

2011

Sous la direction scientifique de

LUC GODBOUT – MARCELIN JOANIS –
NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN

Le Québec économique

Un **bilan de santé** du Québec



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

<http://lequebececonomique.cirano.qc.ca>



Presses de
l'Université Laval

Chapitre 7

POINT DE VUE

AVEC L'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE : UNE HAUSSE SIGNIFICATIVE DE L'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ

Pierre Fortin

Professeur émérite à l'Université du Québec à Montréal

Luc Godbout

Professeur titulaire à l'Université de Sherbrooke, chercheur à la Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques et fellow au CIRANO

Philip Merrigan

Professeur titulaire à l'Université du Québec à Montréal

Marc Van Audenrode

Professeur associé à l'Université de Sherbrooke et associé directeur au Groupe d'analyse

Avec la collaboration de Diego Alvarez, Anne Catherine Faye, Marissa Ginn et Lisa Pinheiro

Les dépenses budgétaires du Québec en santé et en services sociaux atteindront près de 33 milliards de dollars en 2013. Elles auront augmenté de plus de 70 % en dix ans¹. Compte tenu du poids énorme de la santé dans le budget gouvernemental, la seule solution viable à ce problème pour nos finances publiques consiste à agir directement sur les

dépenses de santé. Il faut en reprendre sérieusement le contrôle et faire en sorte que leur croissance annuelle n'excède pas le taux de croissance de la richesse collective. Sans une réduction majeure et durable du budget de la santé, le Québec aura bien du mal à traverser la crise actuelle, et encore davantage à relever le défi du vieillissement de sa population. Un problème demeure : si nos façons de faire actuelles restent inchangées, une croissance plus lente du budget de la santé équivaudra à une compression effective des services.

Il faut donc se demander s'il est possible de réaliser ces compressions dans un cadre modifié qui nous permettrait d'améliorer la performance du système et de reprendre en même temps le contrôle du budget de la santé. À cette question, nous répondons sans hésitation : *yes, we can*. La démonstration est facile à faire. Après les États-Unis où, comme on sait, les coûts de santé sont jusqu'ici hors contrôle, c'est au Québec que l'effort financier total des citoyens en santé est le plus important parmi tous les pays avancés. En 2008, nous avons consacré à la santé 12 % de notre PIB, soit presque un dollar sur huit².

Même si les autres sociétés avancées dépensent en santé une plus petite fraction de leur PIB que le Québec, certaines ont néanmoins des systèmes nettement plus performants que le nôtre. La France et la Belgique, deux pays culturellement proches de nous, offrent des exemples intéressants. Malgré que leurs populations soient plus vieilles, donc en principe plus coûteuses à soigner, les dépenses de santé en France et en Belgique sont inférieures aux nôtres (en parités de pouvoir d'achat). Cela n'a pas empêché l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de leur accorder de meilleures notes qu'à nous pour la performance globale de leur système de santé. L'OMS place la France au 1^{er} rang mondial, le Canada au 30^e rang, et la Belgique entre les deux, soit au 21^e rang³.

Comment les Belges et les Français parviennent-ils à faire mieux que nous sans que cela ne leur coûte plus cher ? Ce n'est pas en payant leurs médecins moins qu'au Québec. Ces deux pays ont depuis longtemps établi des mécanismes d'évaluation rigoureux, dépolitisés et transparents, placé les incitants financiers aux bons endroits, favorisé les innovations locales, attaché les budgets des hôpitaux au nombre de patients soignés, créé une émulation bénéfique entre le secteur public et un petit secteur privé, ouvert le privé à la pratique médicale à l'intérieur de certaines limites, et surtout accordé la priorité à la prévention et aux services de première ligne.

Analyse de l'impact du médecin de famille sur la santé de la population

Les avantages que peut apporter un système qui accorde une grande priorité à l'accès aux services des médecins de famille à la santé d'une population sont intuitivement évidents. La littérature scientifique internationale les a bien documentés. Mais qu'en est-il de l'importance de ce lien de causalité dans un contexte spécifiquement canadien? Pour y voir clair, nous avons procédé à une analyse quantitative basée sur les huit cycles bien-naux présentement disponibles (1994-1995 à 2008-2009) de *l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)* de Statistique Canada, qui a suivi l'évolution de la santé de 17 300 Canadiens depuis 1994.

Il faut d'abord souligner le contraste entre le Québec et les autres provinces canadiennes en matière d'accès à un médecin de famille (tableau 7-1). Selon les données les plus récentes de cette enquête, 79 % des Québécois de tous âges avaient un médecin de famille en 2008-2009, alors que 21 % n'en avaient pas. Dans les autres provinces, c'est plutôt 91 % de la population qui avait un médecin de famille et 9 % qui n'en avait pas. L'absence d'un médecin de famille au Québec est tellement répandue par rapport au reste du pays qu'en fait, à ce jour, 43 % de tous les Canadiens qui ne sont pas suivis par un médecin de famille résident au Québec. Par conséquent, s'il s'avère que la non-disponibilité d'un médecin de famille a des répercussions malheureuses pour la santé, il faudra comprendre qu'elles seront encore plus marquées pour le Québec que pour les autres provinces.

	Accès de la population de tout âge à un médecin de famille 2008-2009	
	Québec (% de la population totale)	Autres provinces (% de la population totale)
A un médecin de famille	79	91
N'a pas de médecin de famille	21	9
Total	100	100

Tableau t/2011-t7-1

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, cycle 8, 2008-2009.

L'ENSP contient les seules données longitudinales qui mesurent en détail les divers aspects de la santé des Canadiens. En ciblant les personnes qui étaient âgées de plus de 30 ans lors du premier cycle de l'enquête (1994-1995), il est possible d'établir, au moyen de ces données, si l'accès à un médecin de famille a un impact perceptible sur diverses mesures relatives à la santé. Évidemment, il faut bien isoler les effets qui peuvent être proprement attribuables à la présence d'un médecin de famille. Pour ce faire, l'influence de plusieurs caractéristiques démographiques, socioéconomiques et personnelles des répondants est simultanément prise en compte. Des précautions additionnelles sont prises de façon à contourner une possible causalité inversée qui est due au fait qu'une bonne santé peut détourner du recours à la prévention et aux soins de première ligne et engendrer ainsi une corrélation fallacieusement négative entre la santé et les soins de première ligne.

L'impact de l'accès à un médecin de famille peut se répercuter sur une vingtaine de mesures relatives à la santé que nous avons regroupées en quatre catégories : la prévention et le dépistage, l'hygiène de vie, le diagnostic de maladies chroniques, et le risque d'hospitalisation et de décès.

À moins d'indication contraire, pour chaque événement présenté dans les tableaux de ce chapitre, l'effet indiqué représente la hausse estimée de sa probabilité d'occurrence, exprimée en points de pourcentage. Ainsi, par exemple, si la probabilité de prise de tension artérielle pour une personne de caractéristiques données est de 30 % lorsqu'elle n'a pas de médecin de famille, on estime que cette probabilité passerait à 38,55 % si elle avait eu accès à un médecin de famille (ajout de 8,55 points de pourcentage).

Prévention, dépistage et accès aux autres professionnels

En matière de prévention, de dépistage et d'accès aux autres professionnels (tableau 7-2), les données révèlent que l'accès à un médecin de famille accroît sensiblement la probabilité qu'au cours des deux années précédant la date de l'enquête, le patient ou la patiente ait reçu un vaccin antigrippal, ait fait prendre sa tension artérielle, ait passé un test de Papanicolaou ou une mammographie, ait consulté un médecin spécialiste et ait utilisé des services de santé à domicile. Dans tous les cas, il n'y a pas plus que 1 chance sur 100 que l'effet estimé soit purement dû au hasard et qu'avoir accès à un médecin de famille soit en réalité sans effet sur la mesure considérée.

Effets de l'accès à un médecin de famille sur la probabilité d'occurrence de certains événements liés à la prévention, au dépistage et à l'accès aux autres professionnels de la santé, pour la population canadienne âgée de plus de 30 ans	
Effet estimé sur la probabilité d'occurrence (pts de %)	
Inoculation d'un vaccin antigrippal	+ 8,55
Prise de tension artérielle	+ 10,67
Passage d'un test de Papanicolaou	+ 3,72
Passage d'une mammographie	+ 9,22
Consultation d'un médecin spécialiste	+ 6,85
Utilisation de services à domicile	+ 1,21

Tableau t/2011-c7-2

Source : Calculs des auteurs à partir des cycles 1 à 8 de l'ENSP.

Hygiène de vie

Du côté de l'hygiène de vie (tableau 7-3), les patients qui sont suivis par un médecin de famille fument moins, consomment moins d'alcool, ont une consommation plus importante de fruits et de légumes, font plus d'activité

physique soutenue et voient leur indice de masse corporelle (ratio du poids, en kilogrammes, sur le carré de la taille, en mètres) diminuer. Dans le cas de la consommation de tabac, nous avons pu calculer que l'introduction d'un suivi médical de première ligne ferait diminuer de 3,3 points de pourcentage la probabilité qu'on soit un fumeur régulier. Dans le cas de la consommation d'alcool, l'arrivée du suivi conduirait à une réduction de 0,75 verre d'alcool par semaine. Dans ces deux cas (tabac et alcool), il n'y a, encore une fois, pas plus que 1 chance sur 100 pour que l'effet véritable du suivi médical de première ligne soit purement attribuable au hasard.

D'autres indicateurs d'hygiène de vie, comme la consommation de fruits et de légumes, la fréquence de l'activité physique ou l'indice de masse corporelle, indiquent eux aussi des réactions favorables des patients à l'accès à un médecin de famille, bien que, dans ces cas, la précision des estimations soit moindre que pour la consommation de tabac et d'alcool (moins de 2 chances sur 5 pour les fruits et les légumes ainsi que pour l'indice de masse corporelle et moins de 1 chance sur 4 pour l'activité physique).

Effets estimés de l'accès à un médecin de famille sur certains indicateurs d'hygiène de vie de la population canadienne âgée de plus de 30 ans	
Effet estimé sur l'indicateur	
Probabilité d'être un fumeur régulier (pts de %)	- 3,3
Nombre de verres d'alcool par semaine	- 0,75
Nombre de portions de fruits et de légumes par jour	+ 0,06
Nombre d'activités physiques de plus de 15 minutes par mois	0,5
Indice de masse corporelle (kg/m ²)	- 0,05

Tableau t/2011-c7-3

Source : Calculs des auteurs à partir des cycles 1 à 8 de l'ENSP.

Maladies chroniques

Pour le diagnostic de maladies chroniques (tableau 7-4), l'attention est portée sur trois d'entre elles : l'hypertension, le cancer, et l'emphysème ou la bronchite chronique. Dans chaque cas, deux aspects de l'effet à long terme d'un suivi régulier par un médecin de famille sont considérés : la probabilité de diagnostiquer la maladie au patient, d'une part, et l'âge auquel ce diagnostic survient, d'autre part. Dans le cas du cancer, la durée de la maladie jusqu'à rémission pour les patients qui parviennent à ce stade est également estimée.

Un suivi régulier par un médecin de famille fait diminuer la probabilité de recevoir un diagnostic d'hypertension, de cancer et d'emphysème ou de bronchite chronique. L'effet de l'accès au médecin de famille sur cette probabilité est particulièrement important pour le diagnostic d'hypertension, non seulement parce que de son ordre de grandeur (- 0,08) est plus élevé que pour les deux autres maladies, mais également parce qu'il n'a que 1 chance sur 30 de résulter du hasard pur. L'incertitude sur la grandeur des effets positifs est plus grande dans les cas des diagnostics de cancer (inférieure à 1 chance sur 6) et d'emphysème ou de bronchite chronique (inférieure à 3 chances sur 5).

Parmi les patients auxquels on diagnostique de l'hypertension, un cancer, un emphysème ou une bronchite chronique, ceux qui se font suivre régulièrement par un médecin de famille reçoivent ce diagnostic plus tard que ceux qui ne bénéficient pas d'un tel suivi. L'écart moyen entre les deux types de patients va de 17 mois pour l'hypertension à plus de 4 ans et demi pour le cancer et à 5 ans pour l'emphysème ou la bronchite chronique. Ces trois estimations jouissent toutes d'un degré élevé de fiabilité (inférieure à 1 chance sur 30 pour le cancer, et à 1 chance sur 100 pour les deux autres mesures).

Enfin, les patients souffrant de cancer qui finissent par connaître une rémission de la maladie parviennent à ce stade en moyenne dix mois plus tôt s'ils ont eu accès à un suivi par un médecin de famille que s'ils n'y ont pas eu accès.

Pris collectivement, les résultats du tableau 7-4 permettent de conclure que l'accès à un médecin de famille augmente de manière significative l'espérance de vie en bonne santé des patients qui finissent par souffrir de certaines maladies chroniques comme l'hypertension, le cancer et l'emphysème ou la bronchite chronique.

Effets à long terme estimés du suivi régulier par un médecin de famille sur la probabilité de recevoir un diagnostic de certaines maladies chroniques, sur l'âge du patient au moment du diagnostic et sur la durée d'un cancer jusqu'à rémission, pour la population canadienne âgée de plus de 30 ans

Effet à long terme du suivi par un médecin de famille	
Probabilité de recevoir un diagnostic (pts de %)	
Hypertension	- 0,08
Cancer	- 0,02
Emphysème ou bronchite	- 0,01
Effet sur l'âge du patient lors du diagnostic (mois)	
Hypertension	+ 17
Cancer	+ 55
Emphysème ou bronchite	+ 62
Durée du cancer jusqu'à rémission (mois)	
Effet	- 10

Tableau t/2011-c7-4

Source : Calculs des auteurs à partir des cycles 1 à 8 de l'ENSP.

Hospitalisation et mortalité

L'effet d'un médecin de famille est également très important en ce qui concerne la mortalité (tableau 7-5). Les effets rapportés montrent une diminution de 10,8 points de pourcentage du risque de décès au cours de la période de 14 ans allant de 1994 à 2008 et, le cas échéant, un décès plus tardif de dix mois pour les patients qui bénéficient du suivi régulier d'un médecin de famille. Dans le cas du risque d'hospitalisation, une réduction de 0,19 point de pourcentage est observée sur deux ans. Il faut comprendre que deux effets contraires sont à l'œuvre. D'un côté, le patient suivi est probablement en meilleure santé que celui qui ne l'est pas et a donc moins besoin de soins hospitaliers. Mais, de l'autre, la présence d'un médecin de

famille peut faciliter l'hospitalisation lorsqu'elle est souhaitable, tout comme c'est le cas pour l'accès à un médecin spécialiste.

Enfin, la baisse de 10,8 points de pourcentage du taux de mortalité sur la période de 14 ans de l'enquête qu'apporte la disponibilité régulière d'un médecin de famille est particulièrement importante et la probabilité qu'elle soit purement le fruit du hasard est de moins de 1 sur 100. Il en ressort également que les patients qui décèdent tendent à mourir dix mois plus vieux s'ils sont suivis régulièrement que s'ils ne le sont pas. Cette dernière estimation est cependant imprécise (inférieure à 1 chance sur 3).

Effets à long terme estimés du suivi régulier par un médecin de famille sur le risque d'hospitalisation, le risque de décès et l'âge au décès de la population canadienne âgée de plus de 30 ans	
Effet à long terme du suivi par un médecin de famille	
Risque d'hospitalisation sur deux ans (pts de %)	- 0,19
Risque de décès sur 14 ans (pts de %)	- 10,8
Âge au décès (mois)	+ 10

Tableau t/2011-c7-5

Source : Calculs des auteurs à partir des cycles 1 à 8 de l'ENSP.

Conclusion

Il n'est pas du tout surprenant que l'accès aux soins de santé de première ligne – et tout particulièrement l'accès à un médecin de famille – ait des effets bénéfiques sur la santé de la population. De nombreuses études partout dans le monde ont été consacrées à cette question et concluent à la présence de ces effets bénéfiques. Le présent point de vue en confirme l'importance à l'aide des données de l'ENSP que Statistique Canada réalise tous les deux ans depuis 1994.

L'enquête met en relief plusieurs tendances fortes. Les patients suivis par un médecin de famille ont un meilleur accès aux actes préventifs, aux tests de dépistage du cancer et aux soins de médecins spécialistes et

d'autres professionnels de la santé. Ils ont une meilleure hygiène de vie, principalement en matière de consommation de tabac et d'alcool – causes majeures de morbidité et de mortalité. Ils ont moins de chances de développer une maladie chronique et, lorsqu'ils en développent une, ils en sont victimes plus tardivement. Leur taux de mortalité est significativement plus faible. L'accès aux soins réguliers d'un médecin de famille allonge donc à la fois leur espérance de vie et leur espérance de vie *en bonne santé*, notamment en leur assurant une meilleure protection contre les causes évitables de morbidité et de mortalité. Enfin, tous ces résultats s'appliquent avec une force particulière à la santé de la population du Québec, parce que cette province abrite plus de 40 % des Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille.



Notes

1. Selon les budgets du Québec, le budget de la santé en 2003 était de 19,0 milliards de dollars ; en 2013, il est estimé à 32,6 milliards de dollars.
2. Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2010.
3. Organisation mondiale de la Santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*.