannique : en 2002-2003, ils étaient 200 448; en 2003-2004, 215 658; en 2004-2005, 231 965; en 2005-2006, 248 699; en 2006-2007, 266 750.

La présente figure concerne l'indicateur « Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète ».

Source

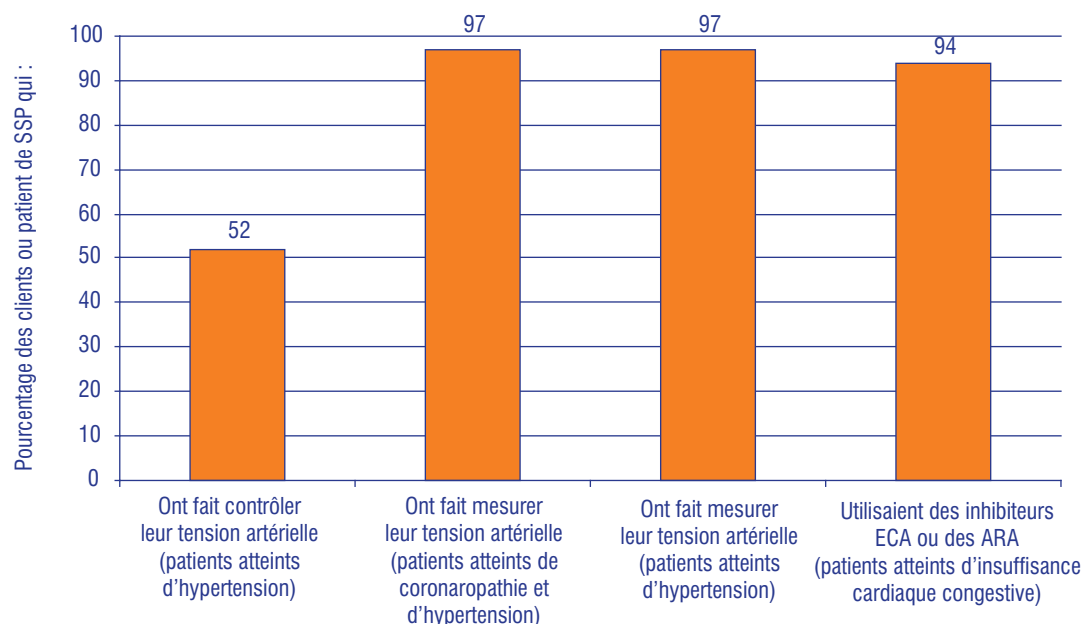
Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2007.

Soins recommandés



En 2006-2007, le pourcentage des diabétiques de Colombie-Britannique ayant subi au moins deux tests de glycémie au cours des 12 derniers mois variait de 52 % pour la région de Vancouver Island Health à 46 % pour la région de Northern Health. Depuis 2002-2003, le pourcentage des patients testés a augmenté dans toutes les régions.

Figure 24 Soins des maladies cardiovasculaires — recherche sur les soins de santé primaires, Ontario



Remarques

Données calculées selon la vérification de 137 lieux de pratique dispensant des soins de santé primaires en Ontario. À chaque site, 30 dossiers comprenant quatre modèles différents de soins ont été évalués. Cette vérification se limitait aux dossiers de patients réguliers de dispensateurs de SSP consentants, qui étaient âgés de 18 ans et plus lors de leur dernière visite et dont le dossier était actif (c'est-à-dire, qui contient au moins deux ans de renseignements et au moins une visite dans l'année précédente). Les patients étaient exclus en fonction des critères suivants : s'ils étaient décédés, avaient quitté le lieu de pratique au cours des deux dernières années, avaient visité le site pour des services spécialisés seulement (comme les soins des pieds), étaient connus du vérificateur des dossiers ou comptaient parmi les membres du personnel du site.

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) : traitement pharmacologique de l'insuffisance cardiaque congestive
 Bloqueurs de récepteurs de l'angiotensine (ARA) : traitement pharmacologique pour les sujets atteints d'insuffisance cardiaque congestive chez lesquels les inhibiteurs ECA ont des effets secondaires.

La présente figure concerne les indicateurs « Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie », « Contrôle de la tension artérielle pour l'hypertension » et « Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension ».

Source

Comparaison de modèles de soins primaires en Ontario, 2005-2006, avec la permission de l'Université d'Ottawa, Ontario.

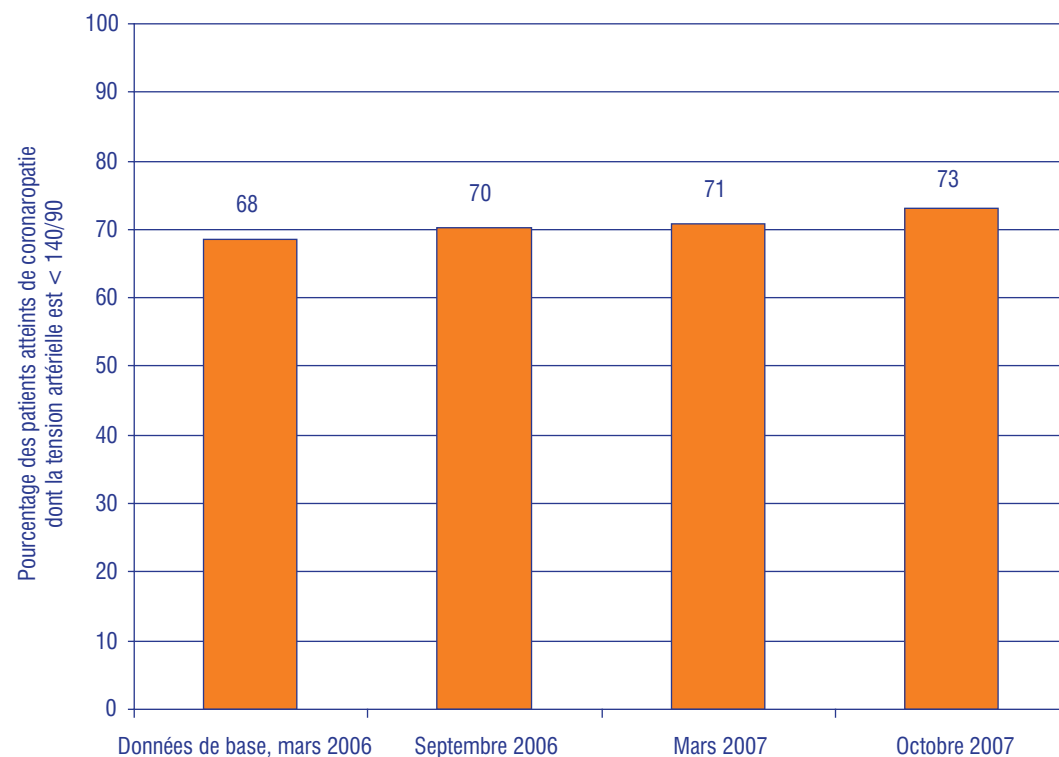
Soins recommandés



La plupart des patients (97 %) atteints d'hypertension ont fait mesurer leur tension artérielle; 52 % d'entre eux ont aussi fait contrôler leur tension artérielle (< 140/90 mmHg). Parmi les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive, 94 % utilisaient des inhibiteurs ECA ou des ARA. Ces données ne sont pas destinées au calcul d'estimations populationnelles.

Figure 25

Contrôle de la tension artérielle auprès des personnes atteintes de coronaropathie,
Chronic Disease Management Collaborative, Saskatchewan



Remarques

Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont la mesure la plus récente de la pression artérielle était < 140/90 mmHg.
Dénominateur : nombre de patients atteints de coronaropathie inscrits au registre des maladies dont la pression artérielle a été mesurée après le 31 décembre 2003. La présente figure concerne l'indicateur « Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie ».

Source

Chronic Disease Management Collaborative, 2006-2007, Health Quality Council, Saskatchewan.

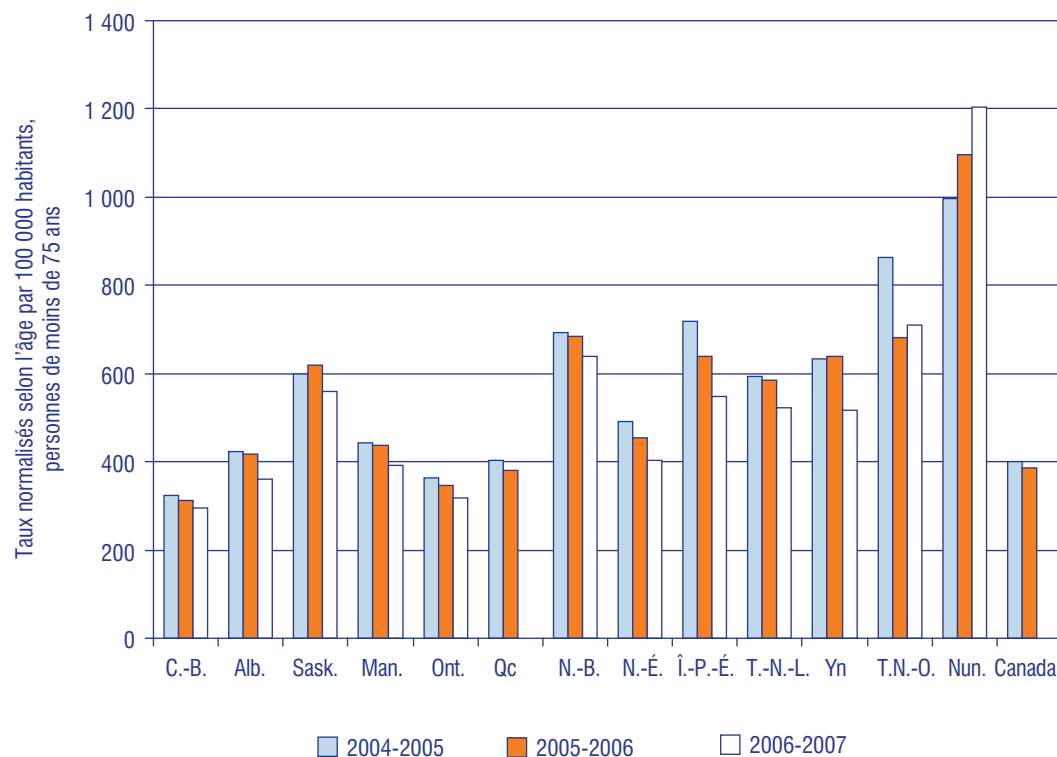
Soins recommandés



En octobre 2007, environ 73 % des 2 998 patients dont les dispensateur de soins de santé primaires participaient à l'initiative Chronic Disease Management Collaborative de la Saskatchewan avaient réussi à contrôler leur tension artérielle (< 140/90 mmHg). Un taux qui a grimpé depuis mars 2006 (il était alors de 68 %). Ces données ne sont pas destinées au calcul d'estimations populationnelles.

Figure 26

Taux d'hospitalisation en raison de conditions propices
aux soins ambulatoires, de 2004-2005 à 2006-2007



Remarques

Le taux canadien pour 2006-2007 n'a pas été publié puisque les données concernant le Québec ne sont pas disponibles. Tous les taux en 2004-2005 et en 2005-2006 diffèrent significativement de celui de l'ensemble du Canada, sauf celui du Québec en 2004-2005.

Sources

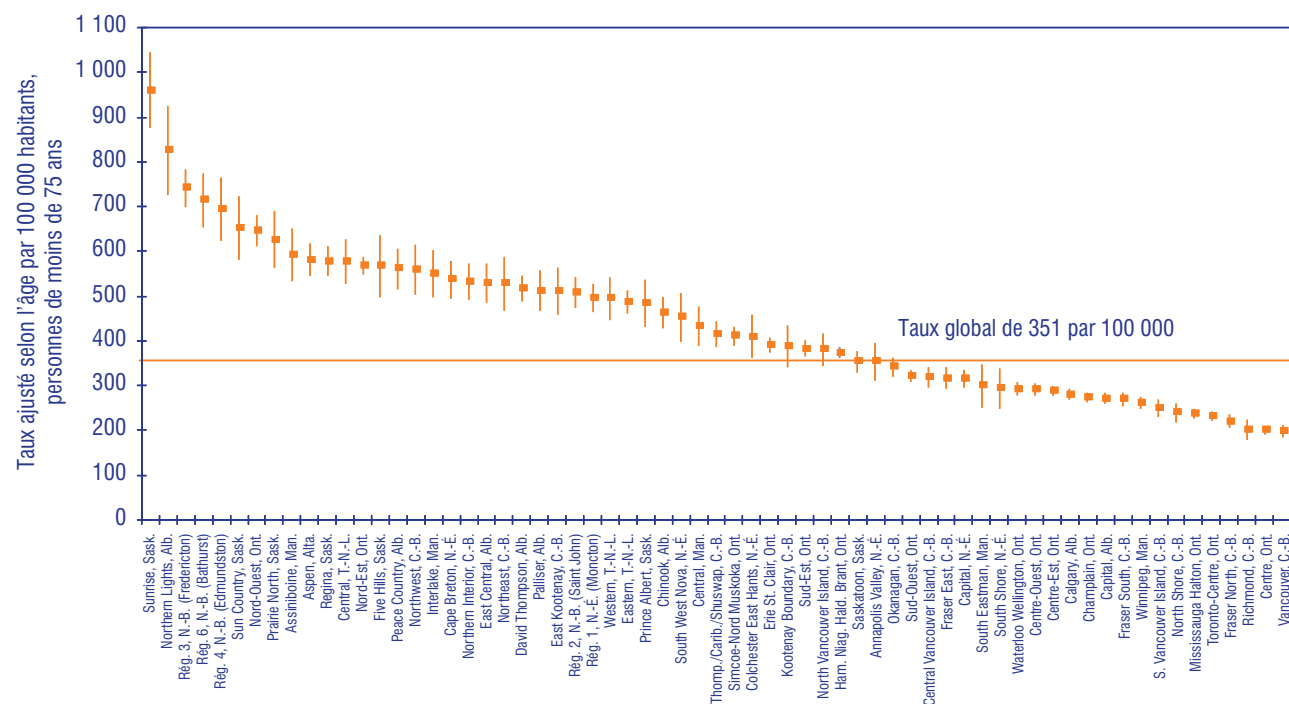
Base de données sur la morbidité hospitalière, 2004-2005 et 2005-2006; Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Soins recommandés



Les taux d'hospitalisations liées à sept affections chroniques qui seraient susceptibles d'être prises en charge ou soignées dans la collectivité, appelées conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA), varient au Canada¹⁸. Le taux d'hospitalisations des patients de moins de 75 ans souffrant de CPSA en 2006-2007 variait de 1 204 par 100 000 habitants au Nunavut à 294 par 100 000 habitants en Colombie-Britannique. En 2005-2006, le taux d'hospitalisations liées à des CPSA pour tout le Canada était de 385 par 100 000 habitants.

Figure 27 Taux d'hospitalisation en raison de conditions propices aux soins ambulatoires dans les régions sanitaires, 2006-2007



Remarques

Les régions non représentées ont été exclues en raison d'échantillons de petite taille. De plus, les données sur le Québec pour 2006-2007 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Les lignes verticales pour chaque région indiquent des intervalles de confiance de 95 %. Les données tiennent compte du lieu de résidence des patients et non du lieu du traitement.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Soins recommandés



Le taux le plus faible est de 198 par 100 000 habitants, à Vancouver, en Colombie-Britannique, et le plus élevé de 960 à Sunrise, en Saskatchewan.

Organisation et prestation des services



Exemples d'indicateurs d'organisation et de prestation de services

Organisation et prestation
des services



Page	Figure	Nom de l'indicateur de l'ICIS	Numéro
63	28	Gamme des services offerts par les omnipraticiens et les médecins de famille ou leur lieu de pratique*	12
64	29	Omnipraticiens et médecins de famille qui offrent des soins plus complets (huit services de SSP énumérés ou plus), 2007*	
65	30	Évaluation des soins de santé communautaire*	73
66	31	Évaluations par les patients des services de SSP offerts par leur dispensateur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois, 2007*	
67	32	Gestion et coordination des soins pour les maladies chroniques, comparaisons internationales*	7
68	33	Participation du client ou du patient à la planification du traitement des maladies chroniques	28
69	34	Médecin régulier qui coordonne les soins d'autres dispensateurs, comparaisons internationales*	80
70	35	Interactions des dispensateurs de soins de santé primaires *	
71	36	Participation d'autres professionnels de la santé dans la prestation des soins*	97
72	37	Types de technologies de l'information utilisées par les omnipraticiens et les médecins de famille	100
		Indicateur non inclus	68
		Indicateur non inclus	6
		Indicateur non inclus	103
		Indicateur non inclus	104

Remarques

* Données pertinentes à cet indicateur.

Les chiffres de la dernière colonne représentent le numéro d'indicateur figurant sur la liste initiale des 105 indicateurs élaborée en 2006.

Indicateurs d'organisation et de prestation des services

POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

Organisation et prestation
des services



Les indicateurs sur l'organisation et la prestation des services traitent de la variété des services de SSP offerts, du soutien technologique, des interactions entre les dispensateurs et les patients et des dépenses. Ces types de données aident à révéler des manières plus efficaces et efficientes d'organiser et de dispenser les services dans le but d'assurer la prestation de soins de grande qualité et l'obtention de meilleurs résultats pour les patients. De nombreuses organisations de soins de santé primaires s'orientent vers un modèle axé sur la prévention des maladies chroniques, sur l'intégration des patients dans le processus de gestion des soins de santé, sur l'utilisation accrue de technologies de l'information et sur une meilleure collaboration avec les autres dispensateurs de soins de santé.

Les indicateurs de cette section représentent les aspects clés de l'organisation et de la prestation de services de SSP considérés importants par un grand nombre d'intervenants, dont les indicateurs suivants :

Gamme des services de soins de santé primaires

La prestation de services complets et la continuité des soins offerts par les organismes de soins de santé primaires sont des facteurs importants en matière de soins complets et de résultats pour le patient, surtout dans les cas de maladies chroniques²²⁻²⁴.

Satisfaction des clients ou des patients

La satisfaction des patients est liée à de nombreux facteurs, dont la continuité des soins offerts. La continuité des soins est l'une des composantes de base de la médecine de famille²⁵. Par ailleurs, l'évaluation par les clients est l'un des indicateurs de la qualité des services de santé comportementale²⁶. Les données d'une enquête sur la qualité des soins peuvent être utilisées en conjonction avec d'autres renseignements pour documenter les initiatives d'amélioration de la qualité²⁷.

Programmes en SSP pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques

L'adoption de programmes particuliers destinés aux clients ou patients atteints d'affections chroniques et recevant des soins de santé primaires a le potentiel d'améliorer le traitement de ces affections^{28, 29}. On a noté une croissance du taux de comorbidité, c'est-à-dire de la cooccurrence de maladies. La comorbidité présente de nouveaux défis pour les services de soins de santé qui étaient généralement spécialisés dans le traitement d'une seule affection, avec peu de collaboration entre les médecins dispensateurs de soins primaires et les médecins spécialistes³⁰.



Participation du client ou du patient à la planification du traitement en soins de santé primaires

La participation active du client ou du patient recevant des soins de santé primaires à son traitement est associée à une meilleure compréhension de sa part, à une motivation accrue à suivre le traitement et, d'après les patients, à de meilleurs résultats³¹. Cette participation peut contribuer à garantir que les programmes de traitement établis tiennent compte de la famille, du milieu de travail et du contexte communautaire du client ou du patient, dans le but d'aider ce dernier à observer les conseils cliniques³².

Ententes de soins conjoints

Des ententes de soins conjoints pourraient améliorer la coordination et la continuité des services offerts par les professionnels et les organismes de soins de santé primaires. De nombreuses initiatives de renouvellement des SSP sont fondées sur des équipes interdisciplinaires visant à mieux répondre aux besoins des patients et de leur communauté^{23, 33}.

Travail au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires

Des équipes travaillant de manière cohésive auraient des répercussions positives sur les résultats pour les patients ainsi que sur leur satisfaction. Il est possible que certaines équipes interdisciplinaires obtiennent de meilleurs résultats³⁴.

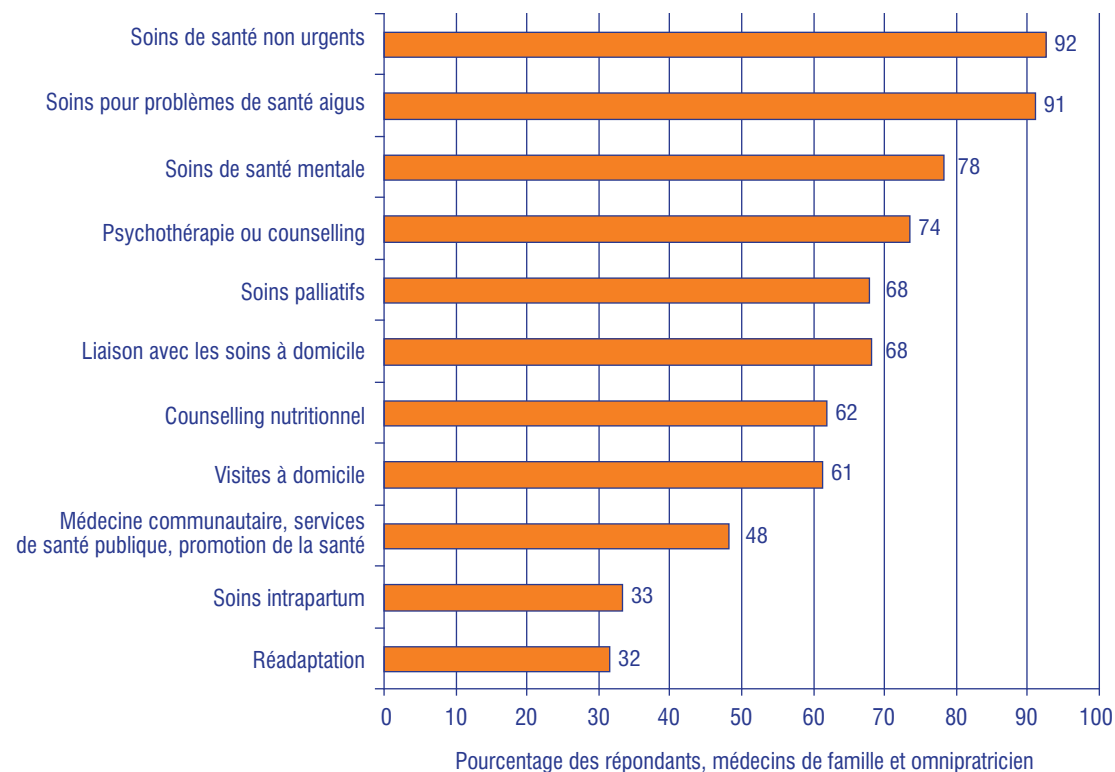
Registres d'affections chroniques

Les registres d'affections chroniques sont considérés comme une première étape critique vers la gestion active des soins en cas d'affections chroniques pour les patients de différents lieux de traitement²². Les registres peuvent être utilisés pour agir de manière préventive dans la prise en charge d'affections chroniques (en envoyant des rappels, par exemple) et sont associés aux mesures d'amélioration des processus²⁸.

Intégration des systèmes d'information

La technologie de l'information offre la possibilité d'accroître la conformité aux lignes directrices de pratique clinique, d'améliorer la surveillance et le suivi ainsi que d'éviter les erreurs liées à la médication³⁵. Certaines études ont même démontré que des dossiers de santé électroniques peuvent améliorer la qualité des soins dans un contexte ambulatoire³⁶.

Figure 28 Gamme des services offerts par les omnipraticiens et les médecins de famille ou leur établissement



Remarques

En moyenne, le taux de réponse était de 32,1 % chez les omnipraticiens et les médecins de famille admissibles au SNM 2007, les résultats devraient donc être interprétés avec prudence. La présente figure concerne l'indicateur « Gamme des services de SSP ».

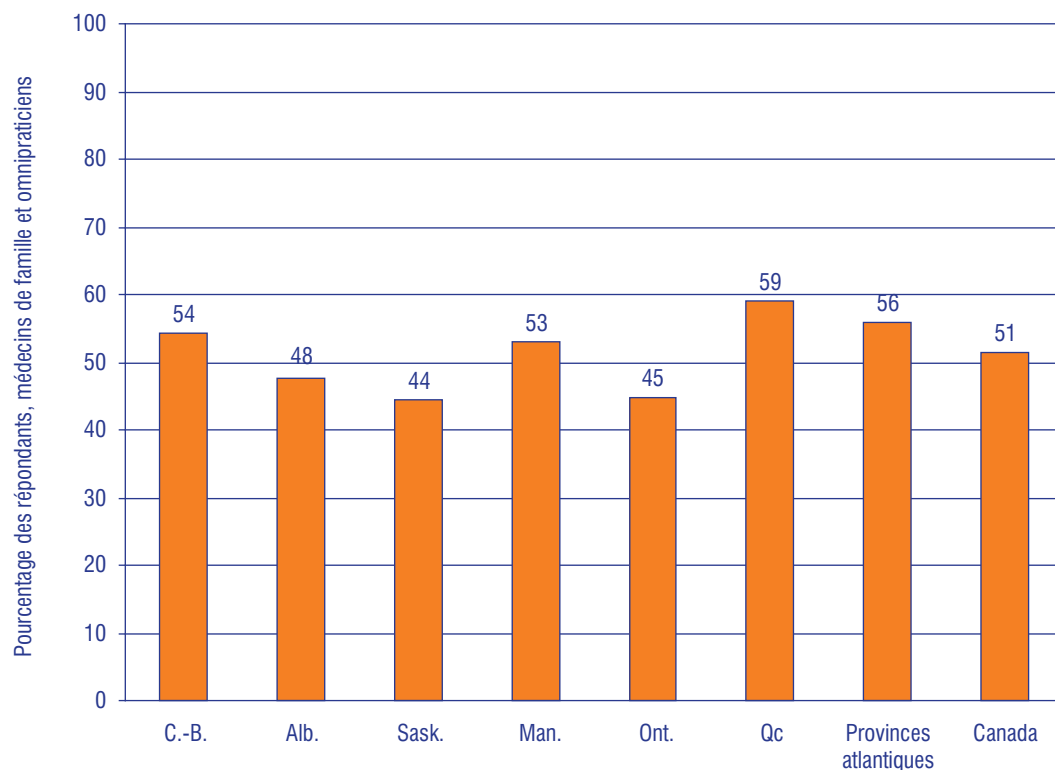
Source

Sondage national des médecins (SNM), 2007, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Organisation et prestation
des services

Parmi les 11 services mentionnés, considérés comme les éléments d'une offre de soins complets, les 4 services les plus communément dispensés par les MF/OP ou quelqu'un de leur établissement étaient les soins de santé non urgents, les soins pour problèmes de santé aigus, les soins de santé mentale et la psychothérapie ou le counselling. Par ailleurs, les services offerts par le plus petit nombre de MF/OP (ou quelqu'un de leur établissement) étaient la réadaptation et les soins intrapartum (soins durant le travail et l'accouchement).

Figure 29 Omnipraticiens et médecins de famille qui offrent des soins plus complets (huit services de SSP énumérés ou plus), 2007



Remarques

* En moyenne, le taux de réponse était de 32,1 % chez les omnipraticiens et les médecins de famille admissibles au SNM 2007, les résultats devraient donc être interprétés avec prudence. La présente figure concerne l'indicateur « Gamme des services de SSP ». Comprend : les soins de santé non urgents; les soins pour problèmes de santé aigus; les visites à domicile; les soins intrapartum; les soins de santé mentale; les soins palliatifs; la psychothérapie ou le counselling; la médecine communautaire, les services de santé publique et la promotion de la santé; la liaison avec les soins à domicile; le counselling nutritionnel; la réadaptation.

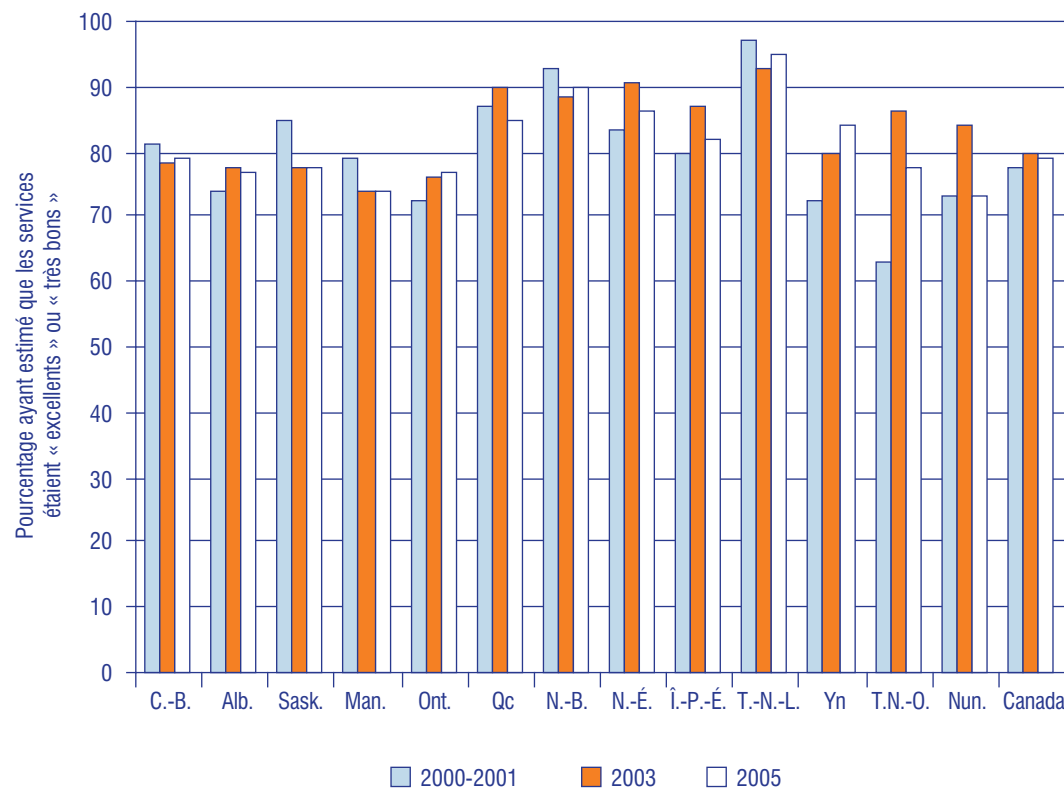
Source

Sondage national des médecins (SNM), 2007, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Organisation et prestation
des services

Le pourcentage des pratiques de SSP offrant 8 des 11 services énumérés (services considérés essentiels à une offre de soins complets) variait de 59 % au Québec à 44 % en Saskatchewan. La moyenne canadienne est de 51 %*.

Figure 30 Évaluation des soins de santé communautaire



Remarques

Personnes de 15 ans et plus qui ont dit avoir reçu des soins de santé communautaire au cours des 12 derniers mois, à l'exception des services reçus à l'hôpital ou au cabinet du médecin. Les soins infirmiers à domicile, les services de thérapie ou d'un conseiller à domicile, les soins personnels et les cliniques communautaires sans rendez-vous sont des exemples de soins de santé communautaire. Les estimations aux niveaux national et provincial sont calculées à l'aide des poids des sous-échantillons. Personnes qui se disent très satisfaites ou assez satisfaites des soins de santé communautaire reçus, d'après la réponse à la question suivante : « Dans l'ensemble, dans quelle mesure étiez-vous satisfait de la qualité des services de santé communautaire qui vous ont été prodigués? » La présente figure concerne l'indicateur « Satisfaction des clients ou des patients quant aux soins reçus de leur dispensateur de SSP ».

Source

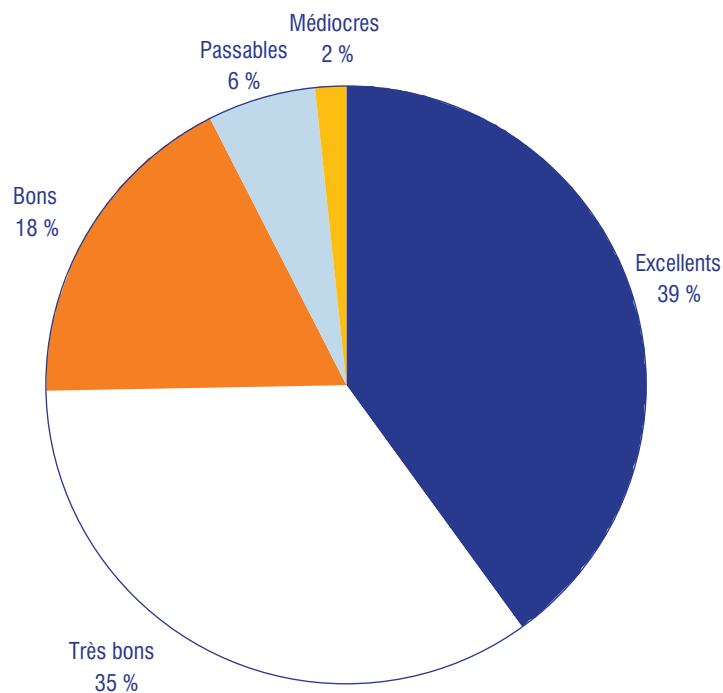
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, Statistique Canada.

Organisation et prestation
des services

En 2000-2001, 78 % de la population canadienne ayant reçu des soins de santé communautaire au cours des 12 derniers mois a estimé que ces services étaient « excellents » ou « très bons ». En 2005, ce taux est passé à 79 %. La même année, les pourcentages provinciaux allaient de 95 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 73 % au Nunavut.

Figure 31

Évaluations par les patients des services de SSP offerts par leur dispensateur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois, 2007



Remarque

La présente figure concerne l'indicateur « Satisfaction des clients ou des patients quant aux soins reçus de leur dispensateur de SSP ».

Source

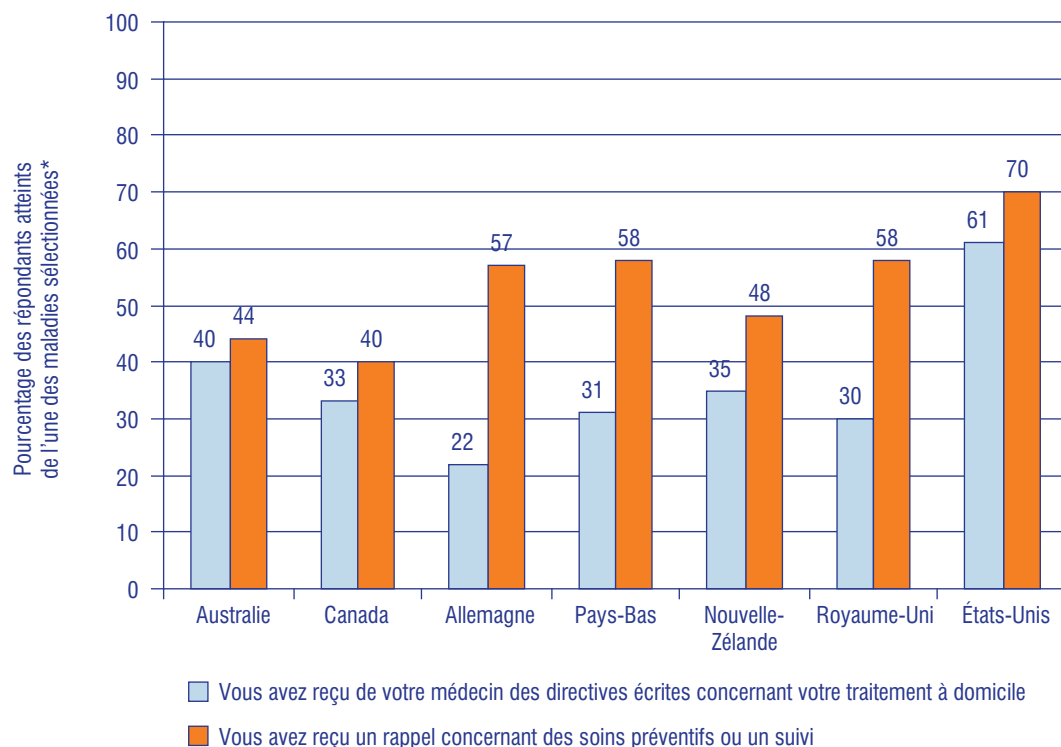
Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2007, Statistique Canada.

Organisation et prestation
des services



Près de trois Canadiens sur quatre ont estimé que les services de leur dispensateur de soins de santé primaires étaient « excellents » ou « très bons ». Seulement 8 % des répondants ont déclaré avoir reçu des services « passables » ou « médiocres ».

Figure 32 Gestion et coordination des soins pour les maladies chroniques, comparaisons internationales



Remarques

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent : l'arthrite; les maladies du cœur (dont les crises cardiaques); le diabète; l'asthme; la maladie pulmonaire obstructive chronique; l'hypertension artérielle ou une tension artérielle élevée; la dépression; le cancer; une douleur chronique diagnostiquée par un médecin; un trouble de l'humeur autre que la dépression.

† Le Canada a connu un faible taux de réponse à ce sondage, les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 18 ans et plus. L'analyse définitive a pris en considération la distribution de la population adulte du pays pour l'évaluation des échantillons. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2\%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3\%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. La présente figure concerne l'indicateur « Programmes en SSP pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques ».

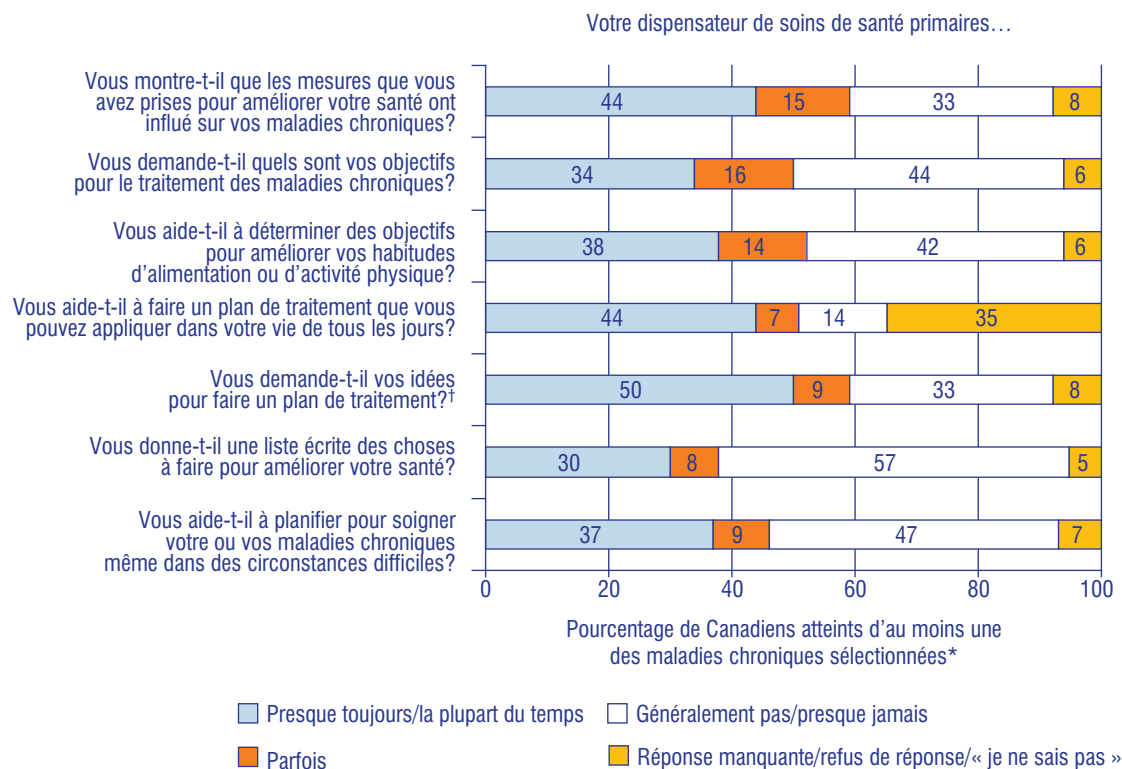
Source

International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007, Fonds du Commonwealth.

Organisation et prestation
des services

Le pourcentage des adultes atteints d'une maladie chronique* ayant déclaré avoir reçu de leur médecin des directives écrites concernant leur traitement à domicile variait de 61 % aux États-Unis à 22 % en Allemagne. Par ailleurs, le taux de patients ayant déclaré avoir reçu un rappel concernant des soins préventifs ou un suivi était compris entre 70 % aux États-Unis et 40 % au Canada†.

Figure 33 Participation du client ou du patient à la planification du traitement des maladies chroniques



Remarques

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, les maladies du cœur, l'hypertension artérielle et les troubles de l'humeur.

† Question posée aux répondants qui avaient un plan de traitement.

La présente figure concerne l'indicateur « Participation du client ou du patient à la planification du traitement en SSP ».

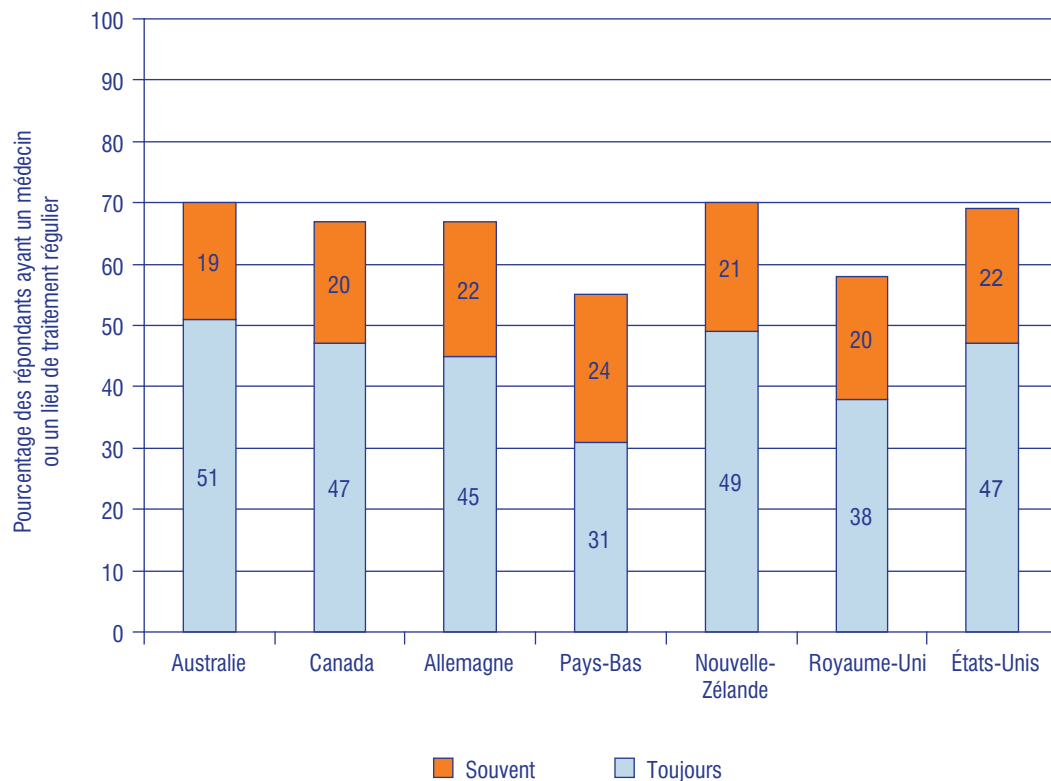
Source

Conseil canadien de la santé, *Canadians' Experiences With Chronic Illness Care 2007: A Data Supplement to Why Health Care Renewal Matters: Learning From Canadians With Chronic Health Conditions*, Conseil canadien de la santé, Toronto (Ont.), 2007. Extrait des données de Statistique Canada tirées de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires. Reproduit avec autorisation.

Organisation et prestation
des services

La moitié des Canadiens atteints d'au moins une des maladies chroniques sélectionnées* ont déclaré que leur dispensateur de soins demandait « presque toujours/la plupart du temps » leurs idées pour élaborer un plan de traitement. En outre, 30 % de ces Canadiens ont déclaré avoir « presque toujours/la plupart du temps » reçu de leur dispensateur de soins une liste écrite de choses à faire pour améliorer leur santé.

Figure 34 Médecin régulier qui coordonne les soins d'autres dispensateurs, comparaisons internationales



Remarques

* Le Canada a connu un faible taux de réponse à ce sondage, les résultats doivent donc être interprétés avec prudence. Sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 18 ans et plus. L'analyse définitive a pris en considération la distribution de la population adulte du pays pour l'évaluation des échantillons. L'erreur moyenne de l'échantillon est de $\pm 2\%$ pour les États-Unis et le Canada et de $\pm 3\%$ pour les cinq autres pays, à un niveau de confiance de 95 %. La présente figure concerne l'indicateur « Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé ».

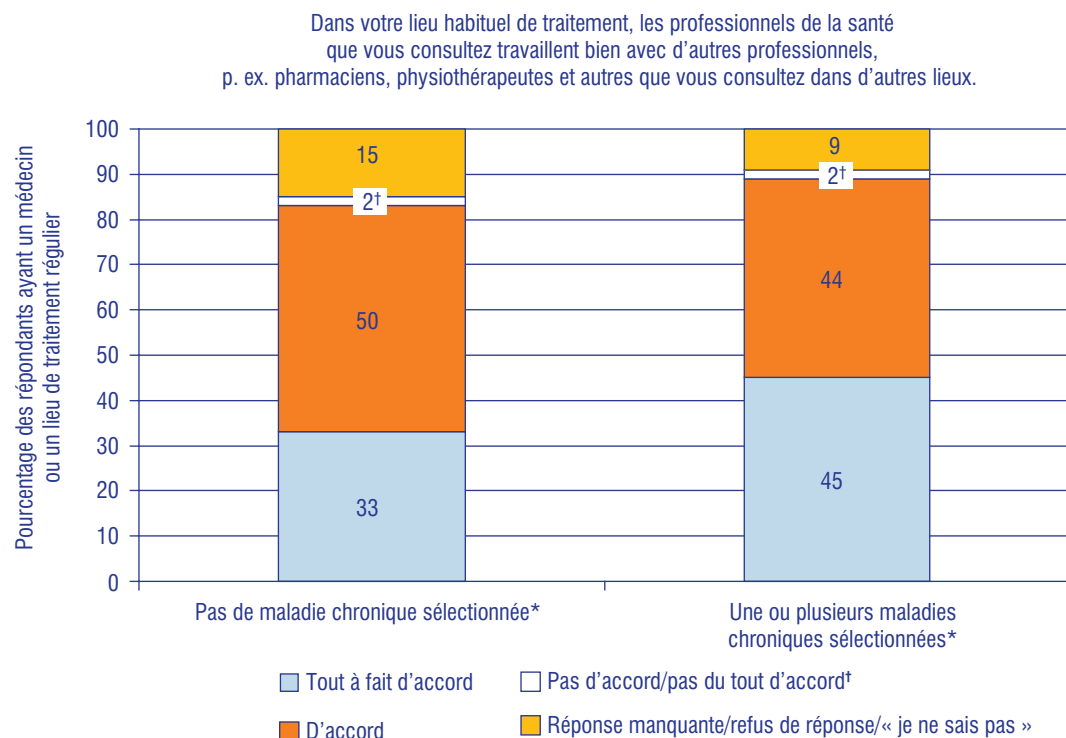
Source

International Health Policy Survey of the General Public's Views of Their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007, Fonds du Commonwealth.

Organisation et prestation
des services

Le pourcentage des adultes ayant un médecin ou un lieu de traitement régulier qui déclarent que leur médecin coordonne « toujours » ou « souvent » les soins provenant d'autres dispensateurs variait de 70 % en Australie et en Nouvelle-Zélande à 55 %, aux Pays-Bas. Pour sa part, le Canada déclarait un taux de 67 %*.

Figure 35 Interactions des dispensateurs de soins de santé primaires



Remarques

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent : l'arthrite, le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, les maladies du cœur, l'hypertension artérielle et les troubles de l'humeur.

† À interpréter avec précaution. Les données sont moins fiables en raison de grandes différences dans la taille des échantillons. La présente figure concerne l'indicateur « Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé ».

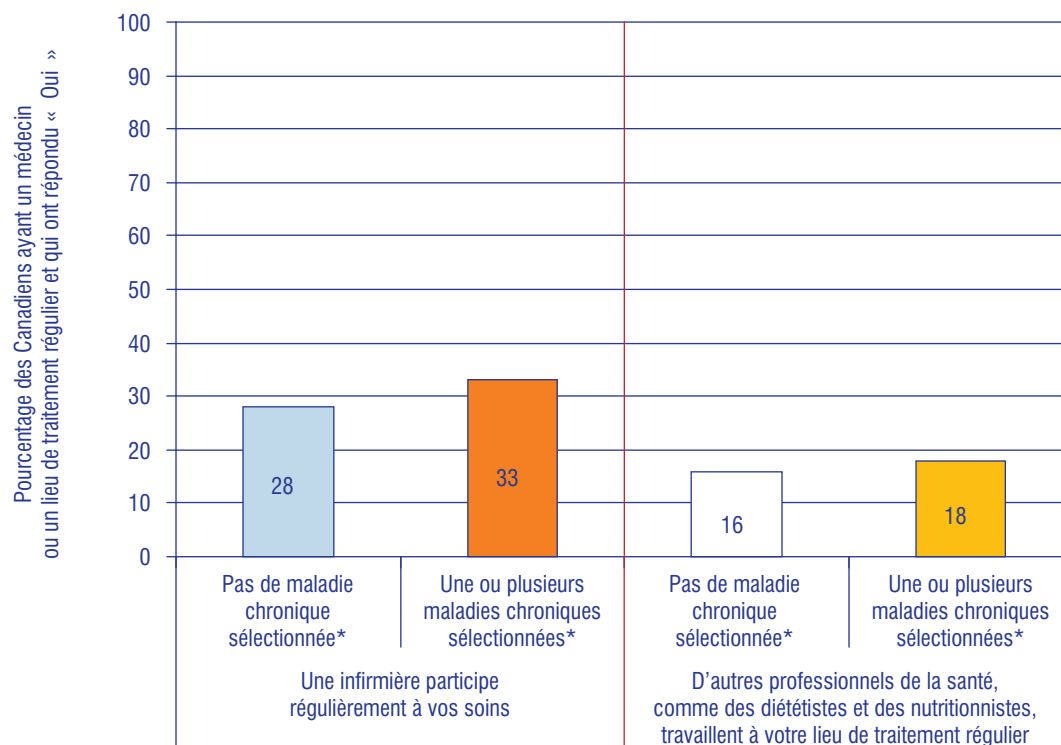
Source

Conseil canadien de la santé, *Canadians' Experiences With Chronic Illness Care 2007: A Data Supplement to Why Health Care Renewal Matters: Learning From Canadians With Chronic Health Conditions*, Conseil canadien de la santé, Toronto (Ont.), 2007. Extrait des données de Statistique Canada tirées de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires. Reproduit avec autorisation.

Organisation et prestation
des services

Parmi les Canadiens atteints d'au moins une des maladies chroniques sélectionnées*, 89 % ont affirmé être « tout à fait d'accord » ou « d'accord » avec l'affirmation selon laquelle les professionnels de la santé qu'ils consultent habituellement interagissaient bien avec les autres professionnels de la santé (p. ex. les pharmaciens ou les physiothérapeutes) qu'ils consultent en d'autres lieux. Ce taux est de 83 % chez les Canadiens qui ne sont pas atteints d'une maladie chronique.

Figure 36 Participation d'autres professionnels de la santé dans la prestation des soins



Remarques

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent : l'arthrite, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, les maladies du cœur, l'hypertension artérielle et les troubles de l'humeur.

Le total des pourcentages n'est pas de 100 % en raison des réponses manquantes, des refus de réponse et des « je ne sais pas ».

À interpréter avec précaution.

La présente figure concerne l'indicateur « MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de SSP ».

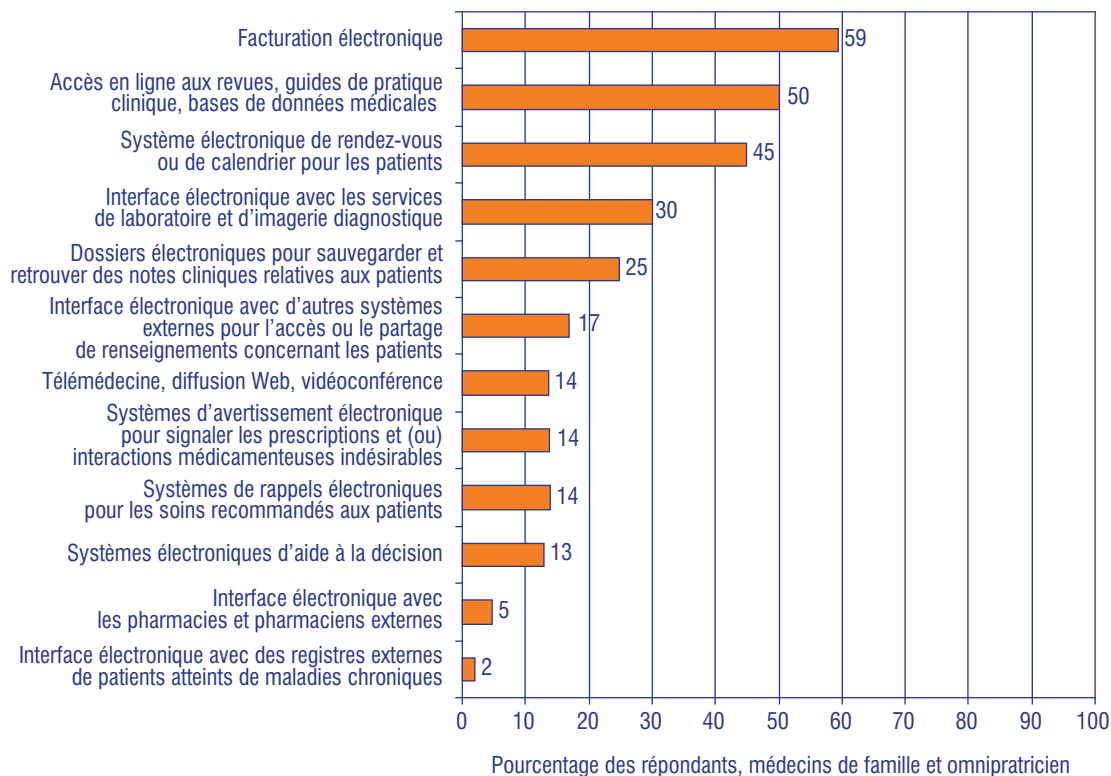
Source

Conseil canadien de la santé, *Canadians' Experiences With Chronic Illness Care 2007: A Data Supplement to Why Health Care Renewal Matters: Learning From Canadians With Chronic Health Conditions*, Conseil canadien de la santé, Toronto (Ont.), 2007. Extrait des données de Statistique Canada tirées de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires. Reproduit avec autorisation.

Organisation et prestation
des services

Une fois sur trois ou moins, les Canadiens interrogés ont répondu que « oui », une infirmière participe à leurs soins. En outre, 18 % d'entre eux ont déclaré que « oui », d'autres professionnels de la santé travaillent à leur lieu de traitement régulier.

Figure 37 Types de technologies de l'information utilisées par les omnipraticiens et les médecins de famille



Remarque

* En moyenne, le taux de réponse était de 32,1 % chez les omnipraticiens et les médecins de famille admissibles au SNM 2007, les résultats devraient donc être interprétés avec prudence. Ces pourcentages ont été calculés selon le nombre de répondants seulement, ils peuvent différer d'autres résultats publiés qui incluraient dans leur calcul les non-répondants. Les réponses à l'élément « Courriel » ont été exclues en raison d'une incohérence avec les réponses à une autre question du sondage. La présente figure concerne l'indicateur « Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de SSP ».

Source

Sondage national des médecins (SNM), 2007, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Organisation et prestation
des services

Le type de technologie de l'information utilisée le plus fréquemment par les MF/OP était la facturation électronique (59 %), suivi de l'accès en ligne à des données médicales (50 %) et du système électronique de calendrier (45 %). Les interfaces électroniques avec les pharmacies et pharmaciens externes (5 %) ou avec des registres externes de patients (2 %) étaient les technologies les moins courantes*.

Résumé et champs d'action

Résumé

- Les données disponibles pour aider à comprendre les interactions entre les différents aspects des soins de santé primaires (comme l'accès, la coordination des soins, la qualité et les résultats) sont limitées.
- L'information relative aux soins de santé primaires utile à la gestion et à l'évaluation des SSP au Canada comporte d'importantes lacunes. On note, entre autres, un manque :
 - de données concernant certains indicateurs;
 - de sources de données exhaustives et d'excellente qualité (p. ex. grâce à des échantillons de plus grande taille);
 - de données à l'échelle régionale;
 - de données permettant d'évaluer les changements au fil du temps.

- On relève aussi des lacunes importantes dans l'information ayant trait à la prestation des soins recommandés.
- Les données disponibles montrent des variations dans les indicateurs sur les plans provincial et international, mais on ne possède que peu de renseignements qui pourraient faire l'objet de comparaisons. L'obtention de données pouvant être comparées aiderait à la planification et à l'élaboration de politiques déjà en cours à l'échelle régionale.

Champs d'action

- Un engagement pancanadien visant la standardisation, la collecte et la déclaration de données relatives à un sous-groupe d'indicateurs de SSP afin d'évaluer et de suivre les changements dans l'accès, la coordination, la qualité des soins recommandés et la prestation des services.
- L'étude des sources de données existantes et les occasions de standardiser les définitions de données et la collecte de données, à l'échelle régionale et provinciale, afin de permettre la comparaison des résultats nationaux au moyen des ressources en place.
- L'ICIS a déjà amélioré l'accessibilité aux données de sondage sur les SSP au Canada et étudie d'autres manières d'enrichir les sources de données canadiennes sur les SSP.



Ressources supplémentaires

Les ressources suivantes sont disponibles en date de septembre 2008 :

Conseil canadien de la santé

<http://www.conseilcanadiendelasante.ca/splash.htm>

Fonds du Commonwealth, International Health Policy Surveys

http://www.commonwealthfund.org/surveys/surveys_list.htm?attrib_id=15318&sort=date

ICIS, *Indicateurs de santé*

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=indicators_f

ICIS, Initiative sur la santé de la population canadienne

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=cphi_f

ICIS, *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada*

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_82_F&cw_topic=82

ICIS, *Les soins de santé au Canada*

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_43_F&cw_topic=43

Organisation de coopération et de développement économiques

http://www.oecd.org/topic/0,3373,fr_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html

Sondage national des médecins

http://www.sondage_nationaldesmedecins.ca/nps/

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?LANG=F&RegTkt=&C2Sub=&C2DB=PRD&ROOTDIR=CII/&ResultTemplate=CII/CII_Subj&SrchVer=2&ChunkSize=50&CIISubj=2966

Références

- 1 C. Sanmartin et J. Gilmore, *Diabetes Care in Canada: Results From Selected Provinces and Territory, 2005* (en ligne), Ottawa (Ont.), Statistique Canada. Consulté le 15 août 2008. Internet : <<http://www.statcan.ca/english/research/82-621-XIE/2006002/diabetic.htm>>.
- 2 D. Watson et coll., *A Results-Based Logic Model for Primary Health Care: Laying an Evidence-Based Foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring and Evaluation*, Vancouver (C.-B.), Centre for Health Services and Policy Research, 2004, p. 1.
- 3 Canada, *First Ministers' Accord on Healthcare Renewal*, Ottawa (Ont.), Gouvernement du Canada, 2003, cité dans Institut canadien d'information sur la santé, *Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, volume 2* (en ligne), Ottawa (Ont.), 2006. Consulté le 16 juin 2008. Internet : <<http://www.cihi.ca/phc>>.
- 4 R. Atun, *What Are the Advantages and Disadvantages of Restructuring a Health Care System to Be More Focused on Primary Care Services?* (en ligne), rapport scientifique du Réseau des bases factuelles en santé, Copenhague (Danemark), Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2004. Internet : <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>.
- 5 W. J. McIsaac, E. Fuller-Thomson et Y. Talbot, « Does Having Regular Care by a Family Physician Improve Preventive Care? », *Canadian Family Physician*, vol. 47 (2001), p. 945.
- 6 C. A. Woodward et R. W. Pong, « Factors Associated With Open Practices: Results From the Canadian National Family Physicians Survey », *Canadian Family Physician*, vol. 52 (2006), p. 66-67.
- 7 Statistique Canada, « 1PC: Difficulty Obtaining Routine or Ongoing Health Services », *Comparable Health Indicators 2004* (en ligne). Dernière mise à jour le 1^{er} décembre 2004. Consulté le 16 mai 2008. Internet : <<http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/2002000/plan/pc.htm>>.
- 8 R. Leibowitz, S. Day et D. Dunt, « A Systematic Review of the Effect of Different Models of After-Hours Primary Medical Care Services on Clinical Outcome, Medical Workload and Patient and GP Satisfaction », *Family Practice*, vol. 20, n° 3 (2003), p. 311-317.
- 9 C. van Uden et H. Crebolder, « Does Setting Up Out of Hours Primary Care Cooperative Outside a Hospital Reduce Demand for Emergency Care? », *Emergency Medicine Journal*, vol. 21 (2004), p. 722-723.
- 10 J. Haggerty et coll., « Operational Definitions of Attributes of PHC: Consensus Among Canadian Experts », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 4 (2007), p. 336-344.
- 11 A. Coulter et J. Ellins, « Effectiveness of Strategies for Informing, Educating and Involving Patients », *British Medical Journal*, vol. 335, n° 7609 (2007), p. 24-27.
- 12 C. Schoen et coll., « Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries, 2007 », *Health Affairs*, vol. 26, n° 6 (2007), p. w717-w734.
- 13 Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation, « Statement of Influenza Vaccination for the 2007-2008 Season », *Canadian Communication Disease Report*, vol. 33, DCC-7 (2008).
- 14 Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, *Canadian Cancer Statistics 2008*, Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, 2008.
- 15 K. A. Taubert, N. G. Clark et R. A. Smith, « Patient-Centered Prevention Strategies for Cardiovascular Disease, Cancer and Diabetes », *Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine*, vol. 4, n° 12 (2007), p. 656-666.
- 16 Association canadienne du diabète, « Heart Disease and Stroke » (en ligne). Consulté le 23 juin 2008. Internet : <http://www.diabetes.ca/Section_About/heart-disease.aspx>.
- 17 Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, « Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Target for Glycemic Control », *Canadian Journal of Diabetes* (en ligne), vol. 27, supp. 2 (2003). Consulté le 16 juin 2008. Internet : <<http://www.diabetes.ca/cpg2003/chapters.aspx>>.

Références (suite)

- 18 Institut canadien d'information sur la santé, *Variation importante au Canada dans les taux d'hospitalisations potentiellement évitables liées à des affections chroniques*, communiqué, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
- 19 M. Ezzati et coll., « Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease », *The Lancet*, vol. 360 (2002), p. 1347-1360.
- 20 Organisation mondiale de la santé, *The World Health Report 2002*, Genève (Suisse), OMS, 2002.
- 21 K. Tu, Z. Chen et L. Lipscombe pour le groupe de travail chargé de la recherche sur les résultats du Programme canadien d'éducation sur l'hypertension, « Mortality Among Patients With Hypertension From 1995 to 2005: A Population-Based Study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 11 (2008), p. 1436-1440.
- 22 Organisation mondiale de la santé, *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Genève (Suisse), OMS, 2001.
- 23 Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Projet multigouvernemental du Yukon et de la Colombie-Britannique, *Integrating Primary Care With the Multi-Disciplinary Team: Collaborative Care for Substance Use and Concurrent Disorders* (en ligne), Vancouver (C.-B.), Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Projet multigouvernemental du Yukon et de la Colombie-Britannique, 2003. Consulté le 9 juin 2008. Internet : <<http://www.carmha.ca/collaborativecare/index.cfm>>.
- 24 Commission de restructuration des services de santé, *Primary Health Care Strategy* (en ligne), Toronto (Ont.), Commission de restructuration des services de santé, 1999. Consulté le 15 juillet 2005. Internet : <<http://www.health.gov.on.ca/hsrc/phase2/HSRCReport.pdf>>.
- 25 E. Morgan, M. Pasquarella et J. Holman, « Continuity of Care and PHC Client Satisfaction in a Family Practice Clinic », *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 17 (2004), p. 341-346.
- 26 W. Lambert, M. S. Salzer et L. Bickman, « Clinical Outcome, Consumer Satisfaction, and Ad Hoc Ratings of Improvement in Children's Mental Health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66 (1998), p. 270-279.
- 27 S. V. Eisen et coll., « Development of a Consumer Survey for Behavioral Health Services », *Psychiatric Services*, vol. 50, n° 6 (1999), p. 793-798.
- 28 C. M. Renders et coll., « Interventions to Improve the Management of Diabetes Mellitus in Primary Care, Outpatient and Community Settings: A Systematic Review », *Diabetes Care*, vol. 24, n° 10 (2001), p. 1821-1833.
- 29 A. C. Tsai, S. C. Morton, C. M. Mangione et E. B. Keeler, « A Meta-Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses », *The American Journal of Managed Care*, vol. 11, n° 8 (2005), p. 478-488.
- 30 B. Starfield et coll., « Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in 'Case' Management », *Annals of Family Medicine*, vol. 1, n° 1 (2003), p. 8-14.
- 31 M. Stewart, « Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 152 (1995), p. 1423-1433.
- 32 B. Starfield et coll., « The Influence of Patient-Practitioner Agreement on Outcome of Care », *American Journal of Public Health*, vol. 71 (1981), p. 127-131.
- 33 Santé Canada, *Primary Health Care Transition Fund Interim Report* (en ligne), Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2005. Consulté le 22 février 2006. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/phctf-fassp-interm-provisoire-eng.pdf>.
- 34 K. Grumbach et T. Bodenheimer, « Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 10 (2004), p. 1246-1251.
- 35 B. Chaudhry et coll., « Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care », *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, n° 10 (2006), p. 742-752.
- 36 P. G. Shekelle, S. C. Morton et E. B. Keeler, « Costs and Benefits of Health Information Technology », *Evidence Report/Technology Assessment*, vol. 132 (2006), p. 1-71.

