

Coup d'œil sur la santé

Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada

par Janine Clarke

Date de diffusion : le 8 décembre 2016



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- 0 zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
- 0^s valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
- ^p provisoire
- ^r révisé
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- ^E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié
- * valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Coup d'œil sur la santé

Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada

par Janine Clarke

Faits saillants

- En 2013, la majorité (71 %) des Canadiens âgés de 15 ans et plus nécessitant des services de soins de santé ont déclaré n'avoir éprouvé aucune difficulté à accéder à de tels services.
- Parmi les personnes ayant déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé, l'« attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous » et la « difficulté à obtenir un rendez-vous » étaient les obstacles les plus souvent mentionnés par celles ayant éprouvé de la difficulté à accéder à des soins de santé.
- Les Canadiens qui percevaient leur santé comme étant passable ou mauvaise étaient les plus susceptibles d'éprouver de la difficulté à accéder à des services de santé spécialisés, comme les soins prodigués par un médecin spécialiste, les chirurgies non urgentes et certains tests diagnostiques.
- Les personnes les plus scolarisées (celles ayant fait au moins certaines études postsecondaires) étaient les plus susceptibles d'avoir de la difficulté à accéder à des services de première ligne (c.-à-d. les soins immédiats, les soins de routine ou les renseignements relatifs à la santé).

Introduction

L'accès facile et en temps opportun aux services de soins de santé est important pour la santé des Canadiens. La difficulté à accéder à ces services peut avoir diverses répercussions : le délai dans la recherche et l'obtention d'un traitement; la sous-utilisation des soins ou services de santé préventifs ou le fait d'ignorer l'existence de tels services; le risque accru de complications si un diagnostic est retardé; l'augmentation du fardeau financier sur le système de soins de santé (p. ex. si les patients sont encore plus malades et/ou s'ils doivent demeurer plus longtemps à l'hôpital); et la mauvaise observance du traitement^{1,2}. Par conséquent,

l'un des principaux objectifs du régime national d'assurance-maladie du Canada est de veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services médicalement nécessaires, et ce, gratuitement^{3,4}. Toutefois, d'autres facteurs, comme la durée du temps d'attente, peuvent avoir une incidence sur l'accès aux services de soins de santé et faire en sorte que certaines personnes éprouvent de la difficulté à obtenir les services de soins de santé nécessaires^{2,5}.

Le présent article porte sur les expériences auto-déclarées des Canadiens âgés de 15 ans et plus en ce qui concerne l'accès à certains services de soins de santé au cours de l'année ayant précédé leur participation à l'enquête. Les données

Définitions des services de soins de santé examinés dans cet article^{6,7}

Le terme **services spécialisés** sera utilisé dans le présent article pour désigner collectivement les trois types de services de soins de santé suivants :

- Les **soins prodigués par un médecin spécialiste** comme un cardiologue, un allergologue, un urologue, un gynécologue ou un psychiatre, à l'exception des soins prodigués par un optométriste, pour un diagnostic ou une consultation.
- Les **chirurgies non urgentes** désignent les interventions chirurgicales non urgentes planifiées, comme une chirurgie cardiaque, une chirurgie des articulations (p. ex. du genou ou de la hanche), une césarienne et une chirurgie de la cataracte, à l'exception des chirurgies oculaires au laser.
- **Certains tests diagnostiques** comprennent les tests réalisés dans des situations non urgentes, comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM), les tomodensitogrammes et les angiographies.

Le terme **services de première ligne** sera utilisé dans le présent article pour désigner collectivement les trois types de services de soins de santé suivants :

- Les **soins immédiats** sont les soins prodigués pour un problème de santé mineur, comme une fièvre, un mal de tête, une entorse à la cheville, des vomissements, une brûlure mineure, une coupure, une irritation de la peau, une éruption cutanée inexplicite ou d'autres problèmes de santé ou blessures causés par un accident mineur.
- Les **soins de routine** ou de suivi sont des soins prodigués par un médecin de famille ou un omnipraticien au répondant ou à un membre de sa famille vivant dans le même logement. Ils comprennent les examens annuels, les tests sanguins ou les soins de routine pour une maladie déjà existante.
- Les **renseignements relatifs à la santé** désignent l'information ou les conseils relatifs à un problème de santé nouveau ou existant, ou à une maladie nouvelle ou existante. Cela peut comprendre les renseignements fournis par téléphone ou ceux qui sont obtenus en personne par un professionnel de la santé. Ils peuvent concerner les traitements, les soins appropriés ou encore la personne à laquelle s'adresser pour obtenir des soins (p. ex. un médecin, la salle d'urgence, la clinique d'un hôpital).

proviennent des questions du module « Accès aux services de soins de santé », qui ont été posées aux répondants des 10 provinces dans le cadre de l'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes**, tous les deux ans, de 2003 à 2013. Le module comporte des questions précises sur deux groupes de services de soins de santé : les **services spécialisés et les services de première ligne**^{6,7,8}. Les services spécialisés comprennent les **soins prodigués par un spécialiste**, les **chirurgies non urgentes** et **certains tests diagnostiques**. Les services de première ligne comprennent les **soins immédiats**, les soins de routine ainsi que les **renseignements relatifs à la santé**. Les résultats présentés dans cet article sont fondés sur les personnes ayant eu besoin de services de soins de santé au cours des 12 mois précédant leur participation à l'enquête. La proportion de Canadiens ayant déclaré avoir éprouvé une ou plusieurs difficultés à accéder à chacun de ces services est présentée ainsi que les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer ces difficultés. On a également évalué certaines caractéristiques sociodémographiques (p. ex. le niveau de scolarité, la situation d'emploi) ainsi que celles liées à la santé (p. ex. la santé perçue) des répondants ayant déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé. Le lien entre les caractéristiques examinées dans le présent article et la difficulté d'avoir accès à des soins immédiats ou à des soins de routine a déjà été observé dans des études antérieures².

La plupart des Canadiens ont déclaré ne pas avoir eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé

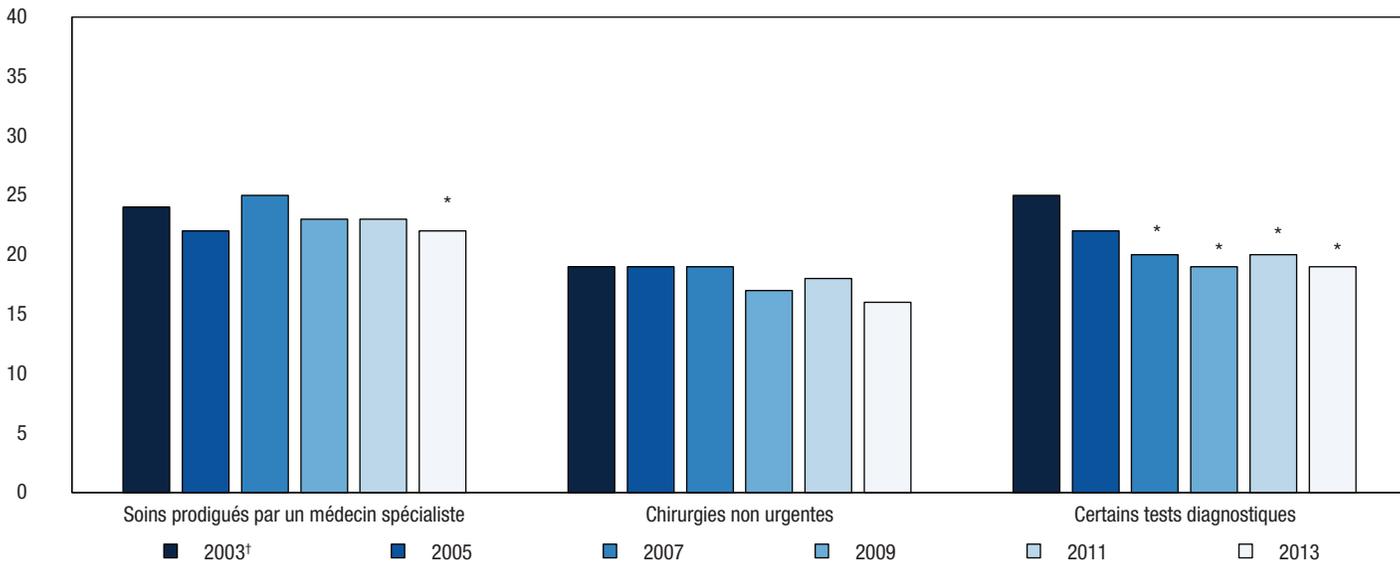
En 2013, environ 80 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont eu accès à un ou plusieurs services de soins de santé spécialisés ou services de première ligne au cours de l'année précédant leur participation à l'enquête. Parmi ceux-ci, la plupart (71 %) ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à accéder à de tels services.

La suite de l'article portera toutefois sur les Canadiens ayant mentionné avoir eu de la difficulté à obtenir les services dont ils avaient besoin. La proportion de Canadiens ayant déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à divers services de soins de santé variait selon le service. Par exemple, 16 % d'entre eux ont indiqué avoir eu de la difficulté à obtenir une chirurgie non urgente, alors que 23 % ont affirmé avoir éprouvé de la difficulté à obtenir des soins immédiats (graphiques 1 et 2). Pour la plupart des types de services de soins de santé, la proportion de personnes ayant déclaré avoir

Graphique 1

Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir éprouvé de la difficulté à accéder à des services de soins de santé spécialisés¹, Canadiens âgés de 15 ans et plus², 2003 à 2013

pourcentage



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

† catégorie de référence

1. Voir l'encadré « Définitions des services de soins de santé examinés dans cet article » pour obtenir la définition des variables contenues dans ce graphique.

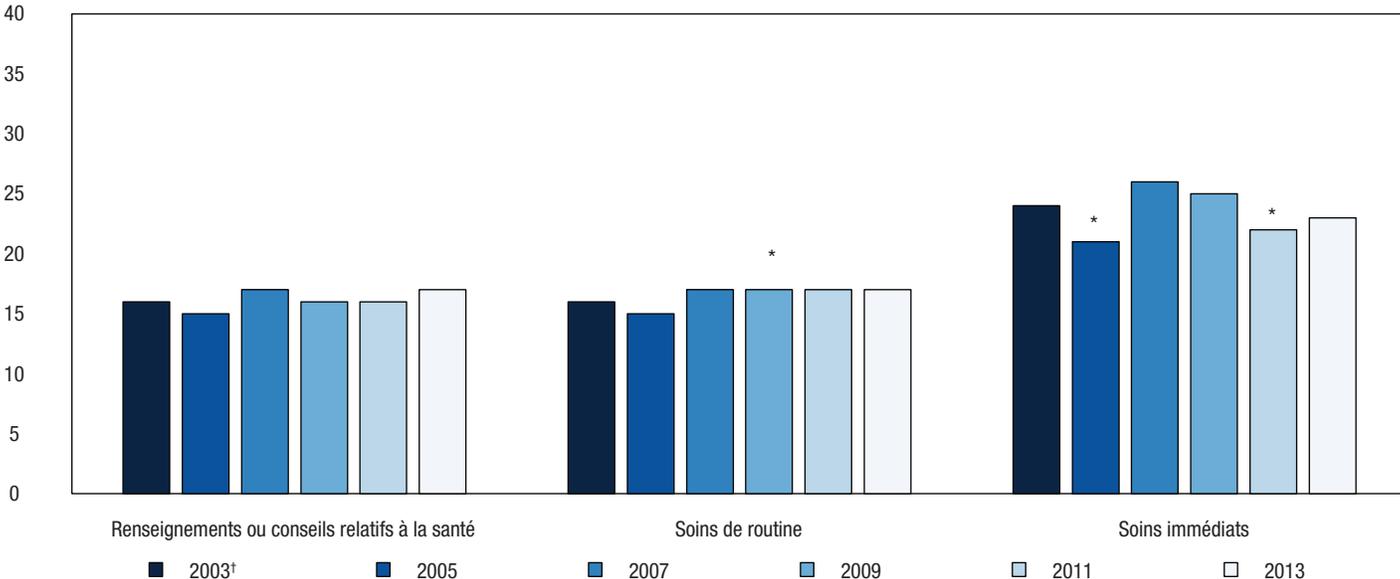
2. Analyse fondée sur les personnes ayant nécessité des services de soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 et 2013.

Graphique 2

Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir éprouvé des difficultés à accéder à des services de soins de santé de première ligne¹, Canadiens âgés de 15 ans et plus², 2003 à 2013

pourcentage



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

† catégorie de référence

1. Voir l'encadré « Définitions des services de soins de santé examinés dans cet article » pour obtenir la définition des variables contenues dans ce tableau.

2. Analyse fondée sur les personnes ayant nécessité des services de soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête, que ce soit pour elles-mêmes ou pour un membre de la famille.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 et 2013.

Tableau 1

Trois principales raisons expliquant les difficultés à accéder aux services de soins de santé, selon le type de service de soins de santé¹, Canadiens âgés de 15 ans et plus², 2009 à 2013³

Raisons de la difficulté, selon le type de service de soins de santé	Pourcentage (%)	Intervalle de confiance de 95 %
Services spécialisés		
Soins prodigués par un spécialiste		
Difficulté à obtenir un rendez-vous	43	(40 à 45)
Attente trop longue pour obtenir un rendez-vous	51	(49 à 53)
Attente trop longue dans le cabinet du médecin	17	(15 à 19)
Chirurgies non urgentes		
Difficulté à obtenir un rendez-vous avec un chirurgien	31	(27 à 36)
Attente trop longue pour obtenir une chirurgie	60	(55 à 65)
Toujours en attente d'une chirurgie	14	(11 à 18)
Certains tests diagnostiques		
Difficulté à obtenir un rendez-vous	26	(22 à 30)
Attente trop longue pour obtenir un rendez-vous	53	(49 à 57)
Attente trop longue dans le cabinet du médecin	22	(19 à 25)
Services de première ligne		
Renseignements ou conseils relatifs à la santé		
Difficulté à contacter un médecin ou une infirmière	40	(38 à 43)
Attente trop longue pour parler à quelqu'un	36	(34 à 39)
N'a pas obtenu les renseignements ou les instructions appropriés	29	(27 à 31)
Soins de routine ou de suivi		
Difficulté à contacter un médecin	23	(21 à 25)
Difficulté à obtenir un rendez-vous	48	(46 à 50)
Attente trop longue pour obtenir un rendez-vous	38	(36 à 40)
Soins immédiats (problème de santé mineur)		
Difficulté à obtenir un rendez-vous	31	(29 à 34)
Attente trop longue pour obtenir un rendez-vous	26	(24 à 29)
Attente trop longue dans le cabinet du médecin	49	(46 à 52)

1. Voir l'encadré « Définitions des services de soins de santé examinés dans cet article » pour la définition des variables contenues dans ce tableau.

2. Analyse fondée sur les personnes ayant déclaré avoir eu des difficultés à accéder à ces services dans les 12 mois précédant l'enquête. Pour les services de première ligne, cela comprend l'accès aux services pour soi-même ou pour un membre de la famille vivant dans le même logement.

3. Les résultats sont fondés sur les données combinées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009, 2011 et 2013.

Note : À la question sur le type de difficulté éprouvée, les répondants pouvaient choisir toutes les réponses applicables. Pour cette raison, les estimations ne totalisent pas 100 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009, 2011 et 2013.

eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé n'a pas changé de façon significative depuis 2003. Toutefois, en 2013, la proportion de celles ayant indiqué avoir eu de la difficulté à accéder à des soins spécialisés ou à certains tests diagnostiques était nettement plus faible qu'en 2003 (graphique 1).

L'« attente trop longue » était la raison la plus souvent mentionnée par les Canadiens ayant eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé

Les personnes ayant indiqué avoir eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé ont répondu à une question de suivi concernant la ou les raisons des difficultés éprouvées⁹.

Bien que plusieurs types de difficultés aient été déclarés (p. ex. les problèmes linguistiques, le coût, les problèmes de transport), les trois principales difficultés pour chacun des services de santé ont été incluses (tableau 1). Cela a été fait en vue de couvrir uniquement les principales raisons. En outre, certaines difficultés n'ont pu être présentées en raison de la petite taille de l'échantillon.

Les raisons inhérentes à l'« attente trop longue » figuraient parmi les trois principales difficultés à accéder à chacun des types de services de soins de santé (tableau 1). Plus de 50 % des répondants ayant déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des services spécialisés ont affirmé que le problème était le temps d'attente avant d'obtenir un rendez-vous. Le temps

d'attente était également la principale raison expliquant la difficulté à accéder à des chirurgies non urgentes, 60 % des répondants ayant indiqué qu'ils avaient attendu trop longtemps pour obtenir de telles chirurgies. La proportion de Canadiens ayant déclaré avoir attendu trop longtemps pour obtenir une chirurgie non urgente est demeurée similaire au fil du temps (données non présentées).

La durée du temps d'attente pour obtenir des services de soins de santé représente un enjeu important au Canada — en 2004, les premiers ministres se sont engagés à mettre en œuvre un plan décennal pour réduire la durée des temps d'attente au Canada pour un certain nombre de services ou d'interventions⁴. Bien que la présente analyse révèle qu'une forte proportion de Canadiens a déclaré que l'« attente trop longue » représente un obstacle à l'accès aux services de soins de santé, d'autres rapports récents laissent entendre que les temps d'attente pour certaines procédures se sont améliorés au pays depuis 2004¹⁰. En fait, la majorité des Canadiens subissent des interventions telles qu'une arthroplastie de la hanche ou du genou, une réparation d'une fracture de la hanche, une chirurgie de la cataracte ou la radiothérapie dans des « temps d'attente médicalement acceptables », lesquels sont définis comme le temps d'attente approprié pour une intervention selon des preuves cliniques¹¹. Toutefois, ce qui est considéré comme un « temps d'attente médicalement acceptable » peut ne pas sembler acceptable du point de vue du patient. Comme le questionnaire ne demandait pas précisément combien de temps les répondants avaient attendu, il n'est pas possible de déterminer si le temps d'attente était médicalement acceptable.

La « difficulté à obtenir un rendez-vous » était une autre raison donnée pour laquelle les Canadiens ont éprouvé de la difficulté à accéder aux services de soins de santé spécialisés et aux services de première ligne (tableau 1). Cette raison a été la plus souvent mentionnée (48 %) par les personnes ayant eu de la difficulté à obtenir des soins de routine de la part d'un médecin de famille ou d'un omnipraticien. La difficulté à obtenir un rendez-vous pourrait avoir un lien avec la disponibilité des médecins au Canada. Le nombre de médecins ne cesse d'augmenter au pays, et en 2014, le ratio de médecins par rapport à la population a atteint son plus haut niveau (224 médecins pour 100 000 habitants)¹². Cette même année cependant, environ 15 % des Canadiens ont déclaré ne pas avoir de médecin régulier¹³. Cet écart peut s'expliquer par le fait que parmi ces 224 médecins, seulement 51 % sont des médecins de famille¹².

Chez les personnes ayant un médecin de famille, la difficulté à obtenir un rendez-vous pourrait être liée à la façon dont les services sont organisés ou offerts par leur fournisseur de soins de santé. Le temps qu'un médecin consacre aux soins directs aux patients dans une semaine moyenne a diminué depuis la fin des années 1990¹⁴. Toutefois, au cours de la dernière décennie, des efforts ont été faits pour améliorer l'accès aux soins de santé grâce aux groupes de médecine familiale et aux réseaux de soins de santé primaires^{15,16}. Ce modèle de prestation de soins de santé n'est cependant pas encore complètement mis en œuvre dans toutes les provinces^{15,16}.

Divers facteurs sont liés à la difficulté à accéder à des services de soins de santé

Une analyse de régression logistique multiple a été menée pour déterminer les caractéristiques sociodémographiques et de santé liées aux difficultés d'accès à des services de soins de santé spécialisés ou à des services de première ligne. Le rapport de cotes corrigé pour chacune des caractéristiques jugées significativement associées à la difficulté à accéder à des services de soins de santé est présenté au tableau 2. Il indique les chances d'avoir de la difficulté à accéder à des services de soins de santé selon une caractéristique donnée (p. ex. les répondants de sexe féminin) par rapport à un groupe de référence (p. ex. ceux de sexe masculin), lorsque les autres caractéristiques ont été examinées.

Le groupe d'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le statut d'immigrant, la région de résidence et la santé perçue ont tous présenté une association significative avec la difficulté à accéder à des services spécialisés (tableau 2). Les chances de déclarer des difficultés étaient nettement plus élevées par rapport au groupe de référence chez les personnes de moins de 65 ans, les femmes, les immigrants, les personnes ayant fait au moins des études postsecondaires partielles et celles qui percevaient leur santé comme étant mauvaise ou passable. Les chances de déclarer de la difficulté à accéder à des services spécialisés étaient aussi plus élevées chez les résidents du Québec et ceux des provinces de l'Ouest (les Prairies et la Colombie-Britannique) par rapport aux résidents de l'Ontario.

Les résultats relatifs aux services de première ligne étaient semblables à ceux observés dans le cas des services spécialisés, où le groupe d'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la région de résidence et la santé perçue étaient des caractéristiques significativement associées à la difficulté à accéder à des services de soins de santé (tableau 2). Toutefois, les

Tableau 2

Rapports de cotes corrigés pour les difficultés d'accès aux services de soins de santé¹, selon certaines caractéristiques, Canadiens âgés de 15 ans et plus², 2009 à 2013³

Caractéristiques	Services spécialisés		Services de première ligne	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Groupe d'âge				
15 à 64 ans	1,51*	(1,33 à 1,71)	1,67*	(1,50 à 1,85)
65 ans ou plus [†]	1,00	...	1,00	...
Sexe				
Hommes [†]	1,00	...	1,00	...
Femmes	1,12*	(1,01 à 1,23)	1,36*	(1,50 à 1,85)
Niveau de scolarité				
Niveau inférieur aux études secondaires [†]	1,00	...	1,00	...
Études secondaires	1,13	(0,91 à 1,41)	1,18	(1,00 à 1,39)
Certaines études postsecondaires ou supérieures	1,40*	(1,16 à 1,68)	1,75*	(1,51 à 2,02)
Situation d'emploi				
Actuellement employé — temps plein [†]	1,00	...	1,00	...
Actuellement employé — temps partiel	0,85	(0,72 à 1,01)	0,82*	(0,73 à 0,91)
Sans emploi [†]	0,90	(0,80 à 1,01)	0,84*	(0,77 à 0,91)
Statut d'immigration				
Immigrant	1,15*	(1,01 à 1,3)	1,08	(0,98 à 1,20)
Né au Canada [†]	1,00	...	1,00	...
Identité autochtone				
Oui	0,88	(0,70 à 1,1)	1,26*	(1,07 à 1,47)
Non [†]	1,00	...	1,00	...
Région				
Provinces de l'Atlantique	1,06	(0,93 à 1,21)	0,98	(0,89 à 1,08)
Québec	1,36*	(1,18 à 1,56)	1,53*	(1,39 à 1,69)
Ontario [†]	1,00	...	1,00	...
Prairies	1,17*	(1,03 à 1,34)	1,18*	(1,07 à 1,31)
Colombie-Britannique	1,36*	(1,17 à 1,57)	0,87*	(0,76 à 0,99)
Santé perçue				
Mauvaise ou passable	1,83*	(1,62 à 2,05)	1,64*	(1,49 à 1,80)
Bonne, très bonne ou excellente [†]	1,00	...	1,00	...
A un médecin régulier				
Oui [†]	1,00	...	1,00	...
Non	1,14	(0,97 à 1,34)	1,43*	(1,28 à 1,59)

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

† catégorie de référence

1. Voir l'encadré « Définitions des services de soins de santé examinés dans cet article » pour la définition des variables contenues dans ce tableau.

2. Analyse fondée sur les personnes ayant déclaré avoir eu des difficultés à accéder à ces services dans les 12 mois précédant l'enquête. Pour les services de première ligne, cela comprend l'accès aux services pour soi-même ou pour un membre de la famille vivant dans le même logement.

3. Results are based on the combined data from the 2009, 2011 and 2013 Canadian Community Health Survey.

3. Les résultats sont fondés sur les données combinées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009, 2011 et 2013.

Note : Toutes les variables ont été incluses en même temps dans le modèle de régression logistique. Les résultats sont également corrigés selon l'année d'enquête pour tenir compte des changements possibles au fil du temps. Le revenu et le type de résidence (centre de population ou région rurale) ont également été inclus dans le modèle, mais ne sont pas affichés en raison d'un manque de signification statistique. Pour obtenir plus de renseignements sur la régression logistique, voir la section « Sources de données, méthodes et définitions ».

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données combinées de 2009, 2011 et 2013.

personnes n'ayant pas un médecin régulier et celles ayant indiqué être **Autochtones** (vivant hors réserve) affichaient aussi des chances nettement plus élevées de déclarer avoir eu de la difficulté à accéder à des services de première ligne. En revanche, les résidents de la Colombie-Britannique (par rapport à ceux de l'Ontario) ainsi que les personnes sans emploi ou occupant un emploi à temps partiel (par rapport aux personnes travaillant à temps plein) avaient des chances plus faibles d'avoir de la difficulté à accéder à des services de première ligne. Ces résultats concordent avec ceux des recherches antérieures menées au Canada; toutefois, l'ampleur de cette association est généralement moindre (c.-à-d. que les rapports de cotes sont inférieurs à 2) dans la présente analyse, laissant ainsi entendre qu'il y a eu une certaine amélioration au fil du temps^{2,17}.

Il existe de nombreux facteurs interreliés qui peuvent avoir une incidence sur la capacité d'accéder à des services de soins de santé, y compris les facteurs personnels (p. ex. l'horaire de travail, les responsabilités familiales) ainsi que les facteurs liés au système de soins de santé (p. ex. la disponibilité des services). Ensemble, ces facteurs ont une incidence complexe sur l'opinion qu'a une personne concernant son accès aux services de soins de santé, ce dont il faut tenir compte lors de l'interprétation des résultats de la présente étude. Pour bon nombre de caractéristiques examinées dans cet article, les chances plus élevées d'éprouver des difficultés à accéder à des soins de santé peuvent être liées à un plus grand besoin d'obtenir des services de soins de santé. Autrement dit, il pourrait y avoir davantage d'occasion d'éprouver des difficultés en raison d'une utilisation plus fréquente des services de soins de santé. Par exemple, des recherches antérieures menées au Canada et aux États-Unis ont démontré que les femmes ont davantage accès aux services de soins de santé que les hommes^{17,18,19}. Dans la présente étude, les femmes avaient des chances plus élevées que les hommes de déclarer avoir eu des difficultés à accéder à des services de soins de santé. Toutefois, nous n'avons pas pu évaluer si cette difficulté était liée au nombre de fois où une personne a eu accès à de tels services en raison des contraintes du questionnaire.

En revanche, certains des autres groupes qui présentaient des chances plus élevées d'avoir de la difficulté à accéder à des soins de santé (p. ex. les personnes plus scolarisées) étaient moins susceptibles de déclarer avoir eu accès à de tels soins au cours de l'année précédant l'enquête (données

non présentées). Une explication possible de ce phénomène est liée aux différentes attentes parmi les différents groupes. Par exemple, il a été avancé que les personnes plus jeunes et celles qui sont plus scolarisées peuvent avoir des attentes plus élevées ou être plus critiques par rapport à leur expérience^{20,21,22}. Ainsi, il est possible que les personnes plus jeunes ou plus scolarisées déclarent davantage de difficultés à accéder à des services de soins de santé que celles plus âgées ou moins scolarisées.

Les facteurs liés à la disponibilité d'une personne constituent une autre explication possible de la difficulté d'accès aux services de soins de santé. Par exemple, les personnes occupant un emploi à temps partiel ou qui ne travaillent pas peuvent éprouver moins de difficulté à obtenir un rendez-vous que celles ayant un emploi à temps plein en raison d'un horaire plus flexible²³.

Le revenu a également été inclus dans l'analyse, mais les résultats s'y rapportant ne figurent pas dans le tableau 2, puisque l'association entre le revenu et la difficulté à accéder à des services de soins de santé n'était pas significative. Cette constatation concorde avec les recherches antérieures montrant que la couverture universelle en matière de soins de santé aide à réduire les inégalités fondées sur le revenu qui sont souvent associées aux difficultés à accéder à des services de soins de santé^{2,18,24}.

Conclusion

Selon les résultats de la présente étude, environ 29 % des Canadiens ayant nécessité des soins de santé ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à de tels soins. Le temps d'attente et la difficulté à obtenir un rendez-vous étaient les raisons invoquées le plus fréquemment pour expliquer les difficultés éprouvées.

Les résultats montrent également que certains groupes avaient des chances plus élevées de déclarer avoir eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé. Il s'agissait des Canadiens âgés de moins de 65 ans, des femmes, des personnes plus scolarisées, des travailleurs à temps plein, des immigrants et des personnes dont la santé perçue était mauvaise ou passable. D'autres recherches seront nécessaires afin de mieux comprendre pourquoi ces groupes éprouvent cette difficulté.

Janine Clarke est une analyste à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada.

Source de données

L'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)** est une enquête transversale qui comprend des réponses auto-déclarées liées à l'état de santé, à l'utilisation des soins de santé et aux déterminants de la santé. L'ESCC vise les Canadiens de 12 ans et plus vivant dans les dix provinces et les trois territoires. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, la population vivant en établissement et les personnes vivant dans les régions socio-sanitaires, notamment la Région du Nunavik et la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James au Québec. Ensemble, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible.

Les questions du module « Accès aux services de santé » ont été posées à un sous-échantillon de répondants de l'ESCC tous les deux ans (2003, 2005, 2007, 2009, 2011 et 2013) afin de recueillir des renseignements supplémentaires sur les services de santé et l'accès aux soins de santé. Les questions ont été posées aux Canadiens âgés de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces.

Méthodes

Des fréquences pondérées et des tableaux croisés ont servi à estimer la proportion de personnes ayant déclaré avoir éprouvé de la difficulté à accéder à des services de soins de santé.

Des fréquences pondérées et des tableaux croisés ont également été utilisés pour estimer les trois principales raisons expliquant les difficultés à accéder à des services de soins de santé. Aux fins de la présente analyse, trois années de données (2009, 2011 et 2013) ont été combinées afin d'augmenter la taille de l'échantillon à analyser. Une augmentation de la taille de l'échantillon peut aider à réduire la variation aléatoire attribuable aux petits chiffres.

Une **analyse de régression logistique multiple** a été menée pour évaluer l'association entre les variables de résultats (difficulté ou aucune difficulté à accéder à des services de soins de santé spécialisés ou à des services de première ligne) et diverses caractéristiques sociodémographiques et de santé simultanément. Les caractéristiques sociodémographiques suivantes ont été examinées : le groupe d'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la situation d'emploi (sans emploi, emploi à temps partiel ou à temps plein), le revenu, la région de résidence (les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, les Prairies ou la Colombie-Britannique), le type de secteur de résidence (**centre de population** ou **région rurale**), le statut d'immigrant et l'identité autochtone (les personnes vivant hors réserve seulement). La caractéristique de santé examinée était la santé perçue (passable/mauvaise ou bonne/très bonne/excellente). Le fait que le répondant ait ou non un médecin régulier a également été étudié. Toutes ces caractéristiques ont été incluses dans l'analyse en même temps, de sorte qu'il a été possible d'examiner une caractéristique à la fois en enlevant les effets des autres caractéristiques (c.-à-d. en maintenant la constance ou en apportant des corrections).

Les résultats de la régression logistique sont présentés sous forme de **rapports de cotes corrigés** (tableau 2). La valeur d'un rapport de cotes peut aller de zéro à l'infini. Elle est interprétée comme une mesure de la taille de l'association entre une caractéristique donnée et les résultats (c.-à-d. avoir déclaré éprouver de la difficulté à accéder à des soins de santé). Les caractéristiques examinées dans le présent article sont toutes catégoriques, alors les rapports de cotes sont interprétés par rapport à un groupe de référence au sein d'une caractéristique donnée. Par exemple, si la caractéristique d'intérêt est le sexe et le groupe de référence est « hommes », alors un rapport de cotes de moins de 1 signifie que les chances que les résultats se produisent sont plus faibles pour les femmes que pour les hommes. Un rapport de cotes de plus de 1 indique que les chances que les résultats se produisent sont plus fortes pour les femmes que pour les hommes. Un rapport de cotes de 1 indique que le groupe ne faisant pas partie du groupe de référence ne présente aucune différence par rapport à ce dernier (p. ex. aucune différence entre les femmes et les hommes ayant déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé).

Trois années de données (2009, 2011 et 2013) ont été combinées aux fins de l'analyse de régression afin d'accroître la taille de l'échantillon. Pour chacune des analyses, des poids bootstrap ont été utilisés pour tenir compte de la conception complexe de l'enquête.

Définitions

Les **Autochtones** désignent les répondants qui se sont identifiés comme des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis ou des Inuits. Les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones sont exclues de la couverture de l'enquête.

Les **immigrants** désignent les répondants ayant déclaré ne pas être citoyens canadiens de naissance, quel que soit le temps écoulé depuis qu'ils ont immigré au Canada.

La **santé perçue** est dérivée de la réponse à la question « En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » Aux fins de l'analyse, les répondants ayant déclaré une santé perçue « mauvaise » ou « passable » ont été regroupés, et ceux ayant déclaré une santé perçue « bonne », « très bonne » ou « excellente » ont été combinés. La santé perçue est utilisée comme indicateur de l'état de santé global d'une personne⁷.

Un **centre de population** désigne une région ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 personnes et une densité d'au moins 400 personnes au kilomètre carré, selon les chiffres de population du recensement actuel²⁵.

Une **région rurale** désigne toute région située à l'extérieur des centres de population²⁵. Ensemble, les centres de population et les régions rurales couvrent tout le territoire canadien²⁵.

Références et notes

1. SANTÉ CANADA. 2013, *Les Canadiens et Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs de la santé 2012*, Ottawa : Santé Canada (site consulté le 7 juillet 2016).
2. SANMARTIN, C., et N. ROSS. 2006, « Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada », *Healthcare Policy*, vol. 1, n° 2, p. 103 à 119 (site consulté le 7 juillet 2016).
3. SANTÉ CANADA. 2010, « Loi canadienne sur la santé. » *Système de soins de santé* (site consulté le 21 octobre 2016).
4. SANTÉ CANADA. 2004, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, Ottawa, Ontario (site consulté le 7 juillet 2016).
5. STATISTIQUE CANADA. 2016, « Besoin de santé non comblés, 2014 », *Feuillets d'information de la santé*, produit n° 82-625-X au catalogue de Statistique Canada (site consulté le 7 juillet 2016).
6. STATISTIQUE CANADA. 2002, *Enquête sur l'accès aux services de santé – Guide de l'utilisateur*, Ottawa : Statistique Canada (site consulté le 7 juillet 2016).
7. STATISTIQUE CANADA. 2013, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ECSS) – Manuel de l'intervieweur (IPAO)*, Ottawa : Statistique Canada.
8. Pour tous les services spécialisés, les répondants ont été invités à réfléchir à leurs propres expériences pour accéder à ces services. En ce qui a trait aux services de première ligne, les répondants ont été invités à réfléchir à leurs expériences pour accéder à des services de soins de santé pour eux-mêmes ou pour un membre de la famille vivant dans le même ménage.
9. Lorsqu'ils ont été interrogés sur le type de difficulté éprouvée, les répondants ont pu choisir toutes les réponses applicables. Pour cette raison, les estimations ne totalisent pas 100 %.
10. L'INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2016, *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2016*, Ottawa, Ontario : CIHI (site consulté le 7 juillet 2016).
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. 2005, *First Ever Common Benchmarks Will Allow Canadians to Measure Progress in Reducing Wait Times* (media release). Toronto, Ontario : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (site consulté le 14 septembre 2016).
12. L'INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2015, *Les médecins au Canada 2014*. Ottawa, Ontario : CIHI (site consulté le 7 juillet 2016).
13. STATISTIQUE CANADA. 2015, « Accès à un médecin régulier, 2014 », *Feuillets d'information de la santé*, produit n° 82-625-X au catalogue de Statistique Canada (site consulté le 7 juillet 2016).
14. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. 2016, « Centre de données sur les effectifs médicaux: statistiques concernant les médecins canadiens », (site consulté le 21 octobre).
15. HUTCHISON, B. 2013, « Reforming Canadian primary care – Don't stop half-way », *Healthcare Policy*. Vol. 9, n° 1, p. 12 à 25 (site consulté le 21 août 2016).
16. AGGARWAL, M. et B. HUTCHISON. 2012, *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Ottawa, Ontario: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (site consulté le 21 août 2016).
17. DUNLOP, S., P.C. COYTE et W. MCISAAC. 2000, « Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: Results from the Canadian National Population Health Survey », *Social Science & Medicine*, vol. 51, p. 123 à 133.
18. BLACKWELL, D.B., M. E. MARTINEZ, J. F. GENTLEMAN, C. SANMARTIN, et J.-M. BERTHELOT. 2009, « Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: Findings from a binational health survey », *Medical Care*, vol. 47, n° 11, p. 1136 à 1146.
19. BLACKWELL, D.L., et J.W. LUCAS. 2015, *Tables of Summary Health Statistics for U.S. Adults: 2014 National Health Interview Survey* (site consulté le 31 octobre 2016).
20. SITZIA, J. et N. WOOD. 1997, « Patient satisfaction: a review of issues and concepts », *Social Science & Medicine*, vol. 45, n° 12, p. 1829 à 1843.
21. BLEICH, S.N., E. OZALTIN et C. MURRAY. 2009, « How does satisfaction with the health-care system related to patient experience? » *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87, n° 4, p. 271 à 278.
22. PÉFOYO, A.J.K. et W.P. WODCHIS. 2013, « Organizational performance impacting patient satisfaction in Ontario hospitals: a multilevel analysis », *BMC Research Notes*, vol. 6, n° 509 (accessed October 21, 2016).
23. FELL, D.B., G. KEPHART, L. CURTIS, ET AL. 2007, « The relationship between work hours and utilization of general practitioners in four Canadian provinces », *Health Services Research*, vol. 42, n° 4, p. 1483 à 1498.
24. ALLIN, S., M. GRIGNON, et J. LE GRAND. 2009, « Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? » *Social Science and Medicine*, vol. 70, p. 465 à 472 (site consulté le 7 juillet 2016).
25. STATISTIQUE CANADA. 2011, *Dictionnaire du recensement 2011*, produit n° 98-301-X au catalogue de Statistiques Canada (site consulté le 29 septembre 2016) (site consulté le 29 septembre 2016).