

Rapports sur la santé

Difficultés d'accès aux soins spécialisés et lien avec les besoins en soins de santé non comblés chez les Canadiens d'âge moyen et plus âgés

par Md Kamrul Islam, Heather Gilmour et Kristyn Frank

Date de diffusion : le 15 juillet 2026



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 infostats@statcan.gc.ca

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

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

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.

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2026

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.

Difficultés d'accès aux soins spécialisés et lien avec les besoins en soins de santé non comblés chez les Canadiens d'âge moyen et plus âgés

par Md Kamrul Islam , Heather Gilmour et Kristyn Frank 

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202600700002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La population du Canada vieillit rapidement. Cela a des répercussions sur le système de soins de santé et fait notamment accroître la demande de soins spécialisés. Toutefois, peu d'études ont examiné les facteurs associés au recours à des soins spécialisés, les difficultés d'accès à de tels soins et la relation entre les difficultés d'accès et les besoins de santé non comblés chez les adultes d'âge moyen (de 45 à 64 ans) et les adultes âgés (65 ans et plus).

Données et méthodes

Les données de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024 ont été utilisées pour identifier les facteurs associés au recours à des soins spécialisés et aux difficultés d'accès à ces soins, et pour examiner la relation entre les difficultés d'accès et les besoins de santé non comblés. À l'aide d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 23 473 Canadiens âgés de 45 ans et plus, des analyses de régression logistique multivariée ont été menées séparément pour les adultes d'âge moyen et les adultes âgés.

Résultats

En 2024, 38,5 % des Canadiens âgés de 45 ans et plus ont eu recours à des soins spécialisés, 27,8 % ont eu de la difficulté à accéder à de tels soins et 18,0 % ont indiqué avoir des besoins de santé non comblés. Les adultes âgés (65 ans et plus) étaient plus susceptibles que les adultes d'âge moyen (de 45 à 64 ans) d'avoir recours à des soins spécialisés (42,9 % par rapport à 35,1 %), mais étaient moins susceptibles d'indiquer avoir eu de la difficulté à accéder à de tels soins (24,6 % par rapport à 30,2 %). Le fait d'avoir plusieurs problèmes de santé chroniques ou une incapacité était associé à la fois au recours à des soins spécialisés et à de plus grandes difficultés d'accès à de tels soins chez les adultes d'âge moyen et les adultes âgés. Les difficultés d'accès à des soins spécialisés étaient fortement associées à une plus grande probabilité d'avoir des besoins de santé non comblés chez les adultes d'âge moyen (6,2 fois plus élevée) et les adultes âgés (14,0 fois plus élevée).

Interprétation

L'étude souligne l'importance de tenir compte de plusieurs facteurs, tels que l'âge, le genre, le statut d'immigrant, la multimorbidité, l'incapacité et l'accès à un fournisseur de soins de santé primaires pour analyser l'accès à des soins.

Mots clés

Médecin spécialiste, difficultés d'accès à des soins, aînés, recours à des services de santé, déterminants sociaux, problèmes de santé chroniques.

AUTEURS

Md Kamrul Islam, Heather Gilmour et Kristyn Frank travaillent à la Division de l'analyse et de la modélisation de la santé de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Le recours à des services de soins de santé est associé à des facteurs démographiques, socioéconomiques, géographiques et liés à la santé.
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir recours à des soins primaires et de déclarer des problèmes de santé physiques chroniques et un mauvais état de santé mentale, y compris la dépression et l'anxiété.
- Les femmes sont moins susceptibles que les hommes de consulter des médecins spécialistes et elles sont plus susceptibles d'avoir de la difficulté à accéder à des soins spécialisés.
- Les besoins de santé non comblés des Canadiens varient grandement en fonction de l'âge, du genre et de la province et s'expliquent entre autres par les longs temps d'attente, l'indisponibilité des services et les coûts.

Ce qu'apporte l'étude

- En 2024, 38,5 % des Canadiens âgés de 45 ans et plus (environ 6,6 millions de personnes) ont eu recours à des soins spécialisés, 27,8 % (environ 4,5 millions de personnes) ont eu de la difficulté à accéder à de tels soins et 18,0 % (environ 3,0 millions de personnes) ont indiqué avoir des besoins de santé non comblés.
- Les adultes âgés étaient plus susceptibles que les adultes d'âge moyen d'avoir recours à des soins spécialisés et étaient moins susceptibles d'indiquer des difficultés d'accès à ces soins. Le fait d'avoir un fournisseur de soins de santé primaires augmentait la probabilité de consulter un spécialiste et diminuait la probabilité de rencontrer des difficultés d'accès aux soins chez les deux groupes d'âge.
- Un nombre plus élevé de problèmes de santé chroniques ou la présence d'une incapacité étaient systématiquement associés au recours à des soins spécialisés et à une plus grande difficulté d'accès à des soins spécialisés parmi les deux groupes d'âge.
- Les personnes qui ont indiqué des difficultés d'accès à des soins primaires ou spécialisés, ou aux deux, étaient plus susceptibles d'indiquer avoir des besoins de santé non comblés que les personnes n'ayant déclaré aucune difficulté.

La population du Canada vieillit rapidement en raison de la baisse des taux de natalité, de l'allongement de l'espérance de vie et de l'évolution démographique associée à la génération du baby-boom (cohorte de naissance de 1946 à 1964). La part des adultes âgés (65 ans et plus) au sein de la population totale devrait augmenter pour passer de 18,9 % en 2023 à une part située de 21,9 % à 32,3 % d'ici 2073¹. L'espérance de vie des adultes âgés continue d'augmenter et la plupart d'entre eux indiquent que leur état de santé est bon malgré la présence de problèmes de santé chroniques². Toutefois, la prévalence de tels problèmes de santé s'accroît en fonction de l'âge. Par conséquent, le nombre de Canadiens vivant avec des problèmes de santé chroniques ou une incapacité devrait augmenter.

En accord avec cette tendance, en 2023, 68,0 % des Canadiens âgés (environ 5,0 millions de personnes) présentaient une multimorbidité (deux problèmes de santé chroniques ou plus), tout comme 67,4 % des personnes âgées de 65 à 84 ans et 74,1 % de celles âgées de 85 ans et plus. De même, 15,3 % des Canadiens âgés (environ 1,1 million de personnes) ont indiqué avoir une incapacité, tout comme 14,8 % des personnes âgées de 65 à 84 ans et 21,0 % de celles âgées de 85 ans et plus³. L'enjeu principal est de savoir si le système de santé est suffisamment prêt à répondre aux besoins d'une population de plus en plus nombreuse d'adultes âgés vivant avec des problèmes de santé chroniques ou une incapacité^{4,5}.

Dans ce contexte général, il existe des différences notables entre les genres en ce qui a trait à l'état de santé et au recours à des soins de santé chez les Canadiens âgés. Les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes de présenter une multimorbidité ou une incapacité⁶. Compte tenu de ces différences dans les besoins de santé, les femmes âgées ont tendance à avoir recours à des services de soins de santé primaires plus fréquemment que les hommes, mais elles sont moins susceptibles de consulter des médecins spécialistes⁷.

L'accès à des soins primaires a été largement étudié au Canada⁸⁻¹², mais la recherche sur le recours à des soins spécialisés est limitée. Plus précisément, peu d'études ont porté sur le recours à des soins spécialisés chez les Canadiens d'âge moyen ou âgés^{7,13,14}. Les recherches existantes ont permis d'établir un lien entre le recours à des soins spécialisés et des facteurs comme l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, l'accès à un médecin habituel, l'état de santé, les problèmes de santé chroniques et le lieu de résidence^{7,14}. Certaines études ont également examiné les obstacles à l'accès à des spécialistes et ont cerné des facteurs démographiques, socioéconomiques, géographiques et liés à l'état de santé^{7,13}. Néanmoins, afin d'éclairer l'élaboration de politiques et de programmes, il faut mener d'autres recherches au moyen d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale pour identifier les déterminants multidimensionnels liés au recours à des soins spécialisés et aux difficultés d'accès à des soins spécialisés chez les Canadiens d'âge moyen (45 à 64 ans)

et âgés (65 ans et plus). En outre, il faut mener des analyses plus approfondies et désagrégées selon l'âge, surtout chez les Canadiens âgés, et examiner les variations à l'échelle provinciale afin de combler les lacunes dans la littérature quant au recours à des soins spécialisés.

La difficulté d'accès à des soins spécialisés contribue à la non-satisfaction des besoins en soins de santé^{15,16}. En 2022, environ 3,0 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus (9,2 %) ont indiqué avoir des besoins de santé non comblés et les résultats variaient considérablement selon l'âge, le genre et la province¹⁷. Les longs temps d'attente, l'indisponibilité des services et les coûts (p. ex. coûts relatifs aux médicaments d'ordonnance et au transport) faisaient partie des raisons courantes expliquant l'insatisfaction de ces besoins^{18,19}. Cependant, on ne connaît pas la mesure dans laquelle les difficultés d'accès à des soins de santé spécialisés contribuent à la non-satisfaction des besoins de santé des Canadiens d'âge moyen et âgés.

Une perspective axée sur le parcours de vie souligne d'autant plus l'importance de combler cette lacune. La période de l'âge moyen est un moment charnière de la vie, puisqu'il s'agit d'une période où de nombreux problèmes de santé chroniques apparaissent et pendant laquelle la promotion de la santé et du mieux-être peut avoir une influence positive sur le vieillissement en santé^{20,21}. Guidé par l'approche fondée sur le parcours de vie²², le plan d'action de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2021-2030 des Nations Unies souligne l'importance de prendre des mesures à toutes les étapes de la vie, de la petite enfance à l'âge moyen et à l'âge avancé, afin que les personnes puissent vieillir le mieux possible²³. Cette approche souligne l'importance d'examiner les adultes d'âge moyen et les adultes âgés séparément pour cerner les facteurs associés au recours à des soins spécialisés, dans le but d'éclairer les politiques en santé.

Les objectifs principaux de la présente étude consistaient à déterminer la prévalence du recours à des soins spécialisés et des difficultés d'accès à des soins spécialisés chez les Canadiens d'âge moyen et âgés, ainsi qu'à identifier les facteurs qui y sont associés. Un autre objectif consistait à étudier le lien entre la difficulté d'accès à des soins spécialisés et les besoins de santé non comblés. Les objectifs secondaires consistaient à décrire les différents aspects du recours à des soins spécialisés, dont les sources de référence, les motifs d'une consultation initiale et les temps d'attente entre l'obtention de la référence et la consultation. Les données de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés (EASSES-SPS) de 2024 ont été utilisées. L'analyse s'appuie sur le modèle comportemental d'Andersen quant au recours aux services de santé^{24,25}, qui comprend des facteurs de prédisposition, des ressources habilitantes et des facteurs liés aux besoins. Les constatations de la présente étude fourniront de nouvelles données probantes sur le lien qui existe entre ces facteurs multidimensionnels et le recours à des soins spécialisés et les difficultés d'accès à ces soins. Elles fourniront également d'autres renseignements sur les différences entre les genres et

les effets des temps d'attente chez les adultes d'âge moyen et âgés. Une description détaillée des composantes du modèle est présentée à la section suivante.

Méthodes

Sources des données

L'EASSES-SPS de 2024 est une enquête transversale représentative à l'échelle nationale qui a permis de recueillir des renseignements sur l'accès à des soins de santé et sur les expériences de résidents de logements privés dans les 10 provinces du Canada. Les renseignements ont été recueillis par autodéclaration directe dans un questionnaire électronique en ligne auprès de personnes âgées de 18 ans et plus. Des interviews téléphoniques assistées par ordinateur ont été réalisées pour les cas de non-réponse. Les personnes qui vivent dans les réserves ou sur les terres de la Couronne ainsi que les personnes qui vivent dans des établissements institutionnels (p. ex. établissements de soins de santé, prisons) ont été exclues de l'enquête. Au total, 33 535 personnes ont été interviewées, et le taux de réponse était de 52,4 %. La méthodologie d'enquête détaillée peut être obtenue auprès de Statistique Canada²⁶.

Échantillon à l'étude

L'échantillon analytique total de la présente étude était de 23 473 Canadiens âgés de 45 ans et plus vivant dans des logements privés dans les 10 provinces du Canada, plus précisément 12 390 adultes d'âge moyen (de 45 à 64 ans) et 11 083 adultes âgés (65 ans et plus).

Définitions

Recours à des soins spécialisés

Le recours à des soins spécialisés a été déterminé au moyen de la question de type « oui » ou « non » suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin spécialiste pour une consultation initiale? ». Un médecin spécialiste est un médecin agréé pour exercer une spécialité (p. ex. dermatologue, cardiologue).

Difficulté d'accès à des soins spécialisés

La difficulté d'accès à des soins spécialisés a été catégorisée de façon dichotomique (oui ou non) en fonction de la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà éprouvé l'une des difficultés suivantes à obtenir des soins spécialisés dont vous aviez besoin? ». Les catégories de réponse comprenaient 12 types de difficultés (p. ex. difficulté à obtenir une référence, a attendu trop longtemps entre l'obtention du rendez-vous et la consultation) ainsi qu'une catégorie pour les personnes qui n'ont éprouvé aucune difficulté.

Tableau 1

Recours à des soins spécialisés dans le cadre d'une consultation initiale au cours des 12 mois précédents parmi les Canadiens d'âge moyen et plus âgés (à l'exclusion des territoires), 2024

Caractéristiques	Prévalence du recours à des soins spécialisés						Rapports de cotes ajustés (RCA) du recours à des soins spécialisés					
	Adultes d'âge moyen (45 à 64 ans)			Adultes âgés (65 ans et plus)			Adultes d'âge moyen (45 à 64 ans)			Adultes âgés (65 ans et plus)		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	Pourcentage	de	à	Pourcentage	de	à	RCA	de	à	RCA	de	à
Genre												
Femmes	37,7 *	35,6	39,8	40,5 *	38,4	42,7	1,2 *	1,1	1,4	0,8 *	0,7	1,0
Hommes†	32,5	30,3	34,7	45,7 ‡	43,3	48,0	1,0	...	...	1,0	...	...
Adultes d'âge moyen												
45 à 54 ans†	32,4	30,2	34,7	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
55 à 64 ans	37,6 *	35,6	39,7	...	...	...	1,1	1,0	1,3	...	...	...
Adultes âgés												
65 à 84 ans†	...	...	...	43,1	41,5	44,8	...	...	...	1,0	...	...
85 ans et plus	...	...	...	41,2	35,7	46,9	...	...	...	0,8	0,6	1,1
Situation des particuliers												
Personne vivant seule	35,8	32,3	39,5	39,8 *	37,1	42,5	0,9	0,7	1,1	0,8 *	0,7	1,0
Personne vivant avec la famille ou d'autres personnes†	35,0	33,3	36,7	44,2 ‡	42,2	46,2	1,0	...	...	1,0	...	...
Statut d'immigrant												
Immigrant	34,6	31,8	37,5	44,2 ‡	40,7	47,7	1,0	0,8	1,2	1,0	0,9	1,2
Personne née au Canada†	35,4	33,7	37,1	42,5 ‡	40,7	44,3	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité												
Sans études postsecondaires†	34,4	31,5	37,5	40,3 ‡	37,9	42,7	1,0	...	...	1,0	...	...
Études postsecondaires	35,3	33,6	37,1	45,0 **	42,8	47,2	1,1	0,9	1,3	1,1	1,0	1,3
Revenu familial total avant impôts												
Le plus faible (quintile 1)†	33,8	29,9	38,0	40,4 ‡	37,3	43,6	1,0	...	...	1,0	...	...
Faible à moyen (quintile 2)	36,9	33,4	40,6	41,7 ‡	38,6	44,8	1,3 *	1,0	1,7	1,1	0,9	1,3
Moyen (quintile 3)	34,6	31,1	38,2	43,3 ‡	39,8	46,8	1,2	0,9	1,6	1,1	0,9	1,4
Moyen à élevé (quintile 4)	36,6	33,4	39,8	47,9 **	43,6	52,2	1,3 *	1,0	1,7	1,5 *	1,2	1,9
Le plus élevé (quintile 5)	33,9	31,2	36,7	44,9 ‡	40,4	49,6	1,2	0,9	1,5	1,3 *	1,0	1,7
A un fournisseur de soins de santé primaires												
Oui	37,1 *	35,4	38,8	43,8 **	42,1	45,4	1,6 *	1,3	1,9	1,3 *	1,0	1,6
Non†	25,2	22,1	28,5	36,0 ‡	31,4	40,8	1,0	...	...	1,0	...	...
Santé mentale perçue												
Excellente, très bonne ou bonne†	33,6	32,0	35,2	42,3 ‡	40,7	44,0	1,0	...	...	1,0	...	...
Passable ou mauvaise	46,6 *	42,2	51,1	48,7 *	43,1	54,4	1,4 *	1,1	1,7	1,0	0,8	1,3
Niveau élevé de stress dans la vie												
Oui	38,2 *	35,2	41,2	50,5 **	45,5	55,5	1,0	0,9	1,2	1,2	1,0	1,5
Non†	34,1	32,3	35,9	41,9 ‡	40,2	43,6	1,0	...	...	1,0	...	...
Nombre de problèmes de santé physiques chroniques												
Aucun†	28,7	26,7	30,8	31,1	28,1	34,2	1,0	...	...	1,0	...	...
Un	37,0 *	34,2	40,0	39,9 *	37,0	42,8	1,4 *	1,2	1,6	1,4 *	1,2	1,7
Deux	46,0 *	41,6	50,6	46,3 *	43,0	49,6	1,9 *	1,5	2,4	1,9 *	1,5	2,3
Trois	52,3 *	45,0	59,6	51,8 *	47,4	56,1	2,1 *	1,5	2,9	2,4 *	1,9	3,0
Quatre ou plus	59,2 *	50,7	67,3	62,7 *	57,7	67,4	2,7 *	1,8	4,0	3,4 *	2,6	4,5
Incapacité												
Oui	50,3 *	46,1	54,6	54,0 *	50,3	57,6	1,6 *	1,3	2,0	1,4 *	1,1	1,7
Non†	32,9	31,3	34,5	40,0 ‡	38,2	41,8	1,0	...	...	1,0	...	...
Lieu de résidence												
Région urbaine†	36,5	34,8	38,2	44,1 ‡	42,3	45,9	1,0	...	...	1,0	...	...
Région rurale	28,5 *	25,6	31,5	38,1 **	34,9	41,4	0,7 *	0,6	0,8	0,8	0,7	1,0
Province												
Terre-Neuve-et-Labrador	31,7 *	29,0	34,6	37,4 **	34,3	40,5	0,8 *	0,6	0,9	0,7 *	0,6	0,9
Île-du-Prince-Édouard	27,4 *	24,8	30,2	32,4 **	29,9	35,0	0,8 *	0,6	0,9	0,6 *	0,5	0,7
Nouvelle-Écosse	29,9 *	27,2	32,8	32,6 *	29,7	35,7	0,8 *	0,6	0,9	0,6 *	0,5	0,7
Nouveau-Brunswick	28,5 *	25,6	31,5	37,1 **	34,1	40,3	0,7 *	0,6	0,9	0,7 *	0,6	0,9
Québec	35,9	32,9	39,0	42,3 *	39,0	45,6	1,1	0,9	1,3	1,0	0,8	1,2
Ontario†	37,4	34,3	40,6	46,6 ‡	43,3	49,9	1,0	...	...	1,0	...	...
Manitoba	32,5 *	29,4	35,8	37,5 **	34,0	41,1	0,8 *	0,6	0,9	0,6 *	0,5	0,8
Saskatchewan	28,9 *	26,2	31,8	36,7 **	33,7	39,8	0,7 *	0,5	0,8	0,7 *	0,5	0,8
Alberta	34,6	31,9	37,4	43,6 ‡	40,1	47,2	0,9	0,7	1,0	0,8	0,7	1,0
Colombie-Britannique	32,3 *	29,5	35,2	40,4 **	37,3	43,6	0,8	0,7	1,0	0,8 *	0,7	1,0

... n'ayant pas lieu de figurer

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

† catégorie de référence

‡ valeur significativement différente de l'estimation pour les adultes d'âge moyen (p < 0,05)

Note : En 2024, 6,6 millions de Canadiens âgés de 45 ans et plus (38,5 %) ont obtenu des soins spécialisés dans le cadre d'une consultation initiale (35,1 % chez les adultes d'âge moyen et 42,9 % chez les adultes âgés).**Source :** Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés, 2024.

Besoins de santé non comblés

Les besoins de santé non comblés ont été mesurés au moyen de la question de type « oui » ou « non » suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez besoin de soins de santé, mais vous ne les avez pas obtenus? ». Les types de besoins de santé non comblés comprenaient le traitement d'un nouveau problème de santé physique ou mentale, un examen régulier, le traitement d'une blessure, un médicament ou le renouvellement d'une prescription, et d'autres services.

Covariables

La sélection des covariables est fondée sur le modèle comportemental d'Andersen quant au recours aux services de santé et leur disponibilité dans l'EASSES-SPS. Le modèle d'Andersen a été élaboré pour comprendre le recours à des services de santé en ce qui a trait à trois domaines : les facteurs de prédisposition, les ressources habilitantes et les facteurs liés aux besoins²⁵. Les facteurs liés au besoin (p. ex. état de santé)

influencent les besoins en services. Les ressources habilitantes comprennent la disponibilité des services et du personnel, et la capacité à y avoir accès. Les facteurs de prédisposition reflètent la tendance à avoir recours à des services de soins de santé.

Facteurs de prédisposition

Pour le genre, les personnes ont été classées comme étant des hommes ou des femmes. En raison de leur faible nombre (moins de 10), les personnes non binaires ont été exclues de l'analyse. Les groupes d'âge étaient les adultes d'âge moyen (de 45 à 64 ans) et les adultes âgés (65 ans et plus). Des groupes d'âge ont été ajoutés chez les adultes d'âge moyen (45 à 54 ans et 55 à 64 ans) et chez les adultes âgés (65 à 84 ans et 85 ans et plus). La situation des particuliers a été divisée en deux catégories : personne vivant seule ou personne vivant avec la famille ou d'autres personnes. Le statut d'immigrant a été catégorisé de la façon suivante : immigrant (y compris les résidents non permanents) ou personne née au Canada, selon le pays de naissance.

Tableau 2

Répartition en pourcentage pondérée de la consultation la plus récente auprès d'un médecin spécialiste chez les Canadiens d'âge moyen et plus âgés (à l'exclusion des territoires), 2024

Caractéristiques	Adultes d'âge moyen (45 à 64 ans)			Adultes âgés (65 ans et plus)		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	Pourcentage	de	à	Pourcentage	de	à
Source de référence						
Fournisseur de soins de santé primaires (médecin de famille, médecin généraliste ou infirmier praticien)	68,3	65,9	70,7	64,0 *	61,5	66,3
Autre spécialiste	14,8	13,0	16,8	17,5 *	15,6	19,5
Autre professionnel de la santé	8,1	6,8	9,6	8,1	6,8	9,5
N'a pas eu besoin d'une référence	8,8	7,5	10,3	10,5	9,0	12,2
Mode de consultation¹						
En personne	89,2	87,6	90,7	89,2	87,5	90,6
Par téléphone (voix seulement)	8,2	6,9	9,6	9,1	7,8	10,6
Motif de la consultation initiale						
Problème cardiaque ou accident vasculaire cérébral	9,7	8,1	11,5	17,0 *	15,1	19,1
Cancer	6,1	4,9	7,6	8,9 *	7,6	10,4
Asthme ou autre trouble respiratoire	3,2	2,4	4,2	3,8	3,0	4,8
Arthrite	5,0	4,0	6,3	5,5	4,4	6,8
Cataractes ou autre maladie des yeux	5,5	4,4	6,9	8,6 *	7,3	10,0
Problème de peau	12,7	10,9	14,8	10,2 *	8,8	11,8
Problème urologique ou gynécologique	15,9	13,8	18,2	8,3 *	6,9	9,9
Problème orthopédique	11,3	9,6	13,2	11,3	9,6	13,1
Trouble neurologique	5,2	4,1	6,5	5,1	4,0	6,6
Autre problème de santé ²	25,4	23,1	27,8	21,4 *	19,4	23,6
Temps d'attente entre l'obtention de la référence et la consultation initiale						
Moins d'un mois	31,7	29,3	34,2	37,9 *	35,4	40,4
Un mois à moins de trois mois	31,0	28,6	33,5	30,9	28,5	33,3
Trois mois à moins de six mois	16,8	14,9	18,8	16,4	14,6	18,4
Six mois à moins d'un an	12,8	11,1	14,7	9,7 *	8,1	11,4
Un an ou plus	7,7	6,5	9,2	5,2 *	4,3	6,3
Fréquence des consultations auprès d'un médecin spécialiste (au cours des 12 mois précédents)						
Une fois	41,0	38,4	43,7	33,2 *	30,8	35,6
2 à 4 fois	47,9	45,1	50,7	53,0 *	50,4	55,6
5 à 9 fois	7,1	5,9	8,6	9,4 *	7,9	11,2
10 fois ou plus	4,0	3,0	5,2	4,4	3,5	5,6

* valeur significativement différente de l'estimation pour les adultes d'âge moyen ($p < 0,05$)

1. La somme des pourcentages n'est pas égale à 100,0 %, puisque certaines catégories ont été supprimées à des fins de conformité en matière de divulgation.

2. Les autres problèmes de santé comprennent les troubles de santé mentale et le diabète.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés, 2024.

Ressources habilitantes

Le niveau de scolarité des répondants a été divisé en deux catégories : sans études postsecondaires et études postsecondaires. Le revenu familial total avant impôts a été divisé en cinq catégories : le plus faible (quintile 1), faible-moyen (quintile 2), moyen (quintile 3), moyen-élevé (quintile 4) et le plus élevé (quintile 5). En ce qui concerne le fait d'avoir un fournisseur de soins de santé primaires (oui ou non), les fournisseurs comprennent les médecins de famille, les médecins généralistes et les infirmiers praticiens.

Le lieu de résidence a été catégorisé de la façon suivante : région rurale (population de moins de 1 000 habitants) et région urbaine (population de 1 000 habitants ou plus). Les 10 provinces du Canada ont été incluses dans des catégories distinctes de l'analyse.

Facteurs liés aux besoins

La santé mentale autoévaluée a été catégorisée comme excellente, très bonne ou bonne, ou passable ou mauvaise, selon la question « En général, comment est votre santé mentale? ».

Le nombre de problèmes de santé physiques chroniques a été réparti en cinq catégories (aucun, un, deux, trois ou quatre ou plus), en fonction de 17 problèmes de santé chroniques : asthme, maladie pulmonaire (y compris la maladie pulmonaire obstructive chronique), maladie cardiaque, diabète, maladie rénale, maladie du foie, hypertension artérielle, trouble sanguin, système immunitaire affaibli, trouble neurologique, effets d'un accident vasculaire cérébral, maladie d'Alzheimer ou autre démence, cancer, arthrite, maladie des yeux, incontinence urinaire et maladie intestinale. Ces problèmes de santé chroniques devraient durer ou ont déjà duré au moins six mois, et ils doivent avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé.

La situation vis-à-vis de l'incapacité est fondée sur la question de type « oui » ou « non » suivante : « Vous identifiez-vous comme une personne ayant une incapacité? ». Le niveau élevé de stress dans la vie a été déterminé en fonction de la question de type « oui » ou « non » suivante : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, comment décririez-vous la plupart de vos journées? » Les réponses « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes » ont été classées comme haut niveau de stress, alors que les réponses « pas du tout stressantes », « pas tellement stressantes » ou « un peu stressantes » ont été classées comme niveau de stress peu élevé²⁷.

La difficulté d'accès à des services de soins de santé au cours des 12 mois précédents a été déterminée au moyen des questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous éprouvé l'une des difficultés suivantes à obtenir des soins primaires non urgents dont vous aviez besoin ? » et « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà éprouvé l'une des difficultés suivantes à obtenir des soins spécialisés dont vous aviez besoin? ». Un fournisseur de soins de santé primaires est

un médecin de famille, un médecin généraliste ou un infirmier praticien. Quatre catégories mutuellement exclusives ont été créées : (1) aucune difficulté, (2) difficulté à obtenir des soins de santé primaires seulement, (3) difficulté à obtenir des soins spécialisés seulement et (4) difficulté à obtenir des soins de santé primaires et spécialisés. Cette classification permet de faire la distinction entre les difficultés propres aux soins spécialisés et les difficultés propres aux soins primaires. Puisque les besoins non comblés pourraient être attribuables à des obstacles dans les deux domaines, la distinction entre ces groupes aide à atténuer la confusion relative aux résultats et à produire des estimations plus précises de l'association entre les difficultés d'accès à des soins spécialisés et les besoins de santé non comblés.

Approche analytique

Des pourcentages pondérés et des tableaux croisés ont été générés pour examiner les trois variables de résultat et d'autres aspects du recours à des soins spécialisés, dont les sources de référence, les motifs des consultations, les temps d'attente, les types de difficultés d'accès à des soins ainsi que les stratégies d'adaptation. La régression logistique multivariée a été étalonnée pour identifier les facteurs associés au recours à des soins spécialisés, à la difficulté d'accès à des soins spécialisés et aux besoins de santé non comblés. Des analyses distinctes ont été présentées à propos des Canadiens d'âge moyen et des Canadiens âgés.

Les estimations descriptives du recours à des soins spécialisés, des difficultés d'accès à des soins spécialisés et des besoins de santé non comblés étaient fondées sur l'analyse des cas disponibles, et le nombre de cas était inégal dans l'ensemble des covariables. Les estimations de la régression logistique ont été dérivées en fonction d'une analyse complète des cas, avec un nombre égal de cas dans l'ensemble des covariables à la suite de la suppression des cas manquants d'après une liste. Les pourcentages de cas manquants dans l'ensemble des covariables étaient très faibles (de 0,03 % pour le statut d'immigrant à 1,2 % pour le nombre de problèmes de santé chroniques).

Des poids d'échantillonnage ont été utilisés pour tenir compte du plan de sondage et de la non-réponse. Des poids bootstrap ont été appliqués au moyen de la version 11.0.3 du logiciel SUDAAN exécutable par SAS pour tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types²⁸. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Caractéristiques de la population à l'étude

La population à l'étude représente 17,2 millions de Canadiens âgés de 45 ans et plus, desquels 57,2 % sont des adultes d'âge moyen et 42,8 % sont des adultes âgés. Le pourcentage de femmes était plus élevé chez les adultes âgés que chez les adultes d'âge moyen, alors que le pourcentage d'hommes était

plus faible chez les adultes âgés que chez les adultes d'âge moyen. D'autres détails se trouvent à l'annexe A.

Recours à des soins spécialisés

En 2024, 38,5 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 37,3 à 39,6) des Canadiens âgés de 45 ans et plus (environ 6,6 millions de personnes) ont eu recours à des soins spécialisés en vue d'une consultation initiale au cours des 12 mois précédents. La proportion était plus élevée chez les adultes âgés (42,9 %) que chez les adultes d'âge moyen (35,1 %), même après ajustement pour tenir compte des facteurs démographiques, socioéconomiques, géographiques et relatifs à la santé (rapports de cotes ajustés [RCA] = 1,2; IC à 95 % : 1,1 à 1,3) (non présenté).

Chez les adultes d'âge moyen, les femmes (37,7 %) étaient plus susceptibles d'avoir recours à des soins spécialisés que les hommes (32,5 %), alors que chez les adultes âgés, les femmes étaient moins susceptibles de le faire. Ces différences ont subsisté même après avoir tenu compte des covariables sélectionnées (tableau 1). Aucune différence significative n'a été observée en matière de recours à des soins spécialisés entre les adultes âgés de 45 à 54 ans et ceux âgés de 55 à 64 ans ni entre les adultes âgés de 65 à 84 ans et ceux âgés de 85 ans et plus, même après ajustement. Les adultes âgés vivant seuls étaient moins susceptibles d'avoir recours à des soins spécialisés que ceux qui vivaient avec d'autres personnes (RCA = 0,8). Un revenu familial élevé était associé à une probabilité plus élevée d'avoir recours à des soins spécialisés dans les deux groupes d'âge, à quelques exceptions près.

Les personnes ayant un fournisseur de soins de santé primaires étaient plus susceptibles que celles qui n'en avaient pas de consulter un spécialiste, et cette différence demeurait significative chez les adultes d'âge moyen (1,6 fois plus

susceptibles) et les adultes âgés (1,3 fois plus susceptibles) après ajustement. Un nombre élevé de problèmes de santé physiques chroniques et le fait d'avoir une incapacité étaient associés à une plus grande probabilité de recourir à des soins spécialisés dans les deux groupes d'âge.

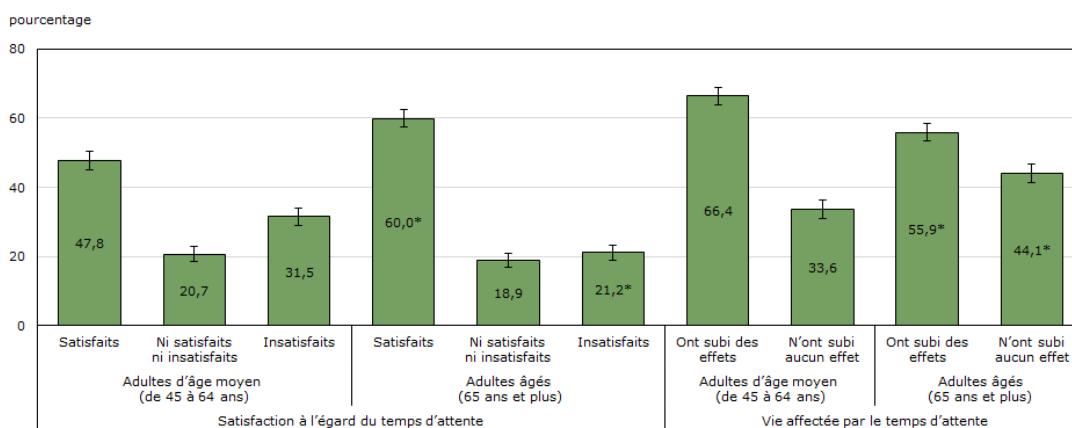
Les différences sur le plan géographiques étaient évidentes : les deux groupes d'âge étaient moins susceptibles de recourir à des soins spécialisés à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Manitoba et en Saskatchewan qu'en Ontario.

Recours à des soins spécialisés : sources de référence, mode de consultation et temps d'attente

Les fournisseurs de soins primaires étaient la source de référence la plus courante dans le cas des consultations initiales avec un médecin spécialiste, suivi d'un autre spécialiste, puis d'un autre professionnel de la santé, chez les deux groupes d'âge. Environ 90,0 % des adultes d'âge moyen et des adultes âgés ont consulté un médecin spécialiste en personne. Les motifs les plus courants d'une première consultation auprès d'un médecin spécialiste étaient un problème cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, un cancer, un problème de peau, un problème urologique ou gynécologique et un problème orthopédique (tableau 2).

Environ les deux tiers des adultes d'âge moyen et plus des deux tiers des adultes âgés ont attendu moins de trois mois entre la référence et la consultation initiale auprès d'un médecin spécialiste (tableau 2). Les adultes âgés étaient plus susceptibles d'être satisfaits du temps d'attente et moins susceptibles de subir les effets du temps d'attente (graphique 1). Pour la plupart des adultes d'âge moyen et âgés, les effets du temps d'attente ont été l'inquiétude, l'anxiété ou le stress (graphique 2).

Graphique 1
Satisfaction à l'égard du temps d'attente pour consulter un médecin spécialiste et effets du temps d'attente chez les Canadiens d'âge moyen et plus âgés (à l'exclusion des territoires), 2024

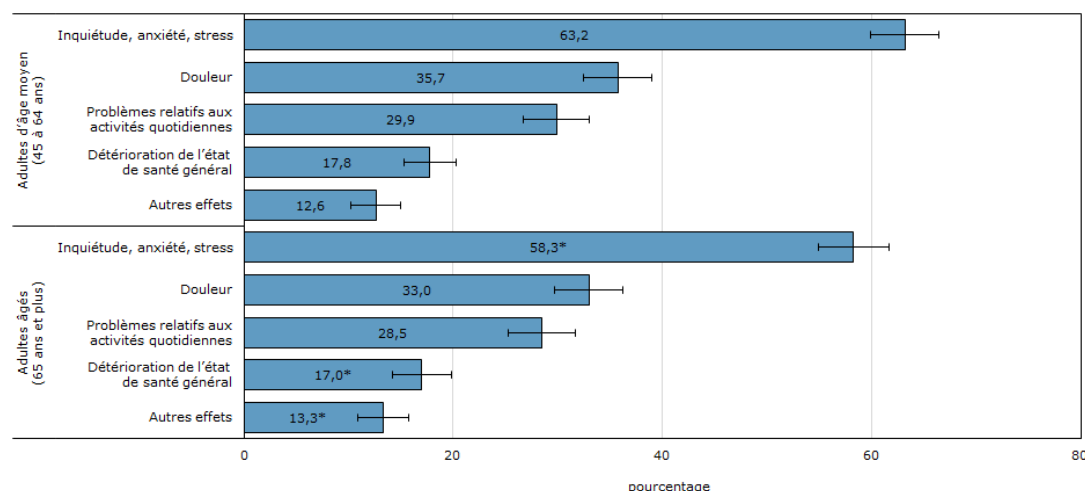


* valeur significativement différente de l'estimation pour les adultes d'âge moyen ($p < 0,05$)

Note : Les barres d'erreur verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés, 2024.

Graphique 2
Effets du temps d'attente pour une consultation initiale auprès d'un médecin spécialiste chez les Canadiens d'âge moyen et plus âgés (à l'exclusion des territoires), 2024



* valeur significativement différente de l'estimation pour les adultes d'âge moyen ($p < 0,05$)

Note : Les barres d'erreur horizontales représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés, 2024.

Difficulté d'accès à des soins spécialisés

En 2024, 27,8 % (IC à 95 % : 26,7 à 28,9) des Canadiens âgés de 45 ans et plus, soit environ 4,5 millions de personnes, ont indiqué avoir eu de la difficulté à accéder à des soins spécialisés dans le cadre d'une consultation initiale. Les adultes âgés (24,6 %) étaient moins susceptibles de rencontrer des difficultés que les adultes d'âge moyen (30,2 %), même après ajustement pour tenir compte des covariables (RCA = 0,8; IC à 95 % : 0,7 à 0,9) (non présenté).

Chez les adultes d'âge moyen, un pourcentage plus élevé de femmes (33,4 %) que d'hommes (26,9 %) ont éprouvé des difficultés, et cet écart est demeuré significatif même après ajustement pour tenir compte des covariables (RCA = 1,4) (tableau 3). On n'a observé aucune difficulté d'accès importante à des soins spécialisés entre les adultes âgés de 45 à 54 ans et ceux âgés de 55 à 64 ans. Toutefois, chez les adultes âgés, ceux âgés de 85 ans et plus étaient moins susceptibles d'indiquer avoir eu de la difficulté à accéder à des soins spécialisés que ceux âgés de 65 à 84 ans (RCA = 0,5). Les immigrants étaient plus susceptibles que les personnes nées au Canada d'avoir rencontré des difficultés d'accès (1,8 fois plus susceptibles chez les adultes d'âge moyen et 1,4 fois plus susceptibles chez les adultes âgés).

Les personnes ayant fait des études postsecondaires étaient plus susceptibles d'indiquer avoir eu des difficultés à accéder à des soins spécialisés que celles n'ayant pas fait d'études postsecondaires. Un état de santé mentale mauvais ou passable, un niveau élevé de stress, la présence d'une incapacité et la présence d'au moins un problème de santé chronique étaient associés à des risques accrus d'éprouver des difficultés parmi les deux groupes d'âge. En revanche, le fait d'avoir un fournisseur de soins de santé primaires assurait une protection

(RAC = 0,6 chez les adultes d'âge moyen, et RCA = 0,5 chez les adultes âgés).

Des écarts sur le plan géographique ont été constatés. Les probabilités les plus élevées d'éprouver des difficultés ont été observées au Québec (RCA = 1,3) et en Colombie-Britannique (RCA = 1,4) chez les adultes d'âge moyen, et en Colombie-Britannique (RCA = 1,3) chez les adultes âgés, comparativement à l'Ontario.

Types de difficultés d'accès à des soins spécialisés et stratégies d'adaptation

Les deux principales difficultés d'accès à des soins spécialisés chez les adultes d'âge moyen et chez les adultes âgés étaient la difficulté à obtenir un rendez-vous et un délai trop important entre la prise de rendez-vous et la consultation. L'annulation ou le report des rendez-vous était plus probable chez les adultes âgés que chez les adultes d'âge moyen, alors que les adultes d'âge moyen étaient plus susceptibles d'indiquer avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous ou à obtenir une référence (tableau 4).

Les adultes d'âge moyen comme les adultes âgés ont utilisé diverses stratégies d'adaptation pour gérer ces difficultés, comme la demande de soins médicaux auprès d'un autre professionnel de soins de santé ou ailleurs (19,7 % par rapport à 17,7 %), l'augmentation de l'usage de médicaments en vente libre (20,1 % par rapport à 17,3 %), la recherche de renseignements médicaux sur Internet (29,2 % par rapport à 19,9 %) et la demande de conseils ou de soins auprès de la famille ou des amis (20,1 % par rapport à 16,9 %).

Tableau 3

Difficulté d'accès à des soins spécialisés chez les Canadiens d'âge moyen et plus âgés (à l'exclusion des territoires), 2024

Caractéristiques	Prévalence de la difficulté d'accès à des soins spécialisés						Rapports de cotes ajustés (RCA) de la difficulté d'accès à des soins spécialisés					
	Adultes d'âge moyen (45 à 64 ans)			Adultes âgés (65 ans et plus)			Adultes d'âge moyen (45 à 64 ans)			Adultes âgés (65 ans et plus)		
	Intervalle de confiance à 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %		RCA	Intervalle de confiance à 95 %		RCA
	de	à		de	à		de	à		de	à	
Genre												
Femmes	33,4 *	31,4	35,4	24,2 †	22,4	26,2	1,4 *	1,2	1,6	1,1	0,9	1,2
Hommes †	26,9	24,8	29,1	25,0	22,8	27,2	1,0	...	...	1,0	...	...
Adultes d'âge moyen												
45 à 54 ans †	31,3	29,0	33,7	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
55 à 64 ans	29,1	27,2	31,1	...	...	...	0,9	0,8	1,0	...	...	...
Adultes âgés												
65 à 84 ans †	...	...	...	25,3	23,8	26,9	...	...	...	1,0	...	...
85 ans et plus	...	...	...	17,1 *	13,4	21,6	...	...	...	0,5 *	0,7	0,7
Situation des particuliers												
Personne vivant seule	28,9	25,7	32,4	23,9 †	21,6	26,3	0,9 *	0,7	1,0	1,0	0,8	1,2
Personne vivant avec la famille ou d'autres personnes †	30,4	28,7	32,1	24,9 †	23,1	26,8	1,0	...	...	1,0	...	...
Statut d'immigrant												
Immigrant	36,5 *	33,5	39,7	29,8 **	26,6	33,3	1,8 *	1,5	2,1	1,4 *	1,2	1,8
Personne née au Canada †	27,0	25,4	28,7	22,5 †	21,1	24,1	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité												
Sans études postsecondaires †	25,5	22,9	28,3	20,5 †	18,5	22,6	1,0	...	...	1,0	...	...
Études postsecondaires	31,8 *	30,0	33,7	27,7 **	25,6	29,8	1,3 *	1,1	1,6	1,4 *	1,2	1,6
Revenu familial total avant impôts												
Le plus faible (quintile 1) †	30,5	26,6	34,7	25,4 †	22,6	28,5	1,0	...	...	1,0	...	...
Faible à moyen (quintile 2)	30,0	26,5	33,8	21,1 **	18,8	23,7	1,1	0,8	1,4	0,9	0,7	1,1
Moyen (quintile 3)	29,1	25,7	32,7	26,6	23,3	30,3	1,1	0,8	1,4	1,2	0,9	1,5
Moyen à élevé (quintile 4)	30,7	27,7	33,8	24,2 †	20,6	28,2	1,2	0,9	1,6	1,1	0,8	1,5
Le plus élevé (quintile 5)	30,4	27,8	33,2	28,1	24,0	32,6	1,3	1,0	1,6	1,2	0,9	1,7
A un fournisseur de soins de santé primaires												
Oui	28,8 *	27,2	30,4	23,6 **	22,1	25,1	0,6 *	0,5	0,7	0,5 *	0,4	0,7
Non †	37,4	33,6	41,3	32,5	27,7	37,6	1,0	...	...	1,0	...	...
Santé mentale perçue												
Excellente, très bonne ou bonne †	28,1	26,6	29,7	22,5 †	21,1	24,0	1,0	...	...	1,0	...	...
Passable ou mauvaise	45,3 *	40,7	50,0	44,5 *	38,7	50,5	1,5 *	1,2	1,9	1,8 *	1,4	2,3
Niveau élevé de stress dans la vie												
Oui	40,0 *	36,8	43,3	42,3 *	37,2	47,5	1,6 *	1,3	1,9	1,9 *	1,5	2,4
Non †	26,6	25,0	28,3	22,1 †	20,7	23,6	1,0	...	...	1,0	...	...
Nombre de problèmes de santé physiques chroniques												
Aucun †	26,5	24,4	28,7	15,3 †	13,1	17,9	1,0	...	...	1,0	...	...
Un	30,7 *	28,0	33,5	23,5 **	21,1	26,1	1,3 *	1,1	1,6	1,7 *	1,4	2,2
Deux	33,9 *	29,6	38,5	25,6 †	22,5	28,8	1,5 *	1,2	1,9	1,9 *	1,4	2,4
Trois	45,7 *	38,8	52,7	29,6 †	25,7	33,8	2,3 *	1,6	3,2	2,3 *	1,7	3,1
Quatre ou plus	50,8 *	42,1	59,5	40,9 *	35,6	46,4	2,6 *	1,6	3,9	3,2 *	2,3	4,3
Incapacité												
Oui	43,0 *	38,8	47,4	35,7 **	32,2	39,3	1,6 *	1,3	2,0	1,5 *	1,2	1,8
Non †	28,3	26,8	29,9	21,6 †	20,1	23,2	1,0	...	...	1,0	...	...
Lieu de résidence												
Région urbaine †	30,4	28,8	32,1	24,7 †	23,1	26,5	1,0	...	...	1,0	...	...
Région rurale	29,0	25,8	32,4	23,9 †	20,9	27,1	1,1	0,9	1,4	1,1	0,9	1,3
Province												
Terre-Neuve-et-Labrador	30,5	27,6	33,5	27,1	24,3	30,1	1,2	1,0	1,6	1,1	0,9	1,4
Île-du-Prince-Édouard	28,8	26,0	31,8	24,4 †	22,0	26,9	1,1	0,8	1,3	0,9	0,7	1,1
Nouvelle-Écosse	28,6	25,6	31,7	22,0 **	19,6	24,7	1,1	0,9	1,4	0,8	0,7	1,1
Nouveau-Brunswick	26,9	23,9	30,1	22,0 **	19,4	24,8	1,0	0,8	1,3	0,9	0,7	1,2
Québec	30,8	27,7	34,0	20,4 **	17,9	23,3	1,3 *	1,0	1,6	0,9	0,7	1,2
Ontario †	28,7	25,8	31,8	26,2	23,3	29,3	1,0	...	...	1,0	...	...
Manitoba	26,0	23,0	29,1	21,7 **	18,7	24,9	0,9	0,7	1,2	0,9	0,7	1,1
Saskatchewan	29,2	26,4	32,1	20,7 **	18,1	23,5	1,1	0,9	1,4	0,9	0,7	1,1
Alberta	29,9	27,1	32,8	24,7 †	21,6	28,0	1,1	0,9	1,3	0,9	0,7	1,2
Colombie-Britannique	35,9 *	32,8	39,2	29,2 †	26,2	32,3	1,4 *	1,2	1,8	1,3 *	1,0	1,6

... n'ayant pas lieu de figurer

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

† catégorie de référence

‡ valeur significativement différente de l'estimation pour les adultes d'âge moyen (p < 0,05)

Note : En 2024, 4,5 millions de Canadiens âgés de 45 ans et plus (27,8 %) ont eu de la difficulté à obtenir des soins spécialisés dans le cadre d'une consultation initiale (30,2 % chez les adultes d'âge moyen et 24,6 % chez les adultes âgés).**Source :** Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés, 2024.

Tableau 4

Types de difficultés d'accès à des soins spécialisés rencontrées et stratégies d'adaptation chez les Canadiens d'âge moyen et plus âgés (à l'exclusion des territoires), 2024

Caractéristiques	Adultes d'âge moyen (45 à 64 ans)			Adultes âgés (65 ans et plus)		
	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Types de difficultés rencontrées¹						
Annulation ou report du rendez-vous	13,9	11,9	16,2	17,9 *	15,3	20,9
Difficulté à obtenir un rendez-vous	52,6	49,6	55,6	45,7 *	42,2	49,3
Difficulté à obtenir une référence	18,6	16,4	21,1	14,3 *	11,8	17,3
Attente trop longue entre l'obtention du rendez-vous et la consultation	47,4	44,4	50,4	47,3	43,9	50,8
N'a pas eu les renseignements ou instructions appropriés	13,7	11,7	15,9	11,3	9,0	14,0
Détérioration de l'état de santé général	16,0	14,0	18,1	18,0	15,4	21,1
Service non disponible dans la région	10,3	8,8	12,1	11,6	9,7	13,8
Autres difficultés ²	8,8	7,4	10,4	12,8 *	10,5	15,5
Stratégies d'adaptation¹						
Demande de soins médicaux auprès d'un autre professionnel de la santé ou à un autre endroit ³	19,7	17,5	22,2	17,7	15,0	20,7
Augmentation de l'usage de médicaments en vente libre	20,1	17,9	22,6	17,3	14,6	20,3
Modification ou renouvellement des médicaments existants en attendant les soins	12,0	10,3	14,0	13,6	11,4	16,3
Utilisation de remèdes traditionnels	13,0	11,1	15,2	8,3 ^E	6,3	11,0
Recherche de renseignements médicaux sur Internet	29,2	26,6	31,9	19,9	17,2	22,9
Demande de conseils ou de soins auprès de la famille ou des amis	20,1	17,9	22,4	16,9	14,3	19,9
Aucune de ces réponses	39,0	35,8	42,2	45,6 *	42,3	48,9

* valeur significativement différente de l'estimation pour les adultes d'âge moyen (de 45 à 64 ans) (p < 0,05)

^E à utiliser avec prudence

1. La somme n'équivaut pas à 100 % en raison des réponses multiples.

2. Les autres difficultés comprennent l'indisponibilité de services de santé adaptés sur le plan culturel, l'absence de pratiques de guérison autochtones, l'indisponibilité des services dans le mode préféré et des difficultés relatives à la technologie des soins virtuels.

3. Chez les personnes qui ont cherché à obtenir des soins médicaux ailleurs, 46,3 % des adultes d'âge moyen et 44,7 % des adultes âgés ont dû payer de leur poche.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés, 2024.

Besoins de santé non comblés

En 2024, 18,0 % (IC à 95 % : 17,1 à 19,0) des Canadiens âgés de 45 ans et plus (2,9 millions de personnes) ont indiqué avoir des besoins de santé non comblés (20,7 % chez les adultes d'âge moyen et 14,2 % chez les adultes âgés) (non présenté). Chez les adultes d'âge moyen, les personnes qui ont rencontré des difficultés d'accès à des soins de santé primaires seulement (23,6 %), à des soins spécialisés seulement (27,3 %) ou aux deux types de soins (54,4 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins de santé non comblés que les personnes qui ont indiqué n'avoir rencontré aucune difficulté. Cette tendance relative aux besoins de santé non comblés était comparable chez les adultes âgés (tableau 5).

La probabilité plus élevée d'avoir des besoins de santé non comblés chez les personnes ayant rencontré des difficultés d'accès persistait même après ajustement pour tenir compte des covariables. Chez les adultes d'âge moyen, ceux qui ont rencontré des difficultés d'accès à des soins spécialisés étaient 6,2 fois plus susceptibles d'avoir des besoins de santé non comblés que les personnes qui n'ont rencontré aucune difficulté. Chez les adultes âgés, ceux qui ont eu de la difficulté à accéder à des soins spécialisés étaient 14,0 fois plus susceptibles d'avoir des besoins de santé non comblés que ceux qui n'ont rencontré aucune difficulté.

Discussion

En 2024, 38,5 % des Canadiens âgés de 45 ans et plus (environ 6,6 millions de personnes) ont eu recours à des soins spécialisés, 27,8 % (environ 4,5 millions de personnes) ont eu de la difficulté à accéder à des soins spécialisés, et 18,0 % (2,9 millions de personnes) ont indiqué avoir des besoins de santé non comblés. La présente étude révèle également que quoique le recours à des soins spécialisés varie en fonction de facteurs de prédisposition, habilitants et relatifs aux besoins, les difficultés d'accès sont répandues et associées aux besoins de santé non comblés.

En ce qui concerne les facteurs de prédisposition, les tendances propres à chaque genre en matière de recours à des soins spécialisés variaient en fonction du groupe d'âge. Chez les hommes, les adultes âgés étaient beaucoup plus susceptibles de recourir à des soins spécialisés que les adultes d'âge moyen. Cette réalité peut être attribuable à des différences dans les tendances relatives aux problèmes de santé chroniques (p. ex. problèmes de santé chroniques non mortels par rapport à ceux qui mettent la vie en danger), qui entraînent un besoin accru d'obtenir des soins spécialisés ^{7,29}. Chez les adultes d'âge moyen, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de consulter un spécialiste, alors que l'inverse a été observé chez les adultes âgés. Cette différence persistait après avoir tenu compte des covariables. Des recherches approfondies pourraient permettre de déterminer si les différences relatives à

l'âge et au genre quant au recours à des soins spécialisés reflètent des tendances sous-jacentes dans les comportements liés au recours aux soins, les pratiques relatives aux références ou les différences dans les profils de maladie entre les hommes et les femmes en vieillissant.

Dans la présente étude, les immigrants n'étaient pas plus ou moins susceptibles que les personnes nées au Canada d'avoir eu recours à des soins spécialisés. Toutefois, conformément à de nombreuses études antérieures^{13,30,31}, mais pas à toutes¹⁴, les immigrants étaient plus susceptibles d'avoir rencontré des difficultés d'accès à de tels soins. Dans le cadre d'études antérieures, les disparités en matière d'accès à des services de soins de santé chez les immigrants ont été attribuées à des barrières linguistiques, à un accès limité à des renseignements, à des contraintes budgétaires et à des différences culturelles³⁰⁻³². Des études futures pourraient permettre d'examiner le rôle que jouent la prestation de services adaptés sur le plan culturel et la disponibilité des services selon les préférences de communication dans l'amélioration de l'accès des immigrants à des soins spécialisés.

En ce qui concerne les facteurs relatifs aux besoins, les adultes d'âge moyen et les adultes âgés ayant plusieurs problèmes de santé chroniques ou une incapacité étaient plus susceptibles d'avoir recours à des soins spécialisés, ce qui cadre avec des études antérieures^{7,13,29,33}. On a également constaté que ces personnes avaient plus de difficulté à accéder à des soins spécialisés, ce qui peut diminuer l'espérance de vie et entraîner de moins bons résultats en matière de santé³⁴. Les personnes ayant une incapacité sont plus susceptibles de rencontrer diverses difficultés en matière d'accès, lesquelles peuvent découler de plusieurs facteurs, comme une autonomie limitée à prendre des décisions en matière de santé³⁵, des frais non remboursés plus élevés (p. ex. médicaments d'ordonnance,

transport)³⁶ et l'insuffisance de la formation des professionnels de la santé³⁷.

Les personnes dont l'état de santé mentale était mauvais ou passable étaient également plus susceptibles d'avoir de la difficulté à accéder à des soins spécialisés parmi les deux groupes d'âge, ce qui concorde avec des études antérieures^{7,38,39}. Plusieurs facteurs peuvent contribuer aux obstacles rencontrés, comme la stigmatisation⁴⁰, de longs temps d'attente⁴¹, des modes d'aiguillage limités en ce qui concerne la santé mentale⁴² et des pénuries de spécialistes en soins de santé mentale³⁹. Une plus grande difficulté d'accès à des soins de santé spécialisés chez les personnes dont l'état de santé mentale est mauvais peut accroître le risque de recourir moins fréquemment à des services de santé mentale. Les conséquences qui en découlent sont néfastes sur la santé et le mieux-être⁴³.

En ce qui concerne les ressources habilitantes, les adultes d'âge moyen et âgés ayant fait des études postsecondaires étaient plus susceptibles d'indiquer avoir rencontré des difficultés d'accès à des soins spécialisés, ce qui peut témoigner d'une meilleure connaissance du système de santé et des barrières, ainsi que d'une plus grande volonté à déclarer de telles difficultés^{8,14}. Un revenu familial plus élevé était associé à une probabilité accrue d'avoir recours à des soins spécialisés parmi les deux groupes d'âge, à quelques exceptions près. Cette association positive peut s'expliquer par une meilleure accessibilité (p. ex. possibilité d'obtenir une référence, frais de déplacement) et une meilleure abordabilité (p. ex. assurance-médicaments pour les médicaments prescrits par des spécialistes)^{7,44}.

Le fait d'avoir un fournisseur de soins de santé primaires augmentait la probabilité de consulter un spécialiste chez les adultes d'âge moyen et les adultes âgés. Dans le système de soins de santé public du Canada, une référence d'un fournisseur

Tableau 5

Rapports de cotes relatifs aux besoins en soins de santé insatisfaits chez les Canadiens d'âge moyen et plus âgés (à l'exclusion des territoires), 2024

Caractéristiques	Prévalence des besoins en soins de santé insatisfaits						Rapports de cotes ajustés (RCA) des besoins en soins de santé insatisfaits					
	Adultes d'âge moyen (45 à 64 ans)			Adultes âgés (65 ans et plus)			Adultes d'âge moyen (45 à 64 ans)			Adultes âgés (65 ans et plus)		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	Pourcentage	de	à	Pourcentage	de	à	RCA	de	à	RCA	de	à
Difficulté à obtenir des soins de santé												
Aucune difficulté [†]	5,7	4,7	6,9	2,6 [‡]	2,0	3,4	1,0	...	...	1,0	...	...
Difficulté à obtenir des soins de santé primaires seulement	23,6 [*]	20,1	27,5	20,9 [*]	17,0	25,3	4,7 [*]	3,4	6,5	8,7 [*]	6,0	12,8
Difficulté à obtenir des soins spécialisés seulement	27,3 [*]	22,5	32,6	26,0 [*]	21,5	31,0	6,2 [*]	4,4	8,8	14,0 [*]	9,4	20,7
Difficulté à obtenir des soins de santé primaires et spécialisés	54,4 [*]	50,9	57,8	50,8 [*]	46,4	55,1	17,4 [*]	13,2	22,9	34,2 [*]	24,4	47,9

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

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

[‡] valeur significativement différente de l'estimation pour les adultes d'âge moyen (p < 0,05)

Note : En 2024, 2,9 millions de Canadiens âgés de 45 ans et plus (18,0 %; intervalle de confiance à 95 % : 17,1 à 19,0) présentaient des besoins en soins de santé insatisfaits (20,7 % chez les adultes d'âge moyen et 14,2 % chez les adultes âgés). Les rapports de cotes ont été ajustés pour tenir compte du genre, de l'âge, de la situation des particuliers, du niveau de scolarité, du revenu familial total avant impôts, du fait d'avoir un fournisseur de soins de santé primaires, de la santé mentale perçue, du niveau élevé de stress dans la vie, du nombre de problèmes de santé physiques chroniques, de l'incapacité, du lieu de résidence et de la province.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés, 2024.

de soins de santé primaires est normalement requise pour consulter un médecin spécialiste, quoique les procédures particulières et les exceptions peuvent varier d'une province à l'autre et selon le type de service. Cette réalité témoigne du rôle de contrôle que jouent les fournisseurs de soins de santé à fournir des références et à faciliter l'accès à des soins spécialisés^{45,46}. En accord avec des études antérieures, le fait d'avoir un fournisseur de soins de santé primaires peut également réduire la probabilité d'éprouver des difficultés d'accès^{13,14}. En gérant les problèmes de santé chroniques et en coordonnant les références, les fournisseurs de soins de santé primaires favorisent le recours adéquat à des spécialistes et améliorent la disponibilité des rendez-vous^{47,48}. De plus, ils sont susceptibles d'aider à prévenir l'aggravation de problèmes de santé qui nécessiteraient autrement l'intervention d'un spécialiste^{45,49}. Des études récentes ont mis en lumière les pénuries importantes de fournisseurs de soins de santé primaires, surtout de médecins de famille, dans diverses régions du Canada. Ces pénuries contribuent aux longs temps d'attente et aux difficultés d'accès à des soins⁵⁰. Des recherches approfondies pourraient permettre d'examiner l'effet de ces pénuries sur les tendances en matière de référence et d'accès à des soins spécialisés.

La plupart des adultes d'âge moyen et âgés ont pu consulter un spécialiste dans les trois mois suivant l'obtention d'une référence, et les adultes âgés ont exprimé une plus grande satisfaction à l'égard des temps d'attente. Toutefois, les deux tiers des adultes d'âge moyen et plus de la moitié des adultes âgés ont subi des effets négatifs associés à l'attente et ont adopté des stratégies d'adaptation pour gérer les difficultés d'accès à des soins spécialisés. Leur santé et leur bien-être en ont possiblement subi des conséquences néfastes⁵¹. Des recherches futures pourraient permettre d'examiner comment ces conséquences varient dans les profils des problèmes de santé chroniques et de l'incapacité chez les Canadiens âgés.

Ces constatations témoignent du lien étroit qui existe entre les difficultés d'accès à des soins spécialisés et les besoins de santé non comblés, et mettent en lumière la façon dont les obstacles à l'accès influencent les perceptions concernant le caractère adéquat des soins. Les personnes qui ont indiqué avoir rencontré des difficultés d'accès à des soins primaires ou spécialisés, et surtout à des soins primaires et spécialisés à la fois, étaient beaucoup plus susceptibles d'indiquer avoir des besoins de santé non comblés que celles qui ont dit n'avoir rencontré aucune difficulté, même après ajustement pour tenir compte des covariables. Chez les adultes âgés, les difficultés d'accès à des soins spécialisés étaient liées à une probabilité 14,0 plus élevée d'avoir des besoins de santé non comblés; lorsque les difficultés étaient rencontrées à la fois pour l'accès à des soins primaires et l'accès à des soins spécialisés, cette probabilité était 34,2 fois plus élevée. La non-satisfaction des besoins en soins de santé peut entraîner de mauvais résultats en matière de santé⁵², une mauvaise qualité de vie et une hausse de la mortalité⁵³. L'amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des

services de soins primaires et spécialisés peut aider à combler les besoins de santé au sein de la population canadienne.

Points forts et limites

L'un des principaux points forts de la présente étude est l'utilisation d'une vaste enquête représentative à l'échelle nationale pour recueillir des renseignements sur le recours à des soins spécialisés et les difficultés d'accès à ces soins chez les adultes d'âge moyen et les adultes âgés séparément. Pour autant que les auteurs le sachent, il s'agit de la première analyse portant sur le lien entre les difficultés d'accès à des soins spécialisés et les besoins de santé non comblés au sein de la population canadienne. De plus, le présent article fournit des descriptions des sources de référence, des types de difficultés rencontrées et des stratégies d'adaptation employées. Un autre des points forts est l'inclusion de tous les adultes âgés de 45 ans et plus, peu importe le recours à des soins spécialisés au cours des 12 mois précédents, ce qui a donné lieu à une population à l'étude plus vaste que dans le cadre de recherches précédentes.

Toutefois, cette étude a certaines limites. Les personnes habitant dans les territoires, dans des réserves autochtones ou dans des établissements institutionnels, comme les établissements de soins infirmiers et les établissements de soins communautaires destinés aux personnes âgées, ont été exclues. Par conséquent, les constatations ne peuvent pas être généralisées à ces groupes de population. Les mesures relatives au recours à des spécialistes sont autodéclarées et peuvent être sujettes à des biais de rappel et de déclaration. L'analyse ne portait pas sur des facteurs à l'échelle du système, comme la disponibilité des spécialistes, les différences dans les politiques relatives aux références ou la disponibilité de soins médicaux privés, ce qui pourrait expliquer en partie les disparités observées. Bien que la présente étude soit représentative, plus de 60,0 % des répondants provenaient de l'Ontario et du Québec. Enfin, les données sont transversales, ce qui empêche de procéder à des inférences causales.

Conclusion

Grâce à un échantillon fondé sur la population représentatif à l'échelle nationale, la présente étude a permis d'identifier des facteurs associés au recours à des soins spécialisés et à des difficultés d'accès à des soins spécialisés. Elle portait également sur la relation entre les difficultés d'accès et les besoins de santé non comblés. Les adultes âgés étaient plus susceptibles que les adultes d'âge moyen de recourir à des soins spécialisés, et ils étaient moins susceptibles d'indiquer avoir rencontré des difficultés d'accès à des soins spécialisés. Le genre, le statut d'immigrant, le revenu familial, le niveau de scolarité, la présence de plusieurs problèmes de santé chroniques, un niveau élevé de stress dans la vie, la présence d'une incapacité et le fait d'avoir un fournisseur de soins de santé primaires étaient associés au recours à des soins spécialisés et aux difficultés d'accès à de tels soins, à quelques exceptions près. La compréhension de ces facteurs et de ces obstacles est essentielle pour éclairer les politiques qui favorisent l'accès opportun et

équitable à des médecins spécialistes. Les constatations mettent en lumière les besoins des populations qui sont confrontées à des barrières plus importantes en matière d'accès, notamment les immigrants, les personnes ayant une incapacité ou plusieurs problèmes de santé chroniques, les personnes touchant un faible

revenu et les personnes dont l'état de santé mentale est mauvais. Des recherches futures pourraient permettre d'examiner les effets des difficultés d'accès à des soins spécialisés sur la santé des Canadiens.

Annexe A

Répartition pondérée des Canadiens d'âge moyen et plus âgés selon certaines caractéristiques contextuelles (à l'exclusion des territoires), 2024

Caractéristiques	Adultes d'âge moyen (de 45 à 64 ans)				Adultes âgés (65 ans et plus)			
	Nombre (en milliers)	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %		Nombre (en milliers)	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à			de	à
Genre								
Femme	4 970	50,6	50,4	50,8	3 912	53,3 *	53,1	53,5
Homme	4 851	49,4	49,2	49,6	3 430	46,7 *	46,5	46,9
Groupe d'âge (en années)								
45 à 54 ans	4 702	47,9	46,3	49,4	...	...	...	...
55 à 64 ans	5 118	52,1	50,6	53,7	...	...	...	...
65 à 84 ans	...	...	...	...	6 693	91,2	90,2	92,1
85 ans et plus	...	...	...	...	648	8,8	7,9	9,8
Situation des particuliers								
Personne vivant seule	1 350	13,8	13,0	14,6	2 171	29,7 *	28,6	30,8
Personne vivant avec la famille ou d'autres personnes	8 451	86,2	85,4	87,0	5 145	70,3 *	69,2	71,4
Statut d'immigrant								
Immigrant	3 233	32,9	31,4	34,5	2 042	27,8 *	26,3	29,4
Personne née au Canada	6 581	67,1	65,5	68,6	5 299	72,2 *	70,6	73,7
Niveau de scolarité								
Sans études postsecondaires	2 562	26,1	24,8	27,5	3 149	43,0 *	41,3	44,6
Études postsecondaires	7 243	73,9	72,5	75,2	4 182	57,0 *	55,4	58,7
Revenu familial total avant impôts								
Le plus faible (quintile 1)	1 588	16,2	15,0	17,5	2 011	27,5 *	26,0	29,0
Faible à moyen (quintile 2)	1 691	17,2	16,1	18,4	1 990	27,2 *	25,8	28,7
Moyen (quintile 3)	1 818	18,5	17,4	19,8	1 435	19,6	18,4	20,9
Moyen à élevé (quintile 4)	2 122	21,6	20,5	22,9	1 051	14,4 *	13,3	15,5
Le plus élevé (quintile 5)	2 583	26,4	25,0	27,7	830	11,3 *	10,4	12,3
A un fournisseur de soins de santé primaires								
Oui	8 181	83,5	82,3	84,6	6 489	88,5 *	87,4	89,5
Non	1 621	16,5	15,4	17,7	845	11,5 *	10,5	12,6
Santé mentale perçue								
Excellente, très bonne ou bonne	8 634	88,0	86,9	88,9	6 674	91,0 *	89,9	92,0
Passable ou mauvaise	1 182	12,0	11,1	13,1	664	9,0 *	8,0	10,1
Niveau élevé de stress dans la vie								
Oui	2 580	26,3	24,9	27,8	892	12,2 *	11,1	13,4
Non	7 230	73,7	72,2	75,1	6 433	87,8 *	86,6	88,9
Nombre de problèmes de santé physiques chroniques								
Aucun	5 089	52,8	51,3	54,4	1 811	24,9 *	23,6	26,4
Un	2 686	27,9	26,5	29,3	2 188	30,1 *	28,7	31,6
Deux	1 182	12,3	11,3	13,4	1 610	22,2 *	20,9	23,5
Trois	408	4,2	3,7	4,9	927	12,8 *	11,8	13,8
Quatre ou plus	267	2,8	2,3	3,3	727	10,0 *	9,0	11,1
Incapacité								
Oui	1 217	12,4	11,5	13,4	1 515	20,7 *	19,4	22,1
Non	8 592	87,6	86,6	88,5	5 807	79,3 *	77,9	80,6
Lieu de résidence								
Région urbaine	8 151	83,0	81,9	84,1	5 946	81,0 *	79,8	82,1
Région rurale	1 669	17,0	15,9	18,1	1 395	19,0 *	17,9	20,2
Difficulté à obtenir des soins de santé								
Aucune difficulté	5 067	55,3	53,7	56,9	4 373	63,7 *	62,0	65,3
Difficulté à obtenir des soins de santé primaires seulement	1 340	14,6	13,5	15,9	811	11,8 *	10,8	12,9
Difficulté à obtenir des soins spécialisés seulement	741	8,1	7,2	9,0	612	8,9	8,0	9,9
Difficulté à obtenir des soins primaires et spécialisés	2 017	22,0	20,7	23,4	1 075	15,6 *	14,4	17,0
Province								
Terre-Neuve-et-Labrador	153	1,6	1,5	1,6	128	1,7 *	1,7	1,8
Île-du-Prince-Édouard	44	0,4	0,4	0,4	35	0,5 *	0,5	0,5
Nouvelle-Écosse	270	2,8	2,7	2,8	227	3,1 *	3,1	3,1
Nouveau-Brunswick	221	2,3	2,2	2,3	184	2,5 *	2,5	2,5
Québec	2 241	22,8	22,7	22,9	1 775	24,2 *	23,9	24,4
Ontario	3 840	39,1	38,9	39,3	2 814	38,3 *	38,1	38,5
Manitoba	315	3,2	3,2	3,3	234	3,2	3,2	3,2
Saskatchewan	268	2,7	2,7	2,7	198	2,7	2,7	2,7
Alberta	1 129	11,5	11,4	11,6	699	9,5 *	9,4	9,6
Colombie-Britannique	1 338	13,6	13,6	13,7	1 048	14,3 *	14,2	14,4

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour les adultes d'âge moyen ($p < 0,05$)

Note : La population étudiée représente 17,2 millions de Canadiens âgés de 45 ans et plus (57,2 % d'adultes d'âge moyen et 42,8 % d'adultes âgés).

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés, 2024.

Références

1. Statistique Canada. 24 juin 2024. « Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2023 à 2073 », *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/240624/dq240624b-fra.pdf?st=sbdgGG8H>.
2. Statistique Canada. 2022. Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220419/dq220419c-fra.pdf?st=B2-JYkee>.
3. Statistique Canada. 2023. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC), https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1496481.
4. GRUNEIR A., M. MARKLE-REID, K. FISHER, et coll. 2016. « Comorbidity burden and health services use in community-living older adults with diabetes mellitus: A retrospective cohort study », *Canadian Journal of Diabetes*, 40(1), p. 35 à 42, <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.09.002>.
5. STARFIELD B., K. W. LEMKE, R. HERBERT, et coll. 2005. « Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly », *Annals of Family Medicine*, 3(3), p. 215 à 222. <https://doi.org/10.1370/afm.307>.
6. Agence de la santé publique du Canada. 2020. « Vieillesse et maladies chroniques : profil des aînés canadiens », Ottawa, Ontario, p. 1 à 173, https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report_2021-fra.pdf.
7. ISLAM M. K. et H. GILMOUR. 2024. « Accès à des services de soins de santé spécialisés au sein de la population canadienne âgée », *Rapports sur la santé*, 35(3), p. 3 à 17, <https://doi.org/10.25318/82-003-x202400300002-fra>.
8. CLARKE J. 2016. « Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada », *Coup d'œil sur la santé*, produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada, p. 1 à 11, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-624-x/2016001/article/14683-fra.pdf?st=VRYkel7n>.
9. FRANK K. 2022. « Difficulté d'accès aux soins de santé durant la pandémie de COVID-19 au Canada : comparaison entre les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et celles qui n'en ont pas », *Rapports sur la santé*, 33(11), p. 3 à 14. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202201100002-fra>.
10. GLAZIER R. H., M. E. GREEN, F. C. WU, et coll. 2021. « Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 193(6), p. E200 à E210, <https://doi.org/10.1503/cmaj.202303>.
11. ISLAM M. K. et P. KELLETT. 2022. « Provincial variations in not having a regular medical doctor and having unmet healthcare needs among Canadians », *International Journal of Health Planning and Management*, 37(4), p. 2090 à 2105, <https://doi.org/10.1002/hpm.3451>.
12. THOMPSON Æ., Y. ANISIMOWICZ, B. MIEDEMA, et coll. 2016. « The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: A QUALICOPC study », *BMC Family Practice*, 17, p. 38, <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>.
13. HARRINGTON D. W., K. WILSON, M. ROSENBERG, et coll. 2013. « Access granted! barriers endure: Determinants of difficulties accessing specialist care when required in Ontario, Canada », *BMC Health Services Research*, 13(146), p. 1 à 10, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-146>.
14. LAN M., F. W. ALEMU et S. ALI. 2024. « The doctor will not see you now: Investigating the social determinants of specialist care using the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) », *Frontiers in Public Health*, 12:1384604, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1384604>.
15. PAPPAS E., N. KONTODIMOPOULOS, A. PAPADOPOULOS, et coll. 2013. « Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5), p. 2017 à 2027, <https://doi.org/10.3390/ijerph10052017>.
16. NELSON C. H. et J. PARK. 2006. « The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada », *Social Science & Medicine*, 62(9), p. 2291 à 2300, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.014>.
17. Statistique Canada. 2023. Tableau 13-10-0836-01 – Besoins insatisfaits en matière de soins de santé selon le genre et le groupe d'âge, <https://doi.org/10.25318/1310083601-fra>.
18. ALEMU F. W., K. NICHOLSON, P. WILK, et coll. 2024. « Unmet need and access to family physicians: A national analysis using the Canadian Longitudinal Study on Aging », *Social Science & Medicine-Health Systems*, 3, p. 100028, <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2024.100028>.
19. SIBLEY L. M. et R. H. GLAZIER. 2009. « Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: A population-based provincial comparison », *Healthcare Policy*, 5(1), p. 87 à 101, <https://doi.org/10.12927/hcpol.2009.20934>.
20. LACHMAN M. E., S. TESHAE et S. AGRIGORAEI. 2015. « Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age », *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), p. 20 à 31, <https://doi.org/10.1177/0165025414533223>.
21. DEFINA L. F., B. L. WILLIS, N. B. RADFORD, et coll. 2013. « The association between midlife cardiorespiratory fitness levels and later-life dementia: A cohort study », *Annals of Internal Medicine*, 158(3), p. 162 à 168, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00005>.
22. KUH D., S. KARUNANANTHAN, H. BERGMAN, et coll. 2014. « A life-course approach to healthy ageing: Maintaining physical capability », *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), p. 237 à 248, <https://doi.org/10.1017/S0029665113003923>.
23. Organisation mondiale de la Santé. 2021. « Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2021-2030 », Genève : OMS. <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

24. LEDERLE M., J. TEMPES et E. M. BITZER. 2021. « Application of Andersen's behavioural model of health services use: A scoping review with a focus on qualitative health services research », *BMJ Open*, 11(5), e045018, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045018>.
25. ANDERSEN, R. M. 2008. « National health surveys and the behavioral model of health services use », *Medical Care*, 46(7), p. 647 à 653, <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d>.
26. Statistique Canada. 2025. « Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés (EASSES-SPS) – Information détaillée pour 2024 », https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5391.
27. Statistique Canada. 2025. Tableau 13-10-0905-01 – Statistiques d'indicateurs de santé, estimations annuelles. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310090501&reqwest_locale=fr.
28. RUST K. F. et J. N. K. RAO. 1996. « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), p. 283 à 310, <https://doi.org/10.1177/096228029600500305>.
29. BELLIGER J. D., R. M. HASSAN, P. A. RIVERS, et coll. 2010. « Specialty care use in US patients with chronic diseases », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(3), p. 975 à 990, <https://doi.org/10.3390/ijerph7030975>.
30. KALICH A., L. HEINEMANN et S. GHAHARI. 2016. « A scoping review of immigrant experience of health care access barriers in Canada », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18, p. 697 à 709, <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0237-6>.
31. TSAI P.-L. et S. GHAHARI. 2023. « Immigrants' experience of health care access in Canada: A recent scoping review », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25, p. 712 à 727, <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01461-w>.
32. CHOWDHURY N., I. NAEEM, M. FERDOUS, et coll. 2021. « Unmet healthcare needs among migrant populations in Canada: Exploring the research landscape through a systematic integrative review », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23, p. 353 à 372, <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01086-3>.
33. WISDOM J. P., M. G. MCGEE, W. HORNER-JOHNSON, et coll. 2010. « Health disparities between women with and without disabilities: A review of the research », *Social Work in Public Health*, 25(3-4), p. 368 à 386, <https://doi.org/10.1080/19371910903240969>.
34. KUPER H., L. AZIZATUNNISA et D. R. GATTA. 2024. « Building disability-inclusive health systems », *The Lancet Public Health*, 9(5), p. e316 à 325, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00042-2).
35. DOHERTY A. J., H. ATHERTON, P. Boland, et coll. 2020. « Barriers and facilitators to primary health care for people with intellectual disabilities and/or autism: An integrative review », *British Journal of General Practice Open*, 4(3), p. 1 à 10, <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101030>.
36. MITRA S., M. PALMER, H. KIM, et coll. 2017. « Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research », *Disability and Health Journal*, 10(4), p. 475 à 484, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.04.007>.
37. MATIN B. K., H. J. WILLIAMSON, A. K. KARYANI, et coll. 2021. « Barriers in access to healthcare for women with disabilities: A systematic review in qualitative studies », *BMC Women's Health*, 21(44), p. 1 à 23, <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01189-5>.
38. FABER S. C., M. OSMAN et M. T. Williams. 2023. « Access to mental health care in Canada », *International Journal of Mental Health*, 52(3), p. 312 à 334, <https://doi.org/10.1080/00207411.2023.2218586>.
39. WILLIAMS MT, M. OSMAN, A. KAPLAN, et coll. 2024. « Barriers to care for mental health conditions in Canada », *PLOS Mental Health*, 1(4), e0000065, <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000065>.
40. STUART H. et S. KNAAK. 2020. « La maladie mentale et la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé canadiens : résultats d'une étude menée auprès de groupes de discussion », *Commission de la santé mentale du Canada*, Ottawa, Canada, https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2023/05/Mental-Illness-and-Structural-Stigma-in-Canadian-HC-Settings_Results-of-a-Focus-Group-Study_FR.pdf.
41. Statistique Canada. 29 juillet 2025. « Temps d'attente pour consulter un médecin spécialiste au Canada, 2024 », *Le Quotidien*, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/250729/dq250729a-fra.htm>.
42. WANG J., S. P. PASZYK, C. SLAVIN-STEWART, et coll. 2024. « Barriers to mental health care in Canada identified by healthcare providers: A scoping review », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51, p. 826 à 838, <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01366-2>.
43. LOWE L, D. FEARON, A. ADENWALA, et coll. 2024. « The State of Mental Health in Canada 2024: Mapping the Landscape of Mental Health, Addictions and Substance Use Health », Canadian Mental Health Association, Toronto, Ontario, <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2024/11/CMHA-State-of-Mental-Health-2024-report.pdf>.
44. PULOK M. H. et M. HAJIZADEH. 2022. « Equity in the use of physician services in Canada's universal health system: A longitudinal analysis of older adults », *Social Science & Medicine*, 307, 115186, <https://www.doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115186>.
45. Angus Reid Institute, Société canadienne du cancer. 28 novembre 2025. « Health Care and Cancer: Persistent challenges remain in access to care, raising concerns for people with cancer », <https://angusreid.org/health-care-access-cancer-care-caregivers-canadian-cancer-society/>.
46. KEELY E. et C. LIDDY. 2019. « Transforming the specialist referral and consultation process in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 191(15), p. E408 et 409, <https://doi.org/10.1503/cmaj.181550>.
47. BOLTON SAGHDAOUI L., S. LAMPRIIDOU, S. TAVARES, et coll. 2025. « Interventions to improve referrals from primary care to outpatient specialist services for chronic conditions: a systematic review and framework synthesis update », *Systematic Reviews*, 14, p. 103, <https://doi.org/10.1186/s13643-025-02841-z>.

48. LIDDY C., J. SINGH, R. KELLY, et coll. 2014. « What is the impact of primary care model type on specialist referral rates? A cross-sectional study », *BMC Family Practice*, 15(22), <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-22>.
49. ZHANG Y., J. STOKES, L. ANSELM, et coll. 2025. « Can integrated care interventions strengthen primary care and improve outcomes for patients with chronic diseases? A systematic review and meta-analysis », *Health Research Policy and Systems*, 23(5), p. 1 à 14, <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01260-1>.
50. Institut canadien d'information sur la santé. 26 juin 2025. « Les adultes âgés du Canada déclarent un accès plus difficile aux soins de première ligne dans une enquête internationale », Ottawa, Ontario, ICIS, <https://www.cihi.ca/fr/nouvelles/les-adultes-ages-du-canada-declarent-un-acces-plus-difficile-aux-soins-de-premiere-ligne-dans-une>.
51. GHODKHANDI K. P., S. G. CHOUDHARI et A. GAIDHANE. 2023. « Self-medication practices among the geriatric population: A systematic literature review », *Cureus*, 15(7), e42282, <https://doi.org/10.7759/cureus.42282>.
52. WU L., Q. LIU, R. FU, et coll. 2023. « Unmet healthcare needs, health outcomes, and health inequalities among older people in China » *Frontiers in Public Health*, 11, 1082517, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1082517>.
53. WANG M., Y. FENG, Y. LUO, et coll. 2025. « Unmet medication needs and the association with mortality in older adults: Equality-oriented monitoring toward universal health coverage », *Aging and Disease*, 16(4), p. 2398 à 2407, <https://doi.org/10.14336/AD.2024.0626>.