

BARRIÈRE LINGUISTIQUE ET INÉGALITÉS DE SANTÉ AU QUÉBEC:

Catherine Drouin, PhD (c)¹, Josiane Courteau PhD¹, Gabriela Orzanco, PhD¹, Denis Leroux, PhD², Alain Vanasse MD, PhD¹

le cas de l'infarctus du myocarde

1. Groupe de recherche PRIMUS, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
2. Département des sciences humaines, section géographie, Université du Québec à Trois-Rivières



CONTEXTE

Population du Québec:

- Langue officielle: Français.
- 5,4% ne parle pas français ; 17,96% déclare une langue maternelle autre que le français.¹
- À l'extérieur de la région métropolitaine de Montréal, les services en anglais ou autre langue sont peu disponibles.²

Une barrière linguistique peut impliquer:

- Difficultés lors de la prise de rendez-vous^{5,6} ⇒ impact sur le suivi médical.
- Impacts sur la qualité de la relation patient-intervenant.^{12,13}
- Impacts sur la compréhension des instructions données lors de la sortie de l'hôpital.⁹
- ⇒ La maîtrise d'une langue seconde n'implique pas une compréhension suffisante en situation d'urgence ou lors de problème de santé grave.^{3,4}

Impact sur le diagnostic et le traitement de l'infarctus du myocarde (IM) pour les patients au prise avec une barrière linguistique :

- Aux urgences : tests diagnostiques plus nombreux pour patients avec une douleur abdominale.⁸
- Hospitalisations légèrement plus longues.^{9,10,11}
- Plus susceptibles d'être soumis à une chirurgie ou une intervention cardiaque efficace.^{10,11}



Une barrière linguistique peut-elle être à l'origine de disparités quant aux issues de santé faisant suite à un événement de santé aiguë tel un infarctus du myocarde?

MÉTHODE

Devis: analyse secondaire de données selon un devis écologique.

Sources de données:

- Base de données MED-ECHO sur les hospitalisations au Québec.
- Registre de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ).
- Recensement de la population 2001 de Statistique Canada.

Unité d'analyse: Aire de diffusion (AD).

Population: Tous les patients de 25 ans et plus, hospitalisés au Québec entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2003 et dont le diagnostic primaire est un infarctus du myocarde (IM) (CIM-9: 410).

Variante indépendante: proportion de la population n'ayant pas le français comme langue maternelle.

Variante dépendantes:

- Incidence cumulée.
- Taux de décès toutes causes à l'hospitalisation index (HI) et au cours des 12 mois suivant un IM; décès de MCV au cours des 12 mois suivant un IM.
- Taux de réadmission toutes causes, pour MCV ou pour IM au cours des 12 mois suivant un IM.
- Taux de revascularisation à l'HI et 12 mois après HI : tous types, Angioplastie coronarienne transluminale percutanée (PTCA), Pontage aorto-coronarien (PAC).

Autres variables: proportion de personnes de 65 ans et plus; ratio homme/femme.

Identification des groupes linguistiques

- En fonction de la langue maternelle déclarée par la population de chaque aire de diffusion.
- Les groupes extrêmes considérés pour la suite des analyses:

Population francophone: moins de 1% de la population déclare une langue maternelle autre que le français.

Population majoritairement non francophone: 50 % ou plus de la population déclare une langue maternelle autre que le français.

Analyses statistiques

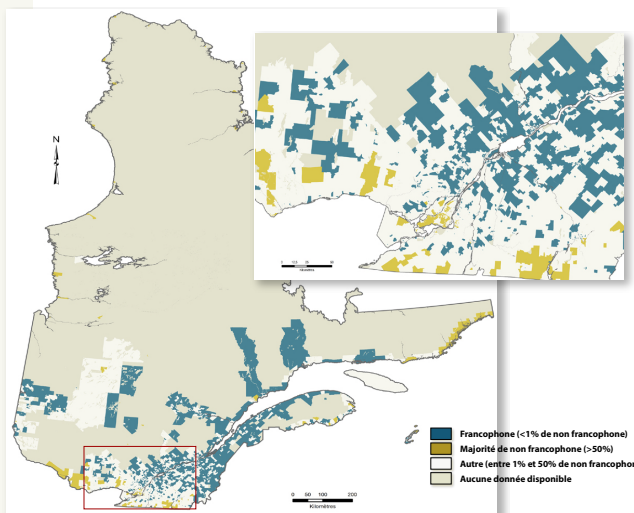
- Comparaisons des issues associées à l'infarctus du myocarde.
- Patients ⇒ groupe linguistique : association entre le code postal de leur résidence et l'aire de diffusion correspondante.
- Comparaison des patients francophones et non francophones ⇒ Chi-carré (χ^2) pour chacune des variables dépendantes.

OBJECTIF

Comparer les issues de santé relatives à l'infarctus du myocarde en fonction de la composition linguistique de la communauté de résidence des patients.

RÉSULTATS

Groupes linguistiques au Québec en 2001



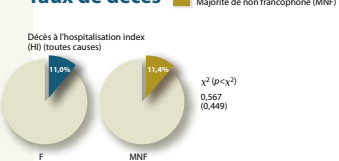
	Francophone	Majorité de non francophone
Population totale	1 501 037	1 001 132
Genre		
Homme	742 065 (49,4%)	484 930 (48,4%)
Femme	758 775 (50,6%)	516 245 (51,6%)
Âge		
25 à 64 ans	826 592 (55,07%)	523 087 (52,25%)
65 ans et plus	198 780 (13,3%)	137 295 (13,9%)
Ruralité		
Urbain	970 488 (64,7%)	929 880 (92,9%)
Rural	530 549 (35,3%)	71 252 (7,1%)

Description des groupes linguistiques identifiés au Québec en 2001

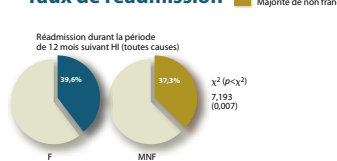
	Francophone	Majorité de non francophone	χ^2 (pχ^2)
Nombre de cas	10 026	4 737	
Incidence cumulée (%)	9,73	7,06	
Genre			
Homme	6 756 (67,4%)	3 073 (64,9%)	9,127
Femme	3 270 (32,6%)	1 664 (35,1%)	(0,003)
Âge			
25 à 64 ans	4 553 (45,4%)	1 788 (37,7%)	77,167
65 ans et plus	5 473 (54,6%)	2 949 (62,3%)	(<0,001)
Status 12 mois après IM			
Décédé	1 773 (17,7%)	950 (20,1%)	12,021
Vivant	8 253 (82,3%)	3 787 (79,9%)	(0,001)

Description des groupes de patients ayant subi un IM entre 2000-2003 au Québec

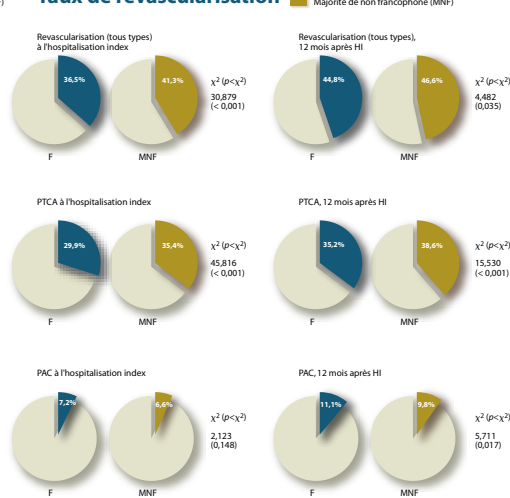
Taux de décès



Taux de réadmission



Taux de revascularisation



DISCUSSION

La plupart des résultats montrent une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

- Toutefois, le nombre élevé de cas permet la détection de différences très faibles.
- Il est donc justifié de se demander si ces différences sont aussi cliniquement significatives.

Chez les patients habitant une AD où la majorité de la population déclare une langue maternelle autre que le français...

- Décès toutes causes plus élevés, dans les 12 mois suivant un IM ⇒ Barrière linguistique qui affecte la qualité du suivi post-IM? Patients plus mal en point? Plus âgés?

PTCA à l'hospitalisation index et dans les 12 mois suivant un IM plus élevé ⇒ Barrière linguistique = Incertitude dans le diagnostic¹⁵ susceptible d'inciter le médecin à diriger un patient vers un traitement plus rapidement?

Autres facteurs pouvant être explorés:

- Influence de la ruralité¹⁶ et de la défavorisation¹⁷ sur la santé, largement reconnue.
- Bonne compréhension des instructions concernant la prise de médicaments affectée par une barrière linguistique ⇒ moins grande adhérence au traitement.^{7,18,19}



Est-ce que ces caractéristiques pourraient expliquer les différences entre les groupes linguistiques?

REFERENCES

1. Statistique Canada. (2003). Profil - Langues, mobilité et migration, pour le Canada, le Québec, les territoires, les districts de recensement, les subdivisions de premier langage et langue, par territoire. Ottawa: Publication 96-02, 2003. Ottawa: Product 96-02-001-001. Au catalogue de Statistique Canada, 14 pages.

2. Comité permanent des langues officielles. (2003). L'accès au soins de santé pour les personnes migrantes de langue officielle. Québec: Chaire de recherche en santé et perspectives d'avenir. Chaire: Chaire des Communautés.

3. Barnes, S. (2000). Language health care disparities: breaking the language barrier. Critical Care Nursing, 18(1), 6-9.

4. Zuo, L., S. Sathian, L. et Cheung, J. (2000). English language competency of self-declared English speaking Hispanic patients: a cross-sectional study of health literacy. Journal of the National Medical Association, 93(1), 11-17.

5. Flores, C., Abreu, M., et Ramirez, B. (1998). Access barriers to health care for low-income children. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 152(1), 11-15.

6. Flores, C., Abreu, M., et Ramirez, B. (2005). Limited English proficiency, influence of ethnicity and language skills on treatment and use of health services. Health Information Management Journal, 32(2), 24-36.

7. Anderson, G. (2002). Language barriers contribute to health care disparities for Latinos in the United States of America. Public Health Reports, 117(1), 16-19.

8. Williams, M. A., et Lewis, M. A. (2003). Are diagnostic testing and admission rates higher for non-English speaking acute English speaking patients in the emergency department? Journal of Emergency Medicine, 34(5), 416-44.

9. John, B., et al. (2000). The effect of English language proficiency on length of stay and hospital mortality. Journal of General Internal Medicine, 15(3), 211-216.

10. Garcia, S., Kibria-Chowdhury, S., Hernandez, A., Chatterjee, A., et Bhattacharya, A. B. (2005). Access myocardial infarction length of stay and hospital mortality are not associated with language preference. Journal of General Internal Medicine, 20(5), 368-374.

11. Benaissa, A. (2007). Ischemic heart disease and Australian immigrants: the influence of ethnicity and language skills on treatment and use of health services. Health Information Management Journal, 34(2), 24-36.

12. Edwards, R. M., Jackson, C., Hyman, E., Coughlin, M., et Fine, M. J. (2006). Adapting health department research to the health care system: a conceptual framework. American Journal of Public Health, 96(12), 2113-2117.

13. Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press.

14. Statistique Canada. (2005). Fiche de consultation des codes généraux (CICG), guide de référence révisé. Ottawa: Ottawa: produit no 96-13-001-001 au catalogue de Statistique Canada.

15. Wadsworth, S. C., Wirth, M. S., Gubin, M., et Alexander, C. C. (2007). A qualitative study of physician engagement in reducing healthcare disparities. Journal of the American Medical Association, 297(12), 1511-1522.

16. Loding, J. (2006). Le concept de «civilité» mis en lien avec la ruralité et les personnes de langue officielle. Mémoire de maîtrise en sciences humaines. Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

17. Jaramila, B., et Raymond, C. (2005). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé de la région de Québec. Mémoires ethniques au Québec. Mémoires ethniques au Québec, 1(1), 113-122.

18. Alshamsi, M., Cook, M., Angley, C., Stepan, L., Sashby, M., Doucet, C., et al. (2007). Pharmacists' cultural modification activities in the Emergency Department: identifying patient groups at risk of medication misadventure. Pharmacy Practice, 3(1), 162-169.

19. Wadsworth, S. M., et Swanson, T. S. (2005). Pharmacy-related health disparities experienced by non-English speaking patients: impact of governmental care. Journal of the American Medical Association, 294(1), 11-17.