



## ASSURER UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SOINS DE SANTÉ : STRATÉGIES POUR LES GOUVERNEMENTS, LES PLANIFICATEURS DE SYSTÈMES DE SANTÉ ET LES MÉDECINS

### Résumé

Assurer un accès équitable à des services de santé efficaces et appropriés est une stratégie qui peut atténuer les inégalités en santé résultant des différences de condition socioéconomique des Canadiens.

On définit l'accès équitable comme la capacité des patients à obtenir des services de santé appropriés en fonction de leurs besoins perçus de soins. Cela nécessite l'examen non seulement de la disponibilité des services, mais aussi de la qualité des soins<sup>1</sup>.

Il existe diverses preuves indiquant que l'accès aux soins n'est pas équitable au Canada. Les personnes dont le statut socioéconomique est plus élevé ont un plus grand accès à presque tous les services de santé disponibles, en dépit d'un état de santé généralement meilleur et donc d'un besoin moins important de soins. Cela comprend les services assurés (en chirurgie, par exemple), ainsi que des services non assurés tels que les produits pharmaceutiques et les soins de longue durée.

Les personnes appartenant à des groupes défavorisés sont moins susceptibles de recevoir des soins de santé appropriés, même si elles ont accès au système. Elles sont aussi plus susceptibles de déclarer qu'elles ont de la difficulté à obtenir des rendez-vous, qu'elles subissent moins de tests et font l'objet de moins de suivi de maladies chroniques. Ces personnes sont en outre hospitalisées plus souvent et ces hospitalisations pourraient être évitées si elles recevaient des soins de première ligne appropriés.

---

© 2014 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, un nombre illimité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans un système de consultation ou l'affichage sur un autre site web, vous devez demander explicitement l'autorisation de l'AMC.

Veillez communiquer avec le Coordonnateur des autorisations, Publications AMC, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; télécopieur : 613 565-2382; courriel : [permissions@cma.ca](mailto:permissions@cma.ca). Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires supplémentaires au Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; téléphone : 888 855-2555 ou 613 731-8610, poste 2307; télécopieur : 613 236-8864.

La version électronique des politiques de l'AMC est versée sur le site web de l'Association (AMC En direct, adresse [www.amc.ca](http://www.amc.ca))

Par ailleurs, il y a un coût financier à cette disparité dans les soins équitables. Entre autres, si l'on réduisait l'écart, le système pourrait épargner des millions de dollars en hospitalisations évitables.

Les obstacles à l'accès équitable sont liés à la demande (au patient) et à l'offre (au système de santé). Voici un tableau des obstacles courants :

<b>Obstacles liés à la demande ou au patient</b>
Littératie en santé
Croyances et normes culturelles
Langue
Coût de transport
Incapacité d'obtenir un congé du travail
Impossibilité d'obtenir des services de garde d'enfants
Incapacité de payer des médicaments ou autre dispositif ou traitement médical
Immobilité due à une incapacité physique ou à un trouble de santé mentale
Problèmes cognitifs, c'est-à-dire démence, qui nuit à la capacité d'accéder à des soins et de respecter les directives

<b>Obstacles liés à l'offre ou au système</b>
Services non offerts dans les régions où il y a des besoins
Patients sans médecins de famille
Lacunes en matière de prise en charge adéquate des maladies chroniques
Longs temps d'attente pour des services
Modèles de paiement ne tenant pas compte de la complexité des cas des patients
Mauvaise coordination entre les soins de première ligne et les soins spécialisés et entre les services de santé et les services communautaires
Manque de normalisation de processus de référence et d'accès aux spécialistes
Non-utilisation de la planification fondée sur les besoins pour veiller à ce que la population ait les services nécessaires
Attitudes des travailleurs de la santé

Pour réduire les obstacles liés au patient, il faut s'attaquer au manque de transport et au coût prohibitif de certains services médicalement nécessaires. En outre, il faut accroître la littératie en santé des patients et de leurs familles et soignants et augmenter la capacité des fournisseurs de soins de santé de contribuer à une interaction client-fournisseur adéquate sur le plan culturel afin de s'assurer que tous les patients sont en mesure de participer activement à la prise en charge de leurs soins.

Pour ce qui est du système, les stratégies d'action se classent en quatre grandes catégories : 1) des soins de première ligne centrés sur le patient et axés sur la prise en charge des maladies chroniques; 2) une meilleure coordination des soins et un meilleur accès aux services médicalement nécessaires tout au long du continuum de soins; 3) des initiatives d'amélioration de la qualité intégrant l'équité à leur mandat; 4) des mesures de planification et d'évaluation du système de santé qui privilégient l'accès équitable aux soins.

Les recommandations sont formulées pour les initiatives de l'AMC et les initiatives nationales, les planificateurs de soins de santé et les médecins actifs.

Malgré un engagement envers l'accès égal aux soins de santé pour tous les Canadiens, l'accès aux soins et leur qualité varient très souvent selon les groupes. En supprimant les obstacles liés au patient et au système, on peut espérer qu'il s'en suivra un plus grand accès à des soins appropriés.

---

## Introduction

Au Canada, comme dans de nombreux autres pays, il existe de grandes inégalités en matière de santé au sein des populations. Les personnes qui se situent en bas de l'échelle socioéconomique font face à un plus lourd fardeau de maladies, à une plus grande incapacité, et même à une espérance de vie plus courte<sup>2</sup>. Bon nombre de ces inégalités sont causées par des différences dans les facteurs socioéconomiques tels que le revenu et l'éducation, qu'on appelle les « déterminants sociaux de la santé »<sup>3,1</sup>. Alors que bon nombre de ces facteurs échappent au contrôle direct du système de santé, assurer l'accès équitable à des services de santé efficaces et appropriés peut aider à atténuer certaines de ces disparités. Le contraire peut également être vrai. Dans les systèmes de santé où l'accès aux soins et la pertinence sont inégaux et biaisés en faveur des personnes situées plus haut sur l'échelle socioéconomique, le système de santé peut lui-même créer de nouvelles inégalités et alourdir la charge des personnes qui courent déjà un risque accru de problèmes de santé. En tant que chefs de file dans le système de santé, les médecins peuvent jouer un rôle pour assurer l'accès équitable aux soins pour tous les Canadiens.

## Accès équitable aux soins de santé au Canada

On peut définir l'accès équitable comme la capacité des patients à obtenir des services de soins de santé appropriés en fonction de leurs besoins perçus de soins. Cela nécessite l'examen non seulement de la disponibilité des services, mais aussi de la qualité des soins<sup>4</sup>. En raison du fardeau de la maladie et par conséquent des besoins, les personnes de faible statut socioéconomique devraient utiliser plus de services tout au long du continuum<sup>5</sup>. Or, ce n'est pas le cas. Les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu, les jeunes adultes et les hommes sont moins susceptibles d'avoir un médecin de première ligne que les autres groupes<sup>6</sup>.

Les médecins de première ligne fournissent la majorité des traitements de maladies mentales et sont la principale source de références à des psychiatres ou à d'autres spécialistes. Cependant, la plupart des soins aux personnes atteintes de maladies mentales, en particulier celles au bas de l'échelle socio-économique, sont fournis dans les salles d'urgence, ce qui

---

1 Ce document met l'accent sur l'accès équitable aux soins. Pour prendre connaissance d'un énoncé de position plus général sur le rôle des médecins dans la lutte contre les répercussions des déterminants sociaux de la santé, veuillez consulter le document : Association médicale canadienne. *L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : un rôle pour la profession médicale*. Ottawa (Ont.); 2012. Disponible à : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/5CPolicypdf/5CPD13-03F.pdf>

est à la fois coûteux et épisodique. Cela est dû non seulement à un manque d'accès aux soins de première ligne, mais aussi à un manque de services de santé mentale dans les collectivités<sup>7</sup>.

Les personnes dont le statut socioéconomique est plus élevé sont beaucoup plus susceptibles d'avoir accès à des services spécialisés et à les utiliser<sup>8</sup>. Par exemple, il y a une plus grande probabilité qu'on leur pose un cathéter, qu'elles attendent moins longtemps pour une angiographie, si elles présentent un infarctus du myocarde<sup>9</sup>; et qu'elles aient un plus grand accès aux services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie à l'hôpital si elles sont hospitalisées pour un AVC aigu<sup>10</sup>. Les hommes et les femmes à faible revenu et atteints de diabète étaient tout aussi susceptibles de consulter un spécialiste pour le traitement que les personnes à revenu élevé, malgré un besoin nettement plus important de soins<sup>11</sup>.

Pour ce qui est des chirurgies d'un jour, il y a un préjugé favorable envers les riches<sup>12</sup>. Une étude réalisée à Toronto a révélé que le revenu des patients hospitalisés en chirurgie était beaucoup plus élevé que celui des patients hospitalisés en médecine<sup>13</sup>. En outre, les services d'imagerie diagnostique sont plus utilisés par les groupes socioéconomiques plus élevés<sup>14</sup>. L'accès aux programmes de prévention et de dépistage comme les tests de Pap et la mammographie est moindre parmi les groupes défavorisés<sup>15</sup>.

La situation géographique peut aussi constituer un obstacle à l'accès. En général, les Canadiens des régions rurales ont des besoins de soins de santé plus élevés, mais ont un accès moindre aux soins<sup>16</sup>. Les Canadiens des régions rurales et du Nord doivent généralement parcourir de grandes distances pour obtenir des services de santé, car de nombreux services, en particulier les services spécialisés, ne sont pas offerts dans leur collectivité d'origine<sup>17</sup>. Les personnes qui vivent dans les régions les plus rurales du Canada sont les moins susceptibles d'avoir un médecin de famille attiré ou d'avoir consulté un médecin spécialiste<sup>18</sup>. Selon les données de la Société de la médecine rurale du Canada, 21 % des Canadiens vivent en milieu rural, tandis que seulement 9,4 % des médecins de famille et 3 % des spécialistes vivent en région rurale<sup>19</sup>. Ce manque d'accès aux spécialistes et aux services médicalement nécessaires peut retarder les traitements et nuire à la santé. Cela peut entre autres causer de la douleur inutile et une invalidité permanente<sup>20</sup>. Qui plus est, il y a souvent un coût financier important lié aux déplacements pour un traitement médicalement nécessaire<sup>21</sup>.

Ce n'est pas seulement l'accès aux services assurés qui est un problème au Canada. Beaucoup de Canadiens n'ont pas accès aux produits pharmaceutiques dont ils ont besoin. Les chercheurs ont signalé que les personnes à faible revenu sont trois fois moins susceptibles de faire exécuter leurs ordonnances, et 60 % moins en mesure d'aller subir les tests nécessaires en raison de leur coût<sup>22</sup>. Les études montrent que l'utilisation des services appropriés de prévention du diabète, l'achat de médicaments et les tests de glycémie sont fonction des dépenses directes engagées par les personnes diabétiques<sup>23</sup>.

Des Canadiens ont aussi de la difficulté à avoir accès à des services de réadaptation. Entre autres, il arrive souvent que des services comme la physiothérapie et l'ergothérapie ne sont pas couverts, sauf s'ils sont fournis à l'hôpital ou aux personnes participant à certains

programmes de soutien aux personnes handicapées. Cela occasionne de longs temps d'attente pour les services qui sont couverts et parfois, l'accès est tout simplement impossible<sup>24</sup>. De plus, on note aussi des inégalités du fait que les provinces et les territoires ne couvrent pas tous les mêmes programmes<sup>25</sup>.

L'accès aux services de santé mentale est très problématique pour les Canadiens. Selon des données de Statistique Canada, plus d'un demi-million de Canadiens qui avaient un besoin perçu de services de santé mentale ont déclaré que leurs besoins n'avaient pas été satisfaits. L'accès à du counselling était le besoin non satisfait le plus fréquemment signalé<sup>26</sup>. Un certain nombre de professionnels de la santé mentale importants, notamment des psychologues et des conseillers, ne sont pas financés dans le cadre des budgets de santé provinciaux, ou reçoivent un financement très limité. L'accès à des psychologues est en grande partie limité aux personnes qui ont les moyens de se les payer, que ce soit grâce à une assurance privée ou de leurs propres poches<sup>27,2</sup>.

L'accès aux soins en établissement résidentiel, aux soins de longue durée, aux soins à domicile et aux soins de fin de vie subventionnés est aussi problématique. Les personnes qui en ont les moyens ont accès à des services de soins de longue durée de qualité dans leur collectivité, alors que celles dont les ressources sont insuffisantes sont placées dans des établissements de moindre qualité, parfois à des heures de route de leur famille et de leurs amis<sup>28</sup>. Même avec les expansions promises par les gouvernements, les soins à domicile ne pourront pas répondre aux besoins des groupes mal desservis, tels que ceux qui vivent dans les régions rurales et éloignées<sup>29</sup>. Enfin, seule une fraction des patients a accès à des soins palliatifs et de fin de vie ou en reçoit. Les personnes qui vivent dans les régions rurales ou éloignées et les personnes handicapées ont un accès extrêmement limité aux soins palliatifs<sup>30</sup>. Les difficultés d'accès sont particulièrement graves chez les peuples autochtones du Canada, dont bon nombre vivent dans des collectivités ayant un accès limité aux services de soins de santé. Ils doivent parfois parcourir des centaines de kilomètres pour obtenir des soins<sup>31</sup>. En outre, ils sont confrontés à des défis d'ordre provincial ou territorial; beaucoup passent à travers les mailles du filet de leur système de santé provincial et fédéral. La situation géographique est certes un obstacle important pour les peuples autochtones, mais elle n'est pas le seul. Les Autochtones vivant dans les centres urbains sont également confrontés à des difficultés. La pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination peuvent être des obstacles à l'accès aux soins de santé nécessaires. De l'ensemble des dépenses fédérales pour les programmes et services autochtones, seulement 10 % est alloué aux Autochtones en milieu urbain. Cela signifie que ces derniers n'ont pas accès à des programmes tels que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, ou à des services relatifs à l'alcool et aux drogues, lesquels seraient accessibles s'ils vivaient dans les réserves<sup>32</sup>. En outre, même lorsque les soins sont disponibles, ils ne sont pas nécessairement adaptés à la culture. Enfin, les peuples autochtones du Canada ont tendance à être surreprésentés parmi les populations les plus à risque et ayant le plus grand besoin de soins, ce qui rend le manque d'accès un enjeu encore plus important pour leur santé<sup>33</sup>.

---

2 L'Association médicale canadienne élabore un document stratégique sur l'accès aux services de santé mentale au Canada, qui devrait être terminé en 2014.

Toutefois, ces exemples ne sont qu'une partie du problème, car un accès inadéquat aux soins ne peut pas être considéré comme un accès équitable<sup>34</sup>. Les personnes de faible statut socio-économique sont plus susceptibles d'utiliser les services pour patients hospitalisés; d'utiliser davantage les services de médecins de famille après le contact initial<sup>35</sup>; et d'avoir constamment des taux d'hospitalisation plus élevés<sup>36</sup>. Cela pourrait être dû à des besoins plus élevés ou être la preuve que les services reçus ne répondent pas aux besoins de soins de santé des personnes qui se situent plus bas sur l'échelle socio-économique<sup>37</sup>.

Les femmes et les hommes de quartiers à faible revenu sont plus susceptibles de déclarer avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille pour des problèmes de santé urgents et non émergents. Elles sont aussi plus susceptibles de signaler des besoins en soins de santé qui ne sont pas satisfaits<sup>38</sup>. Pour ce qui est des hospitalisations, les personnes de faible statut socioéconomique étaient beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisées pour des troubles propices aux soins ambulatoires (TPSA) et des troubles de santé mentale<sup>39</sup>, hospitalisations qui pourraient être évitées si elles recevaient des soins de première ligne appropriés<sup>40</sup>. Les études ont également révélé qu'en moyenne, leur durée d'hospitalisation est plus longue<sup>41</sup>. Selon une étude des hôpitaux dans le Réseau local d'intégration des services de santé du Toronto-Centre, les patients qui attendent un autre niveau de soins (ANS) étaient plus susceptibles d'avoir un faible revenu<sup>42</sup>.

En outre, les personnes à faible revenu et présentant des TPSA, celles qui vivent dans des régions rurales et celles qui sont atteintes de maladies chroniques multiples sont deux fois plus susceptibles d'indiquer avoir eu recours aux services d'urgence pour un trouble qui aurait pu être traité par un fournisseur de soins de première ligne<sup>43</sup>.

Cette disparité a un coût financier. Selon un rapport de 2011, les résidents à faible revenu de Saskatoon sont responsables à eux seuls de 179 millions de dollars de plus en coûts des soins de santé que les personnes à revenu moyen<sup>44</sup>. Une étude réalisée en 2010 par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a révélé que les coûts plus élevés pour les hospitalisations évitables pour les TPSA s'élevaient à 89 millions de dollars pour les hommes et à 71 millions de dollars pour les femmes et qu'un montant supplémentaire de 248 millions de dollars représentait les coûts supplémentaires liés aux hospitalisations excédentaires pour des raisons de santé mentale<sup>45</sup>.

## **Secteurs d'interventions**

Comme le suggère le document d'information, l'accès équitable est plus que la simple utilisation des services. Ce sont les caractéristiques du patient ainsi que des facteurs complexes du système de santé qui déterminent si l'accès est équitable. Récemment, la détermination de l'accès prend en compte l'offre de services et la demande de soins de la part des patients. Pour ce qui est des obstacles liés à la demande ou au patient, nous devons prendre en considération la capacité de percevoir, de rechercher, d'atteindre, de payer et de s'engager. Pour ce qui est des obstacles liés à l'offre ou au système de santé, nous devons tenir compte des éléments suivants : approche, acceptabilité, disponibilité et accommodement, abordabilité et pertinence<sup>46</sup>. Le tableau suivant met en évidence les

obstacles actuels à l'accès équitable.

<b>Obstacles liés à la demande ou au patient</b>
Littératie en santé
Croyances et normes culturelles
Langue
Coût de transport
Incapacité d'obtenir un congé du travail
Impossibilité d'obtenir des services de garde d'enfants
Incapacité de payer des médicaments ou autre dispositif ou traitement médical
Immobilité due à une incapacité physique ou à un trouble de santé mentale
Problèmes cognitifs, c'est-à-dire démence, qui nuit à la capacité d'accéder à des soins et de respecter les directives

<b>Obstacles liés à l'offre ou au système</b>
Services non offerts dans les régions où il y a des besoins
Patients sans médecins de famille
Lacunes en matière de prise en charge adéquate des maladies chroniques
Longs temps d'attente pour des services
Modèles de paiement ne tenant pas compte de la complexité des cas des patients
Mauvaise coordination entre les soins de première ligne et les soins spécialisés et entre les services de santé et les services communautaires
Manque de normalisation de processus de référence et d'accès aux spécialistes
Non-utilisation de la planification fondée sur les besoins pour veiller à ce que la population ait les services nécessaires
Attitudes des travailleurs de la santé

### *Interventions liées aux patients pour améliorer l'accès équitable*

La faible littératie en santé peut engendrer des difficultés pour certains Canadiens, pour ce qui est de la perception de besoins de soins<sup>47</sup>. Les études montrent que plus de la moitié des adultes canadiens (60 %) n'ont pas la capacité d'obtenir de l'information sur la santé et les services de santé, de la comprendre et d'agir en conséquence afin de prendre eux-mêmes des décisions concernant leur santé<sup>48</sup>. De nombreux médecins ont recours à des stratégies pour réduire au minimum ce manque de littératie en santé chez leurs patients. Ils offrent entre autres des ressources en langage clair ainsi que des exercices de reformulation, selon lesquels le patient répète au médecin ce qu'il lui a dit, ce qui leur permet de déterminer si les patients ont bien compris l'information fournie<sup>49</sup>. Ces efforts doivent être soutenus et encouragés.

Certaines personnes peuvent avoir de la difficulté à comprendre comment le système de santé fonctionne et où accéder aux services<sup>50</sup>. Les croyances concernant le besoin et la valeur de certains services peuvent également nuire à la capacité des patients à chercher des soins<sup>51</sup>. Il faut trouver des moyens de s'assurer que les groupes défavorisés sont au courant des services qui leur sont offerts et des avantages de prendre des mesures préventives concernant leur santé.

Les Canadiens à faible revenu sont dix fois plus susceptibles de déclarer des besoins en soins de santé non satisfaits en raison du coût de transport<sup>52</sup>. Parmi les autres obstacles, citons le manque de services de garde d'enfants et la capacité d'obtenir un congé pour aller à des rendez-vous de santé nécessaires<sup>53</sup>. Les stratégies qui offrent aux patients le transport vers leur rendez-vous ou des subventions pour de tels déplacements ont connu un certain succès. Le prolongement des heures d'ouverture et des rendez-vous en soirée peuvent augmenter

l'accès aux soins pour les personnes qui ne peuvent s'absenter de leur travail. En outre, les programmes qui offrent aux patients la visite à domicile de fournisseurs de soins de santé peuvent aider à éliminer cet obstacle. Il faudrait envisager de soutenir davantage ces programmes et d'élargir leur portée.

Il y a également l'incapacité de payer pour des services non couverts par les régimes provinciaux, comme les produits pharmaceutiques, la physiothérapie et d'autres services de réadaptation<sup>54</sup>. Selon un rapport de 2005 sur le diabète au Canada, le coût et l'accès aux fournitures médicales se sont avérés être les principaux défis pour les Canadiens atteints du diabète<sup>55</sup>. L'incapacité à payer empêche aussi d'avoir accès aux services tels que le counselling en santé mentale, les soins en établissement subventionnés et les soins de longue durée.

Par ailleurs, même si les patients sont en mesure d'obtenir des soins, ils sont parfois incapables d'y participer pleinement. Les difficultés de langage, un faible niveau de littératie en santé, des problèmes cognitifs (comme la démence), les mœurs et les normes culturelles, la discrimination ou l'insensibilité des travailleurs de la santé, peuvent être des obstacles à la pleine participation aux soins<sup>56</sup>. Il faudrait développer des méthodes d'enseignement afin d'améliorer la participation des patients et de leurs familles ou soignants issus de groupes défavorisés.<sup>57</sup> Il faut élaborer des stratégies visant à éliminer ou à réduire les obstacles créés par un manque de littératie en santé et les communiquer aux médecins et aux autres fournisseurs de soins de santé. En outre, il faut soutenir les programmes qui facilitent l'accès aux services, y compris l'interprétation et la traduction de renseignements importants sur la santé<sup>58</sup>.

Enfin, les fournisseurs de soins de santé doivent avoir des compétences culturelles. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada ont élaboré des modules de formation pour les médecins qui traiteront les peuples autochtones du Canada<sup>59</sup>. Des programmes similaires ont été mis au point par la Société canadienne de pédiatrie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Il faut offrir davantage de formation de ce genre et concentrer la formation sur les groupes susceptibles d'être défavorisés sur le plan de l'accès aux soins de santé et de la pertinence des soins.

## **Recommandations d'action :**

### **Initiatives de l'AMC et initiatives nationales**

L'AMC recommande :

1. que les gouvernements élaborent une stratégie nationale pour améliorer la littératie en santé des Canadiens qui prenne en compte les besoins particuliers des différentes cultures;



2. que les gouvernements offrent des options de transport accessibles et abordables pour les patients nécessitant des services médicaux lorsque ces derniers ne sont pas offerts dans leur région;
3. que les gouvernements, après avoir consulté l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie et le public, établissent un programme complet d'assurance-médicaments d'ordonnance qui sera administré sous forme de remboursements versés aux régimes provinciaux et territoriaux et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance afin de garantir à tous les Canadiens l'accès aux pharmacothérapies médicalement nécessaires;
4. que les gouvernements étudie des méthodes pour s'assurer que les Canadiens à faible revenu et les autres Canadiens défavorisés auront davantage accès aux services médicalement nécessaires tels que les services de réadaptation et de santé mentale, les soins à domicile et les soins de fin de vie;
5. que les gouvernements explorent des options pour financer les services de soins de longue durée pour tous les Canadiens;
6. que les gouvernements veillent à ce que les services d'interprétation et de traduction nécessaires soient fournis à tous les points d'intervention.

### **Médecins actifs**

L'AMC recommande :

7. que les médecins poursuivent leurs efforts pour accroître la littératie en santé de leurs patients et de leurs familles ou soignants;
8. que la formation en matière de compétence culturelle fasse partie de tous les programmes de formation de premier cycle, d'études postdoctorales et de formation médicale continue.

### ***Interventions liées au système pour améliorer l'accès équitable***

Au niveau du système, il y a deux principaux enjeux auxquels il faut s'attaquer : s'assurer que les Canadiens ont accès aux services dont ils ont besoin (abord facile, disponibilité et accommodement, coût abordable) et, une fois qu'ils y auront accédé, veiller à ce que les services soient appropriés et qu'ils tiennent compte de leurs besoins de santé (acceptabilité et pertinence). Les stratégies d'action comprennent les soins de première ligne centrés sur le patient et axés sur la prise en charge des maladies chroniques, une meilleure coordination des soins et un meilleur accès aux services médicaux nécessaires tout au long du continuum, des initiatives d'amélioration de la qualité qui intègrent l'équité à leur mandat, ainsi que la planification et l'évaluation du système de santé qui accordent la priorité à l'accès équitable aux soins.

1. Des soins de santé de première ligne centrés sur le patient et axés sur la prise en charge des maladies chroniques et qui comprennent des programmes pour améliorer l'accès aux personnes qui en ont le plus besoin.

Des soins de première ligne exhaustifs offrent la meilleure chance d'augmenter l'accès équitable et de réduire la disparité en matière de santé. Les données provenant d'une vaste étude de population en Ontario indiquent que les inégalités en matière d'accès aux soins de première ligne et de prise en charge appropriée des maladies chroniques sont beaucoup plus grandes que les inégalités relatives au traitement d'affections aiguës<sup>60</sup>.

Actuellement, les personnes qui en ont le plus besoin n'ont pas accès à de nombreux services de soins de première ligne. Les centres de santé communautaire (CSC) représentent un bon modèle pour relever ce défi, étant établis dans les quartiers défavorisés et offrant des soins adaptés à la culture<sup>61</sup>. En outre, les CSC offrent différents services de santé, et parfois des services sociaux, sous un même toit, ce qui facilite l'accès à de nombreux types de soins. Il faut faire davantage pour réduire les obstacles à l'accès pour les Canadiens vivant dans les régions rurales et éloignées. La télémédecine a augmenté l'accès pour les Canadiens des régions rurales, et le Réseau Télémédecine Ontario est un exemple de cette approche novatrice.

Les patients vivant dans les régions rurales peuvent avoir accès à des spécialistes dans les centres urbains par l'entremise de leurs fournisseurs de soins de santé locaux, notamment pour un suivi de réadaptation cardiaque, les télésoins à domicile pour favoriser les changements de mode de vie ainsi que des consultations psychiatriques ou de santé mentale<sup>62</sup>.

Il a été prouvé que les programmes qui encouragent le recrutement et la formation des professionnels de la santé de populations rurales et défavorisées ont amélioré l'accès, car ces personnes sont plus susceptibles de retourner dans leurs régions d'origine pour exercer leur profession<sup>63</sup>.

Les facultés de médecine cherchent à augmenter la diversité des étudiants depuis un certain nombre d'années. Cependant, il reste encore beaucoup à faire. Selon les résultats du volet Étudiants du Sondage national des médecins de 2012, le revenu familial de 278 des 2 000 étudiants qui ont répondu au sondage, soit 13,9 %, se situe dans le premier percentile des revenus au pays, alors que le revenu familial de seulement 46 étudiants, soit 2,3 %, se situe dans le quintile inférieur<sup>64</sup>.

L'une des stratégies proposées pour accroître la diversité dans les facultés de médecine est de mieux faire connaître la profession médicale chez les jeunes des milieux ruraux et défavorisés. En Alberta, un programme novateur appelé Mini Docs enseigne aux enfants âgés de six à douze ans en quoi consiste la profession médicale et comment demeurer en bonne santé. Les enfants ont l'occasion de porter des sarraus et d'utiliser des instruments médicaux sécuritaires comme un stéthoscope et des pansements. Ce sont les étudiants en médecine qui gèrent ce programme d'une journée<sup>65</sup>.

Il faudrait étendre la portée des stratégies visant à éliminer les obstacles financiers à l'accès en offrant notamment des bourses d'études. Il faudrait également modifier le processus d'admission dans les facultés de médecine afin de prendre en considération les différences d'accès aux programmes tels que les cours de préparation à l'examen d'admission en médecine (MCAT) et le bénévolat à l'étranger selon la disponibilité des ressources financières. Il faut aussi tenir compte du fait que certains étudiants doivent travailler pendant leurs études en médecine, ce qui peut limiter le temps disponible pour faire du bénévolat et des services communautaires<sup>66</sup>.

Une autre stratégie à envisager pour améliorer l'accès est la mise en place de programmes qui visent à jumeler les fournisseurs de soins de première ligne aux patients seuls et mal desservis. Des programmes tels qu'Accès Soins en Ontario et le programme GP and Me en Colombie-Britannique aident les patients parfois difficiles à servir à trouver un fournisseur de soins de première ligne approprié.

Le Collège des médecins de famille du Canada a élaboré un plan directeur pour les soins de première ligne pour tous les Canadiens. Le concept, « Centre de médecine de famille (CMF) » vise à donner accès à une équipe offrant une gamme complète de soins de santé qui comprend un médecin de famille. Ces CMF prendront plusieurs formes, mais seront conçus pour accroître à la fois l'accès et les soins centrés sur les patients<sup>67</sup>. La rapidité du service constitue un autre obstacle à l'accès. De nombreux patients sont obligés de se présenter dans des cliniques sans rendez-vous ou aux services d'urgence, car ils ne peuvent recevoir en temps opportun les soins requis de leurs fournisseurs de soins de première ligne. L'utilisation de cliniques sans rendez-vous ou des services d'urgence pour les soins de première ligne peut faire perdre des occasions de faire de la prévention et de promouvoir la santé<sup>68</sup>. Des programmes d'accès avancés peuvent aider à améliorer l'accès équitable aux soins en offrant des rendez-vous en temps opportun à tous les patients<sup>69</sup>. En Alberta, le programme AIM (Access, Improvement, Measures ou Accès, Amélioration et Mesures) utilise un système conçu par l'Institute for Healthcare Improvement des États-Unis, qui consiste à repenser la pratique afin d'offrir des rendez-vous le même jour et d'éliminer les retards inutiles<sup>70</sup>.

Les soins de santé de première ligne qui privilégient la prise en charge des maladies chroniques offrent le plus grand potentiel d'accroître la pertinence des soins et de réduire les coûts du système. Les personnes les plus susceptibles d'avoir des maladies chroniques sont aussi celles qui font face aux plus grands obstacles à l'accès équitable<sup>71</sup>. Actuellement, bien des personnes aux prises avec des troubles propices aux soins ambulatoires (TPSA) ne subissent pas les tests appropriés pour surveiller leur état de santé, n'ont pas de suivi pour gérer leurs médicaments, ou ne reçoivent pas le soutien adéquat pour autogérer leur maladie<sup>72</sup>. Il existe des programmes visant à encourager une prise en charge plus efficace des maladies chroniques. Le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain en Ontario a mis au point un réseau de prévention des maladies cardiovasculaires pour améliorer les soins grâce à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes et une meilleure intégration entre tous les secteurs du continuum des soins de santé<sup>73</sup>. Les réseaux de soins de première ligne de l'Alberta ont des objectifs similaires visant à relier plusieurs médecins, cliniques et régions afin de mieux répondre aux

besoins de santé de la population<sup>74</sup>.

Il faut faire davantage pour développer ce genre de programmes et fournir des modèles de rémunération appropriés pour les patients complexes. Les modèles de paiement dans certaines provinces ou certains territoires compromettent l'accès en ne prenant pas en considération la morbidité et la comorbidité dans la détermination des taux, p. ex., la capitation égale<sup>75</sup>.

Enfin, il est nécessaire d'encourager une plus grande autogestion de la maladie. Des programmes de soutien de la pratique en Colombie-Britannique offrent une formation aux médecins afin d'augmenter l'autogestion des patients et la littératie en santé<sup>76</sup>. Il faut étendre la prestation de programmes de cette nature à toutes les provinces et à tous les territoires.

## 2. Une meilleure coordination des soins et un meilleur accès aux services médicaux nécessaires tout au long du continuum de soins.

Des soins centrés sur le patient qui intègrent les soins dans tout le continuum et qui comprennent les services communautaires s'avéreront nécessaires pour assurer non seulement un meilleur accès, mais aussi une plus grande acceptabilité des soins<sup>77</sup>. Des programmes novateurs axés sur une meilleure coordination de la transition de l'hôpital à la maison ont eu un certain succès pour ce qui est de la prévention des réadmissions, en particulier lorsque les populations vulnérables sont ciblées<sup>78</sup>. Les « maillons santé » en Ontario cherchent à réduire les coûts en se fondant sur l'hypothèse qu'une grande partie de l'utilisation des services coûteux, tels que les visites aux urgences, pourrait être évitée si les soins étaient mieux coordonnés. Un des établissements pilotes à Guelph vise à désigner une personne des soins de première ligne, probablement un médecin ou une infirmière, comme principal contact pour les patients ayant des besoins élevés et pour intervenir en faveur de ces patients afin d'assurer une meilleure coordination des soins<sup>79</sup>.

Il faut poursuivre les travaux afin d'assurer une plus grande coordination de soins spécialisés. Les données de recherche montrent que l'accès aux services spécialisés est biaisé en faveur des patients à revenu élevé. Pour réduire cette inégalité, il faudra peut-être normaliser le processus de référence et faciliter la coordination des soins du point de vue des fournisseurs de soins de première ligne<sup>80</sup>. La Colombie-Britannique a mis en place un nouveau programme afin de réduire certains de ces obstacles en offrant un financement et un soutien aux programmes d'accès rapide qui permettent aux médecins de famille d'accéder à des soins spécialisés par la voie d'une ligne téléphonique désignée. Si aucun spécialiste n'est disponible immédiatement, le service s'engage à rappeler dans les deux heures. Les spécialités faisant partie de ce programme comprennent notamment la cardiologie, l'endocrinologie, la néphrologie, la psychiatrie et la médecine interne<sup>81</sup>. La mise en œuvre de programmes similaires dans d'autres provinces ou territoires pourrait contribuer à améliorer la coordination entre les soins de première ligne et les soins spécialisés.

Or, la coordination des soins n'est qu'une partie du problème. Il faut également améliorer l'accès aux services médicalement nécessaires dans tout le continuum de soins. Cela comprend notamment un calendrier de prévention durant toute la vie<sup>82</sup>, les tests de

diagnostic, les services spécialisés ainsi que l'accès aux services de réadaptation, aux soins en santé mentale, aux soins de longue durée et aux soins de fin de vie appropriés.

### 3. Initiatives d'amélioration de la qualité qui intègrent l'équité à leur mandat.

L'équité est devenue un élément clé de nombreuses initiatives d'amélioration de la qualité partout dans le monde. Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a défini neuf attributs d'un système de santé très performant : sûr, efficace, axé sur le patient, accessible, efficient, équitable, intégré, adéquatement outillé et centré sur la santé de la population<sup>83</sup>.

L'Étude POWER (Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report ou Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes), étude d'envergure des femmes en Ontario, a conclu que, dans les régions où il y avait des programmes ciblés pour l'amélioration de la qualité, on observait moins d'inégalités. En particulier, l'étude faisait référence aux interventions d'Action Cancer Ontario et de l'Ontario Stroke Network. Ces deux groupes avaient entrepris de grandes initiatives d'amélioration de la qualité en vue de normaliser les soins et d'améliorer la coordination des services en utilisant des lignes directrices fondées sur des données probantes et en mesurant continuellement le rendement. Ils avaient précisément pris en considération l'accessibilité et l'équité. En raison de ces efforts, l'étude POWER a constaté que les soins de courte durée des cancers et des AVC en Ontario étaient tout à fait équitables<sup>84</sup>.

Des projets similaires sont en cours dans d'autres provinces et territoires. L'initiative Towards Optimized Practice menée en Alberta soutient les efforts des médecins, dans leurs cabinets, visant à accroître l'utilisation des guides de pratique clinique pour les soins ainsi que des initiatives d'amélioration de la qualité<sup>85</sup>. On pourrait réduire les inégalités en matière d'accès pour tous les Canadiens si l'on encourageait plus de services et de programmes de santé à entreprendre de telles initiatives d'amélioration de la qualité.

### 4. Planification et évaluation du système de santé qui privilégient l'accès équitable aux soins

Il faut prendre en considération l'équité dans tous les volets de la planification. Trop souvent, les services sont conçus sans tenir suffisamment compte des besoins particuliers des groupes défavorisés. Les planificateurs doivent s'efforcer de mieux comprendre les populations de clients qu'ils desservent et adapter les programmes aux personnes ayant le plus besoin de soins<sup>86</sup>. Cette planification doit se faire en consultation avec les intervenants d'autres secteurs qui jouent un rôle par leur influence sur la santé de leurs populations de clients.

En outre, il faut aussi évaluer l'équité et l'utilisation des services. Certains services peuvent être conçus d'une manière qui est plus appropriée pour certains groupes que pour d'autres, ce qui entraîne une plus grande utilisation par certains groupes et un manque d'accès pour d'autres<sup>87</sup>. La Régie régionale de la santé de Saskatoon a trouvé des moyens novateurs d'essayer de comprendre ces obstacles. Les services de soins de santé font l'objet d'évaluations ciblant précisément l'équité en santé pour s'assurer que tous les services répondent aux besoins des diverses populations. Cela comprend l'analyse de la gamme

complète des services, allant des programmes de soins préventifs et de sensibilisation aux soins tertiaires comme la dialyse. En Ontario, les RLSS ont été chargés d'élaborer des plans d'équité pour leurs services. L'établissement d'objectifs clairs et de mesures d'évaluation du rendement fait partie de leur mandat<sup>88</sup>.

Un des outils disponibles pour soutenir ce travail est un outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé élaboré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il a été conçu à l'intention des organisations au sein du système de santé et hors de ce système qui auront un impact sur la santé des Ontariens. L'objectif principal de cet outil est de réduire les inégalités qui résultent des obstacles à l'accès à des services de santé de qualité. En outre, il sert à déterminer les impacts imprévus sur la santé, à la fois positifs et négatifs, avant la mise en œuvre d'un programme ou d'une politique<sup>89</sup>. Il faudrait poursuivre les travaux pour s'assurer que l'équité est incluse dans les résultats visés et la gestion du rendement des organisations de soins de santé et des groupes de fournisseurs dans tout le pays<sup>90</sup>.

Pour soutenir ces programmes de planification, il faudra recueillir des données appropriées, qui devront être exhaustives pour tous les services, et inclure des points de données précis qui permettront aux planificateurs et aux fournisseurs de comprendre la composition de leurs populations et de mesurer l'attention portée à l'équité et en faire rapport<sup>91</sup>.

## **Recommandations :**

Initiatives de l'AMC et initiatives nationales  
L'AMC recommande :

9. que les gouvernements poursuivent leurs efforts pour assurer à tous les Canadiens l'accès à un médecin de famille;
10. que des programmes appropriés de rémunération et des programmes d'incitatifs soient établis dans toutes les provinces et tous les territoires afin de soutenir une meilleure prise en charge des maladies chroniques pour tous les Canadiens;
11. que les gouvernements financent et soutiennent les programmes qui facilitent une plus grande intégration entre les soins de première ligne et les soins spécialisés;
12. que les organisations médicales nationales élaborent, avec le soutien du gouvernement, des programmes pour accroître la normalisation des soins et l'utilisation de guides de pratique clinique appropriés;
13. que des systèmes appropriés de collecte de données et de mesure du rendement soient mis en place pour surveiller la distribution équitable des services de santé et une plus grande pertinence des soins.

## **Planificateurs du système de santé**

L'AMC recommande :

14. que la planification basée sur les besoins soit obligatoire pour toutes les régions sanitaires et pour la planification du système de santé; l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé devrait faire partie de cette planification afin de s'assurer que les services répondent aux besoins de tous les Canadiens;
15. que la priorité soit donnée, dans tous les systèmes de santé, à la prise en charge des maladies chroniques et à d'autres stratégies de soutien pour les patients vulnérables à risque de réadmission fréquente dans le système de soins actifs de courte durée;
16. que les initiatives d'amélioration de la qualité soient obligatoires dans tous les programmes de soins; ces programmes devraient cibler en particulier la normalisation des soins et l'amélioration continue de la qualité et intégrer l'égalité d'accès dans leur mandat.

### **Médecins actifs**

L'AMC recommande :

17. que les médecins soient soutenus dans leurs efforts pour offrir l'accès en temps opportun aux établissements de soins de santé de première ligne;
18. que les médecins soient soutenus dans les efforts continus qu'ils déploient pour inclure les patients de diverses populations dans la prise de décisions concernant leurs soins et la prise en charge de leur maladie;
19. les médecins poursuivent leurs efforts pour normaliser les soins et utiliser des guides de pratique clinique fondés sur des données probantes qui sont centrés sur la prise en charge des maladies chroniques.
20. qu'on encourage les médecins à participer à des interventions communautaires qui ciblent les déterminants sociaux de la santé et qu'on les soutienne adéquatement à cet égard.

### **Conclusion**

Malgré un engagement envers l'accès égal aux soins de santé pour tous les Canadiens, l'accès aux soins et leur qualité varient pour bien des groupes. Pour les plus vulnérables, ce manque d'accès peut exacerber davantage le fardeau des maladies, déjà trop lourd. Les stratégies décrites dans ce document offrent des occasions pour le secteur de la santé et la profession médicale d'intervenir et d'atténuer ces inégalités. En supprimant les obstacles liés au patient et au système, on peut espérer qu'il s'en suivra un meilleur accès à des soins appropriés. Bien que ces stratégies offrent un espoir, elles ne suffiront pas à améliorer la santé globale de la population canadienne. Il faut poursuivre ces actions pour s'attaquer aux

facteurs sociaux et économiques sous-jacents qui donnent lieu à des disparités en santé chez les Canadiens.



## Références

---

- <sup>1</sup> Levesque JF, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013. Disponible ici : <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18> (consulté le 12 mars 2013).
- <sup>2</sup> Mikkonen J, Raphael D. Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. Toronto (Ont.); 2011. Disponible ici : [http://www.thecanadianfacts.org/Les\\_realites\\_canadiennes.pdf](http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf) (consulté le 14 janvier 2011).
- <sup>3</sup> Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : Rapport final. Genève (Suisse) Organisation mondiale de la Santé; 2008. Disponible ici : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/Who\\_ier\\_Csdh\\_08.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/Who_ier_Csdh_08.1_fre.pdf) (consulté le 7 janvier 2011).
- <sup>4</sup> Levesque JF, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013. Disponible ici : <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18> (consulté le 12 mars 2013).
- <sup>5</sup> Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*, 2004; 58: 655-658.
- <sup>6</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7. Toronto (Ont.). Projet d'élaboration du rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes; 2010. Disponible ici : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapitre7-AccessSommaire.pdf> (consulté le 10 décembre 2012).
- <sup>7</sup> Kirby M, Goldbloom D, Bradley L. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Ottawa (Ont.). Commission de la santé mentale au Canada, 2012. Disponible ici : <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf> (consulté le 12 mars 2013).
- <sup>8</sup> Allin S. Does Equity in Healthcare Use Vary [...]; Frolich N, Fransoo R, Roos N. Health Service Use in the Winnipeg Regional Health Authority: Variations Across Areas in Relation to Health and Socioeconomic status. Winnipeg (MB) Manitoba Centre for Health Policy. Disponible ici : [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/teaching/pdfs/hcm\\_forum\\_nf.pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/teaching/pdfs/hcm_forum_nf.pdf) (consulté le 6 février 2013); McGrail K. Income-related inequities: Cross-sectional analyses of the use of medicare services in British Columbia in 1992 and 2002. *Open Medicine* 2008; 2(4): E3-10; Van Doorslaer E, Masseria C. Income-Related Inequality in the Use [...]; Veugelers PJ, Yip AM. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *J Epidemiol Community Health*, 2003; 57:424-428.
- <sup>9</sup> Alter DA, Naylor CD, Austin P, et coll. Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction. *NEJM* 1999; 341(18):1359-1367.
- <sup>10</sup> Kapral MK, Wang H, Mamdani M, et coll. Effect of socioeconomic Status on Treatment and Mortality after Stroke. *JAMA* 2002; 33: 268-275.
- <sup>11</sup> Booth GL, Lipscombe LL, Bhattacharyya O, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Diabète : Chapitre 9. Toronto (Ont.). Projet d'élaboration du rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes; 2010. Disponible ici : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapitre9-Diabetes-Sommaire.pdf> (consulté le 10 décembre 2012).
- <sup>12</sup> McGrail K. Income-related inequities [...]; Murphy K, Glazier R, Wang X, et coll. Hospital Care for All: Equity report on differences in household income among patients at Toronto Central Local Health Integration Network (TC LHIN) Hospitals, 2008-2010. Toronto (Ont.). Centre for Research on Inner City Health. Disponible ici : <http://www.stmichaelshospital.com/pdf/crich/hospital-care-for-all-report.pdf> (consulté le 10 décembre 2012).
- <sup>13</sup> Murphy K, Glazier R, Wang X, et coll. Hospital Care for All [...].
- <sup>14</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé [...]; Demeter S, Reed M, Lix L, et coll. Socioeconomic status and the utilization of diagnostic imaging in an urban setting. *CMAJ* 2005; 173(10): 1173-1177.
- <sup>15</sup> Bierman AS, Johns A, Hyndman B, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Les déterminants sociaux de la santé et les populations à risque : Chapitre 12. Toronto (Ont.); 2010. Disponible ici : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapitre12-SOCiauxSommaire.pdf> (consulté le 10 décembre 2012); Frolich N, Fransoo R, Roos N. Health Service Use in the Winnipeg [...]; Wang L, Nie JX, Ross EG. Determining use of preventive health care in Ontario. *Can Fam Physician* 2009; 55: 178-179.e1-5; Williamson DL, Stewart MJ,

---

Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. *Health Policy* 2006; 76:106-121.

<sup>16</sup> The Ontario Rural Council. TORC 2009 Rural Health Forum: Rethinking Rural Health Care: Innovations Making a Difference. Guelph, ON; 2009. Disponible ici : <http://ruralontarioinstitute.ca/file.aspx?id=1fb3035d-7c0e-4bfa-a8d7-783891f5c5dc> (consulté le 18 septembre 2013).

<sup>17</sup> Browne A. Issues Affecting Access to Health Services in Northern, Rural and Remote Regions of Canada. Disponible ici :

[http://www.unbc.ca/assets/northern\\_studies/northern/issues\\_affecting\\_access\\_to\\_health\\_services\\_in\\_northern.pdf](http://www.unbc.ca/assets/northern_studies/northern/issues_affecting_access_to_health_services_in_northern.pdf) (consulté le 13 mars 2013).

<sup>18</sup> Sibley LM, Weiner JP. An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Services Research*. Toronto (Ont.); 2011. Disponible ici : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/20> (consulté le 13 mars 2013).

<sup>19</sup> Sibley LM, Weiner JP. An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Services Research*. Toronto (Ont.); 2011. Disponible ici : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/20> (consulté le 13 mars 2013).

<sup>20</sup> Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé. Énoncé de position : Accès aux services de santé. Ottawa, (Ont.); 2013. Disponible ici :

[http://www.organismesante.ca/media/23905/posstatement\\_accesshealthc\\_final\\_fr.pdf](http://www.organismesante.ca/media/23905/posstatement_accesshealthc_final_fr.pdf) (consulté le 18 septembre 2013).

<sup>21</sup> Société de la médecine rurale du Canada. Canadians need and deserve equitable access to health care. Shawville, QC; 2006. Disponible ici : <http://www.srpc.ca/PDF/September-20-2006.pdf> (consulté le 18 septembre 2013).

<sup>22</sup> Mikkonen J, Raphael D. Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes [...].

<sup>23</sup> Kwan J, Razzaq A, Leiter LA, et coll. Low Socioeconomic Status and Absence of Supplemental Health Insurance as Barriers to Diabetes Care Access and Utilization. *CJD* 2008; 32(3) : 174-181.

<sup>24</sup> Barnes S, Dolan LA, Gardner B, et coll. Equitable Access to Rehabilitation: Realizing Potential, Promising Practices, and Policy Directions. Toronto (Ont.) Wellesley Institute; 2012. Disponible ici :

<http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/06/Equitable-Access-to-Rehabilitation-Discussion-Paper1.pdf> (consulté le 6 février 2013).

<sup>25</sup> Bowen, S. Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada. Certaines circonstances : Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées : Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada. Ottawa (Ont.) Santé Canada; 2000. Disponible ici : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-certain-equit-acces/2001-certain-equit-acces-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-certain-equit-acces/2001-certain-equit-acces-fra.pdf) (consulté le 6 février 2013).

<sup>26</sup> Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale. 2012. Ottawa, (Ont.); 2013. Disponible ici : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130918/dq130918a-fra.pdf> (consulté le 18 septembre 2013).

<sup>27</sup> Kirby M, Goldbloom D, Bradley L. Changer les orientations, changer des vies [...].

<sup>28</sup> EMC News. CCAC publishes long-term care waitlists monthly. Brockville (Ont.); 2013. Disponible ici : <http://www.emcstlawrence.ca/20130404/news/CCAC+publishes+long-term+care+waitlists+monthly> (consulté le 11 avril 2013).

<sup>29</sup> Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé.. Énoncé de principes sur l'accès aux soins à domicile. Révisée pour approbation 22 septembre 2011. Ottawa (Ont.); 2011. Disponible ici :

[http://www.organismesante.ca/media/19464/homecarepos\\_stemnt\\_sept22\\_11\\_final\\_fr.pdf](http://www.organismesante.ca/media/19464/homecarepos_stemnt_sept22_11_final_fr.pdf) (consulté le 12 mars 2013).

<sup>30</sup> Association canadienne des soins palliatifs. Fiche d'information : les soins palliatifs au Canada. Ottawa(Ont.); 2012. Disponible ici :

[http://acsp.net/media/34509/fiche\\_d\\_information\\_les\\_soins\\_palliatifs\\_au\\_canada\\_mars\\_2013fr.pdf](http://acsp.net/media/34509/fiche_d_information_les_soins_palliatifs_au_canada_mars_2013fr.pdf) (consulté le 25 mars 2013).

<sup>31</sup> Bowen, S. Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada [...].

<sup>32</sup> Place J. La santé des autochtones vivant en milieu urbain. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Prince George, (C.-B.); 2012. Disponible ici : [http://www.nccah-cnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/53/Urban\\_Aboriginal\\_Health\\_FR\\_web.pdf](http://www.nccah-cnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/53/Urban_Aboriginal_Health_FR_web.pdf) (consulté le 18 septembre 2013).

---

- 
- <sup>33</sup> Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Prince George, (C.-B.); Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2011. Disponible ici : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/22/Access%20to%20Health%20Services%20\(French\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/22/Access%20to%20Health%20Services%20(French).pdf) (consulté le 6 février 2013).
- <sup>34</sup> Levesque JF, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care [...].
- <sup>35</sup> Allin S. Does Equity in Healthcare Use Vary [...]; Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services [...].
- <sup>36</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes. Ottawa (Ont.); 2010. Disponible ici : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/disparities\\_in\\_hospitalization\\_by\\_sex2010\\_f.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_f.pdf) (consulté le 6 février 2013); Van Doorslaer E, Masseria C. Income-Related Inequality in the Use [...].
- <sup>37</sup> Allin S. Does Equity in Healthcare Use Vary [...].
- <sup>38</sup> Bierman AS, Johns A, Hyndman B, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Les déterminants sociaux de la santé et les populations à risque : Chapitre 12; Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services [...].
- <sup>39</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes [...].
- <sup>40</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes [...]; Roos LL, Walld R, Uhanova J, et coll... Physician Visits, Hospitalizations, and Socioeconomic Status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting. HSR 2005; 40(4): 1167-1185.
- <sup>41</sup> Curtis LJ, MacMinn WJ. Health-Care Utilization in Canada: 25 Years of Evidence: SEDAP Research Paper No. 190. Hamilton (Ont.) Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Program; 2007. Disponible ici : [http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/23002.PDF?Archive=102297992047&File=23002\\_PDF](http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/23002.PDF?Archive=102297992047&File=23002_PDF) (consulté le 14 février 2013).
- <sup>42</sup> Murphy K, Glazier R, Wang X, et coll. Hospital Care for All [...].
- <sup>43</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires. Ottawa (Ont.); 2012. Disponible ici : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/PHC\\_Expériences\\_AiB2012\\_F.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/PHC_Expériences_AiB2012_F.pdf) (consulté le 14 février 2013).
- <sup>44</sup> Saskatoon Poverty Reduction Partnership. From poverty to possibility [...] and prosperity: A Preview to the Saskatoon Community Action Plan to Reduce Poverty. Saskatoon (Sask.): Saskatoon Poverty Reduction Partnership; 2011. Disponible ici : [http://www.saskatoonpoverty2possibility.ca/pdf/SPRP%20Possibilities%20Doc\\_Nov%202011.pdf](http://www.saskatoonpoverty2possibility.ca/pdf/SPRP%20Possibilities%20Doc_Nov%202011.pdf) (consulté le 13 mars 2012).
- <sup>45</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation [...].
- <sup>46</sup> Levesque JF, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care [...].
- <sup>47</sup> Bowen, S. Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada [...].
- <sup>48</sup> Conseil canadien sur l'apprentissage. Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes. Ottawa (Ont.); 2007. Disponible ici : <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/LitteratieensanteauCanada.pdf> (consulté le 19 avril 2013).
- <sup>49</sup> Parnell TA, Turner J. IHI 14<sup>th</sup> Annual International Summit. Health Literacy: Partnering for Patient-Centred Care. 9 avril 2013.
- <sup>50</sup> Bowen, S. Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada [...].
- <sup>51</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7 [...].
- <sup>52</sup> Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services [...].
- <sup>53</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7 [...]; Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services [...].
- <sup>54</sup> Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services [...].
- <sup>55</sup> Chiu S, Hwang SW. Les obstacles aux soins chez les sans-abri atteints de diabète. Diabetes Voice 2006; 51(4): 9-12. Disponible ici : [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_473\\_fr.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_473_fr.pdf) (consulté le 20 février 2011).
-

- 
- <sup>56</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7 [...]; Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2004; 56: 139-146; Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K. Low-income Canadians' experiences with health-related services [...].
- <sup>57</sup> Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, et al. Socio-economic status of the patient [...].
- <sup>58</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7 [...].
- <sup>59</sup> Association des Médecins Indigènes du Canada et Association des facultés de médecine du Canada. Les compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières Nations : Un cadre de programme d'enseignement pour la formation médicale prédoctorale. Mise à jour avril 2009, Disponible ici : <http://www.afmc.ca/pdf/CoreCompetenciesFr.pdf> (consulté le 20 octobre 2010).
- <sup>60</sup> Bierman AS, Shack AR, Johns A. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Réaliser l'équité en matière de santé en Ontario : Chapitre 13. Toronto (Ont.). Projet d'élaboration du rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes; 2010. Disponible ici : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/11/Chapitre13-Equiti%C3%A9Sommaire.pdf> (consulté le 6 février 2013).
- <sup>61</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7 [...]; Bowen, S. Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada [...].
- <sup>62</sup> Williams, R. Telemedicine in Ontario: Fact not Fiction: How to enhance your practice and enrich the patient experience. Ontario Telemedicine Network: Toronto, ON; 2013. Disponible ici : [http://otn.ca/sites/default/files/telemedicine\\_in\\_ontario- fact\\_not\\_fiction\\_02-26.pdf](http://otn.ca/sites/default/files/telemedicine_in_ontario- fact_not_fiction_02-26.pdf) (consulté le 19 septembre 2013).
- <sup>63</sup> Bowen, S. Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada [...].
- <sup>64</sup> Sondage national des médecins - 2012 Volet étudiants.
- <sup>65</sup> Alberta Medical Association. Mini Docs. Edmonton (AB); 2012. Disponible ici : <https://www.albertadoctors.org/about/awards/health-promo-grant/2011-12-recipients/mini-docs> (consulté le 18 avril 2013).
- <sup>66</sup> Dhalla IA, Kwong JC, Streiner DL et al. Characteristics of first-year students in Canadian [...].
- <sup>67</sup> Collège des médecins de famille du Canada. La médecine familiale : Le Centre de médecine de famille. Septembre 2011. U. Toronto, (Ont.); 2011. Disponible ici : [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/CMF\\_Une\\_Vision\\_Pour\\_le\\_Canada.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada.pdf) (consulté le 15 mars 2012).
- <sup>68</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7 [...].
- <sup>69</sup> Ibid.
- <sup>70</sup> Access Improvement Measures. Edmonton (Alb.): Alberta Primary Care Initiative. Disponible ici : <http://www.albertapci.ca/AboutPCI/RelatedPrograms/AIM/Pages/default.aspx> (consulté le 12 mars 2013).
- <sup>71</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7 [...].
- <sup>72</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique [...].
- <sup>73</sup> Bierman AS, Shack AR, Johns A. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Réaliser l'équité en matière de santé en Ontario : Chapitre 13 [...].
- <sup>74</sup> About Primary Care Networks. Edmonton (Alb.): Alberta Primary Care Initiative. Disponible ici : <http://www.albertapci.ca/AboutPCNs/Pages/default.aspx> (consulté le 12 mars 2013).
- <sup>75</sup> Glazier RH. Balancing Equity Issues in Health Systems: Perspectives of Primary Healthcare. *Healthcare Papers* 2007; 8(Sp):35-45.
- <sup>76</sup> General Practice Services Committee. Learning Modules-Practice Management. Vancouver (C.-B.): Government of British Columbia & British Columbia Medical Association. Disponible ici : <http://www.gpsc.bc.ca/psp/learning/practice-management> (consulté le 12 mars 2013).
- <sup>77</sup> Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Accès aux services de santé : Chapitre 7 [...].
- <sup>78</sup> Bierman AS, Shack AR, Johns A. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Réaliser l'équité en matière de santé en Ontario : Chapitre 13 [...].
- <sup>79</sup> Amélioration des soins aux patients ayant des besoins élevés : Le gouvernement McQuinty établit des liens entre les fournisseurs de soins pour offrir aux patients des soins mieux coordonnés. Toronto (Ont.) Ministère de la Santé et
-

---

des Soins de longue durée de l'Ontario; 6 décembre 2012. Disponible ici : <http://news.ontario.ca/mohltc/en/2012/12/improving-care-for-high-needs-patients.html> (consulté le 10 décembre 2012).

<sup>80</sup> Curtis LJ, MacMinn WJ. Health-Care Utilization in Canada: 25 Years of Evidence [...].

<sup>81</sup> Shared Care Partners in Care Annual Report 2011/12. Vancouver (C.-B.): Government of British Columbia & British Columbia Medical Association. Disponible ici : [https://www.bcma.org/files/SC\\_annual\\_report\\_2011-12.pdf](https://www.bcma.org/files/SC_annual_report_2011-12.pdf) (consulté le 12 mars 2013).

<sup>82</sup> British Columbia Medical Association. Partners in Prevention: Implementing a Lifetime Prevention Plan. Vancouver, C.-B.; 2010. Disponible ici : [https://www.bcma.org/files/Prevention\\_Jun2010.pdf](https://www.bcma.org/files/Prevention_Jun2010.pdf) (consulté le 18 septembre 2013).

<sup>83</sup> Bierman AS, Shack AR, Johns A. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Réaliser l'équité en matière de santé en Ontario : Chapitre 13 [...].

<sup>84</sup> Ibid.

<sup>85</sup> Toward Optimized Practice. Edmonton (Alb.). Disponible ici : <http://www.topalbertadoctors.org/index.php> (consulté le 12 mars 2013).

<sup>86</sup> Ali A, Wright N, Rae M ed. Addressing Health Inequalities: A guide for general practitioners. Londres (R.-U.); 2008. Disponible ici : <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z%20policy/Health%20Inequalities%20Text%20FINAL.ashx> (consulté le 16 janvier 2012); Gardner, B. Health Equity Road Map Overview. Toronto (Ont.): Wellesley Institute, 2012. Disponible ici : [http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/09/HER\\_Systemic-Health-Inequities\\_Aug\\_2012.pdf](http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/09/HER_Systemic-Health-Inequities_Aug_2012.pdf) (consulté le 6 février 2013).

<sup>87</sup> Bowen, S. Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada [...].

<sup>88</sup> Gardner B. Health Equity Into Action: Planning and Other Resources for LHINs. Toronto(Ont.) Wellesley Institute; 2010. Disponible ici : [http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/09/Health\\_Equity\\_Resources\\_for\\_LHINs\\_1.pdf](http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/09/Health_Equity_Resources_for_LHINs_1.pdf) (consulté le 6 février 2013).

<sup>89</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES). Toronto, (Ont.); 2012. Disponible ici : <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf> (consulté le 30 septembre 2013).

<sup>90</sup> Bierman AS, Johns A, Hyndman B, et coll. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Les déterminants sociaux de la santé et les populations à risque : Chapitre 12; Gardner, B. Health Equity Road Map [...]; Glazier RH. Balancing Equity Issues in Health Systems [...].

<sup>91</sup> Bierman AS, Shack AR, Johns A. Rapport sur la santé des femmes en Ontario : Réaliser l'équité en matière de santé en Ontario : Chapitre 13 [...].