

# Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution

*Claudia Sanmartin, Christian Houle, Stéphane Tremblay et Jean-Marie Berthelot*

## Résumé

### Objectif

Le présent article décrit les tendances récentes concernant les besoins non satisfaits de soins de santé autodéclarés par les membres de la population à domicile de 12 ans et plus et examine diverses explications de l'augmentation observée.

### Sources des données

Les données proviennent de la première moitié (septembre 2000 à février 2001) de la collecte des données du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et des composantes transversales des ménages (1994-1995 à 1998-1999) de l'Enquête nationale sur la santé de la population.

### Techniques d'analyse

La proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré ne pas avoir obtenu de soins de santé au moment où elles en avaient besoin est estimée d'après des fréquences pondérées et des totalisations croisées. Les estimations ont également été produites selon la catégorie de soins recherchés et les raisons mentionnées pour expliquer les besoins non satisfaits de soins.

### Principaux résultats

La proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits de soins de santé a augmenté progressivement de 1994-1995 à 1998-1999, puis a doublé (pour passer de 6 % à plus de 12 %) de 1998-1999 à 2000-2001. Le temps d'attente trop long est la raison mentionnée le plus fréquemment pour expliquer les besoins non satisfaits.

### Mots-clés

Besoins et demande de services de santé, accessibilité des services de santé, réforme du système de santé, enquêtes sur la santé.

### Auteurs

Claudia Sanmartin (613-951-6059; sanmcla@statcan.ca), Christian Houle, Stéphane Tremblay et Jean-Marie Berthelot (613-951-3760; berthel@statcan.ca) travaillent à la Division des études sociales et économiques à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

- *Les remaniements récents du système de santé suscitent chez les Canadiens et les Canadiennes une inquiétude croissante quant à l'accès aux services de santé.*
- *Les besoins non satisfaits de soins de santé, définis comme étant la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus, est devenu un indicateur essentiel de l'accès aux soins.*
- *La déclaration de besoins non satisfaits de soins de santé semble devenir de plus en plus fréquente. La proportion de personnes faisant une telle déclaration est passée de 4 % en 1994-1995 à 6 % en 1998-1999, puis à 12 % en 2000-2001.*
- *Le temps d'attente trop long et la non-disponibilité des services sont les raisons mentionnées le plus fréquemment pour expliquer les besoins non satisfaits de soins de santé.*

La Loi canadienne sur la santé garantit un accès raisonnable aux services médicaux nécessaires. Toutefois, la réforme du système de santé et les compressions budgétaires suscitent des inquiétudes quant à l'accessibilité des services de santé<sup>1-2</sup>. Selon certains, l'accès aux services de santé est un processus dynamique englobant la personne qui cherche à obtenir les soins, le système qui prodigue ces derniers et les divers facteurs qui interviennent dans cet échange<sup>3-5</sup>.

## Méthodologie

### Sources des données

Le présent rapport se fonde sur les données transversales recueillies lors des trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ainsi qu'en 2000-2001, durant la première moitié du premier cycle (cycle 1.1) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les données complètes de ce premier cycle couvriront 136 régions socio-sanitaires réparties dans tout le Canada (voir l'article intitulé « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — aperçu de la méthodologie » dans le présent numéro).

Les données de l'ENSP utilisées dans le présent rapport ont été recueillies auprès d'échantillons de personnes de 12 ans et plus dont l'effectif était de 17 626 en 1994-1995, 73 402 en 1996-1997 et 15 249 en 1998-1999. Les données de l'ESCC ont été recueillies en 2000-2001 auprès de 55 576 personnes de 12 ans et plus. Au niveau du ménage, le taux de réponse lors des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'ENSP était de 88,7 %, 82,6 % et 88,2 %, respectivement. Pour l'ESCC, le taux de réponse au niveau du ménage était de 84,7 %. Pour les membres des ménages de 12 ans et plus sélectionnés au hasard pour faire partie de l'échantillon, le taux de réponse aux cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'ENSP était de 97,0 %, 96,8 % et 99,0 %, respectivement. Dans le cas de l'ESCC, le taux de réponse au niveau des personnes de 12 ans et plus sélectionnées pour participer à l'enquête était de 94,0 %. Il est à noter que le taux de réponse combiné de l'ESCC, tel que présenté dans les autres articles de ce numéro, était de 80,0%. Les données de chaque enquête ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population à domicile des 10 provinces durant les périodes de collecte respectives.

Statistique Canada a pris des mesures pour assurer la cohérence des données recueillies dans le cadre de l'ENSP et de l'ESCC, y

compris la normalisation de la formation offerte aux intervieweurs, l'utilisation d'un glossaire de termes et l'élaboration de procédures d'assurance de la qualité. Cependant, les méthodes de collecte de données appliquées pour l'ENSP et l'ESCC diffèrent légèrement<sup>6</sup>. Premièrement, la collecte des données du premier cycle de l'ENSP s'est faite par interview sur place, tandis que celle des données des deuxième et troisième cycles a eu lieu principalement par téléphone. La collecte des données de l'ESCC s'est faite principalement par interview sur place. Deuxièmement, la proportion d'interviews réalisées par procuration diffère. Dans le cas des premier, deuxième et troisième cycles de l'ENSP, le taux de déclaration par procuration est de 29 %, 28 % et 15 %, respectivement. Pour la première moitié du cycle 1.1 de l'ESCC, le taux de déclaration par procuration est un peu inférieur à 8 %. Néanmoins, l'analyse comparative des données provenant de chaque enquête montre que ces différences n'expliquent pas la variation d'une enquête à l'autre de la proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits de soins (données non présentées). De surcroît, l'analyse des données ne témoigne aucunement d'un biais dû à la saisonnalité, la taille du ménage ou l'emplacement géographique.

### Techniques d'analyse

On a calculé les fréquences pondérées. Pour les besoins non satisfaits, les estimations ont été produites selon le sexe et trois groupes d'âge (12 à 34 ans, 35 à 64 ans et 65 ans et plus). La variance a été estimée par la méthode *bootstrap*, qui tient pleinement compte des effets du plan de sondage des enquêtes. Les estimations de la variance ainsi obtenues ont servi au calcul des coefficients de variation et à la vérification de la signification statistique des écarts entre les estimations<sup>7-9</sup>. La signification statistique a été déterminée au seuil de confiance de 95 % ( $p < 0,05$ ).

Cependant, les mesures de l'accès aux services de santé sont habituellement limitées à des indicateurs axés sur l'utilisation des services, tels que le nombre de visites chez le médecin ou le taux d'hospitalisations. Ces mesures rendent compte de l'utilisation du système de santé, mais ne renseignent pas pleinement sur les difficultés que peuvent éprouver les personnes qui cherchent à obtenir des soins. Des renseignements qui reflètent mieux les interactions de la population avec le système de santé sont donc nécessaires pour mieux comprendre le processus d'accès aux soins.

Les « besoins non satisfaits de soins de santé », définis comme étant la différence entre les soins de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus, représentent une mesure de l'accès aux services de santé axée sur le processus<sup>10</sup>. Les besoins non satisfaits peuvent tenir aux caractéristiques du système de santé (par exemple, non disponibilité des services ou longues périodes d'attente) ou aux circonstances particulières des personnes qui cherchent à obtenir les soins (par exemple, statut socioéconomique ou contraintes de temps). Fondé

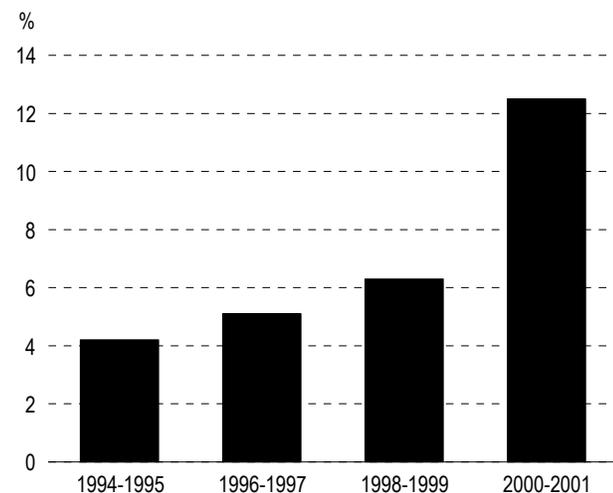
sur les données provisoires de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et sur les données des trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le présent article porte sur les besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé au cours des dernières années (voir *Méthodologie* et *Définition des besoins non satisfaits de soins de santé*). Il souligne la mesure dans laquelle l'impression que les besoins de soins de santé ne sont pas satisfaits a augmenté de 1998-1999 à 2000-2001 et examine plusieurs raisons qui pourraient expliquer cette situation.

### Besoins non satisfaits à la hausse

Selon les données des trois premiers cycles de l'ENSP, la proportion de personnes de 12 ans et plus déclarant des besoins non satisfaits de soins de santé a augmenté légèrement, mais régulièrement, pour passer de 4,2 % en 1994-1995 à 5,1 % en 1996-1997, puis à 6,3 % en 1998-1999 (graphique 1). Par contre, de 1998-1999 à 2000-2001, elle a fait un bond important. Les données provisoires de l'ESCC

Graphique 1

**Pourcentage de la population à domicile de 12 ans et plus ayant déclaré des besoins non satisfaits de soins de santé, Canada, territoires non compris, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et septembre 2000 à février 2001**



**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillons transversaux, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001.

**Nota :** Chaque valeur diffère significativement des autres ( $p < 0,05$ ); les valeurs critiques ont été corrigées pour les comparaisons multiples.

indiquent que les besoins de soins de santé de 12,5 % de Canadiens et Canadiennes de 12 ans et plus (3,2 millions) n'ont pas été satisfaits en 2000-2001, proportion presque deux fois plus élevée que celle observée deux ans plus tôt. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études récentes<sup>11-12</sup>.

Tableau 1

**Pourcentage de la population à domicile de 12 ans et plus ayant déclaré des besoins non satisfaits de soins de santé, selon le sexe, Canada, territoires non compris, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et septembre 2000 à février 2001**

	Hommes		Femmes	
	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %
1994-1995	4,0	3,4 - 4,5	4,5*	3,9 - 5,0
1996-1997	4,3	3,8 - 4,7	6,0*	5,6 - 6,4
1998-1999	5,2*	4,6 - 5,8	7,4*	6,6 - 8,1
2000-2001	10,9*	10,4 - 11,4	14,0*	13,4 - 14,6

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillons transversaux, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001.

**Nota :** La méthode de Tukey a été utilisée pour la correction pour les comparaisons multiples.

\* Les estimations produites pour un sexe donné diffèrent significativement les unes des autres ( $p < 0,05$ ), sauf celles calculées pour les hommes pour 1994-1995 et 1996-1997.

### Définition des besoins non satisfaits de soins de santé

La question utilisée dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour évaluer les besoins non satisfaits de soins autodéclarés est la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez eu besoin de soins de santé mais ne les avez pas obtenus ? » Toute réponse « oui » a été totalisée comme étant un besoin non satisfait. Cette question était suivie par la suivante : « Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins ? » Les réponses à cette question ont été catégorisées puis totalisées. Une deuxième question de suivi visait à préciser le genre de soins requis : « Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires ? » Les réponses ont été réparties en plusieurs grandes catégories, puis totalisées.

La proportion de besoins de soins de santé non satisfaits a augmenté considérablement quel que soit le sexe ou le groupe d'âge (tableaux 1 et 2). Chez les personnes qui ont déclaré des besoins non satisfaits en 1998-1999 et en 2000-2001, les catégories de problèmes de santé pour lesquelles des soins étaient nécessaires étaient les mêmes pour les deux périodes de référence (tableau 3 et tableau A en annexe). Dans les deux cas, les problèmes de santé physique étaient la principale raison pour laquelle des soins étaient requis.

Tableau 2

**Pourcentage de la population à domicile de 12 ans et plus ayant déclaré des besoins non satisfaits de soins de santé, selon le groupe d'âge, Canada, territoires non compris, 1998-1999 et septembre 2000 à février 2001**

	Groupe d'âge					
	12 à 34 ans		35 à 64 ans		65 ans et plus	
	Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %	
	%		%	%		%
1998-1999	6,6	5,7 - 7,5	6,4	5,7 - 7,1	5,1	3,9 - 6,2
2000-2001	13,2*	12,5 - 13,9	13,2*	12,7 - 13,7	8,1*	7,4 - 8,8

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001.

\* Valeur significativement différente de celle obtenue pour le même groupe d'âge pour 1998-1999 ( $p < 0,05$ ).

Tableau 3

**Catégorie de soins requis, membres de la population à domicile de 12 ans et plus déclarant des besoins non satisfaits de soins de santé, Canada, territoires non compris, 1998-1999 et septembre 2000 à février 2001**

Catégorie de soins requis	1998-1999		2000-2001	
	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %
Traitement d'un problème physique	70,3	66,6 - 74,1	71,0	69,6 - 72,4
Traitement d'un problème émotionnel ou mental	11,1	8,5 - 13,6	8,9	8,0 - 9,8
Traitement d'une blessure	9,9	7,7 - 12,1	10,2	9,3 - 11,2
Examen périodique (y compris les consultations prénatales)	7,4	5,3 - 9,6	7,5	6,6 - 8,5
Autre	5,8	4,0 - 7,5	6,7	6,0 - 7,4

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001.

**Nota :** Les réponses multiples ayant été autorisées, la somme des pourcentages n'est pas égale à 100 %.

## Causes des besoins non satisfaits

Tant en 1998-1999 qu'en 2000-2001, les raisons mentionnées le plus fréquemment pour expliquer les besoins non satisfaits de services de santé avaient trait à des caractéristiques du système de santé. Les longues périodes d'attente et la non-disponibilité des services au moment où ils étaient requis étaient les raisons mentionnées le plus souvent (tableau 4). Parmi les personnes ayant déclaré des besoins non satisfaits de soins de santé, la proportion donnant pour raison le temps d'attente est passée de 23 % en 1998-1999 à 30 % en 2000-2001. Étant donné que la prévalence des causes mentionnées des besoins non satisfaits calculée d'après les données de l'ESCC pourrait être sous-estimée (voir *Limites*), cette variation est frappante.

En revanche, la proportion relative de personnes qui attribuaient leurs besoins non satisfaits de services de santé à des facteurs reflétant leurs circonstances personnelles a diminué de 1998-1999 à 2000-2001. Par exemple, durant cette dernière période, la proportion de personnes qui ont indiqué que leurs besoins de soins n'avaient pas été satisfaits parce qu'elles « ne s'en étaient pas occupées » ou qu'elles étaient « trop occupées » a diminué (tableau 4).

Outre la variation des déclarations chez les personnes dont certains besoins de soins de santé ne sont pas satisfaits, si l'on considère la population canadienne dans son ensemble, le nombre *absolu* de personnes déclarant des besoins non satisfaits a augmenté pour la plupart des raisons proposées. Par exemple, on estime que le nombre de personnes qui considèrent qu'elles ont dû attendre trop longtemps pour obtenir les services est passé de 358 000 en 1998-1999 à 969 000 en 2000-2001 (tableau B en annexe).

Parallèlement, le nombre estimatif de personnes qui ont dit être trop occupées pour obtenir les soins est passé de 211 000 à 304 000. Cette augmentation des nombres absolus est reflétée par la hausse significative des proportions de la population globale dont les besoins de soins de santé n'ont pas été satisfaits pour diverses raisons (tableau 4).

Tableau 4

Raisons mentionnées à l'origine des besoins non satisfaits de soins de santé, en pourcentage de la population de 12 ans et plus déclarant des besoins non satisfaits et du total de la population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999 et septembre 2000 à février 2001

	Population de 12 ans et plus déclarant des besoins non satisfaits				Population totale de 12 ans et plus	
	1998-1999		2000-2001		1998-1999	2000-2001
	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	%
<b>Caractéristiques du système de santé</b>						
Temps d'attente trop long	22,9	19,5 - 26,3	30,4*	28,8 - 31,9	1,4	3,8*
Services non disponibles au moment requis	14,7	11,1 - 18,3	14,3	13,1 - 15,4	0,9	1,8*
Services non disponibles dans la région	6,7	4,7 - 8,7	7,2	6,5 - 8,0	0,4	0,9*
<b>Circonstances personnelles</b>						
Ne s'en est pas occupé(e)/indifférent(e)	14,4	11,5 - 17,4	10,6*	9,5 - 11,6	0,9	1,3*
Trop occupé(e)	13,5	10,1 - 16,8	9,5*	8,6 - 10,5	0,8	1,2*
A considéré que les soins seraient inadéquats	12,6	10,1 - 15,1	5,3*	4,6 - 6,0	0,8	0,7
Coût	11,2	8,8 - 13,5	8,9	8,0 - 9,7	0,7	1,1*
A décidé de ne pas faire soigner	5,2	3,3 - 7,1	6,7	5,9 - 7,6	0,3	0,8*
Ne savait pas où aller	3,8 <sup>‡</sup>	2,2 - 5,5	2,7	2,0 - 3,3	0,2 <sup>‡</sup>	0,3
Problème de transport	1,8 <sup>‡</sup>	0,9 - 2,7	2,1	1,6 - 2,5	0,1 <sup>‡</sup>	0,3
Aversion pour les médecins/peur	1,8 <sup>‡</sup>	0,9 - 2,6	2,6	2,1 - 3,0	0,1 <sup>‡</sup>	0,3
Responsabilités personnelles ou familiales	--	--	1,2	0,9 - 1,5	--	0,2
Autre	6,8	4,4 - 9,2	19,1*	17,9 - 20,4	0,4	2,4*

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001.

**Nota :** Les réponses multiples ayant été autorisées, la somme des pourcentages n'est pas égale à 100%.

\* Valeur significativement différente de celle obtenue pour la même raison en 1998-1999 ( $p < 0,05$ ).

‡ Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

-- Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

## Pourquoi la plupart des gens déclarent-ils des besoins non satisfaits?

Plusieurs facteurs, tenant soit à la structure et au processus du système de santé soit aux caractéristiques de la population, pourraient expliquer l'augmentation considérable de cas de besoins de soins de santé non satisfaits observée de 1998-1999 à 2000-2001. Les compressions budgétaires, ainsi que les initiatives de régionalisation et de restructuration des hôpitaux qui sont la trame de la réforme du système de santé pourraient être partiellement à l'origine de la multiplication des déclarations de besoins non satisfaits de soins de santé. On n'a pas encore pu évaluer le plein effet de ces changements, mais selon des données récentes, la compression de l'effectif et du budget des hôpitaux n'a été la cause ni d'une utilisation moins grande des services de santé ni de moins bons résultats quant à l'état de santé<sup>13-15</sup>. En outre, depuis le milieu des années 1990, les dépenses relatives au titre des soins de santé ont augmenté de 4 % environ,

après correction pour l'inflation et la croissance de la population. Néanmoins, il se pourrait que l'effet de cette augmentation ne se soit pas encore concrétisé dans la plupart des régions<sup>16</sup>.

La proportion de besoins non satisfaits de soins de santé ne dépend peut-être pas uniquement de la quantité absolue de ressources disponibles. Elle pourrait aussi être fonction de la répartition des ressources entre les services et les régions, et de l'offre de services particuliers, dont l'accès à des omnipraticiens et des médecins de famille, ainsi qu'à des soins primaires.

La déclaration de besoins non satisfaits pourrait dépendre de la perception du temps qu'il faut pour qu'une personne reçoive les soins après le moment où elle les a jugés le plus nécessaire. Bien que les données de l'ENSP et de l'ESCC aient tendance à indiquer que le temps d'attente est la raison principale et de plus en plus fréquente pour laquelle les besoins de soins ne sont pas satisfaits, on ne dispose à l'heure actuelle d'aucune donnée exacte

### Limites

Les données sur les besoins non satisfaits de soins de santé provenant de l'ENSP et de l'ESCC se fondent sur des renseignements autodéclarés, donc sujets à des variations d'interprétation. Les personnes interrogées pourraient interpréter l'expression « besoins non satisfaits » comme signifiant une situation où elles n'ont pas reçu de soins pour un problème donné ou bien une situation où elles ont reçu les soins, mais pas au moment où elles estimaient en avoir besoin où les ont demandés. Dans le dernier cas, les renseignements pourraient être plus représentatifs de problèmes d'accès aux soins que de besoins de soins réellement non satisfaits. Alors que les raisons données pour expliquer les besoins non satisfaits fournissent certains éclaircissements quant aux catégories de besoins qui n'ont pas été satisfaits, il est impossible de faire la distinction entre les catégories de situations vécues.

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sur lesquelles se fondent le rapport proviennent des six premiers mois du cycle de collecte des données. Les estimations ponctuelles calculées d'après l'ensemble complet de données recueillies sur une période de 12 mois différeront vraisemblablement dans une certaine mesure de celles présentées ici.

Les renseignements sur les besoins non satisfaits de soins se fondent sur l'autodéclaration ou la déclaration par procuration des situations vécues; l'exactitude de des données n'a pas été confirmée au moyen de données cliniques ou provenant d'autres sources. En outre, les enquêtes ne fournissent que des renseignements limités sur la nature des besoins non satisfaits, si bien que tous les besoins non satisfaits déclarés sont pris en compte dans la présente analyse.

Les chiffres calculés pour les raisons particulières données pour expliquer les besoins non satisfaits pourraient être sous-estimés ou incomplets, étant donné la forte proportion de réponses dans la catégorie « Autre ». Ces réponses seront examinées plus en profondeur et reclassées dans des catégories plus précises lorsque la collecte des données du premier cycle de l'ESCC sera achevée.

Étant donné l'énoncé de la question sur les besoins non satisfaits de soins, il est impossible de faire la distinction entre les situations où une personne n'a reçu absolument aucun service et celles où elle n'a pas reçu les services en temps voulu. Cette ambiguïté limite l'interprétation des données, particulièrement dans le contexte des options stratégiques particulières qui pourraient être envisagées pour réduire l'incidence des besoins non satisfaits de soins.

Les résultats de la présente analyse des données recueillies de 1994-1995 à 1998-1999 diffèrent légèrement de ceux présentés dans un rapport antérieur<sup>12</sup>, parce que ce dernier visait la population de 18 ans et plus plutôt que celle de 12 ans et plus étudiée ici.

et fiable sur les périodes d'attente au niveau national. Il est donc difficile de préciser si les périodes d'attente ont effectivement augmenté de 1998-1999 à 2000-2001<sup>17,18</sup>. Selon les rapports des provinces, la période d'attente s'est allongée dans certains cas, mais n'a pour ainsi dire pas varié dans d'autres<sup>17-20</sup>.

L'évolution au fil du temps des caractéristiques des personnes qui ont besoin de soins pourrait être l'une des causes de l'augmentation des déclarations de besoins non satisfaits de soins. L'augmentation du nombre de personnes âgées, groupe pour lequel la prévalence de la maladie chronique et de l'incapacité est la plus forte, pourrait faire grimper la demande de services de santé. Néanmoins, la proportion de personnes âgées faisant état de besoins non satisfaits de soins de santé, ainsi que l'augmentation de cette proportion, sont plus faibles que pour les autres groupes d'âge (tableau 2). De surcroît, l'intervalle de deux ans durant lequel a eu lieu la forte hausse de la proportion de besoins de soins de santé jugés non satisfaits est nettement plus court que la période généralement nécessaire pour que les besoins de soins de santé d'une population évoluent. Cette augmentation de la prévalence des besoins non satisfaits de soins pourrait tenir à la capacité d'obtenir les services de santé au moment où on en a besoin. Les contraintes de temps, la connaissance du système et les ressources personnelles pourraient être des facteurs clés.

Enfin, l'évolution des perceptions concernant le rendement et la capacité du système de santé pourrait influencer sur la déclaration de besoins non satisfaits de soins. On ne possède malheureusement pas de données d'enquête nationale permettant d'aborder cette question, mais selon certains sondages d'opinion, la proportion de personnes estimant que le système de santé est le dossier auquel les responsables des politiques doivent accorder la plus haute priorité est passé de 30 % en juillet 1998 à 55 % en janvier 2000, augmentation qui témoigne d'une inquiétude croissante quant à l'état du système de santé<sup>18</sup>. Pourtant, en 1999, plus de 80 % des Canadiens estimaient que le système de santé pouvait répondre à leurs besoins personnels de soins et à ceux des membres de leurs familles, alors qu'une proportion un peu plus faible (62 %) pensaient que

le système pouvait répondre adéquatement aux besoins de tous les résidents des provinces<sup>18</sup>. La perte apparente de confiance dans le système de santé pourrait donc avoir sensibilisé davantage les membres de la population aux expériences personnellement vécues pour ce qui est de l'accès aux soins.

### Mot de la fin

En 2000-2001, une personne sur huit a déclaré que certains de ses besoins de soins de santé n'avaient pas été satisfaits dans un délai raisonnable ou de façon satisfaisante l'année précédente, un rapport à la hausse comparativement à celui d'une personne sur 24 observé en 1994-1995. L'obligation d'attendre pour obtenir les services est la raison principalement avancée par les personnes qui ont déclaré que leurs besoins de soins n'avaient pas été satisfaits, et le nombre de personnes mentionnant cette raison a augmenté considérablement de 1998-1999 à 2000-2001.

Le but du présent article est de souligner l'augmentation des besoins non satisfaits de soins de santé observée en se fondant sur les données provisoires de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et sur les données fournies antérieurement par l'Enquête nationale sur la santé de la population. Diverses hypothèses sont proposées pour expliquer cette augmentation, mais d'autres études seront nécessaires pour bien comprendre les déterminants des besoins non satisfaits de soins de santé et les conséquences éventuelles de cette situation. ●

### Références

1. K. Donelan, R.J. Blendon, C. Schoen *et al.*, « The cost of health system change: Public discontent in five nations », *Health Affairs*, 18(3), 1999, p. 206-216.
2. Statistique Canada, « Les services de santé – tendances récentes », *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 91-112 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. A. Donabedian, *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge, Harvard Press, 1973.
4. L.A. Aday et R. Andersen, « A framework for the study of access to medical care », *Health Services Research*, 9(3), 1974, p. 208-220.
5. L.A. Aday et R. Andersen, « Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview », *Medical Care*, 19(12), 1981, p. 4-27.
6. W. Carr et S. Wolfe, « Unmet needs as sociomedical indicators », *International Journal of Health Services*, 6(3), 1976, p. 417-430.
7. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
8. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
9. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
10. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. H.C. Northcott et Population Research Laboratory, University of Alberta, *The 2001 Survey about Health and the Health System in Alberta*, Edmonton, Alberta Health and Wellness, 2001.
12. J. Chen et F. Hou, « Soins de santé : besoins non satisfaits », *Rapports sur la santé*, 13(2), 2002, p. 27-40 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. M.D. Brownell, N.P. Roos et C. Burchill, « Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care », *Medical Care*, 37(6), 1999, Supplément, p. JS135-JS150.
14. L. Liu, J. Hader, B. Brossart *et al.*, « The impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada », *Social Science and Medicine*, 51(12), 2001, p. 1793-1804.
15. S.B. Sheps, R.J. Reid, M.L. Barer *et al.*, « Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(4), 2000, p. 397-401.
16. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales, 1975-2000*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001.
17. C. Sanmartin, S.E.D. Shortt, M.L. Barer *et al.*, « Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162(9), 2000, p. 1305-1310.
18. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les soins de santé au Canada 2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001.
19. C. DeCoster, K.C. Carriere, S. Peterson *et al.*, *Surgical waiting times in Manitoba*, Winnipeg, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé au Manitoba, 1998, disponible à : <http://www.umanitoba.ca/centres/mchpe/reports.htm>.
20. C. DeCoster, L. MacWilliam et R. Walld, *Waiting Times for Surgery: 1997/98 and 1998/99 Update*, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé au Manitoba, 2000, disponible à : <http://www.umanitoba.ca/centres/mchpe/reports.htm>.

## Annexe

Tableau A

Fréquence des catégories de soins requis, population à domicile de 12 ans et plus ayant déclaré des besoins non satisfaits de soins de santé, Canada, territoires non compris, 1998-1999 et septembre 2000 à février 2001

Catégorie de soins requis	1998-1999			2000-2001		
	Taille de l'échantillon	Population estimative		Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%		en milliers	%
Traitement d'un problème physique	716	1 102	70,3	5 020	2 266	71,0
Traitement d'un problème émotionnel ou mental	105	173	11,1	643	284	8,9
Traitement d'une blessure	98	156	9,9	727	327	10,2
Examen périodique (y compris les consultations prénatales)	66	116	7,4	531	239	7,5
Autre	62	90	5,8	516	214	6,7

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001.

**Nota :** Les réponses multiples ayant été autorisées, la somme des pourcentages n'est pas égale à 100 %.

Tableau B

Fréquence des raisons mentionnées pour expliquer les besoins de soins de santé non satisfaits, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999 et septembre 2000 à février 2001

Caractéristiques du système de santé	1998-1999			2000-2001		
	Taille de l'échantillon	Population estimative		Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%		en milliers	%
Temps d'attente trop long	222	358	1,4	2 110	969	3,8
Services non disponibles au moment requis	154	230	0,9	1 100	455	1,8
Services non disponibles dans la région	72	104	0,4	660	231	0,9
<b>Circonstances personnelles</b>						
Ne s'en est pas occupé(e)/indifférent(e)	148	226	0,9	729	337	1,3
Trop occupé(e)	115	211	0,9	634	304	1,2
A considéré que les soins seraient inadéquats	132	197	0,8	371	170	0,7
Coût	119	175	0,7	625	283	1,1
A décidé de ne pas se faire soigner	43	81	0,3	463	215	0,8
Ne savait pas où aller	35	60 <sup>†</sup>	0,2 <sup>†</sup>	159	86	0,3
Problème de transport	30	28 <sup>†</sup>	0,1 <sup>†</sup>	195	66	0,3
Aversion pour les médecins/peur	22	27 <sup>†</sup>	0,1 <sup>†</sup>	192	82	0,3
Responsabilité personnelles ou familiales	10	--	--	91	39	0,2
Autre	63	106	0,4	1 448	611	2,4

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001.

**Nota :** Les réponses multiples étaient permises.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

-- Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.