



Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report
Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes
de l'Ontario sur la santé des femmes.



Auteurs:

Arlene Bierman, MD, MS, FRCPC
Jan Angus, IA, PhD
Farah Ahmad MBBS, MHP, PhD
Naushaba Degani, PhD
Mandana Vahabi, IA, MScS, PhD
Richard H. Glazier, MD, MPH, FCFP
Yingzi Li, MSc
Stéphanie Ross, BSc, MSc
Doug Manuel, MD, MSc, FRCPC

L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le contenu de ce reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.

© 2009/10 l'Hôpital St. Michael, et l'Institut de recherche en services de santé

Pour ce chapitre:

Bierman AS, Angus J, Ahmad F, Degani N, Vahabi M, Glazier RH, Li Y, Ross S, Manuel D. Accès aux services de santé. Dans: Bierman AS, rédacteur. Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes: Volume 1: Toronto; 2009/10.

QUESTION TRAITÉE

Un des principaux objectifs de l'Étude POWER est de fournir des données et des analyses actionnables et de concevoir un outil permettant d'améliorer la santé et le bien-être de la population et de réduire les iniquités entre les hommes et les femmes en matière de santé en Ontario. L'accès universel aux services de santé est le principe fondamental du système de santé au Canada. Bien que le système soit fondé sur le principe de l'égalité d'accès pour tous, son accessibilité est soumise à l'influence de toute une gamme de facteurs, tantôt favorisant, tantôt contraignant et tantôt liés aux besoins. Ces facteurs sont, sans s'y limiter, le genre, le statut socioéconomique, le statut de citoyen ou d'immigrant, l'état de santé et l'emplacement géographique. Dans ce chapitre, nous rendons compte de l'accès qu'ont les Ontariennes et les Ontariens aux services de santé et des différences qui existent selon le sexe, le statut socioéconomique, l'ethnicité, la langue et le lieu de résidence géographique. Cette manière de procéder nous permet de faire ressortir les aspects présentant des possibilités d'amélioration et d'établir une ligne de base contre laquelle nous pouvons mesurer les progrès.

L'«accès» est un concept complexe et multidimensionnel. Plusieurs tentatives ont été faites pour le définir et le mesurer. Par exemple, un ancien modèle comportemental suggère que l'utilisation réelle des services de santé est déterminée par les besoins de la personne en matière de santé, sa prédisposition à chercher des soins et une variété de facteurs favorisant ou contraignant. D'autres études mettent l'accent sur le décalage qui existe entre les services de santé offerts et les besoins ou les attentes des sous-populations. D'autres études encore élargissent la définition de l'accès en attirant l'attention sur les obstacles structurels posés par le système de santé (accès secondaire) ou sur la capacité des fournisseurs à offrir des soins efficaces à des populations diversifiées de patients ayant des besoins particuliers (accès tertiaire). Enfin, plusieurs demandent de conceptualiser l'accès aux services de santé d'un point de vue holistique parce qu'un grand nombre de déterminants de la santé et de la maladie se situent à l'extérieur du secteur de la santé, mais influent sur l'accès aux services et les besoins en matière de services. Cette approche holistique est l'une des caractéristiques du cadre d'utilisation du genre et de l'équité comme indicateurs de la santé adopté par l'Étude POWER (voir le chapitre 2, *Le cadre de l'Étude POWER*).

La rapidité d'exécution est l'une des dimensions importantes de l'accès aux services. La Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario a réussi à réduire les temps d'attente à certains endroits (voir le site Web). Cependant, l'accès ne se réduit pas simplement aux temps d'attente. Par conséquent, dans ce chapitre, nous avons choisi de mettre l'accent sur les aspects de l'accès qui reçoivent moins d'attention.

Le genre influe sur l'accès aux services et les femmes sont particulièrement à risque de se heurter à certains obstacles. Les femmes présentent plus de chances d'être pauvres et d'avoir de plus grandes responsabilités de soignantes que les hommes. Ces deux facteurs présentent des obstacles à l'accès aux services de santé. De plus, parce que les femmes sont plus portées à être atteintes de multiples incapacités et maladies chroniques en même temps, la non-concordance de l'organisation des services de santé et des besoins des femmes en matière de santé crée un obstacle à l'accès à des services efficaces. Pour rendre l'accès aux services de santé plus équitable, il est donc important d'évaluer les différences entre les genres dans l'accès aux services et de mettre au point des interventions sensibles au genre. L'amélioration de l'accès à des services efficaces pour les populations désavantagées est un levier important permettant de réduire les iniquités dans la santé et les services de santé.

Le chapitre sur l'accès aux services de santé est divisé en trois sections:

1. Accès aux soins primaires
2. Accès aux services pour le traitement des maladies chroniques
3. Accès aux services spécialisés et aux services à domicile

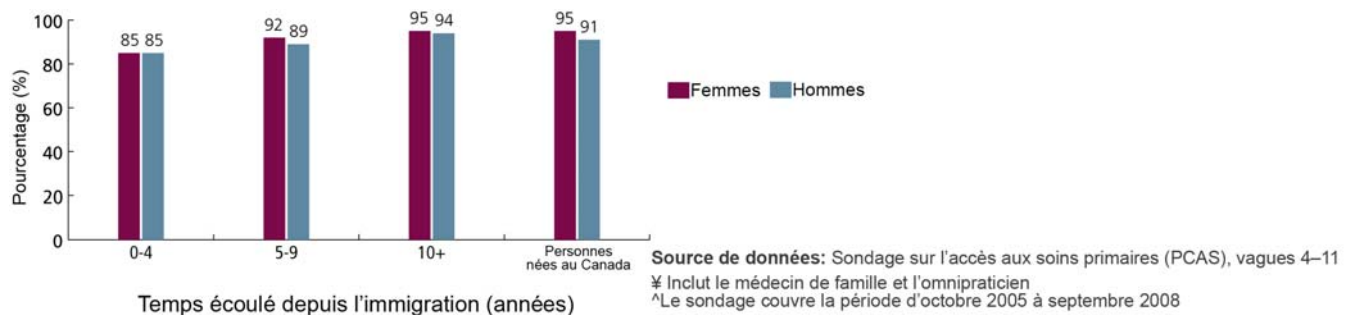
La première section de ce chapitre dresse le profil de l'**accès aux soins primaires** des femmes et des hommes de l'Ontario. Ce profil comprend l'évaluation des besoins de services de santé non satisfaits; l'accès à un médecin responsable des soins primaires; les difficultés d'accès à des soins primaires pour les examens de routine, les maladies chroniques et les urgences; les difficultés à obtenir de l'information sur la santé; le degré de satisfaction quant à l'accès aux soins et aux soins reçus; et l'accès aux soins dentaires. Ceci est important parce qu'il a été démontré que les soins primaires permettent de réduire le coût total des services de santé, d'améliorer la santé par l'accès à des services plus convenables et de réduire les iniquités dans l'ensemble de la population. La gestion et la surveillance des maladies chroniques assurées au niveau des soins primaires sont essentielles pour empêcher que les problèmes ne s'aggravent et pour aider les gens à améliorer leur santé. La deuxième section présente un rapport sur l'**accès aux services pour le traitement des maladies chroniques**, y compris les types de soins que reçoivent les adultes diabétiques, et les taux d'admission à l'hôpital pour des troubles traitables par des soins ambulatoires, notamment pour l'insuffisance cardiaque congestive, le diabète, l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Dans la dernière section, nous présentons un rapport sur l'**accès aux services spécialisés et les temps d'attente** qui traite des services de spécialistes, des tests diagnostiques et des interventions chirurgicales qui ne sont pas extrêmement urgentes. Cette section présente également un rapport sur les temps d'attente pour l'évaluation des services à domicile chez les nouveaux clients de ce type de services. Les données sur les temps d'attente pour diverses maladies sont également incluses dans les chapitres du Rapport consacrés à ces maladies (cancer, maladie cardiovasculaire).

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Accès aux soins de santé primaires

- Même si 93 pour cent des Ontariens ont déclaré avoir un médecin de premier recours, les résultats varient selon le sexe, le revenu du quartier, l'âge, le temps écoulé depuis l'immigration et le RLSS. Les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu, les jeunes adultes et les hommes étaient moins susceptibles que les autres d'avoir accès à un médecin de premier recours. Les immigrants vivant au Canada depuis moins de cinq ans étaient moins portés à avoir accès à un médecin de premier recours que ceux qui vivent au Canada depuis dix ans ou plus et que les personnes nées au Canada; 85 pour cent, contre 94 pour cent et 93 pour cent respectivement (**Figure 1**).

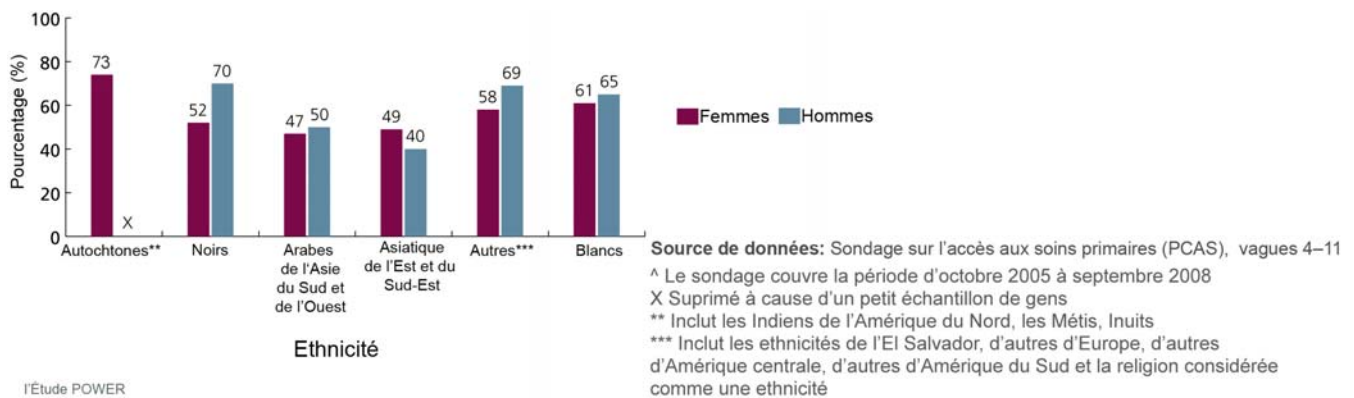
Figure 1 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont déclaré avoir un médecin de premier recours*, par sexe et selon le temps écoulé depuis l'immigration, en Ontario, 2006-2008^



l'Étude POWER

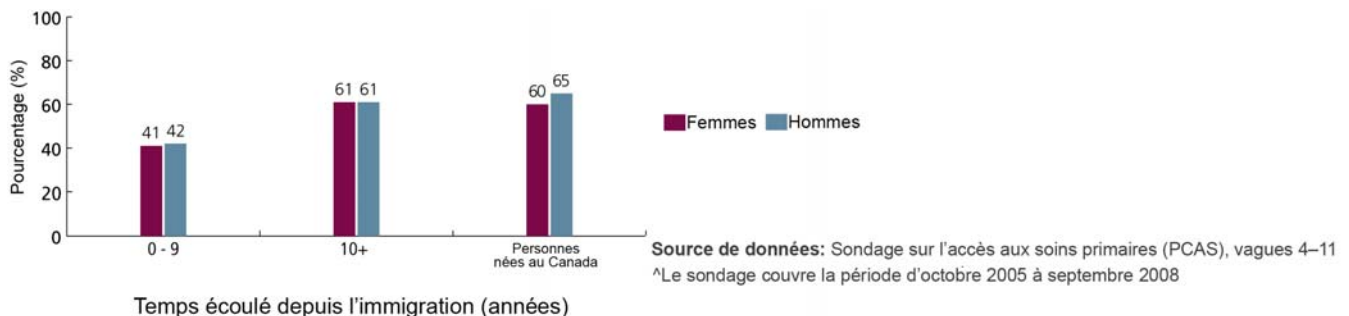
- Six Ontariens sur dix qui ont demandé un rendez-vous pour un examen médical périodique étaient très satisfaits de leur expérience. Toutefois, moins de la moitié des adultes de l'Asie du Sud et de l'Ouest, des pays arabes et de l'Asie de l'Est et du Sud-Est se sont dits satisfaits de leur capacité à obtenir un rendez-vous (**Figure 2**). Le temps écoulé depuis l'immigration était également associé au degré de satisfaction d'avoir obtenu un rendez-vous pour un examen médical périodique; les immigrants vivant au Canada depuis 10 ans ou moins qui ont demandé un rendez-vous pour un examen médical périodique étaient beaucoup moins susceptibles d'être satisfaits de leur expérience, comparé aux adultes vivant au Canada depuis dix ans ou plus et aux personnes nées au Canada (**Figure 3**). Les adultes ne parlant ni français ni anglais qui ont demandé un rendez-vous pour un examen médical périodique avaient moins tendance à être satisfaits de leur expérience que les personnes pouvant s'exprimer en français ou en anglais.

Figure 2 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont déclaré être très satisfaits de l'expérience qu'ils ont eue pour obtenir un rendez-vous pour un examen médical périodique, par sexe et par ethnicité, en Ontario, 2006-2008[^]



l'Étude POWER

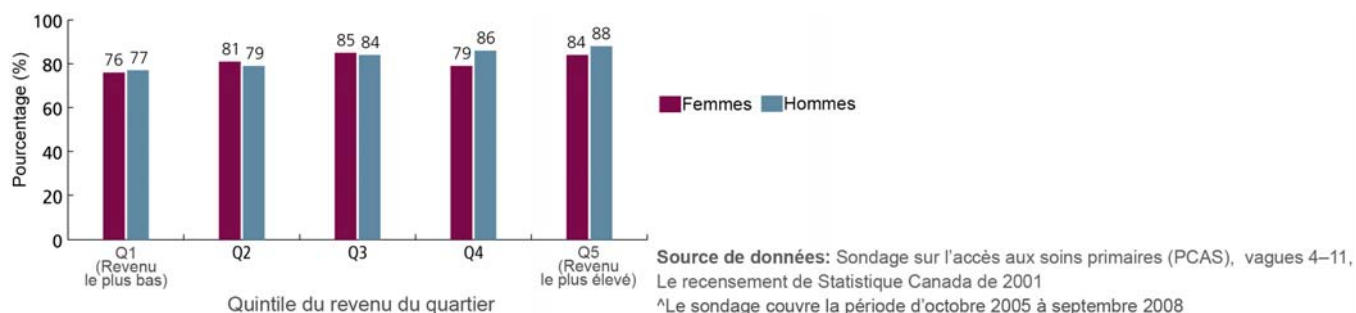
Figure 3 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont déclaré être très satisfaits de l'expérience qu'ils ont eue pour obtenir un rendez-vous en vue d'un examen médical périodique, par sexe et selon le temps écoulé depuis l'immigration, en Ontario, 2006-2008[^]



l'Étude POWER

- La majorité des Ontariens (85 pour cent) qui ont obtenu les services d'un médecin de famille pour surveiller leurs problèmes de santé ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté d'accès. Cependant, une femme sur trois de l'Asie du Sud et de l'Ouest ou d'un pays arabe a déclaré avoir eu des difficultés d'accès à des services pour surveiller ses problèmes de santé, comparé à moins d'une femme blanche sur cinq. Les femmes qui vivaient au Canada depuis moins de 10 ans ont déclaré avoir eu plus de difficultés d'accès aux services d'un médecin de famille pour surveiller leurs problèmes de santé que les femmes qui vivaient au pays depuis plus longtemps ou les femmes qui sont nées au Canada, et la situation est la même pour les femmes qui ne parlaient ni français ni anglais le plus souvent à la maison par comparaison avec celles qui parlaient français seulement ou anglais.
- Près d'un adulte sur cinq qui a eu besoin de consulter son médecin pour un problème de santé urgent, mais non très urgent, a déclaré avoir éprouvé des difficultés à obtenir un rendez-vous. Les immigrants qui vivaient au pays depuis moins de 10 ans étaient plus portés à déclarer avoir eu des difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille pour un problème de santé urgent mais non très urgent, comparé aux personnes qui vivaient au pays depuis plus longtemps ou à celles qui sont nées au Canada. Les femmes et les hommes vivant dans des quartiers à faible revenu étaient plus susceptibles de déclarer avoir des difficultés à obtenir un rendez-vous que les personnes vivant dans des quartiers à revenu élevé (**Figure 4**). Les femmes et les hommes de race noire ont également dit avoir plus de difficultés à obtenir un rendez-vous pour un problème de santé urgent mais non très urgent que les adultes de race blanche. Les femmes de l'Asie du Sud et de l'Ouest, ou des pays arabes, sont celles qui ont eu le plus de difficultés à obtenir ce type de services.

Figure 4 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à prendre rendez-vous chez leur médecin de famille pour un problème de santé urgent mais non très urgent, par sexe et par quintile de revenu du quartier, en Ontario, 2006-2008[^]



l'Étude POWER

- Parmi les personnes qui ont consulté un médecin pour des soins de santé primaire urgents mais non très urgents, 67 pour cent des Ontariens ont déclaré être très satisfaits des services qu'ils ont obtenus de leur médecin. Le degré de satisfaction quant aux soins reçus variait selon le revenu, l'ethnicité, le temps écoulé depuis l'immigration et la langue. Quarante-quatre pour cent des femmes et des hommes qui vivaient au Canada depuis moins de 10 ans (**Figure 5**), 52 pour cent des personnes qui ne parlaient ni français ni anglais (**figure 6**), 51 pour cent des personnes de l'Asie du Sud et de l'Ouest, ou des pays arabes, et 48 pour cent des adultes de l'Asie de l'Est, du Sud-Est et d'autres régions de l'Asie étaient très satisfaits des services qu'ils avaient reçus.

Figure 5 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont dit être très satisfaits des services fournis par leur médecin pour traiter un problème de santé urgent mais non très urgent, par sexe et selon le temps écoulé depuis l'immigration, en Ontario, 2006-2008[^]

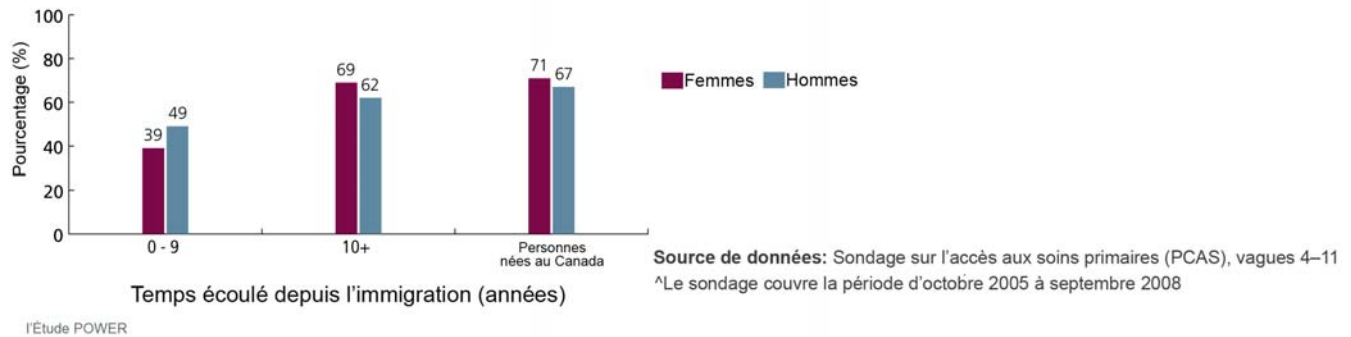
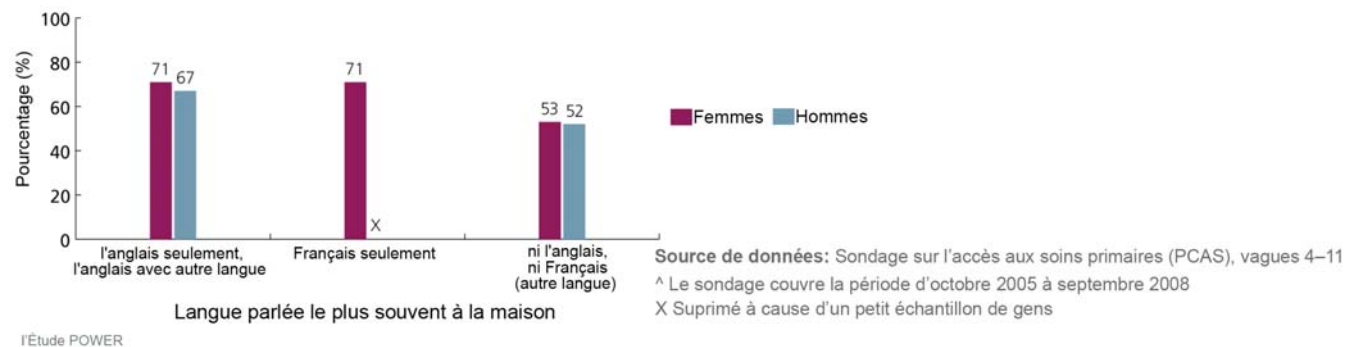


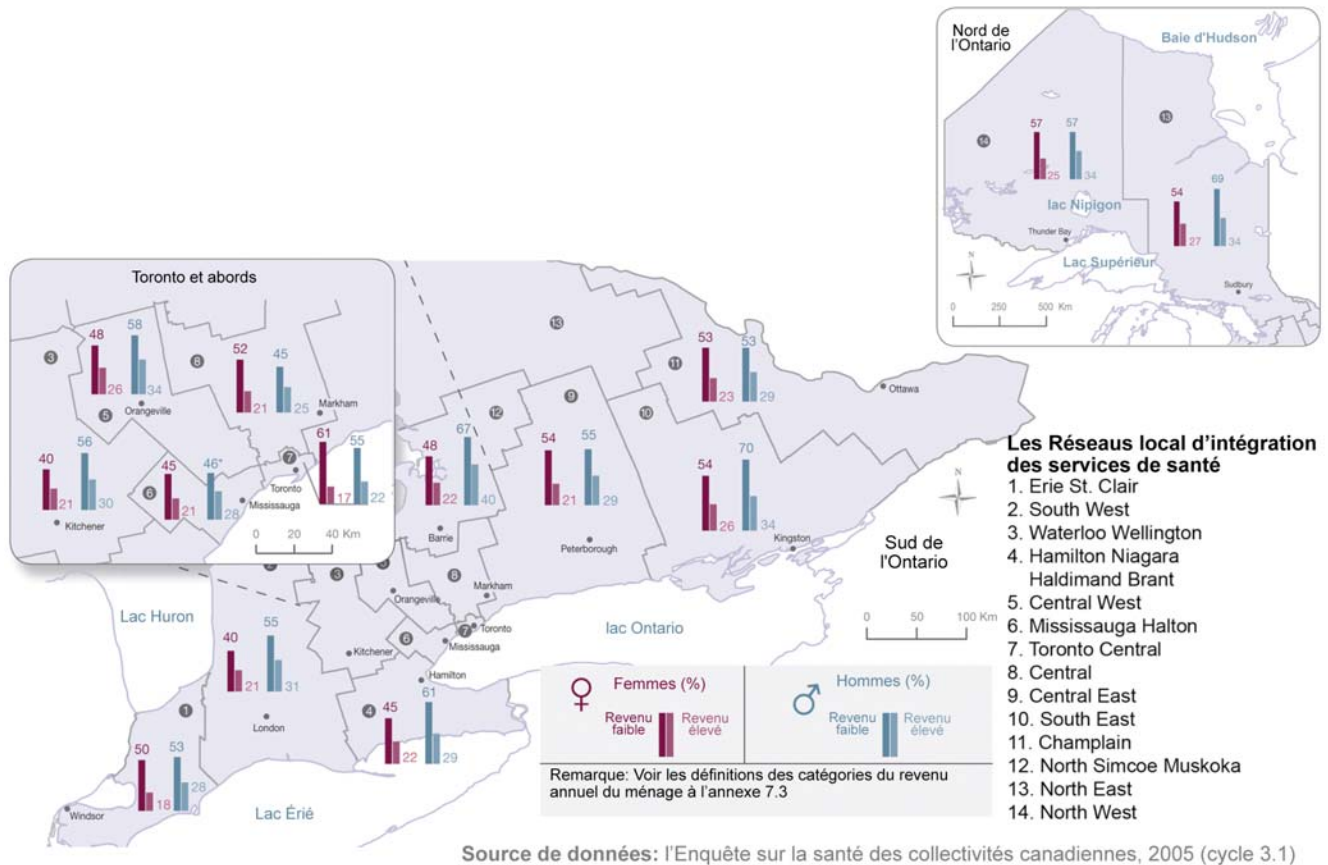
Figure 6 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont dit être très satisfaits des services fournis par leur médecin pour traiter un problème de santé urgent mais non très urgent, par sexe et langue parlée le plus souvent à la maison, en Ontario, 2006-2008[^]



- Lorsque les patients déclarent qu'ils perçoivent leurs besoins en matière de services de santé comme étant non satisfaits, ces déclarations, bien que non spécifiques, sont souvent utilisées comme un indicateur des obstacles à l'obtention de services nécessaires. En Ontario, 14 pour cent des femmes et 10 pour cent des hommes ont déclaré avoir des besoins de services de santé non satisfaits. Près d'une femme autochtone sur quatre (24 pour cent) a dit avoir des besoins non satisfaits en matière de services de santé, comparé à 14 pour cent de femmes de race blanche et à 10 pour cent de femmes de l'Asie de l'Est et du Sud-Est. Les immigrants qui vivaient au pays depuis moins de 10 ans étaient plus portés à déclarer avoir des besoins de services de santé non satisfaits que les personnes qui vivaient au pays depuis plus longtemps et que les personnes nées au Canada.
- L'accès aux soins dentaires était problématique. Dans l'ensemble, 30 pour cent des femmes et 35 pour cent des hommes n'avaient pas consulté un dentiste au cours des 12 mois précédents. Plus de la moitié des hommes et des femmes à faible revenu n'avaient pas consulté un dentiste au cours de la dernière année (**Figure 7**). Les visites chez le dentiste variaient selon l'ethnicité. Plus de la moitié des femmes de l'Asie du Sud et de l'Ouest, ou des pays arabes, n'avaient pas consulté un dentiste au cours des 12 mois précédents, comparé à un quart des femmes de race blanche. Parmi les hommes, 45 pour cent des hommes de race noire, 43 pour cent des hommes de l'Asie du Sud et de l'Ouest, ou des pays arabes, et 42 pour cent des hommes autochtones n'avaient pas consulté un dentiste au cours des 12 mois précédents, comparé à 33 pour cent des hommes de race blanche (**Figure 8**). Les immigrants qui

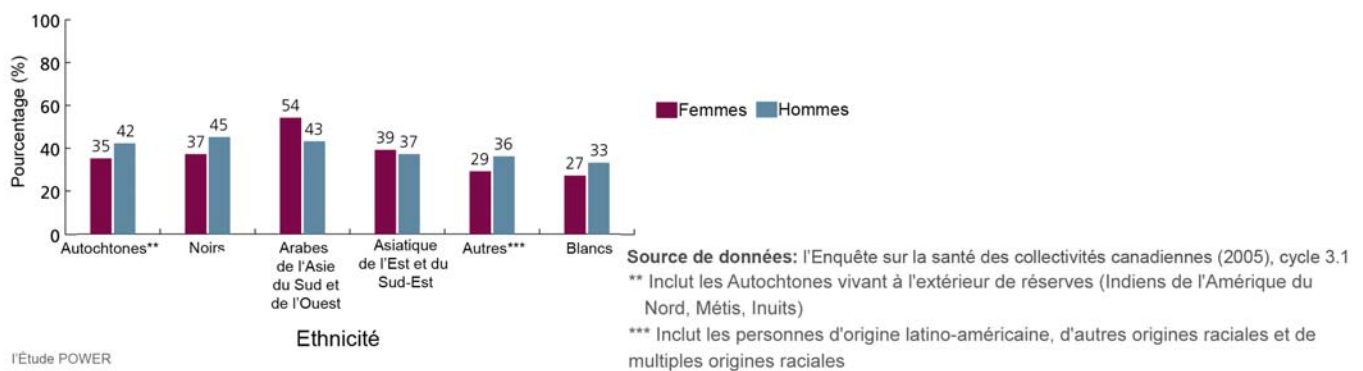
vivaient au Canada depuis moins de 10 ans étaient moins susceptibles d’avoir consulté un dentiste que les immigrants qui vivaient au pays depuis plus longtemps, ou que les personnes nées au Canada. Quarante-trois pour cent des adultes de 65 à 79 ans et plus de la moitié des adultes de plus de 80 ans n’avaient pas consulté un dentiste au cours de la dernière année.

Figure 7 | Pourcentage d’adultes âgés de 25 ans et plus qui ne sont pas allés chez le dentiste au cours des 12 derniers mois, par sexe par revenu annuel du ménage et par réseau local d’intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, 2005



l'Étude POWER

Figure 8 | Pourcentage d’adultes âgés de 25 ans et plus qui ne sont pas allés chez le dentiste au cours des 12 derniers mois, par sexe et par ethnicité, en Ontario, 2005

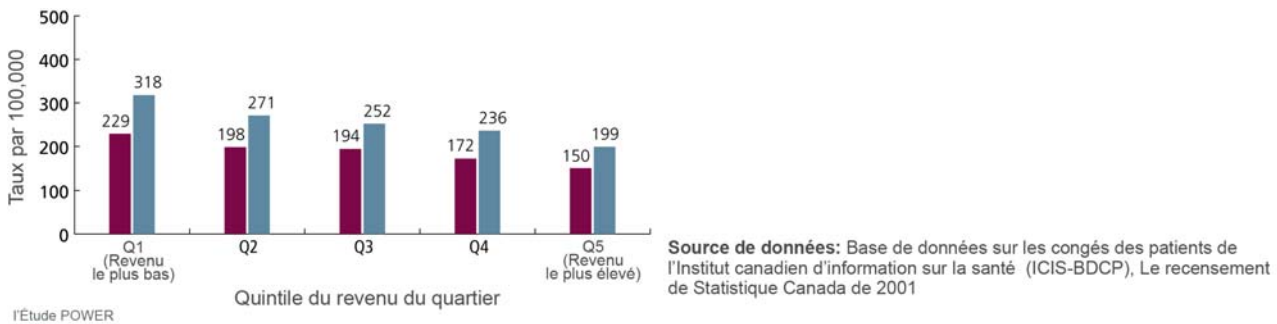


l'Étude POWER

Accès aux soins pour les maladies chroniques

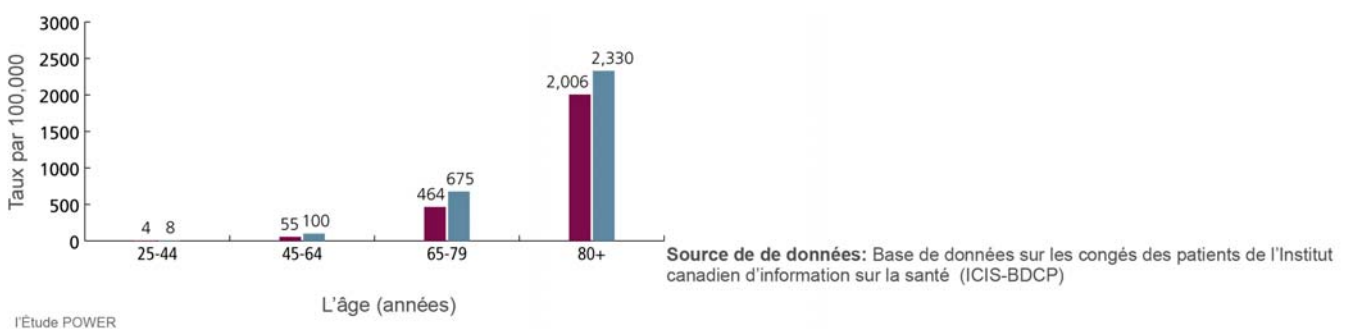
- Les hospitalisations de courte durée pour des conditions propices aux soins ambulatoires peuvent être évitées ou réduites si l'on offre des soins primaires et spécialisés efficaces en consultation externe. En Ontario, les taux normalisés selon l'âge des hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires étaient de 217 par 100 000 adultes atteints d'insuffisance cardiaque congestive (ICC), de 273 par 100 000 adultes atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de 27 par 100 000 adultes atteints d'asthme et de 79 par 100 000 adultes atteints de diabète. Les femmes présentaient des taux d'hospitalisation plus élevés pour l'asthme et les hommes étaient plus portés que les femmes à être hospitalisés pour l'ICC, la MPOC et le diabète. Pour les quatre conditions propices aux soins ambulatoires mentionnées, les femmes et les hommes vivant dans des quartiers à faible revenu étaient beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés que les personnes vivant dans des quartiers à revenu élevé. **(Figure 9)**. Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour ces quatre conditions propices aux soins ambulatoires variaient considérablement selon le RLIS et le sexe, et les tendances du revenu observées à l'échelon provincial étaient presque uniformes à l'intérieur des RLIS.

Figure 9 | Taux d'hospitalisations normalisés selon l'âge pour l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) par 100 000 adultes âgés de 25 ans et plus, par sexe et par quintile de revenu du quartier, en Ontario, 2006-2007



- Les taux d'hospitalisation de courte durée pour les conditions propices aux soins ambulatoires augmentaient considérablement avec l'âge pour l'ICC **(Figure 10)**, la MPOC et le diabète. Quatre-vingt-dix pour cent des personnes admises pour l'ICC, 78 pour cent des personnes admises pour la MPOC et 50 pour cent des personnes admises pour le diabète étaient des femmes âgées de 65 ans et plus. Chez les hommes, 81 pour cent des patients admis pour l'ICC, 80 pour cent des patients admis pour la MPOC et 41 pour cent des patients admis pour le diabète étaient âgés de 65 ans et plus.

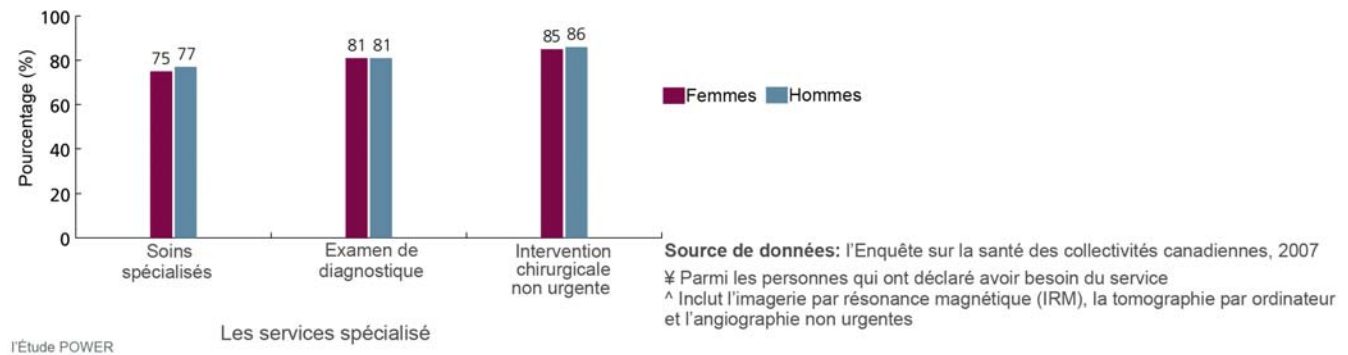
Figure 10 | Taux d'hospitalisations d'après l'âge pour l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) par 100 000 adultes âgés de 25 ans et plus, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2006-2007



Accès aux services spécialisés

- En Ontario, 31 pour cent des adultes ont indiqué qu'ils ont besoin de consulter un spécialiste pour un trouble de santé nouveau ou existant, et 76 pour cent de ces personnes ont déclaré ne pas avoir eu de difficultés à obtenir des services. Douze pour cent des adultes ont eu besoin d'une imagerie par résonance magnétique (IRM), d'une tomographie par ordinateur ou d'une angiographie, et 81 pour cent d'entre eux ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à obtenir ces services. Huit pour cent des adultes ont subi une intervention chirurgicale non urgente et parmi ces personnes, 85 pour cent ont déclaré ne pas avoir eu de difficultés à obtenir les services (**Figure 11**). L'accès aux soins spécialisés ne variait pas selon les sexes mais variait un peu selon l'âge et le RLSS.

Figure 11 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à obtenir les services de spécialités, par sexe et par type de service, en Ontario, 2007[¥]



- Les adultes de l'Asie de l'Est et du Sud-Est et les adultes autochtones ont eu plus de difficultés à obtenir les services d'un spécialiste que les adultes de race blanche (**Figure 12**). Les nouveaux immigrants étaient également plus susceptibles de signaler des difficultés d'accès aux services d'un spécialiste pour un diagnostic ou une consultation, comparé aux adultes qui vivaient au Canada depuis 10 ans ou plus ou aux adultes nés au Canada (**Figure 13**). Nous n'étions pas en mesure d'évaluer les variations dans l'accès à des tests diagnostiques spécialisés (IRM, tomographie par ordinateur ou angiographie) selon l'ethnicité, la langue ou le temps écoulé depuis l'immigration, en raison du manque de données pour cet indicateur.

Figure 12 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à obtenir les services de spécialistes pour un diagnostic ou une consultation, par sexe et par ethnicité, en Ontario, 2007[¥]

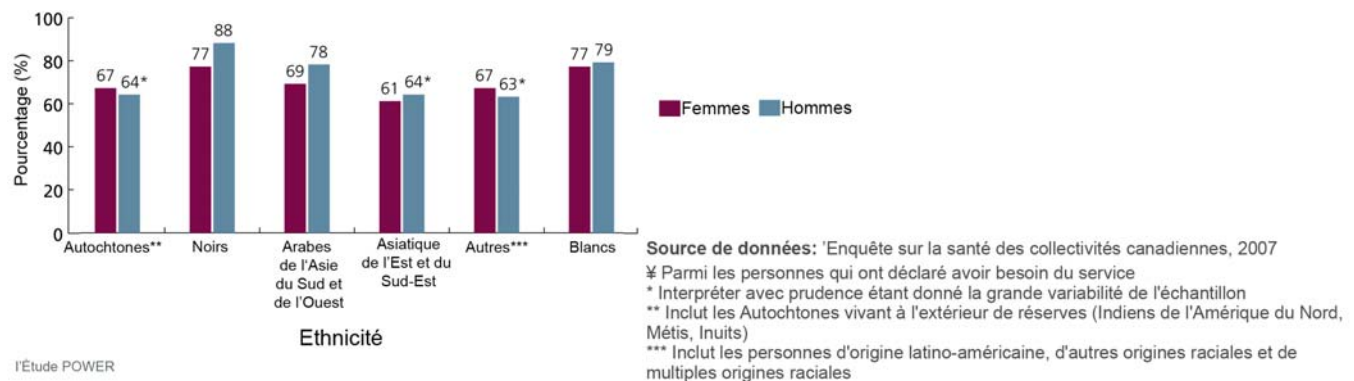
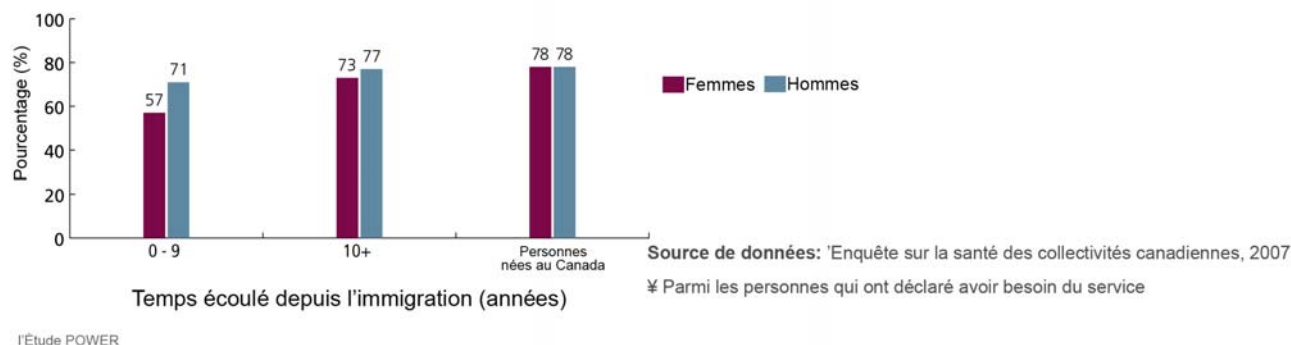


Figure 13 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à obtenir les services de spécialistes pour un diagnostic ou une consultation, par sexe et selon le temps écoulé depuis l'immigration, en Ontario, 2007*



MESSAGES CLES

Il y a, en Ontario, beaucoup de possibilités d'améliorer l'accès aux services de santé tout en réduisant les iniquités. L'amélioration de l'accès à des soins primaires efficaces, complets, coordonnés et adaptés aux différences culturelles peut contribuer de manière significative à assurer la viabilité du système de santé. Même si la vaste majorité des Ontariens ont un médecin de premier recours, plusieurs n'en ont pas. Les Ontariens vivant dans des quartiers à faible revenu étaient plus susceptibles de ne pas avoir de médecin de premier recours que ceux qui vivaient dans des quartiers à revenu élevé. Les immigrants vivant en Ontario depuis moins de dix ans étaient les moins susceptibles d'avoir un médecin de premier recours, et près d'un immigrant sur six n'en avait pas. De plus, la proportion de la population qui n'avait pas de médecin de premier recours variait considérablement selon les régions et les RLSS. La plupart des Ontariens qui ont dit ne pas avoir de médecin de premier recours en avaient eu un dans le passé. Les raisons évoquées le plus fréquemment pour expliquer pourquoi ils n'avaient pas de médecin de premier recours maintenant étaient qu'ils avaient déménagé, ou que leur médecin avait déménagé ou avait pris sa retraite.

L'accès à un médecin de premier recours n'est que la première étape de l'accès à des soins primaires efficaces, ce qui met en lumière la nécessité d'améliorer la qualité des soins primaires et de remanier les façons de procéder afin de faciliter l'accès aux services. Un grand nombre de personnes qui avaient un médecin de premier recours ont dit avoir eu des difficultés à obtenir des rendez-vous pour des examens médicaux, la surveillance de problèmes de santé et des soins urgents mais non très urgents. Un Ontarien sur cinq a déclaré avoir eu des difficultés à obtenir des services pour des problèmes urgents mais non très urgents. Les immigrants, certains groupes ethniques et les Ontariens qui ne parlent ni français ni anglais étaient les plus susceptibles de déclarer ces problèmes. Les femmes de l'Asie du Sud et de l'Ouest et les femmes des pays arabes ont souvent déclaré faire face à plus d'obstacles pour obtenir des services que les autres groupes ethniques. Un Ontarien sur quatre a dit avoir eu des difficultés à consulter un spécialiste. Les immigrants et certains groupes ethniques étaient également plus susceptibles de signaler ce problème.

Des soins primaires efficaces peuvent réduire les taux d'hospitalisation pour les maladies chroniques courantes telles que l'insuffisance cardiaque congestive (ICC), le diabète, l'asthme, et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Les Ontariens vivant dans des quartiers à faible revenu étaient beaucoup plus susceptibles d'être admis à l'hôpital pour ces problèmes que ceux qui vivaient dans des quartiers à revenu élevé, et on retrouve un gradient dans les taux d'admission pour ces problèmes de santé parmi tous les quintiles du revenu du quartier.

De plus, l'accès aux soins dentaires, un service non couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario, posait un problème pour plusieurs Ontariens, et surtout pour les personnes à faible revenu, les personnes âgées, les immigrants, certains groupes ethniques et les femmes et hommes autochtones.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée accorde la priorité à l'amélioration de l'accès aux services et à la réforme des soins primaires, et plusieurs initiatives importantes sont en cours dans la province pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins primaires. Les sept mesures suivantes pourraient améliorer plus rapidement l'accessibilité des services pour tous les Ontariens et réduire les iniquités de l'accès aux services parmi la population diversifiée de l'Ontario. L'amélioration de l'accès à des soins primaires efficaces, complets, coordonnés et adaptés aux différences culturelles pourrait contribuer énormément à assurer la viabilité du système de santé.

Faciliter l'accès aux fournisseurs de soins primaires pour tous les Ontariens

- ❖ Des efforts sont déployés dans la province pour accroître la proportion de la population qui a un fournisseur de soins primaires. Il sera important que ces efforts ciblent tout particulièrement les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants et les personnes vivant dans des communautés où il est plus difficile d'avoir accès à un fournisseur de soins primaires. De plus, les centres de santé communautaire (CSC) ont pour mandat explicite de réduire les iniquités dans les services de santé et de desservir les populations défavorisées. Une façon d'améliorer l'accès aux soins primaires serait d'accroître l'accès aux CSC.
- ❖ Pour évaluer l'efficacité de ces efforts, il faut surveiller régulièrement cet indicateur selon le revenu et la période de vie au Canada.

Concevoir des innovations dans les soins primaires pour garantir l'accès rapide à des soins efficaces

- ❖ Les innovations, telles que l'« accès préalable », peuvent aider à garantir que des rendez-vous sont disponibles à temps pour les personnes qui en ont besoin. L'éducation des patients à l'autocontrôle, qui s'inscrit dans le cadre des stratégies de gestion des maladies chroniques, et les interventions d'amélioration de la qualité peuvent apporter aux patients une meilleure qualité de vie et réduire les besoins au niveau des services d'urgence. L'innovation dans les soins primaires est essentielle pour garantir l'accès rapide à des soins efficaces.
- ❖ L'amélioration de l'accès rapide à des soins primaires efficaces peut contribuer à assurer la viabilité du système de santé en réduisant, dans les services d'urgence et les hôpitaux, la demande de soins qui peuvent être fournis et gérés dans des établissements de soins primaires.

Réduire les obstacles culturels et linguistiques à l'obtention des services

- ❖ Nos constatations mettent en lumière la nécessité de réduire les obstacles culturels et linguistiques auxquels se heurte la population diversifiée de l'Ontario pour obtenir des services de santé. On peut s'inspirer de modèles internationaux et locaux qui, s'ils sont mis en œuvre et adaptés aux besoins de certaines communautés, peuvent contribuer à réaliser cet objectif. Parce que les femmes et les hommes des minorités culturelles et linguistiques se butent à des obstacles différents, ces interventions doivent tenir compte du genre.
- ❖ La participation communautaire, l'établissement de partenariats, une plus grande diversité parmi les travailleurs de la santé et la ferme volonté de réduire ces obstacles peuvent contribuer à donner aux communautés diversifiées de l'Ontario meilleur accès à des services efficaces.

Mettre l'accent sur les soins axés sur le patient pour accroître la satisfaction en matière d'accès aux services de santé

- ❖ Les services axés sur le patient sont des services respectueux des préférences, des besoins et des valeurs de chaque patient et qui font en sorte que toutes les décisions cliniques sont guidées par les valeurs des patients. Ces soins tiennent compte de la constellation des problèmes de la personne plutôt que de viser une maladie en particulier. Les modèles axés sur le patient qui répondent aux multiples besoins de santé de la personne et qui sont sensibles aux différences liées au genre et à la culture peuvent améliorer l'expérience des patients et rendre les patients plus satisfaits de l'accessibilité des services et des soins reçus.
- ❖ Pour rendre l'accès aux services de santé plus satisfaisant, il est essentiel d'avoir recours à des modèles de services axés sur le patient qui intègrent et coordonnent les services fournis dans les différents milieux de santé.

Réduire les hospitalisations évitables qui sont attribuables aux maladies chroniques courantes en améliorant la qualité des soins primaires

- ❖ Les interventions d'amélioration de la qualité visant à prévenir et à gérer les maladies chroniques au niveau des soins primaires peuvent réduire le nombre d'hospitalisations possiblement évitables qui sont attribuables aux maladies chroniques courantes, et contribuer à assurer la viabilité du système de santé tout en améliorant la qualité de vie des patients. Ces interventions doivent être sensibles au genre et à la culture, et s'attaquer aux obstacles auxquels font face les femmes et les hommes à faible revenu. La coordination des services au niveau des soins primaires et des soins spécialisés, et parmi les milieux de prestation de soins, peut également aider à réduire les taux d'admission à l'hôpital.
- ❖ La majorité des hospitalisations possiblement évitables pour des cas de maladies chroniques courantes concernent les personnes âgées. Pour réduire les taux d'hospitalisation possiblement évitables, il faut faire appel à des modèles de soins intégrés axés sur le patient qui répondent aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Concevoir des stratégies pour améliorer l'accès aux soins dentaires

- ❖ La santé bucco-dentaire affecte la santé physique et la santé mentale. Bien que les soins dentaires soient maintenant plus accessibles aux enfants de la province, plusieurs Ontariens ne reçoivent pas les soins dentaires de routine et les iniquités sont assez prononcées dans l'accès à ces services. Il est très important de rendre les soins dentaires plus accessibles aux Ontariens à faible revenu, aux nouveaux immigrants, aux minorités ethniques et aux personnes âgées.

Augmenter la capacité d'évaluer et de surveiller l'accès aux services dans les communautés diversifiées

- ❖ Nos constatations mettent en lumière l'importance d'évaluer fréquemment les différences dans l'accès aux services de santé selon le genre, l'ethnicité et le statut socioéconomique, ainsi que les obstacles empêchant les nouveaux immigrants d'avoir accès aux services. La surveillance de ces indicateurs nous permettra, avec le temps, d'évaluer les progrès réalisés au niveau de l'amélioration de la santé et de la réduction des iniquités. Cependant, la capacité de données permettant de mesurer l'accès aux services, la qualité des soins offerts et les résultats des soins selon l'ethnicité et les années d'établissement au Canada est limitée. L'ajout de cette information aux données administratives et à l'échantillonnage des communautés minoritaires dans les enquêtes sur la population permettrait d'obtenir la capacité de données nécessaire. Pour soutenir les stratégies de surveillance et de rapport, nous devons améliorer la qualité, la disponibilité et l'actualité des données.

- ❖ Les fournisseurs de services de santé peuvent recueillir ces données dans leurs cliniques et leurs établissements et les utiliser pour que leurs efforts visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé soient efficaces et qu'ils répondent aux besoins de tous leurs patients. Les outils et méthodes normalisés de collecte de données peuvent garantir la qualité des données et permettre l'étalonnage et l'analyse comparative.

SOMMAIRE DES CONSTATATIONS DU CHAPITRE

Dans ce chapitre, nous faisons rapport sur la question de l'accès des Ontariennes et des Ontariens aux services de santé et sur les différences d'accès selon le sexe, l'âge, le revenu, la scolarité, le temps écoulé depuis l'immigration, la langue et le lieu géographique de résidence. Nous avons également relevé des possibilités d'améliorer l'accès aux services et fourni une ligne de base contre laquelle mesurer les progrès réalisés. Voici donc le sommaire des constatations de ce chapitre.

Accès aux soins primaires

Accès à un médecin de premier recours

- Quatre-vingt-treize pour cent des Ontariens ont déclaré avoir un médecin de premier recours. Ce résultat varie selon le sexe, le revenu du quartier, l'âge, le temps écoulé depuis l'immigration et le RLSS, mais non pas d'après le niveau de scolarité ou la résidence dans un milieu rural ou urbain. Les femmes et les adultes âgés étaient plus susceptibles de déclarer avoir un médecin.
- Le fait d'avoir un médecin de premier recours était associé avec le revenu du quartier. Dans l'ensemble, 90 pour cent des adultes vivant dans les quartiers à faible revenu ont dit avoir un médecin de premier recours, contre 95 pour cent des adultes qui vivent dans des quartiers à revenu élevé.
- Les nouveaux immigrants, c'est-à-dire les personnes vivant au Canada depuis moins de cinq ans, étaient moins portés à avoir un médecin de premier recours que les personnes vivant au Canada depuis 10 ans et plus et les personnes qui sont nées au Canada (85 pour cent, 94 pour cent et 93 pour cent respectivement).
- Quatre-vingt-huit pour cent des Ontariens qui n'avaient pas de médecin de premier recours au moment du sondage ont dit qu'ils en avaient eu un par le passé. Les principales raisons pour lesquelles ils n'avaient pas de médecin de premier recours au moment du sondage étaient qu'ils avaient déménagé, ou que leur médecin avait déménagé ou avait pris leur retraite.

Accès aux soins primaires

- Parmi les répondants qui avaient consulté un médecin pour un examen médical périodique au cours des 12 derniers mois, 59 pour cent des femmes et 63 pour cent des hommes étaient très satisfaits d'avoir pu obtenir un rendez-vous.
- Les femmes et les hommes appartenant à certains groupes ethniques minoritaires – personnes de l'Asie du Sud et de l'Ouest, ou de pays arabes (47 pour cent des femmes et 50 pour cent des hommes), ainsi que les personnes de l'Asie de l'Est et du Sud-Est (49 pour cent de femmes et 40 pour cent d'hommes), avaient considérablement moins tendance à être très satisfaits de l'expérience qu'ils ont eue pour obtenir un rendez-vous en vue d'un examen médical périodique.

- Quant aux nouveaux immigrants, ils étaient considérablement moins susceptibles de déclarer être très satisfaits de l'expérience qu'ils ont eue pour obtenir un rendez-vous en vue d'un examen médical périodique, comparé aux personnes qui vivaient au Canada depuis 10 ans et plus et à celles qui sont nées au Canada (41 pour cent, contre 61 pour cent et 62 pour cent respectivement). De plus, les répondants qui ne parlaient ni français ni anglais la plupart du temps à la maison avaient moins tendance à déclarer être très satisfaits (50 pour cent), comparé à ceux qui parlaient français seulement (70 pour cent) ou anglais (62 pour cent).
- La majorité des répondants – 84 pour cent – ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à obtenir des soins périodiques ou continus pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille. Une proportion importante – 16 pour cent – a toutefois déclaré avoir eu des difficultés. Cette situation ne varie pas selon le sexe, le niveau de scolarité, la période écoulée depuis l'immigration, la langue parlée le plus souvent à la maison, le lieu de résidence rural ou urbain ou le RLSS. Cet indicateur varie toutefois chez les femmes, selon l'ethnicité.
- Parmi les personnes qui ont dit avoir demandé l'aide de leur médecin de famille pour surveiller un problème de santé, 82 pour cent des femmes et 88 pour cent des hommes ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à obtenir les services. Ces résultats ne varient pas selon le revenu du quartier ni selon le RLSS, mais les adultes plus jeunes et les personnes ayant plus de scolarité étaient plus susceptibles de déclarer avoir eu des difficultés à obtenir les services (c.-à-d. qu'ils étaient moins susceptibles de déclarer ne pas avoir eu de difficultés). Soixante-trois pour cent des femmes de l'Asie du Sud et de l'Asie de l'Ouest, ou de pays arabes, ont répondu qu'elles n'ont pas eu de difficultés à obtenir des services pour surveiller leur santé, contre 83 pour cent des femmes de race blanche. Les femmes qui vivaient au Canada depuis moins de 10 ans avaient eu plus de difficultés à obtenir des services que les femmes qui ne parlaient ni français ni anglais la plupart du temps à la maison.
- La santé urgents mais non très urgents incluse, sans s'y limiter, des services le jour même pour de la fièvre, des maux de tête, des blessures telles que des entorses de la cheville, des vomissements ou des éruptions cutanées non expliquées; 82 pour cent des répondants qui avaient eu besoin de ce type de services ont indiqué qu'ils n'ont eu aucune difficulté à les obtenir. Ce résultat ne varie pas selon le sexe, la langue parlée le plus souvent à la maison ou l'emplacement géographique. Par contre, les adultes âgés, les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu, les femmes et les hommes ayant moins de scolarité et les nouveaux immigrants avaient éprouvé des difficultés à obtenir ce type de services.
- Parmi les adultes qui ont dit avoir eu des difficultés à obtenir un rendez-vous pour un problème de santé urgent mais non très urgent, 53 pour cent des femmes et 54 pour cent des hommes ont expliqué leur difficulté par un certain nombre d'obstacles précis à l'accès, y compris la difficulté à communiquer avec un médecin, une infirmière ou un autre fournisseur de services de santé; le fait de ne pas avoir de médecin personnel ou de famille; la difficulté à obtenir ou à fixer un rendez-vous; le manque de disponibilité du type de soins et de services nécessaires; ou des problèmes à obtenir de l'information adéquate pour savoir où aller ou comment obtenir les services. Environ la moitié des répondants (53 pour cent des femmes et 50 pour cent des hommes) ont déclaré qu'ils ont eu des difficultés à obtenir des services pour un problème urgent mais non très urgent parce que les temps d'attente au cabinet ou à la clinique du médecin étaient trop longs.

- Parmi les adultes qui avaient obtenu des services urgents mais non très urgents d'un médecin de famille, 62 pour cent des femmes et 58 pour cent des hommes étaient très satisfaits de leur expérience de l'accès aux services. Les adultes plus jeunes, les répondants de minorités ethniques et les femmes vivant dans des quartiers à faible revenu avaient moins tendance à être très satisfaits de leur expérience; toutefois, les adultes ayant moins de scolarité étaient plus portés à être satisfaits de leur expérience de l'accès aux services que les adultes ayant plus de scolarité. Cette variation dépend peut-être des attentes des différents groupes. Le pourcentage de femmes qui ont déclaré être très satisfaites de leur expérience est de 42 pour cent pour les femmes de l'Asie du Sud et de l'Est, ou de pays arabes, de 64 pour cent pour les femmes de race blanche.
- Trente-quatre pour cent des femmes qui vivaient au Canada depuis moins de 10 ans étaient très satisfaites de leur expérience de l'accès aux services urgents mais non très urgents d'un médecin de famille, comparé à 62 pour cent des femmes qui vivaient au Canada depuis plus longtemps et à 64 pour cent des femmes nées au Canada. Une tendance similaire se retrouve chez les hommes. Moins de la moitié des adultes qui ne parlaient ni français ni anglais le plus souvent à la maison ont déclaré être très satisfaits, comparé à près des deux tiers des adultes qui parlaient soit français seulement ou anglais.
- Pour ce qui est de consulter un médecin pour un problème de santé urgent mais non très urgent, 67 pour cent des Ontariens ont déclaré être très satisfaits des services qu'ils ont reçus. Ce résultat ne varie pas selon le sexe, mais varie selon le revenu du quartier, le niveau de scolarité et l'âge. Les femmes à faible revenu, les adultes qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires et les jeunes adultes étaient moins portés à être très satisfaits des services qu'ils avaient reçus.
- Comme pour toutes les mesures concernant les services urgents mais non très urgents, la satisfaction des services reçus varie considérablement selon l'ethnicité, le temps écoulé depuis l'immigration et la langue parlée le plus souvent à la maison, et affiche des tendances similaires aux indicateurs précédents. La satisfaction des soins fournis par le médecin pour des problèmes urgents mais non très urgents varie d'un RLISS à l'autre et selon que les répondants vivaient dans une région rurale ou une région urbaine. Les trois quarts des hommes vivant dans des régions rurales ont déclaré être très satisfaits des services fournis par leur médecin, comparé à 64 pour cent pour les hommes des régions urbaines. Cette différence est minime chez les femmes.
- Parmi les personnes qui ont indiqué qu'elles avaient besoin d'information ou de conseils sur la santé, 81 pour cent des femmes et 82 pour cent des hommes ont dit qu'ils n'ont eu aucune difficulté à obtenir de l'information ou des conseils sur les soins. Ce résultat ne varie pas selon le sexe, le revenu, le niveau de scolarité, l'âge, la connaissance du français ou de l'anglais, la résidence dans une région rurale ou urbaine ou le RLISS. Les femmes qui vivaient au Canada depuis moins de 10 ans étaient moins portées que celles qui vivaient ici depuis plus longtemps ou qui étaient nées au Canada à dire qu'elles n'avaient eu aucune difficulté à obtenir de l'information ou des conseils sur la santé (73 pour cent, contre 86 pour cent et 81 pour cent respectivement).

Besoins non satisfaits

- En Ontario, 14 pour cent des femmes et 10 pour cent des hommes ont déclaré avoir des besoins de santé non satisfaits. Ces taux sont encore plus élevés chez les adultes ayant deux maladies chroniques ou plus (17 pour cent de femmes contre 12 pour cent d'hommes). Les adultes ayant un faible revenu étaient plus susceptibles de dire qu'ils avaient des besoins de santé non satisfaits que les adultes ayant un revenu élevé. Près de la moitié de tous les répondants qui ont déclaré avoir des besoins de santé non satisfaits ont dit que la situation était attribuable au manque de disponibilité de services (ou bien les services n'étaient pas disponibles dans la région, ou bien les services n'étaient pas disponibles au moment où ils en avaient besoin, ou bien encore les temps d'attente étaient trop longs). Toutefois, plus du quart des femmes ayant un faible revenu ont dit que l'accessibilité des services, y compris le coût des services, était l'une des raisons pour lesquelles leurs besoins n'étaient pas satisfaits, comparé à 10 pour cent des femmes ayant un revenu élevé.
- Près d'une femme autochtone sur quatre (24 pour cent) a déclaré avoir des besoins de santé non satisfaits, comparé à 14 pour cent des femmes de race blanche et à 10 pour cent des femmes de l'Asie de l'Est et du Sud-Est. Les immigrants qui vivaient au Canada depuis moins de 10 ans étaient plus portés à dire qu'ils avaient des besoins de santé non satisfaits que ceux qui vivaient au pays depuis plus longtemps.

Soins dentaires

- Parmi les adultes, 30 pour cent de femmes et 35 pour cent d'hommes ont dit qu'ils n'avaient pas consulté de dentiste au cours des 12 mois précédents. Quarante-trois pour cent des adultes âgés de 65 à 79 ans et près de la moitié des adultes âgés de 80 ans et plus n'avaient pas consulté de dentiste l'année précédente. Les femmes et les hommes dont le revenu du foyer était bas ou qui avaient un plus bas niveau de scolarité étaient moins susceptibles d'avoir vu un dentiste. Cette tendance se retrouve dans tous les RLISS.
- Les visites chez le dentiste variaient selon l'ethnicité et selon le temps écoulé depuis l'immigration. Les femmes et les hommes qui vivaient au Canada depuis moins de 10 ans étaient considérablement moins portés à dire qu'ils étaient allés chez le dentiste au cours des 12 mois précédents que ceux qui vivaient au Canada depuis plus longtemps ou que ceux qui sont nés au Canada. Plus de la moitié des femmes de l'Asie du Sud et de l'Ouest, ou de pays arabes, n'étaient pas allées chez un dentiste au cours des 12 mois précédents, comparé à un quart des femmes de race blanche. Chez les hommes, 45 pour cent d'hommes noirs, 43 pour cent d'hommes de l'Asie du Sud et de l'Ouest, ou de pays arabes, et 42 pour cent d'Autochtones n'étaient pas allés chez le dentiste au cours des 12 mois précédents, comparé à 33 pour cent des hommes de race blanche.

Accès aux soins pour les maladies chroniques

- Les adultes identifiés comme étant atteints de diabète prévalent au 1^{er} avril 2006 (voir l'annexe 7.3 pour plus de détails) ont été suivis sur une période de deux ans afin de déterminer les types de fournisseurs de services de santé qu'ils avaient consultés. Soixante-dix-neuf pour cent des adultes diabétiques avaient reçu uniquement les soins d'un généraliste/médecin de famille, et 17 pour cent de plus des patients avaient reçu, en plus des services d'un généraliste/médecin de famille, les services d'un spécialiste (un endocrinologue ou un interniste général). Toutefois, 4 pour cent des adultes diabétiques n'avaient pas consulté de

généraliste/médecin de famille, d'endocrinologue ou d'interniste général au cours de la période de deux ans. Ce résultat ne varie pas selon le sexe, mais varie selon le RLISS. Les variations selon le revenu ne sont que minimales.

- Les adultes âgés, c'est-à-dire les personnes âgées de 80 ans et plus, étaient plus susceptibles que les adultes âgés de 25 à 44 ans de recevoir uniquement les services d'un généraliste/médecin de famille (85 pour cent contre 72 pour cent respectivement) et moins susceptibles de recevoir les services d'un endocrinologue ou d'un interniste général. Ce résultat est probablement approprié puisque les patients plus jeunes sont plus susceptibles d'être atteints de diabète insulino-dépendant et, de ce fait, d'avoir besoin des services d'un spécialiste.
- Les taux normalisés selon l'âge d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires étaient de 217 par 100 000 adultes atteints d'insuffisance cardiaque congestive (ICC), de 273 par 100 000 adultes atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de 27 par 100 000 adultes atteints d'asthme et de 79 par 100 000 adultes atteints de diabète. Les femmes présentaient des taux d'hospitalisation plus élevés pour l'asthme et les hommes étaient plus portés que les femmes à être hospitalisés pour l'ICC, la MPOC et le diabète. Pour les quatre conditions propices aux soins ambulatoires examinés, les femmes et les hommes vivant dans des quartiers à faible revenu étaient beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés que les personnes vivant dans des quartiers à revenu élevé. Les taux d'hospitalisation pour toutes les maladies varient selon le RLISS.
- Les taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires augmentent considérablement avec l'âge et les variations sont particulièrement prononcées chez les personnes hospitalisées pour l'ICC ou la MPOC. Quatre-vingt-dix pour cent des personnes admises à l'hôpital pour l'ICC, 78 pour cent des personnes admises pour la MPOC et 50 pour cent des personnes admises pour le diabète étaient des femmes âgées de 65 ans et plus. Chez les hommes, 81 pour cent des patients admis pour l'ICC, 80 pour cent des patients admis pour la MPOC et 41 pour cent des patients admis pour le diabète étaient âgés de 65 ans et plus. Quant à l'asthme, les admissions à l'hôpital se sont produites dans une population plus jeune : environ quatre personnes sur 10 hospitalisées pour l'asthme étaient des adultes âgés de 25 à 44 ans.

Accès aux services spécialisés et aux services à domicile

- En Ontario, 31 pour cent des adultes ont indiqué qu'ils avaient besoin de consulter un spécialiste pour un trouble de santé nouveau ou existant, et 76 pour cent de ces personnes ont déclaré ne pas avoir eu de difficultés à obtenir des services. Douze pour cent des adultes ont eu besoin d'une imagerie par résonance magnétique (IRM), d'une tomographie par ordinateur ou d'une angiographie, et 81 pour cent d'entre eux ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à obtenir ces services. Huit pour cent des adultes ont subi une intervention chirurgicale non urgente et parmi ces personnes, 85 pour cent ont déclaré ne pas avoir eu de difficultés à obtenir les services. L'accès aux services de spécialistes ou à des tests diagnostiques ne varie pas selon le sexe ou le revenu annuel du foyer. L'accès aux interventions chirurgicales non urgentes ne varie pas non plus selon le sexe, le revenu, le niveau de scolarité, l'âge, le lieu de résidence en région rurale/urbaine ou le RLISS. Il nous a été impossible d'évaluer les variations selon l'ethnicité, la langue ou le

temps écoulé depuis l'immigration pour ce qui est de l'accès à des tests diagnostiques ou à des interventions chirurgicales non urgentes en raison de l'insuffisance des données.

- Parmi les adultes qui avaient besoin de voir un spécialiste pour un diagnostic ou une consultation, ou qui ont été aiguillés pour obtenir des tests diagnostiques qui n'étaient pas très urgents, les personnes plus âgées, celles qui avaient un niveau de scolarité moins élevé et les hommes vivant dans les régions rurales avaient tendance à déclarer qu'ils n'avaient eu aucune difficulté à obtenir les services nécessaires.
- L'ethnicité et le temps écoulé depuis l'immigration étaient associés à l'accès aux services de spécialistes pour un diagnostic ou une consultation. Les adultes de l'Asie de l'Est et du Sud-Est et les adultes autochtones étaient les moins portés à déclarer n'avoir eu aucune difficulté à obtenir les services d'un spécialiste, comparé aux adultes de race blanche (62 pour cent, 66 pour cent et 78 pour cent respectivement). Soixante et un pour cent des nouveaux immigrants ont dit n'avoir eu aucune difficulté à obtenir les services de spécialistes pour un diagnostic ou une consultation, comparé à 75 pour cent des immigrants qui vivaient au Canada depuis 10 ans et plus et à 78 pour cent des personnes qui sont nées au Canada.
- Le pourcentage des adultes qui ont dit n'avoir eu aucune difficulté à obtenir les services de spécialistes ou des tests diagnostiques varie considérablement parmi les RLIS.
- Les pourcentages d'Ontariens qui ont attendu moins de deux mois pour obtenir les services de spécialistes s'élevaient à 66 pour cent pour les visites chez un spécialiste, à 74 pour cent pour les tests diagnostiques non urgents et à 63 pour cent pour les interventions chirurgicales non urgentes. Les temps d'attente médians étaient de 30 jours, 21 jours et 30 jours respectivement. Le pourcentage des adultes qui ont attendu moins de deux mois pour obtenir les services d'un spécialiste ne varie pas selon le sexe, le revenu ou le niveau de scolarité. L'accès rapide à des tests diagnostiques varie considérablement selon l'âge, le meilleur accès se retrouvant chez les adultes plus âgés. Le pourcentage d'adultes qui ont attendu moins de deux mois pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste varie considérablement parmi les RLIS.
- Les directives provinciales stipulent que, pour les patients recevant des soins de longue durée à domicile, l'instrument d'évaluation des résidents-services à domicile (RAI-HC) devrait être rempli dans les 14 jours qui suivent l'ouverture de leur dossier. Cette directive n'a pas été respectée en 2006-2007, sans égard au sexe, au niveau de scolarité, à l'âge, au besoin (évalué d'après le pointage MAPLe, une méthode d'attribution de priorité) ou au RLIS. Les patients plus âgés et ceux qui présentaient le plus grand besoin ont obtenu une évaluation plus tôt, mais le nombre moyen de jours d'attente pour obtenir une évaluation chez les patients les plus âgés et chez ceux qui présentaient des résultats MAPLe très élevés était quand même plus élevé que le nombre recommandé.

L'ÉTUDE

Les indicateurs dont nous rendons compte ont été choisis à la suite d'un processus de sélection rigoureux prévoyant une étude exhaustive de la littérature traitant des indicateurs existants ainsi que l'apport et l'assentiment des experts dans le domaine (voir le chapitre 1, Introduction à l'Étude POWER). Au niveau provincial, ces indicateurs de l'accès aux services de santé ont été stratifiés tout d'abord selon le sexe, et ensuite selon diverses variables socioéconomiques (âge, niveau de revenu, scolarité, ethnicité, langues parlées et temps écoulé depuis l'immigration) si la taille de l'échantillon et les données disponibles le permettaient. Au niveau des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les indicateurs ont été stratifiés selon le sexe, puis selon l'âge, le niveau de revenu et le niveau de scolarité lorsque c'était possible. L'indicateur d'évaluation des soins à domicile a, de plus, été stratifié en utilisant le pointage MAPLe, une méthode d'attribution des niveaux de priorité qui permet de comparer les besoins chez les patients qui attendent des services à domicile. L'ajustement selon l'âge a été effectué au moyen de la standardisation indirecte. La rédaction de ce chapitre s'appuie sur des données provenant de plusieurs sources, notamment l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada 2005 (Cycle 3.1) et 2007; Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé; l'Enquête sur l'accès aux soins primaires, Vagues 4-11; le Système d'information sur les services à domicile (SISD); la base de données de l'Ontario sur le diabète; la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; et le recensement de Statistique Canada de 2006.