



**Juillet 2009**

## Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada

### Introduction

Chaque jour, un grand nombre de Canadiens reçoivent des services de soins de santé primaires (SSP). Les SSP sont habituellement les premiers soins vers lesquels les gens se tournent lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé. Ces soins sont souvent dispensés par un omnipraticien ou un médecin de famille. Les SSP comprennent habituellement les soins de routine, les soins pour des problèmes de santé urgents, mais mineurs ou communs, les soins de santé mentale, les soins dispensés aux mères et aux enfants, les services psychosociaux, la liaison avec les services à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les services de consultation en nutrition et les soins en fin de vie. Ces soins constituent également un important outil de prévention et de gestion des maladies chroniques et peuvent faire appel à d'autres professionnels de la santé que les médecins, comme les infirmières, les infirmières praticiennes, les diététistes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a cofinancé l'Enquête canadienne de 2008 sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP), enquête menée par Statistique Canada pour doter les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs du domaine de la santé d'une nouvelle source de données de grande qualité sur les SSP.

### Principales constatations

- Quatre-vingt-onze pour cent des adultes (pourcentage normalisé selon l'âge) ont indiqué qu'ils se rendent habituellement au même endroit lorsqu'ils sont malades ou qu'ils ont besoin de conseils sur leur santé. Pour la majorité d'entre eux, soit 78 %, cet endroit habituel est une clinique ou un cabinet de médecin, alors que pour 17 %, il s'agit d'une clinique sans rendez-vous, d'un centre local de services communautaires (CLSC) ou d'un centre de santé communautaire.
- Les personnes atteintes d'au moins trois des problèmes de santé chroniques sélectionnés (95 %) étaient plus susceptibles de fréquenter le même endroit pour recevoir leurs soins de santé que celles qui n'en étaient pas atteintes (88 %).

## Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

- D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), en 2007, 85 % des personnes de 12 ans et plus avaient un médecin habituel, une proportion similaire à celles de 2005 et 2003.
- Plus des deux tiers (68 %) des adultes vont à leur endroit habituel ou voient leur médecin habituel depuis au moins cinq ans.
- Parmi les 54 % d'adultes qui ont eu besoin de soins de routine ou de suivi (comme des examens annuels ou des tests sanguins) au cours des 12 mois précédents, 13 % ont éprouvé de la difficulté à les obtenir. Parmi les 27 % d'adultes qui ont signalé avoir eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur (comme de la fièvre, des vomissements ou un mal de tête important) au cours des 12 mois précédents, 21 % ont éprouvé de la difficulté à les obtenir.
- Les raisons les plus fréquemment invoquées par les personnes qui ont eu de la difficulté à obtenir des soins de routine ou de suivi étaient l'attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous (45 %), la difficulté à obtenir un rendez-vous (32 %), la difficulté à contacter un médecin (18 %) et l'attente trop longue avant de voir un médecin (10 %).
- Parmi les 54 % d'adultes ayant eu besoin de soins de routine ou de suivi, 85 % ont trouvé le délai d'attente acceptable ou plus ou moins acceptable. Parmi les 27 % ayant eu besoin de soins immédiats pour un problème mineur, 79 % ont jugé le délai d'attente acceptable ou plus ou moins acceptable.
- Vingt-sept pour cent des adultes ayant un médecin habituel ou un endroit habituel de soins ont déclaré qu'une infirmière participait habituellement à leurs soins, tandis que 16 % ont indiqué que d'autres professionnels de la santé, comme des diététistes et des nutritionnistes, y participaient.
- Dix-sept pour cent des adultes atteints d'un ou deux problèmes de santé chroniques parlaient toujours avec leur dispensateur de soins de ce qu'ils pouvaient faire pour améliorer leur santé. Ce chiffre passe à 29 % chez les personnes souffrant d'au moins trois problèmes de santé chroniques. Toutefois, 40 % des adultes atteints d'au moins trois problèmes de santé chroniques ont déclaré qu'ils ne parlaient généralement pas ou jamais avec leur dispensateur de soins des mesures à prendre pour améliorer leur santé.
- Vingt-trois pour cent des adultes souffrant d'au moins un problème de santé chronique sur les sept sélectionnés ont déclaré qu'ils avaient « presque toujours » ou « la plupart du temps » reçu une liste écrite de choses à faire pour améliorer leur santé.
- Vingt-deux pour cent des adultes atteints d'au moins un problème de santé chronique sur les sept sélectionnés ont déclaré que leur dispensateur de soins les aidait « presque toujours » à élaborer un plan de traitement, et 16 % ont déclaré que leur dispensateur les aidait « la plupart du temps » ou « parfois » à élaborer un tel plan. Cependant, 40 % des personnes atteintes d'au moins un problème de santé chronique sur les sept sélectionnés ont affirmé qu'au cours des 12 mois précédents, leur dispensateur de SSP ne les avait pas aidées à élaborer un plan de traitement.

## Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

- Parmi les personnes atteintes d'au moins un problème de santé chronique sur les quatre sélectionnés, 94 % ont déclaré avoir fait mesurer leur pression artérielle au cours des 12 mois précédents. De plus, 82 % ont signalé avoir subi un test de mesure du cholestérol, 80 %, un test de mesure de la glycémie et 74 %, une mesure du poids corporel au cours des 12 mois précédents.
- Parmi les adultes qui ont visité leur médecin habituel au cours des 12 mois précédents, 65 % ont répondu que celui-ci leur accordait « toujours » suffisamment de temps pour discuter de leurs sentiments, de leurs craintes et de leurs préoccupations au sujet de leur santé, et 25 % ont répondu « habituellement » ou « parfois ».
- Soixante-seize pour cent des adultes qui ont visité leur médecin habituel au cours des 12 mois précédents ont déclaré que la qualité des soins reçus était « excellente » ou « très bonne ».
- Quatre-vingt-douze pour cent des adultes qui ont un médecin habituel ou un endroit habituel de soins recommanderaient ce médecin à un ami ou à un membre de la famille.

## Méthodologie

Statistique Canada a mené l'ECE-SSP de 2008 du 14 avril au 30 juin 2008 au moyen d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur. L'échantillon pour l'enquête était constitué d'un sous-échantillon de répondants à l'ESCC, cycle 4.1 (2007), âgés de 18 ans et plus. Ont été exclus de l'enquête les résidents des réserves des Premières Nations et des terres publiques, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les détenus et les résidents de régions éloignées. De plus amples renseignements au sujet de l'enquête peuvent être obtenus auprès de Statistique Canada.

L'échantillon a été conçu pour produire des estimations pancanadiennes et provinciales. Une stratégie de pondération des réponses a été utilisée pour assurer la représentativité de la population selon l'âge et le sexe. Une méthode bootstrap a permis d'estimer la variance et les intervalles de confiance. L'échantillon final comprenait un petit nombre de répondants de chaque territoire aux fins de représentativité à l'échelle pancanadienne. Toutefois, l'échantillon était trop petit pour produire des estimations territoriales. Les cas où les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon sont indiqués. Les estimations jugées instables en raison de la variabilité élevée ont été supprimées.

Un total de 11 582 adultes ont répondu à l'enquête, pour un taux de réponse global de 71 %. Les taux de réponse provinciaux variaient de 67 % à 76 %. Sur demande, le Programme d'information sur les SSP peut fournir des notes techniques supplémentaires ([ssp@icis.ca](mailto:ssp@icis.ca)). Les demandes de tableaux personnalisés ou d'information sur l'accès aux données doivent être transmises à Statistique Canada ([ssd@statcan.ca](mailto:ssd@statcan.ca)).

## Résultats

### Accès à une source habituelle de soins de santé primaires

L'accès à une source habituelle de soins constitue un aspect important des SSP. Les Canadiens considèrent les aspects suivants des SSP comme importants : l'accessibilité, l'étendue des soins, la continuité, la coordination, la communication interpersonnelle, les soins axés sur les patients, la qualité technique, les résultats et la satisfaction. Parmi de nombreux autres exemples, la continuité des soins s'est révélée associée à l'expérience du patient (comme la satisfaction du patient)<sup>1</sup>.

Les modèles de soins axés sur les patients permettent à ces derniers d'avoir un dispensateur de soins habituel qui les connaît, est facile à joindre et coordonne leurs soins<sup>2</sup>. La recherche semble indiquer que les personnes qui sont ainsi encadrées reçoivent des soins de meilleure qualité, sont moins souvent victimes d'erreurs médicales et sont plus satisfaites<sup>3</sup>. Dans de nombreuses régions, des politiques ont été établies pour améliorer l'accès à un dispensateur habituel de SSP. Pour mesurer l'accès, l'ESCC évalue entre autres la proportion de Canadiens ayant un médecin habituel. L'ECE-SSP de 2008 donne un meilleur aperçu de la mesure dans laquelle les Canadiens ont accès à une source habituelle de SSP, de même qu'à un médecin habituel.

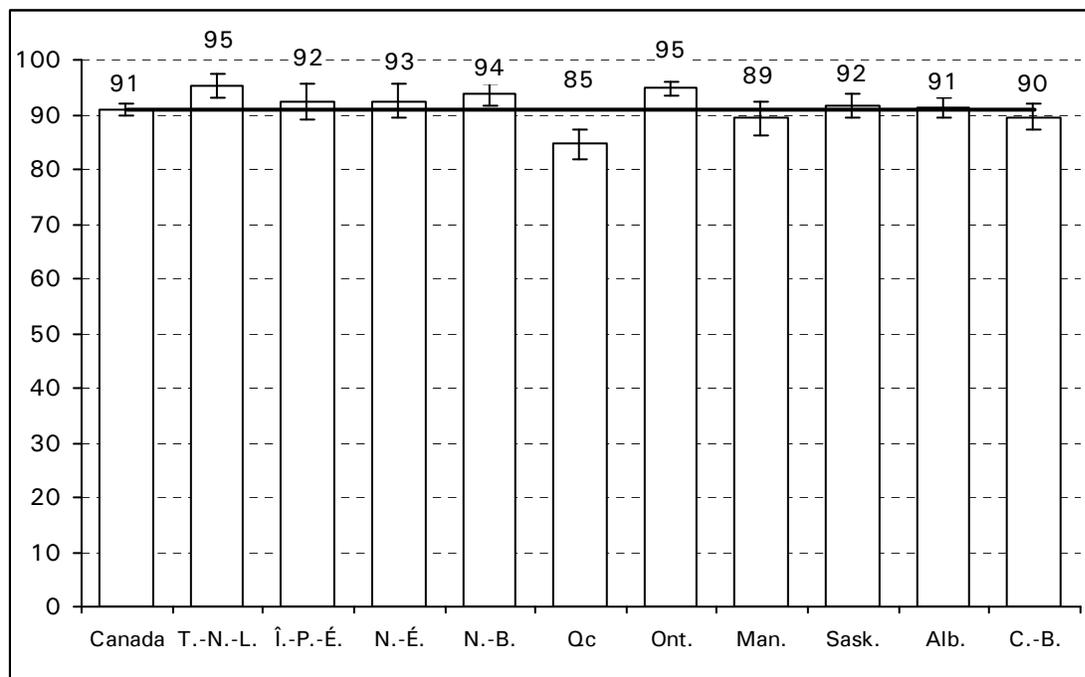
En 2008, 91 % des adultes ont affirmé se rendre à un endroit précis lorsqu'ils sont malades ou ont besoin de conseils à propos de leur santé. Cette proportion variait de 95 % à Terre-Neuve-et-Labrador et en Ontario à 85 % au Québec (figure 1). La plupart de ces adultes, soit 78 %, se rendaient à une clinique ou à un cabinet de médecin, alors que 17 % allaient dans une clinique sans rendez-vous, un CLSC ou un centre de santé communautaire (figure 2). Le pourcentage normalisé selon l'âge de personnes ayant déclaré que leur source habituelle de soins était un cabinet de médecin allait de 87 % en Nouvelle-Écosse à 58 % au Québec. Le pourcentage normalisé selon l'âge de personnes ayant déclaré utiliser une clinique sans rendez-vous, un CLSC ou un centre de santé communautaire allait de 32 % au Québec à 8 % en Nouvelle-Écosse.

Dans l'ECE-SSP de 2008, 88 % des personnes ne souffrant d'aucun des problèmes de santé chroniques sélectionnés ont déclaré qu'elles avaient un endroit habituel de soins, contre 96 % de celles atteintes d'un ou deux de ces problèmes de santé et 95 % de celles atteintes d'au moins trois de ces problèmes de santé.

# Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

**Figure 1 Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes ayant un endroit habituel de soins, au Canada et par province**



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage des adultes.

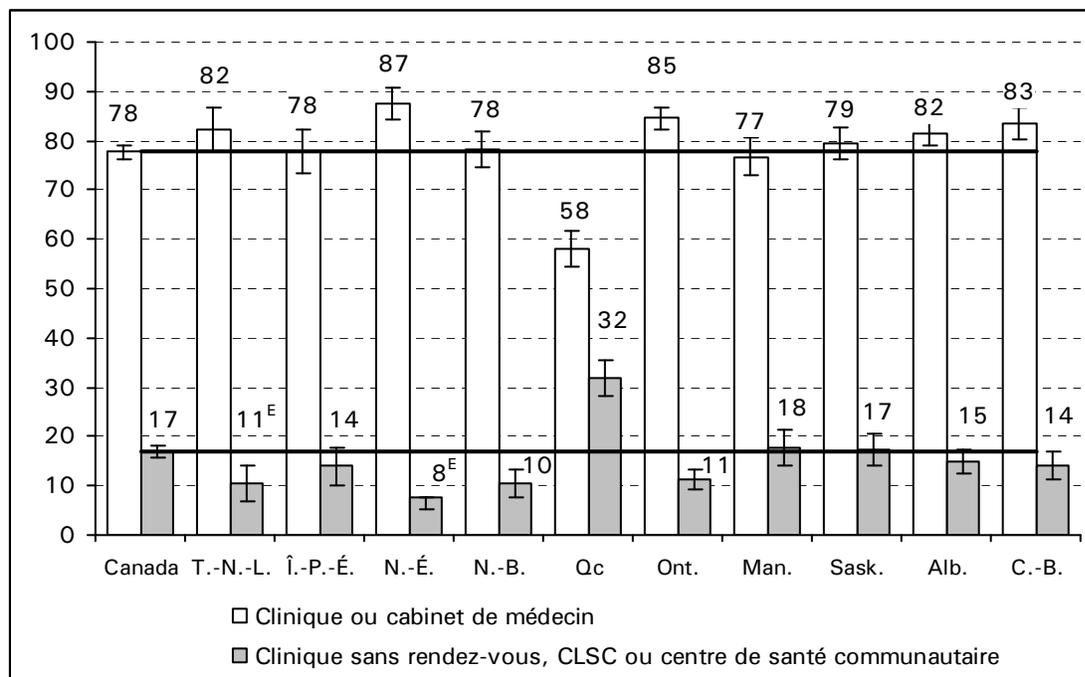
La catégorie de réponse « ne sait pas » a été exclue de l'analyse.

Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

**Sources**

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

**Figure 2 Pourcentage normalisé selon l'âge des principaux types d'endroits habituels de soins, selon le type d'endroit, au Canada et par province**



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage d'adultes se rendant à un endroit habituel lorsqu'ils sont malades ou ont besoin de conseils à propos de leur santé.

Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse. Le total des pourcentages peut ne pas être de 100 % en raison de l'absence des catégories de réponses « autre », « centre de soins d'urgence » et « services d'urgence ou salle d'urgence ».

Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

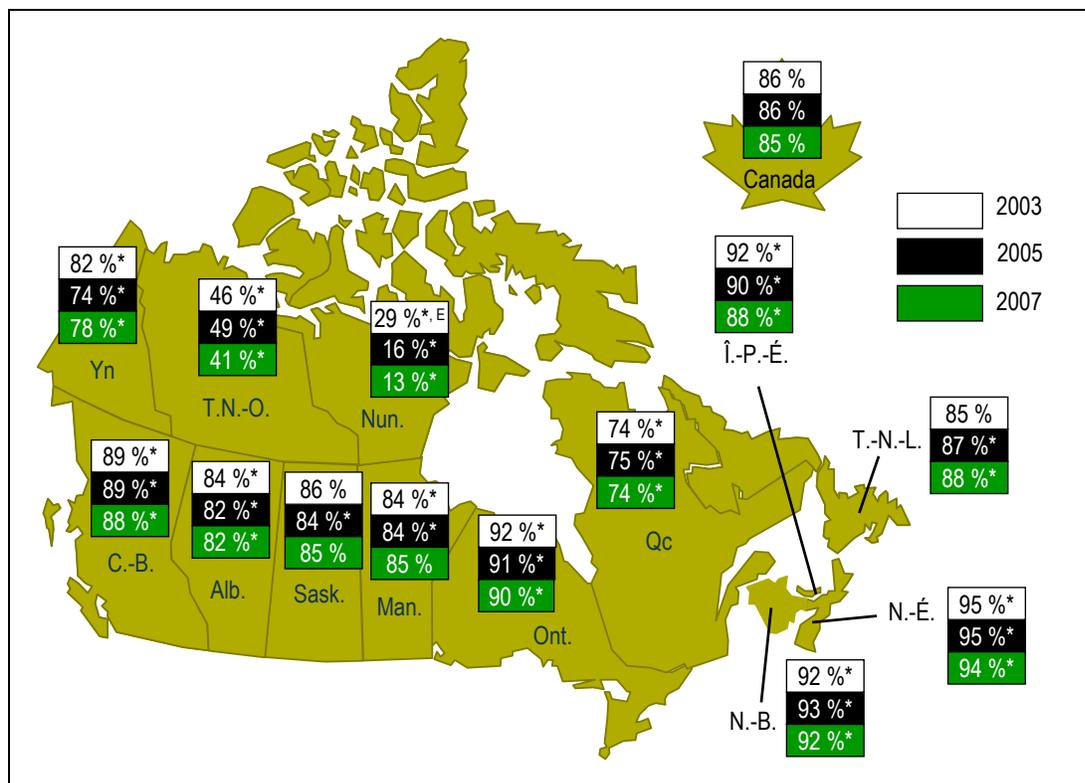
E : à interpréter avec prudence. Les données sont moins fiables en raison de la petite taille de l'échantillon.

**Sources**

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

Selon l'ECE-SSP de 2007, 85 % de la population de 12 ans et plus ont déclaré avoir un médecin habituel (figure 3). En 2005 et en 2003, cette proportion était de 86 %. En 2007, le pourcentage de personnes ayant indiqué avoir un médecin habituel allait de 94 % en Nouvelle-Écosse à 13 % au Nunavut.

**Figure 3** Pourcentage de personnes de 12 ans et plus ayant un médecin habituel, au Canada et par province<sup>i</sup>



**Remarques**

On a demandé aux personnes de 12 ans et plus si elles avaient un médecin habituel. Les données du Québec pour la région du Nunavik et celle des Terres-cries-de-la-baie-James n'étaient pas disponibles et ont été exclues de l'analyse.

\* Différence significative par rapport aux données globales du Canada.

E : à interpréter avec prudence.

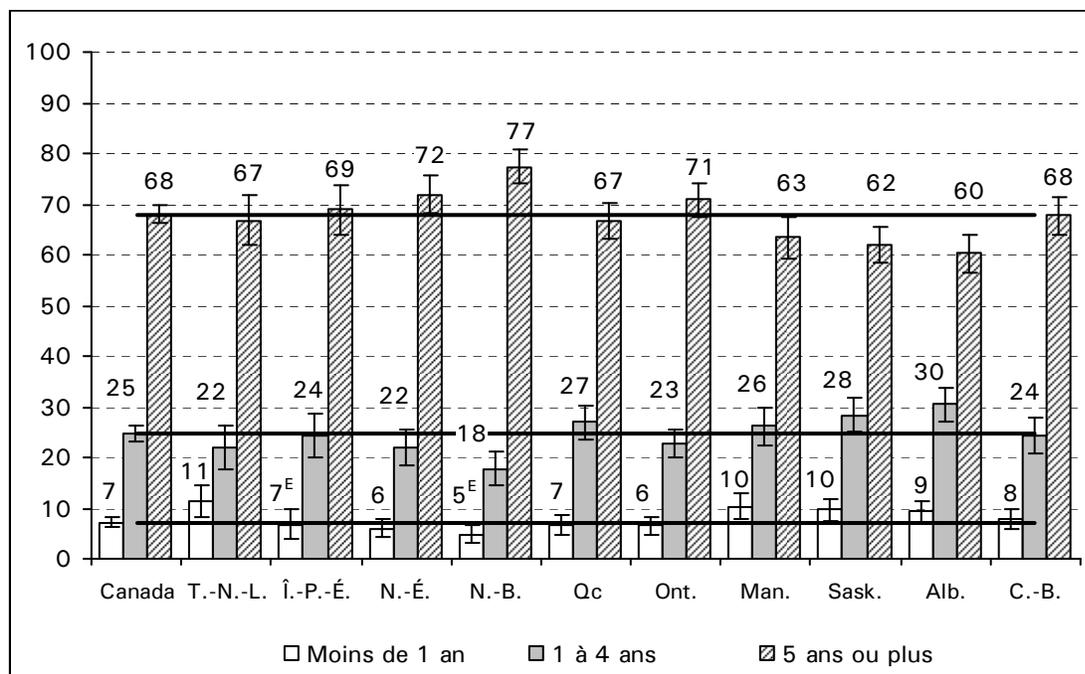
**Sources**

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

Plus des deux tiers (68 %) des adultes canadiens ayant un médecin habituel ou un endroit habituel de soins ont dit avoir le même médecin depuis cinq ans ou plus (le pourcentage normalisé selon l'âge allait de 77 % au Nouveau-Brunswick à 60 % en Alberta) (figure 4). En outre, 25 % des adultes ont déclaré qu'ils avaient le même médecin depuis un à quatre ans et 7 %, depuis moins d'un an.

i. D'après les données de l'ESCC de 2008 publiées le 25 juin 2009, 84 % des personnes de 12 ans et plus ont déclaré avoir un médecin habituel; ce pourcentage variait de 94 % en Nouvelle-Écosse à 12 % au Nunavut. Dans l'ensemble, les estimations de l'ESCC de 2008 indiquent une légère baisse dans les provinces et les territoires par rapport aux données des années antérieures.

**Figure 4 Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes ayant la même source habituelle de soins selon la durée, au Canada et par province**



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage d'adultes ayant un médecin habituel ou se rendant à un endroit habituel de soins lorsqu'ils sont malades ou ont besoin de conseils à propos de leur santé. Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas », « refus » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse. Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires. E : à interpréter avec prudence. Les données sont moins fiables en raison de la petite taille de l'échantillon.

**Sources**

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

## Difficultés d'accès aux SSP

Certaines personnes peuvent avoir une source habituelle de soins, mais éprouver des difficultés à accéder aux services lorsqu'elles en ont besoin, alors que d'autres n'ont tout simplement pas de source habituelle de soins. Dans les deux cas, ces personnes peuvent vivre des expériences évitables. Par exemple, une étude ontarienne a révélé que les personnes atteintes d'un problème de santé chronique et qui n'ont pas de médecin habituel étaient 1,2 fois plus susceptibles que celles ayant un médecin habituel de s'être rendues à un service d'urgence au cours des deux années précédentes. De plus, ces personnes étaient 1,3 fois plus susceptibles d'avoir été admises à l'hôpital pour des raisons médicales urgentes. Les personnes ayant vu un médecin trois fois ou plus, mais dont la continuité des soins était faible, étaient 1,6 fois plus susceptibles de se rendre à un service d'urgence que celles dont la continuité des soins était élevée<sup>4</sup>. Dans certains cas, l'accès à des SSP appropriés et une meilleure continuité des soins (par exemple, une relation continue avec un dispensateur) pourrait réduire le nombre d'hospitalisations associées à des problèmes de santé pouvant nécessiter des soins ambulatoires<sup>5</sup>.

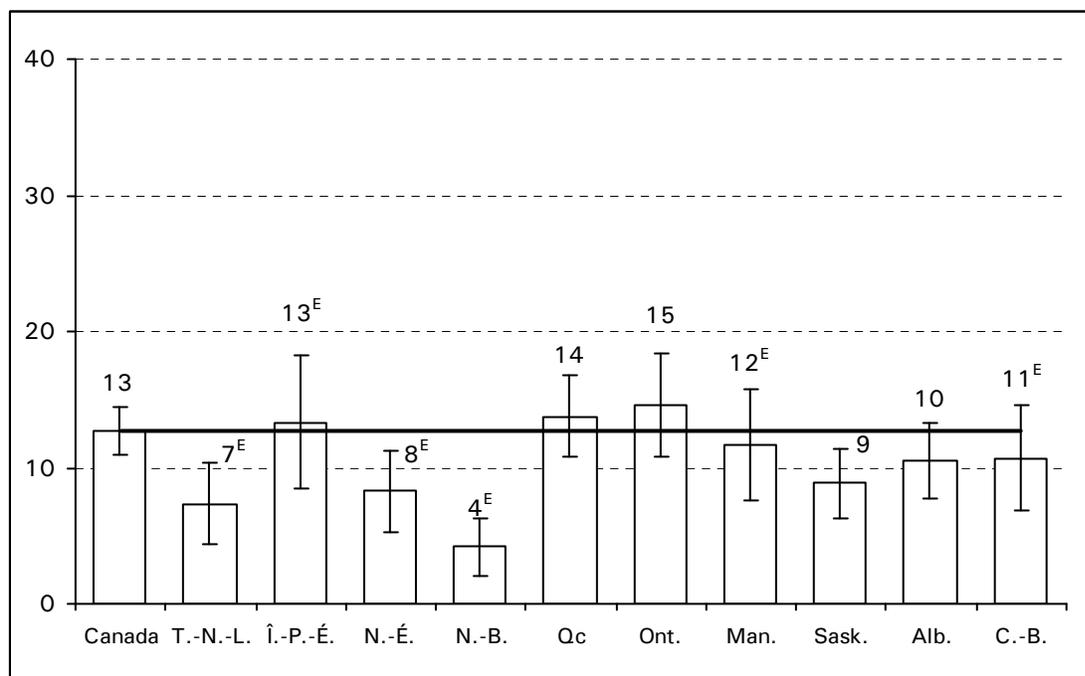
# Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

En 2008, 54 % des adultes ont eu besoin de soins de routine ou de suivi au cours des 12 mois précédents. Parmi ceux-ci, 13 % ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir les soins dont ils avaient besoin (figure 5). Le pourcentage normalisé selon l'âge de personnes ayant eu de la difficulté à obtenir des soins allait de 15 % en Ontario à 4 % au Nouveau-Brunswick. Comme l'indique la figure 6, les quatre principales difficultés étaient l'attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous (45 %), la difficulté à obtenir un rendez-vous (32 %), la difficulté à contacter un médecin (18 %) et l'attente trop longue avant de voir un médecin (10 %).

Par comparaison, 27 % des adultes ont eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur au cours des 12 mois précédents, et 21 % de ceux-ci ont eu de la difficulté à les obtenir (le pourcentage normalisé selon l'âge variait de 24 % en Alberta à 11 % en Nouvelle-Écosse).

**Figure 5** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes ayant eu besoin de soins de routine ou de suivi et ayant eu de la difficulté à y accéder au cours des 12 mois précédents, au Canada et par province



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage d'adultes ayant eu besoin de soins de routine ou de suivi au cours des 12 mois précédents.

Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse. Les « soins de routine ou de suivi » incluent les examens annuels et les tests sanguins.

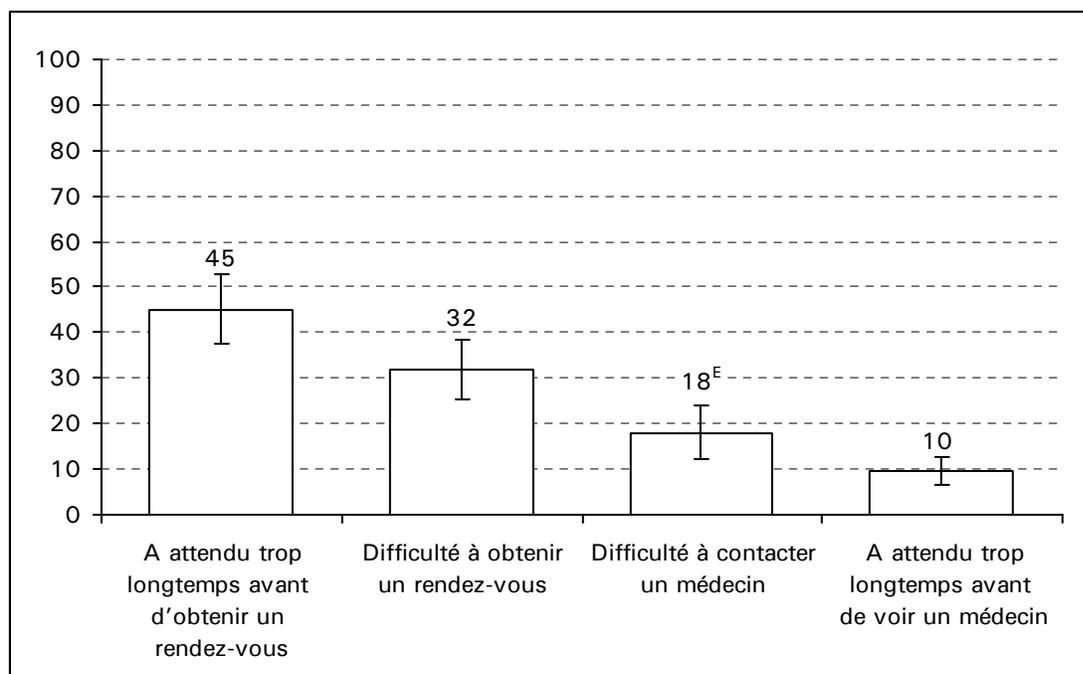
Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

E : à interpréter avec prudence. Les données sont moins fiables en raison de la petite taille de l'échantillon.

**Sources**

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

**Figure 6** Pourcentage d'adultes ayant eu besoin d'accéder à des soins de routine ou de suivi et ayant eu de la difficulté à les obtenir au cours des 12 mois précédents, selon les quatre principales raisons, au Canada



#### Remarques

La figure repose sur le pourcentage d'adultes ayant déclaré avoir eu des difficultés à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 mois précédents.

Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse. Les répondants pouvaient sélectionner plus d'une difficulté d'accès à des soins de routine ou de suivi lorsqu'ils en ont eu besoin au cours des 12 mois précédents. Les raisons peu fréquentes ne sont pas déclarées dans la figure. La somme des résultats n'équivaut donc pas à 100 %.

Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

E : à interpréter avec prudence. Les données sont moins fiables en raison de la petite taille de l'échantillon.

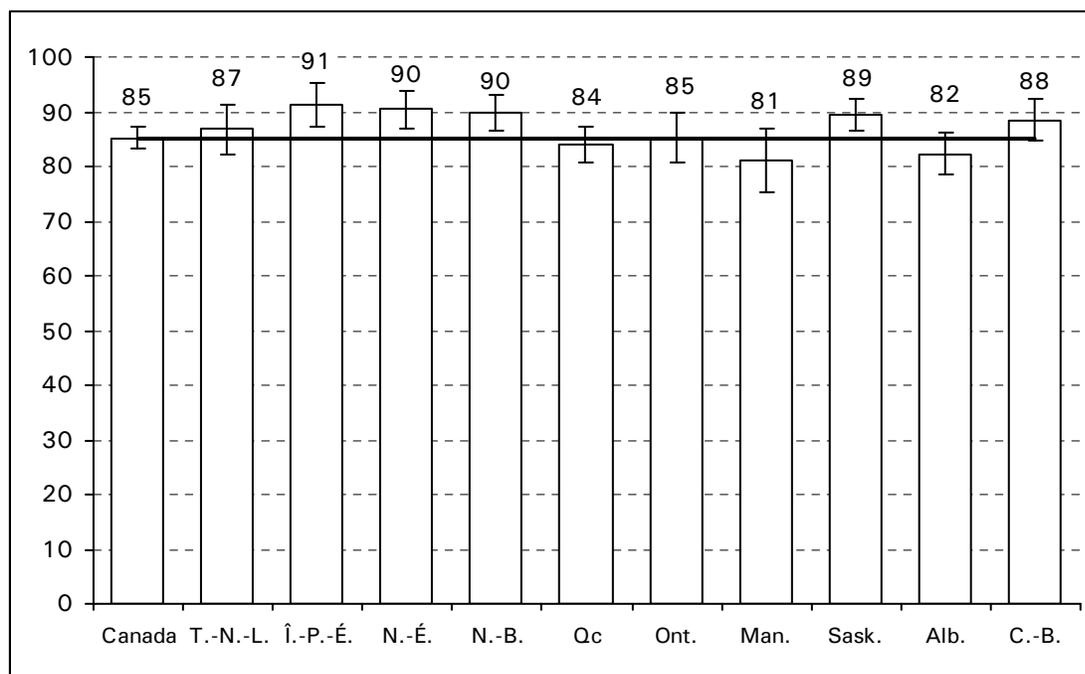
#### Sources

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

Parmi les 54 % d'adultes ayant eu besoin de soins de routine ou de suivi, 85 % ont trouvé le temps d'attente acceptable ou plus ou moins acceptable (figure 7). Ce pourcentage (normalisé selon l'âge) allait de 91 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 81 % au Manitoba.

Le temps d'attente médian pour obtenir des soins de routine pour l'ensemble des adultes était de deux jours, contre 14 jours pour les adultes ayant trouvé le temps d'attente pas très acceptable ou pas du tout acceptable. Quarante-six pour cent des adultes ont déclaré avoir reçu des soins de routine ou de suivi en l'espace d'un jour. En outre, 22 % ont reçu des soins dans un délai de 2 à 7 jours; 20 %, de 8 à 30 jours; 11 %, de un à six mois.

**Figure 7** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes ayant eu besoin de soins de routine ou de suivi au cours des 12 mois précédents et ayant décrit le temps d'attente comme acceptable ou plus ou moins acceptable, au Canada et par province



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage d'adultes ayant eu besoin de soins de routine ou de suivi au cours des 12 mois précédents.

Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas », « refus » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse. Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

**Sources**

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

Le temps d'attente médian pour les 27 % d'adultes ayant eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur au cours des 12 mois précédents était de trois heures. Les adultes ayant jugé le temps d'attente pas très acceptable ou pas du tout acceptable ont enregistré un temps d'attente médian de cinq heures. Parmi les adultes ayant eu besoin de soins urgents pour un problème de santé mineur, 85 % ont reçu des soins en l'espace d'un jour, 11 % en deux à sept jours et 4 % en plus de sept jours.

La présente analyse a également étudié les barrières linguistiques dans les SSP et a révélé que 94 % des adultes ayant eu besoin de soins de routine ou de suivi ont affirmé qu'ils s'étaient rarement, sinon jamais, heurtés à une barrière linguistique en tentant d'obtenir les soins dont ils avaient besoin.

## Accès à des équipes interdisciplinaires

Les équipes interdisciplinaires sont composées de divers professionnels de la santé qui travaillent ensemble (comme les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les diététistes et les physiothérapeutes). Un groupe canadien qui s'est penché sur la recherche à l'échelle internationale au sujet des effets de la collaboration sur les équipes de SSP a observé de nombreux avantages potentiels pour les dispensateurs, les patients et le système de santé, notamment une gamme plus étendue de services, une utilisation plus efficace des soins de santé, un meilleur accès aux services, des temps d'attente plus courts et une meilleure coordination des soins. De plus, certains patients se disent plus satisfaits et indiquent avoir vécu une expérience plus positive quand les soins sont offerts par une équipe<sup>6</sup>. Il est important de noter qu'il reste encore beaucoup à apprendre sur les modèles de prestation des SSP qui fonctionnent le mieux selon les circonstances.

Selon une étude pancanadienne réalisée en 2007, les adultes ayant déclaré avoir accès à des équipes de SSP étaient moins susceptibles de déclarer avoir eu besoin de soins de santé sans les avoir reçus<sup>7</sup>. Les personnes ayant accès à des équipes de SSP fréquentaient moins les services d'urgence, étaient moins hospitalisées et avaient davantage tendance à faire confiance au système de santé.

Les résultats de l'ECE-SSP de 2008 pour l'ensemble du Canada ont révélé que 27 % des adultes ayant un médecin habituel ou un endroit habituel de soins ont déclaré qu'une infirmière participait habituellement à leurs soins et que 16 % bénéficiaient des soins d'autres professionnels de la santé. Dans les provinces, près de 10 % des répondants ont déclaré ne pas savoir si une infirmière participait habituellement à leurs SSP.

## Promotion de la santé et prévention et gestion des maladies chroniques

Les SSP agissent sur la santé des personnes et sur le besoin d'autres types de soins en ce sens qu'ils contribuent à la promotion et à la prévention des maladies. Par exemple, on estime qu'en 2002, 17 % des décès de Canadiens étaient associés au tabagisme et que l'utilisation du tabac a coûté 17 milliards de dollars aux Canadiens, essentiellement en raison de la perte de productivité liée à la maladie et au décès prématuré<sup>8</sup>. La consultation pour divers comportements à risque pour la santé, y compris la consultation pour le renoncement au tabac ou le remplacement de la nicotine, contribue à réduire le taux de tabagisme<sup>9</sup>. Dans un autre exemple, un examen des études a permis de constater que de brèves interventions faites par des dispensateurs de SSP s'avèrent efficaces pour réduire la consommation excessive d'alcool<sup>10</sup>.

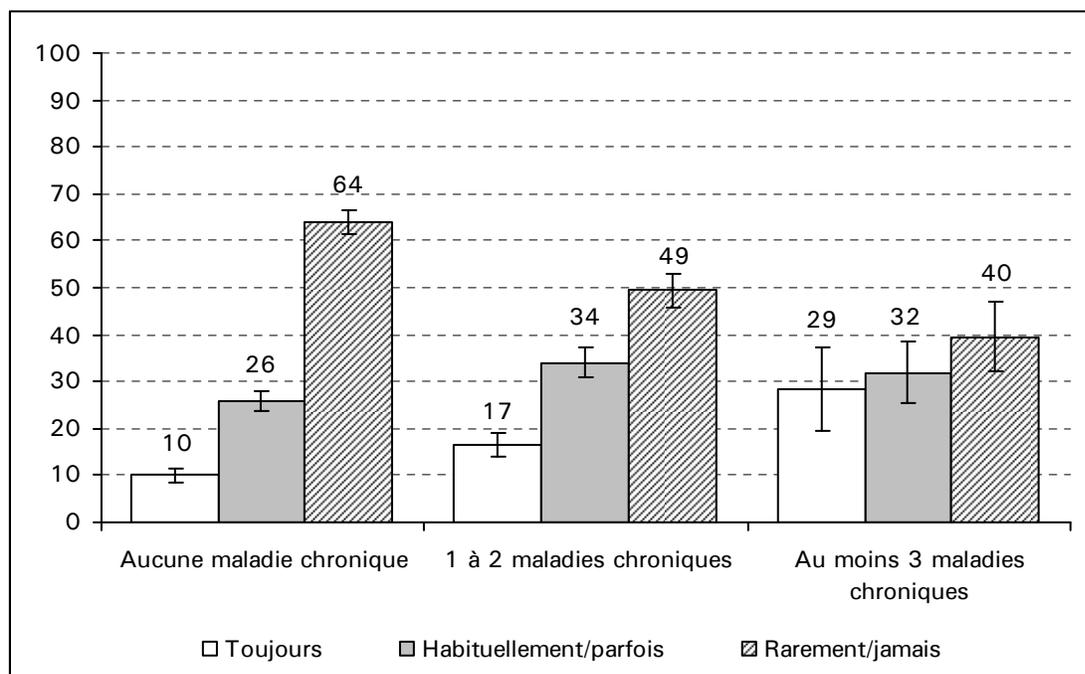
## Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

La promotion de la santé, la prévention des maladies et les activités d'autogestion sont particulièrement importantes pour maintenir la santé et prévenir les complications chez les personnes atteintes de problèmes de santé chroniques. Une analyse de la littérature semble indiquer que les patients qui reçoivent des soins offerts en collaboration, participent à la prise de décisions avec les professionnels et pratiquent l'autogestion de leur maladie chronique affichent de meilleurs résultats<sup>11</sup>. Cette même analyse a révélé que la formation des patients à l'autogestion de leurs soins augmentait leur fonctionnalité, réduisait leur douleur et diminuait les coûts. Une analyse de la formation à l'autogestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique a mis en évidence une réduction des admissions à l'hôpital<sup>12</sup>.

Les résultats de l'ECE-SSP de 2008 montrent que les personnes qui souffraient de problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles que celles qui n'étaient atteintes d'aucun des problèmes de santé chroniques sélectionnés d'avoir reçu, au cours des 12 mois précédents, des conseils d'un professionnel de la santé relativement à ce qu'elles pouvaient faire pour améliorer leur santé et prévenir la maladie, comme cesser de fumer, limiter leur consommation d'alcool et faire de l'exercice (figure 8). Dix pour cent des adultes ne souffrant d'aucun des problèmes de santé chroniques sélectionnés étaient « toujours » conseillés par un professionnel de la santé sur ce qu'ils pouvaient faire pour améliorer leur santé, contre 17 % des adultes atteints d'un ou deux des problèmes de santé chroniques sélectionnés et 29 % des adultes atteints d'au moins trois de ces problèmes de santé chroniques. Parmi les personnes ayant rarement, sinon jamais, reçu de conseils sur ce qu'elles pouvaient faire pour améliorer leur santé, 64 % étaient des adultes sans aucun des problèmes de santé chroniques sélectionnés, 49 %, souffraient d'un ou deux des problèmes de santé chroniques sélectionnés et 40 %, souffraient d'au moins trois des problèmes de santé chroniques sélectionnés.

**Figure 8** Pourcentage des adultes ayant discuté avec un professionnel de la santé des mesures à prendre pour améliorer leur santé ou prévenir la maladie au cours des 12 mois précédents, selon le nombre de problèmes de santé chroniques sélectionnés, au Canada



**Remarques**

Les sept problèmes de santé chroniques sélectionnés sont l'arthrite, le cancer, l'emphysème ou la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, les maladies cardiaques, l'hypertension artérielle et les troubles de l'humeur (autres que la dépression).

La figure repose sur le pourcentage des adultes et de l'ensemble des répondants.

Les catégories de réponses « ne sait pas » et « ne s'applique pas » ont été exclues de l'analyse. Le total des colonnes étant arrondi, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %.

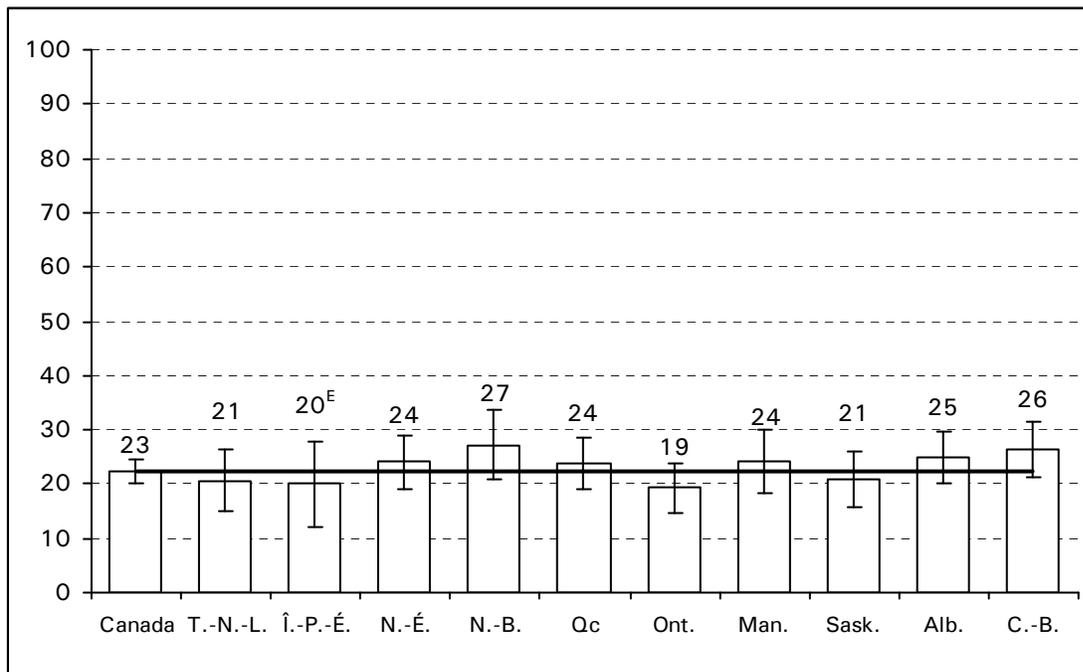
Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

**Sources**

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

Vingt-trois pour cent des adultes au Canada atteints d'au moins un des sept problèmes de santé chroniques à impact élevé ou très prévalents sélectionnés ont reçu « presque toujours » ou « la plupart du temps » une liste écrite de choses à faire pour améliorer leur santé (figure 9). À l'échelle provinciale, le pourcentage (normalisé selon l'âge) variait de 27 % au Nouveau-Brunswick à 19 % en Ontario.

**Figure 9** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des sept problèmes de santé chroniques sélectionnés qui ont reçu « presque toujours » ou « la plupart du temps » une liste écrite de choses à faire pour améliorer leur santé au cours des 12 mois précédents, au Canada et par province



### Remarques

La figure repose sur le pourcentage des adultes atteints d'au moins un des sept problèmes de santé chroniques sélectionnés (arthrite, cancer, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladies cardiaques, hypertension artérielle et troubles de l'humeur autres que la dépression). Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas », « refus », « ne s'applique pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse.

Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

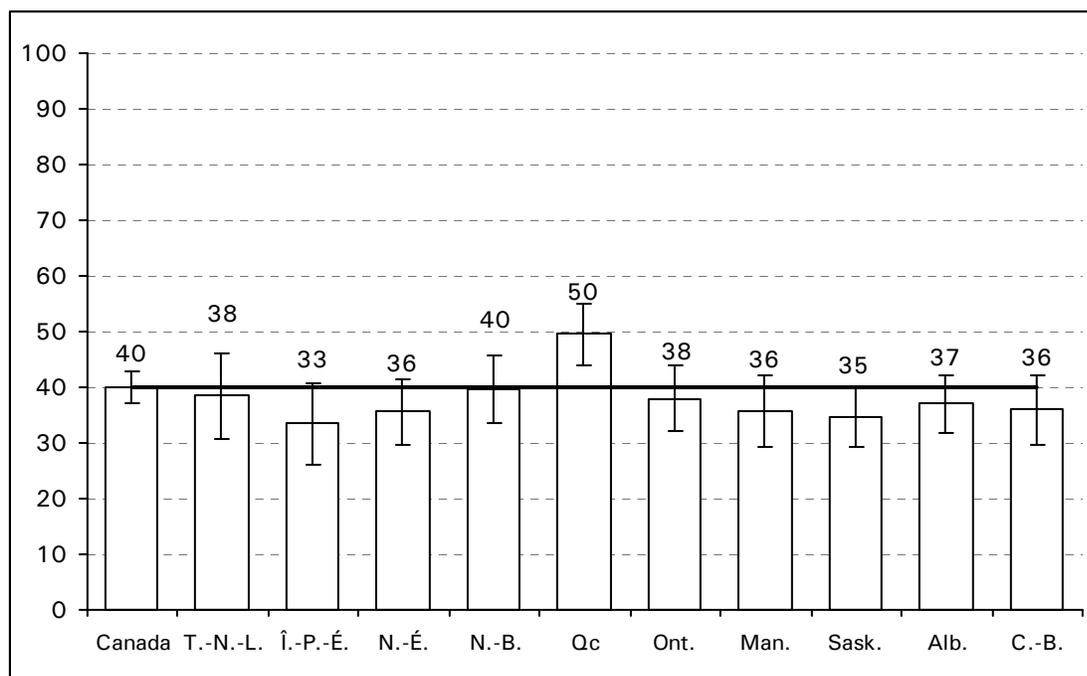
E : à interpréter avec prudence. Les données sont moins fiables en raison de la petite taille de l'échantillon.

### Sources

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

Les interventions axées sur le patient peuvent contribuer à améliorer les résultats pour celui-ci<sup>13</sup>. L'ECE-SSP de 2008 a révélé qu'au cours des 12 mois précédents, 22 % des adultes atteints d'au moins un des sept problèmes de santé chroniques sélectionnés ont déclaré que leur dispensateur de soins les avait « presque toujours » aidés à élaborer un plan de traitement, et 16 % avaient déclaré que leur dispensateur de soins les avait « la plupart du temps » ou « parfois » aidés. Cependant, 22 % de ces personnes ont indiqué qu'au cours des 12 mois précédents, leur dispensateur ne les avait « généralement pas » ou « presque jamais » aidés à élaborer un plan de traitement, tandis que 40 % ont déclaré n'avoir pas élaboré de plan (figure 10). Le pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes ayant indiqué ne pas avoir élaboré de plan de traitement au cours des 12 mois précédents variait de 33 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 50 % au Québec.

**Figure 10** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des sept problèmes de santé chroniques sélectionnés ayant déclaré ne pas avoir élaboré de plan de traitement avec leur dispensateur de soins de santé primaires au cours des 12 mois précédents, au Canada et par province



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage des adultes atteints d'au moins un des sept problèmes de santé chroniques sélectionnés (arthrite, cancer, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladies cardiaques, hypertension artérielle et troubles de l'humeur autres que la dépression). Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas », « refus », « ne s'applique pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse.

Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

**Sources**

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

Les soins dispensés aux personnes souffrant de problèmes de santé chroniques constituent une grande partie de la charge de travail en SSP, et l'amélioration des capacités des patients à gérer eux-mêmes leurs soins représente une part importante de ce service. L'autogestion des soins désigne le fait pour les patients, leur famille ou leurs amis de gérer et de surveiller les soins entre les visites chez le dispensateur de SSP<sup>14</sup>.

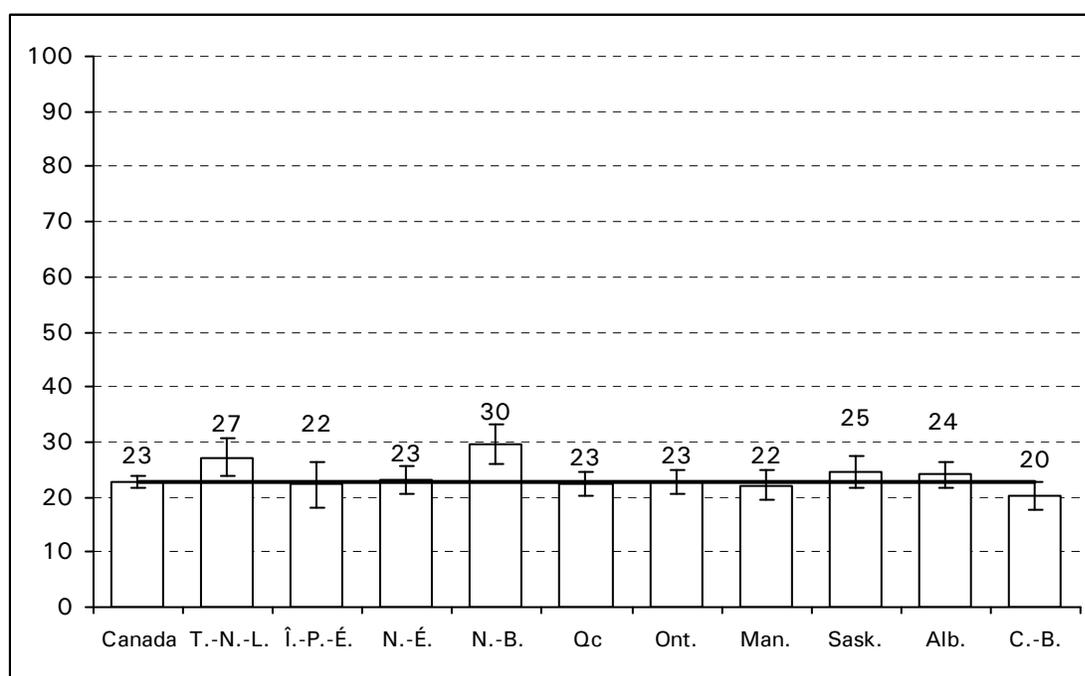
# Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

L'autogestion des soins aide les personnes atteintes de problèmes de santé chroniques à prévenir les complications et à réduire le risque de développer d'autres problèmes de santé chroniques. Plusieurs lignes directrices de pratique recommandent que les personnes souffrant de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension artérielle ou ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) fassent mesurer leur pression artérielle, leur taux de cholestérol et de glycémie ainsi que leur poids corporel, au moins une fois tous les 12 mois afin de comprendre l'efficacité des soins dispensés et de déterminer le moment pour prendre des mesures supplémentaires<sup>15-19</sup>.

Les résultats de l'enquête ont dévoilé que 23 % des adultes étaient atteints de diabète, d'une maladie cardiaque, d'hypertension artérielle ou avaient été victimes d'un AVC (figure 11). Le pourcentage normalisé selon l'âge variait de 20 % en Colombie-Britannique à 30 % au Nouveau-Brunswick.

**Figure 11** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chroniques sélectionnés, au Canada et par province



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage des adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chroniques : diabète, maladies cardiaques, accident vasculaire cérébral (AVC) et hypertension artérielle. Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

**Sources**

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

## Analyse en bref

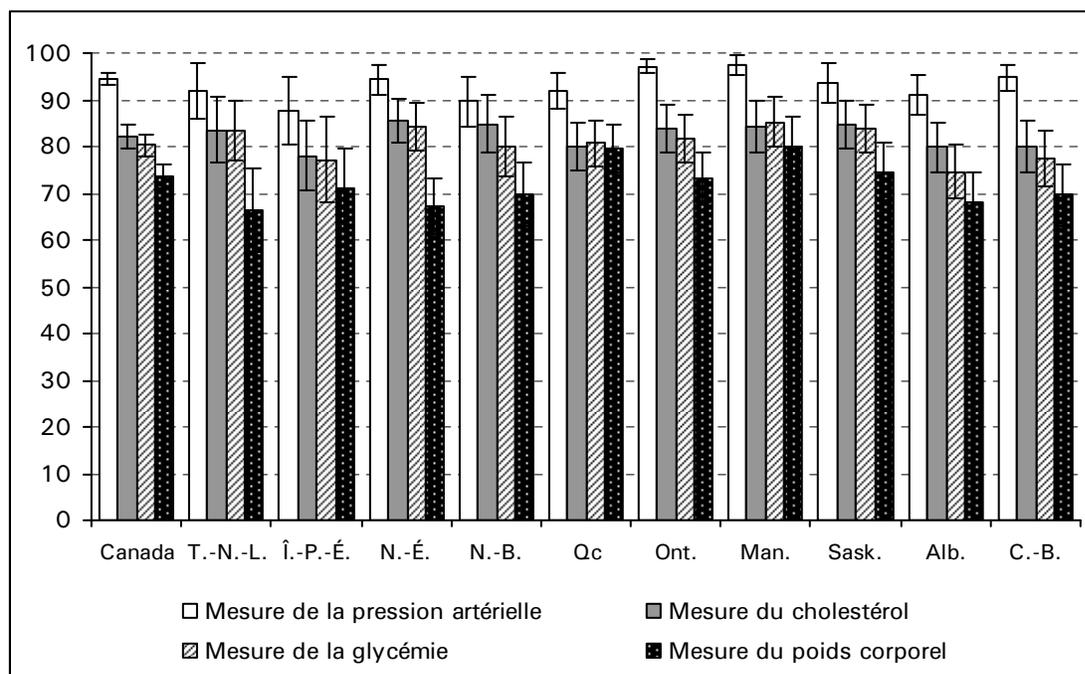
À l'avant-garde de l'information sur la santé

Parmi les quatre examens de dépistage étudiés, les adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chroniques sélectionnés ont le plus fréquemment déclaré avoir subi un test de mesure de la pression artérielle (94 %) au cours des 12 mois précédents (figure 12 et annexe). Le pourcentage normalisé selon l'âge variait de 97 % au Manitoba et en Ontario à 88 % à l'Île-du-Prince-Édouard.

La plupart des adultes (82 %) ont également déclaré avoir fait mesurer leur taux de cholestérol au cours des 12 mois précédents (le pourcentage normalisé selon l'âge variait de 86 % en Nouvelle-Écosse à 78 % à l'Île-du-Prince-Édouard), et 80 % ont déclaré avoir subi un test de mesure du taux de glycémie au cours des 12 mois précédents (le pourcentage normalisé selon l'âge variait de 85 % au Manitoba à 75 % en Alberta).

Trois adultes sur quatre (74 %) atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chroniques sélectionnés ont déclaré que leur dispensateur de SSP a vérifié leur poids corporel au cours des 12 mois précédents. Le pourcentage normalisé selon l'âge variait de 80 % au Québec et au Manitoba à 66 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Le tableau de données de la figure 12 est inclus dans l'annexe.

**Figure 12** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chroniques sélectionnés ayant subi des tests de mesure de la pression artérielle, du cholestérol, de la glycémie ainsi que du poids corporel au cours des 12 mois précédents, au Canada et par province



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage des adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chroniques : diabète, maladies cardiaques, accident vasculaire cérébral (AVC) et hypertension artérielle. Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse. Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires. Consulter l'annexe pour obtenir les estimations propres au Canada et aux provinces.

**Sources**

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

## Perspectives générales sur la durée des visites et la qualité des soins de santé primaires

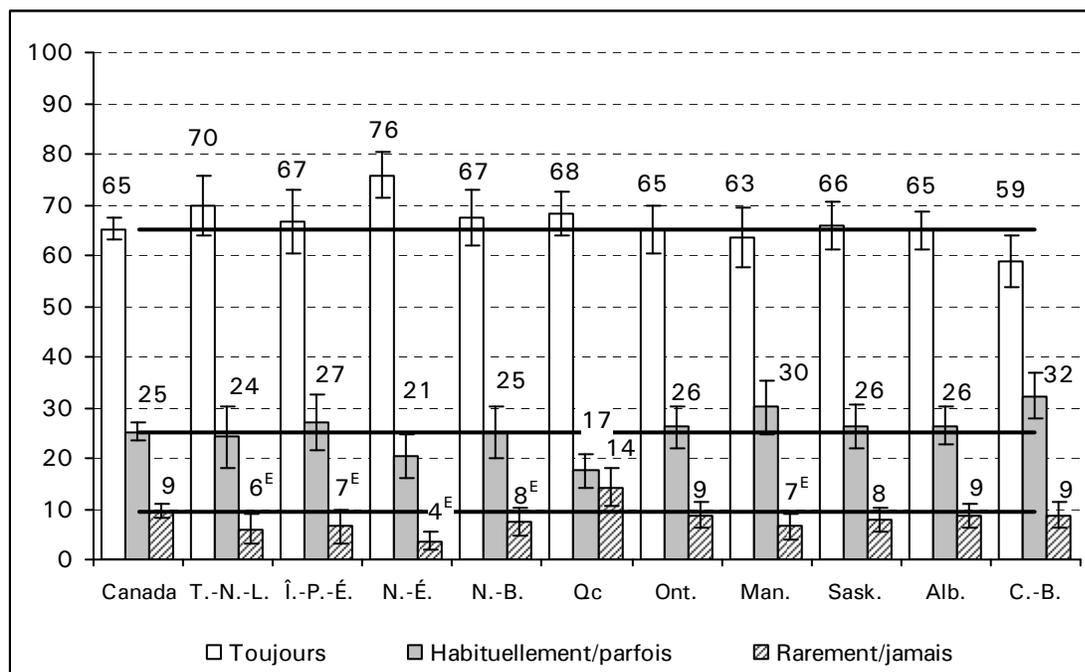
Les personnes qui voient un dispensateur de SSP ont besoin de suffisamment de temps pour exprimer adéquatement leurs besoins afin que les dispensateurs obtiennent assez de renseignements pour offrir les services appropriés. Au Canada, parmi les adultes qui ont vu leur médecin habituel au moins une fois au cours des 12 mois précédents, 65 % ont répondu que leur médecin de famille ou omnipraticien leur accordait « toujours » suffisamment de temps pour discuter de leurs sentiments, de leurs craintes et de leurs préoccupations au sujet de leur santé, et 25 % ont répondu « habituellement » ou « parfois » (figure 13). Le pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes ayant répondu

# Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

qu'ils bénéficiaient « toujours » d'assez de temps variait de 76 % en Nouvelle-Écosse à 59 % en Colombie-Britannique. Au Canada, 9 % des personnes ont indiqué qu'au cours des 12 mois précédents, leur dispensateur de SSP leur avait « rarement », sinon « jamais », accordé assez de temps.

**Figure 13** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes ayant déclaré que leur médecin de famille ou omnipraticien leur accordait assez de temps pour discuter de leurs sentiments, de leurs craintes et de leurs préoccupations au sujet de leur santé au cours des 12 mois précédents, au Canada et par province



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage d'adultes ayant consulté un médecin de famille ou un omnipraticien au cours des 12 mois précédents. Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas », « refus », « ne s'applique pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse. Certains pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %. Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires. E : à interpréter avec prudence. Les données sont moins fiables en raison de la petite taille de l'échantillon.

**Sources**

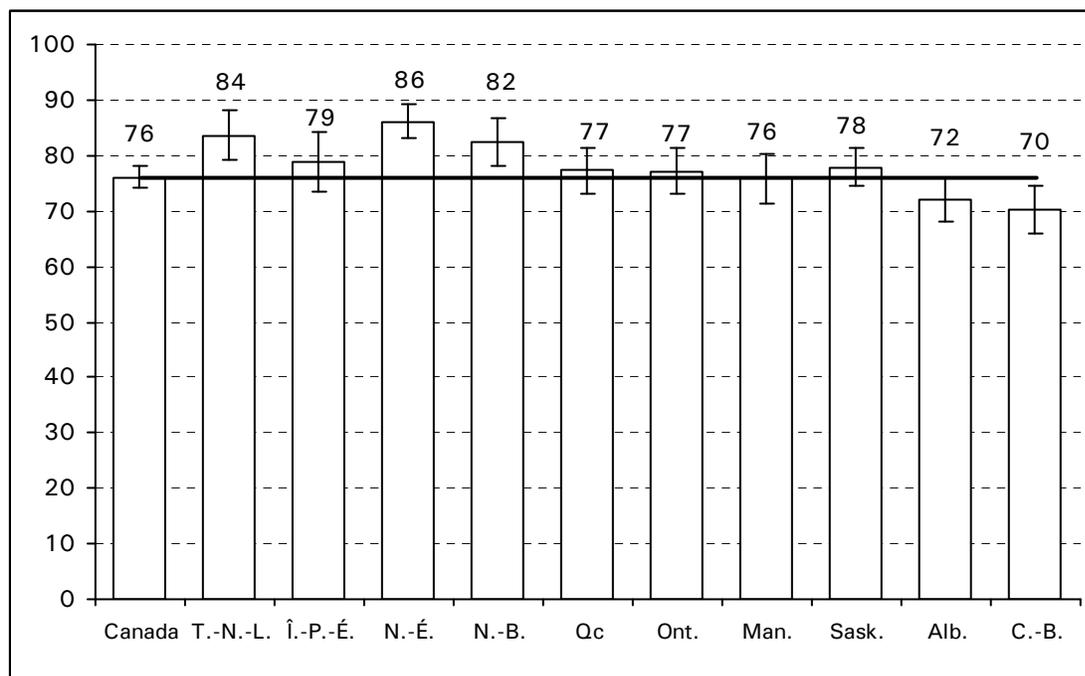
Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

# Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Les patients qui ont confiance en leur dispensateur de SSP et le consultent habituellement sont plus enclins à suivre les conseils médicaux<sup>20</sup>. Au Canada, 76 % des adultes ayant vu leur médecin habituel au moins une fois au cours des 12 mois précédents ont jugé la qualité des soins de santé reçus « excellente » ou « très bonne » (figure 14). Le pourcentage normalisé selon l'âge variait de 86 % en Nouvelle-Écosse à 70 % en Colombie-Britannique.

**Figure 14 Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes ayant jugé que la qualité des soins de santé reçus d'un médecin de famille ou d'un omnipraticien au cours des 12 mois précédents était excellente ou très bonne, au Canada et par province**



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage d'adultes ayant consulté un médecin de famille ou un omnipraticien au cours des 12 mois précédents.

Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas », « refus », « ne s'applique pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse.

Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

**Sources**

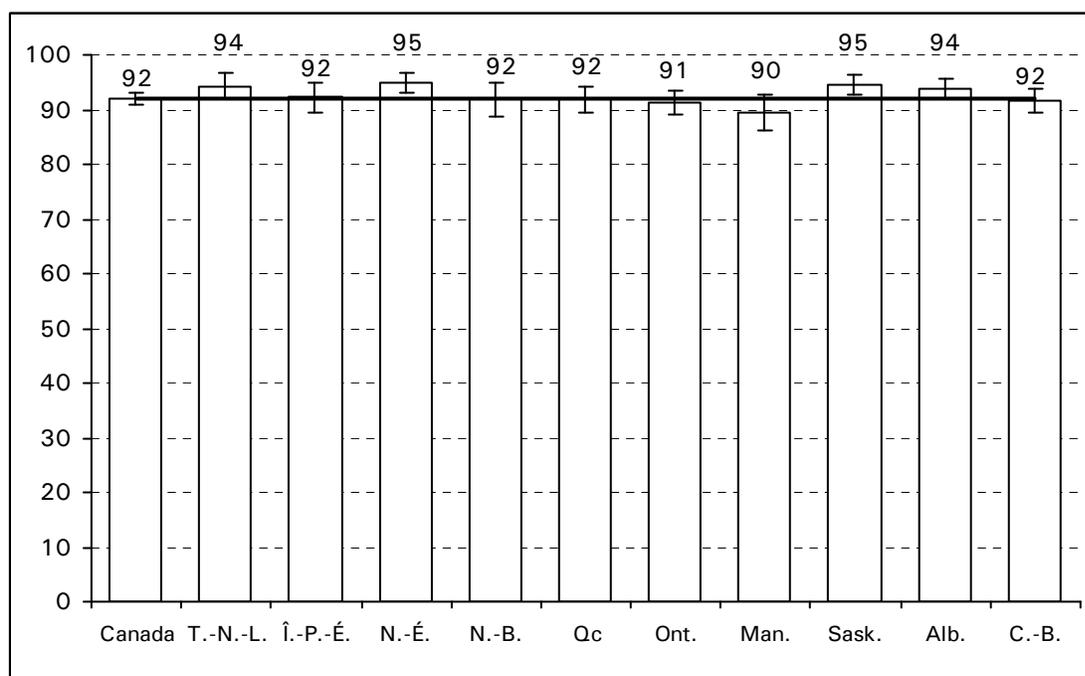
Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

# Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Au Canada, 92 % des adultes ayant un médecin habituel ou un endroit habituel de soins recommanderaient leur médecin à un ami ou à un membre de la famille (figure 15). Le pourcentage normalisé selon l'âge variait de 95 % en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse à 90 % au Manitoba.

**Figure 15** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes qui recommanderaient leur dispensateur de SSP à un ami ou à un membre de la famille, au Canada et par province



**Remarques**

La figure repose sur le pourcentage d'adultes ayant un médecin habituel ou se rendant à un endroit habituel de soins lorsqu'ils sont malades ou ont besoin de conseils à propos de leur santé.

Les catégories de réponses « saut valide », « ne sait pas », « refus », « ne s'applique pas » et « non déclaré » ont été exclues de l'analyse. La catégorie « ne s'applique pas » inclut les répondants qui savaient que leur dispensateur de SSP était sur le point de prendre sa retraite ou n'acceptait pas de nouveaux patients. Les résultats estimés pour le Canada comprennent les données des territoires.

**Sources**

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

## Conclusion

Grâce à l'ECE-SSP de 2008, le présent rapport fournit de nouvelles données importantes sur plusieurs aspects prioritaires des SSP. D'autres analyses nous éclaireront davantage sur les expériences vécues par les patients en SSP au Canada.

Il est également important de noter qu'il existe des lacunes considérables en matière d'information sur les SSP. La conception et la mise en œuvre réussies des dossiers de santé électroniques et des dossiers médicaux électroniques au Canada pourraient combler certaines de ces lacunes. Cependant, il sera nécessaire d'adopter une approche intégrée afin d'améliorer l'information recueillie dans les sondages auprès des patients et des dispensateurs des soins, ainsi que dans les dossiers médicaux électroniques. Dans cette optique, l'ICIS collabore avec divers intervenants afin de diriger la création de nouvelles sources de données sur les SSP pouvant être utilisées pour fournir encore plus d'information sur cette partie importante du système de santé.

## Ressources supplémentaires

Vous trouverez d'autres documents sur les SSP et les figures tirées de cette enquête sur le site Web de l'ICIS ([www.icis.ca/ssp](http://www.icis.ca/ssp)). Voici quelques ressources supplémentaires susceptibles de vous intéresser.

*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*

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=AR\\_2490\\_F&cw\\_topic=2490](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_2490_F&cw_topic=2490)

Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=GR\\_1489\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1489_F)

Division de l'information sur les soins de santé primaires

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=indicators\\_phc\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=indicators_phc_f)

Indicateurs de santé

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=indicators\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=indicators_f)

*Réduction des écarts en santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_1690\\_F&cw\\_topic=1690&cw\\_rel=AR\\_2509\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_1690_F&cw_topic=1690&cw_rel=AR_2509_F)

## 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.

La production de la présente analyse a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada ni des gouvernements provinciaux ou territoriaux.

## Références

1. S. Wong et coll., « What Do People Think Is Important About Primary Health Care? », *Healthcare Policy*, vol. 3, n° 3 (2008), p. 89-104.
2. 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.
3. T. C. Rosenthal, « The Medical Home: Growing Evidence to Support a New Approach to Primary Care », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 21, n° 5 (2008), p. 427-440.
4. R. Glazier et coll., *The Impact of Not Having a Primary Care Physician Among People With Chronic Conditions: ICES Investigative Report*, Toronto (Ont.), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2008.
5. Z. Ansari, J. N. Laditka et S. B. Laditka, « Access to Health Care and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions », *Medical Care Research and Review*, vol. 63, n° 6 (2006), p. 719-741.
6. J. Barrett et coll., *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*, Ottawa (Ont.), Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2007.
7. S. Khan et coll., *Primary Health Care Teams and Their Impact on Processes and Outcomes of Care*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2008.
8. Agence de la santé publique du Canada, *Life and Breath: Respiratory Disease in Canada [La vie et le souffle : les maladies respiratoires au Canada]*, 2009. Consulté le 28 janvier 2009. Internet : < <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/lbrdc-vsmrc/tobacco-tabagisme-eng.php> > .
9. R. W. Elford, H. L. MacMillan et C. N. Wathen, *Counselling for Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners, Technical Report #01-7*, London (Ont.), Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2001. Internet : < <http://www.ctfphc.org> > .
10. E. Kaner et coll., « Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, art. n° CD004148, DOI : 10.1002/14651858.CD004148.pub3 (2007).
11. J. H. Hibbard, « Engaging Health Care Consumers to Improve the Quality of Care », *Medical Care*, vol. 41, n° 1 (2003), p. 160-170.

## Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

12. T. W. Effing et coll., « Self-Management Education for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, art. n° CD 002990. DOI : 10.1002/14651858. CD002990.pub2 (2007).
13. C. M. Renders et coll., « Interventions to Improve the Management of Diabetes Mellitus in Primary Care, Outpatient and Community Settings (Review) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, art. n° CD. 001481. DOI : 10.1002/14651858.CD001481 (2000).
14. E. A. Bayliss, J. L. Ellis et J. F. Steiner, « Barriers to Self-Management and Quality-of-Life Outcomes in Seniors With Multimorbidities », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 5 (2007), p. 395-402.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *Pan-Canadian Primary Health Care Indicators Report 1*, Vol. 1 and 2 [*Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires, rapport 1*, volume 1 et 2], Ottawa (Ont.), ICIS, 2006.
16. P. Lindsay et al., « Toward A More Effective Approach to Stroke: Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 11 (2009), p. 1418-1425.
17. Programme éducatif canadien sur l'hypertension, *2009 CHEP Recommendations for the Management of Hypertension [Recommandations canadiennes 2009 pour le traitement de l'hypertension artérielle]*, 2009. Internet : <<http://hypertension.ca/chep/recommendations-2009/>>.
18. Association canadienne du diabète, « Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 32, suppl. 1 (2008).
19. R. T. Tsuyuki, S. Koshman et G. J. Pearson, *Guideline for Modifiable Risk Factors in Adults at High Risk for Cardiovascular Events (2008 Update)*, Edmonton (Alb.), Toward Optimized Practice CMA Alberta House, 2008.
20. L. Berry et coll., « Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters », *Annals of Family Medicine*, vol. 6, n° 1 (2008), p. 6-13.

## Annexe

**Tableau de la figure 12** Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chroniques sélectionnés ayant subi des tests de mesure de la pression artérielle, du cholestérol, de la glycémie ainsi que du poids corporel au cours des 12 mois précédents, au Canada et par province

Pays/ province	Pression artérielle		Cholestérol		Glycémie		Poids corporel	
	Pourcentage	IC (95 %)	Pourcentage	IC (95 %)	Pourcentage	IC (95 %)	Pourcentage	IC (95 %)
Canada	94	(93-96)	82	(80-85)	80	(78-83)	74	(71-76)
T.-N.-L.	92	(86-98)	84	(77-91)	84	(77-90)	66	(57-75)
Î.-P.-É.	88	(80-95)	78	(70-86)	77	(68-86)	71	(63-80)
N.-É.	94	(91-98)	86	(81-90)	84	(79-89)	67	(61-73)
N.-B.	90	(84-95)	85	(79-91)	80	(74-87)	70	(63-76)
Qc	92	(88-96)	80	(75-85)	81	(76-85)	80	(74-85)
Ont.	97	(96-99)	84	(79-89)	82	(77-87)	73	(68-79)
Man.	97	(95-100)	84	(79-90)	85	(80-91)	80	(74-86)
Sask.	93	(89-98)	85	(80-90)	84	(79-89)	75	(68-81)
Alb.	91	(87-95)	80	(75-85)	75	(69-80)	68	(62-75)
C.-B.	95	(92-97)	80	(74-86)	77	(72-83)	70	(63-76)