

Besoins non satisfaits en matière de soins de santé

par J. Chen, F. Hou, C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay et J.-M. Berthelot

Le présent article est une adaptation des travaux « Soins de santé : besoins non satisfaits » et « Besoins non satisfaits en matière de soins de santé : évolution » publiés dans le numéro 2 de janvier 2002 et le numéro 3 de mars 2002, respectivement, du volume 13 des *Rapports sur la santé* (produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada).

On dit que le réseau universel de la santé est l'une des réalisations les plus précieuses du Canada. Ce réseau avait été établi pour garantir à la population canadienne un accès raisonnable aux services de santé. Il a bien fonctionné pendant de nombreuses années mais on se préoccupe maintenant à son sujet. En 1999, plus de 80 % des Canadiens étaient d'avis que le réseau de la santé pouvait répondre à leurs besoins et à ceux de leur famille. Cependant, seulement 62 % estimaient qu'il répondait adéquatement aux besoins de tous les résidents de leur province¹. De plus, des sondages d'opinion effectués auprès du public révèlent que la proportion de gens croyant que les soins de santé devraient constituer la principale priorité du gouvernement s'est accrue, passant de 30 % à 55 % entre juillet 1998 et janvier 2000, ce qui reflète l'inquiétude grandissante de la population par rapport au réseau de la santé². Dans l'intervalle,

la proportion de Canadiens indiquant n'avoir pas reçu les soins de santé dont ils pensaient avoir besoin a considérablement augmenté.

L'accès aux soins de santé est un processus dynamique auquel participent la personne qui recherche des soins, le réseau qui dispense les soins et les divers facteurs facilitant ou entravant cet échange. Par conséquent, il est possible que les gens ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin en raison de circonstances diverses, que ce soit à cause du réseau de prestation des soins de santé ou du coût des services, en passant par leur attitude ou leur situation personnelle.

S'appuyant sur des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le présent article porte sur l'évolution des besoins non satisfaits en matière de soins de santé autodéclarés par les Canadiens entre 1998 et 2001. Il décrit les facteurs

contribuant à l'insatisfaction et étudie la corrélation existant entre celle-ci et les caractéristiques sociodémographiques sélectionnées.

De plus en plus de besoins non satisfaits en matière de soins de santé

Selon l'ENSP, la proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont indiqué ne pas avoir reçu les soins de santé dont elles avaient besoin a augmenté légèrement mais de façon régulière, passant de 4 % à 6 % de 1994-1995 à 1998-1999. Cependant, entre 1998-1999 et 2000-2001, cette proportion a presque doublé pour atteindre 13 %, ce qui représente 3,2 millions de personnes. Des hommes et des

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000*, Ottawa, 2001.

2. *Ibid.*

Les données des années 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 sont tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et celles de 2000-2001 proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

L'ENSP est effectuée auprès de Canadiens de 12 ans et plus : plus de 17 000 en 1994-1995, plus de 73 000 en 1996-1997 et plus de 15 000 en 1998-1999. Les données de l'ESCC provenaient de près de 56 000 répondants de 12 ans et plus. Les renseignements sur les besoins non satisfaits obtenus dans les deux enquêtes se fondent sur des expériences autodéclarées et sont donc sujets à interprétation. Les répondants peuvent interpréter un besoin insatisfait comme une situation dans laquelle ils n'ont pas reçu de soins pour un problème de santé, ou dans laquelle ils ont reçu des soins, mais pas au moment où ils estimaient en avoir besoin. La validité des données n'a pas été vérifiée auprès de sources médicales ni d'autres sources.

Besoins non satisfaits en matière de soins de santé : L'ENSP et l'ESCC mesurent les besoins non satisfaits autodéclarés en matière de soins de santé en demandant : « 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 vous ne les avez pas obtenus? ». Une réponse « Oui » équivalait à un besoin insatisfait. Cette question était suivie de : « Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins? », puis de « Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires? ». Les principales catégories de réponses ont été établies et les données totalisées.

En raison de la formulation de la question portant sur les besoins non satisfaits, il n'est pas possible de distinguer les situations dans lesquelles les gens n'ont reçu aucun soin de celles où ils ne les ont pas reçus au moment opportun.

femmes de tous les âges ont signalé une hausse considérable des besoins non satisfaits en matière de soins de santé.

La principale raison de cette augmentation a été la hausse importante du pourcentage de Canadiens qui ont déclaré avoir attendu longtemps avant d'obtenir un rendez-vous pour des soins de santé ou pour un traitement; cette proportion est passée de 23 % à

30 % entre 1998-1999 et 2000-2001. Il est toutefois difficile de déterminer si le temps d'attente réel a effectivement augmenté pendant ces années ou si c'est seulement la perception du temps d'attente qui a changé. Selon des rapports provinciaux, la période d'attente entre la prise du rendez-vous et la consultation s'est étendue dans certains cas, mais est demeurée relativement stable dans d'autres.

En revanche, le pourcentage de personnes ayant rapporté que leurs besoins en matière de soins de santé n'étaient pas satisfaits, soit parce que le service n'était pas offert à l'endroit voulu ou que la date n'était pas appropriée, est resté pour ainsi dire le même, soit environ 21 %. En outre, la proportion de Canadiens qui ont attribué à leur situation personnelle leurs besoins non satisfaits en matière de soins de santé est en baisse. Par exemple, le pourcentage de répondants qui « ne s'en sont pas occupés » ou qui étaient « trop occupés » a reculé de plusieurs points en pourcentage entre 1998-1999 et 2000-2001. Par ailleurs, la part de Canadiens qui ont indiqué s'abstenir de demander des soins parce qu'ils estimaient que ceux-ci « seraient inadéquats », a chuté de 13 % à 5 %. D'autres raisons de ne pas tenir compte de leurs besoins en matière de soins de santé, telles que l'aversion pour les médecins ou la peur, le fait de ne pas savoir où aller et les problèmes liés au coût et au transport, n'ont pas changé de façon significative.

Les personnes qui ont des problèmes de santé sont plus susceptibles de se plaindre des longues périodes d'attente³

Les besoins non satisfaits en matière de soins de santé, que ce soit en raison de la durée du temps d'attente ou du fait que le service n'est pas offert, expriment les faiblesses perçues par la population relativement à la prestation des soins de santé. Cette situation a peut-être été exacerbée au cours des dernières années par les restrictions budgétaires et les réformes du système, qui peuvent être particulièrement difficiles pour les groupes moins avantagés de la société. Cependant,

3. À partir de cette section, la population couverte se compose des personnes âgées de 18 ans et plus, sauf indication contraire.

	Population âgée de 12 ans et plus signalant des besoins non satisfaits en matière de soins de santé	
	1998-1999	2000-2001
	%	
Raison pour laquelle ces besoins n'ont pas été satisfaits		
Prestation des soins de santé		
Attente trop longue	23	30
Service non disponible lorsqu'on en a besoin	15	14
Service non offert dans la région	7	7
Coût et transport		
Coût	11	9
Transport	2 ¹	2
Situation personnelle		
Ne s'en est pas occupé/indifférent(e)	14	11
Trop occupé(e)	14	10
Trouvait les soins inadéquats	13	5
A décidé de ne pas se faire soigner	5	7
Ne savait pas où aller	4 ¹	3
Aversion pour les médecins/peur	2 ¹	3
Responsabilités personnelles ou familiales	--	1
Autre	7	19
-- Échantillon trop petit pour fournir une estimation fiable.		
1. Grande variabilité d'échantillonnage.		
Nota : Comme les réponses multiples étaient permises, les pourcentages ne totalisent pas 100 %.		
Sources : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de septembre 2000 à février 2001.		

selon une analyse des répondants de 18 ans et plus participant à l'ENSP, la prévalence des besoins non satisfaits en matière de soins de santé résultant d'une prestation inadéquate des soins de santé ne changeait pas de façon significative si l'on tenait compte d'autres facteurs comme le revenu du ménage, le niveau de scolarité, l'emploi, l'appartenance à la population autochtone, le statut d'immigrant, l'âge, l'état matrimonial ou le lieu de résidence (urbain ou rural).

Les longues périodes d'attente et l'indisponibilité du service à l'endroit et au moment voulus étaient toutefois

fortement associés à la santé d'une personne. Comme les personnes ayant des problèmes d'ordre médical ont davantage besoin des services de soins de santé, ils sont plus susceptibles que les autres de reconnaître les faiblesses quant à la prestation de ces services, particulièrement si leurs problèmes ne sont pas résolus.

Par exemple, en 1998-1999, 7 % des personnes de 18 ans et plus dont la santé était passable ou mauvaise ont signalé des besoins non satisfaits par rapport à la prestation des soins de santé, par comparaison à seulement 2 % des personnes dont la santé était

meilleure. De même, les personnes qui avaient un problème de santé chronique ou qui éprouvaient des douleurs chroniques ou de la détresse étaient plus susceptibles de signaler des problèmes avec le système de prestation des soins de santé. Même lorsque les effets des autres facteurs étaient pris en considération, une santé passable ou mauvaise, un problème de santé chronique et la détresse étaient associés à ce type de besoins non satisfaits. Cependant, la douleur chronique n'était plus une variable explicative significative de besoins non satisfaits en matière de soins de santé.

Les Canadiens qui avaient consulté un médecin généraliste ou un spécialiste l'année précédente étaient plus susceptibles de signaler des besoins non satisfaits que ceux qui ne l'avaient pas fait, que ce soit en raison d'une longue attente ou de l'indisponibilité des services. Les consultations chez le médecin sont, bien entendu, liées à de nombreux autres facteurs qui peuvent influencer sur les besoins d'une personne en matière de santé, notamment l'état de santé. Cependant, même lorsque les autres facteurs étaient gardés constants, la consultation avec un médecin généraliste ou un spécialiste augmentait de façon significative la probabilité que soient signalés des besoins non satisfaits en raison du temps d'attente ou de l'indisponibilité des services.

Un facteur connexe est l'attitude à l'égard des médecins. Les personnes dont le niveau de confiance était élevé à leur endroit, comparativement à ceux dont le niveau de confiance était faible, étaient moins susceptibles d'indiquer que leur insatisfaction était liée au temps d'attente ou à l'indisponibilité des services. Même lorsque l'on tenait compte d'autres facteurs tels que l'état de santé et la consultation chez le médecin, une forte tendance à faire confiance aux médecins était associée à une faible

probabilité de signaler des besoins non satisfaits de ce genre.

Le revenu a une incidence sur les besoins non satisfaits en matière de soins de santé en raison des difficultés liées au coût ou au transport

En 1998-1999, un peu moins de 1 % des Canadiens de 18 ans et plus, soit environ 200 000 personnes, ont mentionné qu'ils n'avaient pas reçu les soins dont ils avaient besoin en raison des difficultés liées au coût ou au transport. La probabilité d'avoir des besoins non satisfaits pour ces raisons était élevée pour les personnes ayant des problèmes de santé et souffrant de douleurs chroniques ou de détresse.

Il n'est pas surprenant que ces raisons aient aussi été liées au revenu du ménage. En 1998-1999, plus de 3 % des résidents des ménages à faible revenu ont déclaré que leurs besoins non satisfaits en matière de soins de santé étaient attribuables à ces raisons, comparativement à seulement 0,3 % des résidents des ménages à revenu moyen-supérieur et à revenu élevé. Même lorsque les autres facteurs étaient gardés constants, la probabilité que les personnes des ménages à faible revenu signalent ces difficultés était près de 10 fois plus élevée que chez les personnes des ménages à revenu moyen-supérieur et à revenu élevé.

Ces résultats correspondent à ceux d'une enquête canadienne récente effectuée auprès de personnes à faible revenu, particulièrement chez les travailleurs à faible revenu. Ceux-ci ont indiqué que le fait de penser ne pas avoir les moyens de payer les médicaments prescrits était la principale raison pour laquelle ils n'obtenaient pas de services médicaux. La même étude montrait que l'absence d'un moyen de transport était l'une des raisons pour lesquelles les bénéficiaires de l'aide sociale disaient ne pas voir un médecin⁴.



Les Canadiens en mauvaise santé étaient plus susceptibles de signaler de longues périodes d'attentes et l'indisponibilité des services

	Population âgée de 18 ans et plus signalant des problèmes liés à la prestation des soins de santé		Rapport de probabilités ¹
	000	%	
Total	588	3	
<i>Hommes</i>	229	2	1,00
<i>Femmes</i>	358	3	1,17
Santé autodéclarée			
<i>Mauvaise/passable</i>	149	7	1,84*
<i>Bonne/très bonne/excellente</i>	439	2	1,00
Problème de santé chronique			
<i>Oui</i>	470	3	1,46*
<i>Non</i>	117	1	1,00
Douleur chronique			
<i>Oui</i>	187	6	1,45
<i>Non</i>	400	2	1,00
Détresse			
<i>Oui</i>	146	6	1,71*
<i>Non</i>	441	2	1,00
Consultation d'un généraliste au cours de la dernière année			
<i>Oui</i>	545	3	2,24*
<i>Non</i>	43	1	1,00
Consultation d'un spécialiste au cours de la dernière année			
<i>Oui</i>	316	5	2,33*
<i>Non</i>	272	2	1,00
Résultat lié à la compétence du médecin			
<i>Élevé</i>	72	2	0,42*
<i>Moyen</i>	413	3	0,70
<i>Faible</i>	103	4	1,00
Résultat des soins personnels			
<i>Élevé</i>	142	2	1,07
<i>Moyen</i>	273	3	1,20
<i>Faible</i>	173	3	1,00

* Valeur significativement différente du groupe de référence à un niveau de confiance de 95 %.

1. Présente les probabilités que des personnes ayant des caractéristiques particulières aient signalé des problèmes liés à la prestation des soins de santé par rapport à celles d'un groupe repère lorsque toutes les autres variables du modèle sont maintenues constantes.

Nota : L'italique exprime les groupes de référence.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999.

4. D.L. Williamson, et J.E. Fast, « Poverty and medical treatment: When public policy compromises accessibility », *Revue canadienne de santé publique*, 1998, vol. 89, n° 2, p. 120 à 124.

Les premiers résultats de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ont été diffusés le 15 juillet 2002. Cette enquête, réalisée par Statistique Canada, était en partie financée par Santé Canada et par les provinces de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Parmi d'autres sujets, l'enquête a réuni de l'information sur les difficultés signalées par les Canadiens relativement à l'accès aux services de soins de santé. Nous vous présentons ci-dessous quelques résultats sélectionnés.

Quelque 18 % de Canadiens, soit un peu moins de 4,3 millions, qui avaient besoin de soins de routine, d'information ou de conseils sur la santé relativement à un problème de santé mineur ont éprouvé une difficulté quelconque, tout comme 23 % (environ 1,4 million) de ceux qui avaient besoin de consulter un spécialiste, de subir des chirurgies non urgentes ou de passer des tests diagnostiques. Bien qu'il y ait eu plusieurs genres de difficultés par type de service, une longue attente se trouvait en début de liste.

Un peu plus de 5 % des Canadiens ayant déclaré avoir eu besoin de rencontrer un spécialiste ou de passer des tests diagnostiques avaient attendu 26 semaines et

plus avant d'obtenir le service. De même, près de 10 % des répondants ayant déclaré avoir eu besoin d'une chirurgie non urgente disent avoir attendu pendant 26 semaines ou plus et environ 5 % pendant 35 semaines ou plus, mais la durée de l'attente variait selon le type de chirurgie. Les personnes qui avaient besoin d'une chirurgie pour un problème cardiaque ou un cancer étaient plus susceptibles de recevoir des services en moins d'un mois (54 %) que celles qui nécessitaient une arthroplastie ou une opération de la cataracte (20 %).

Près de 1 répondant sur 5 qui avait rendu visite à un spécialiste, soit 18 % ou 900 000 personnes, ont mentionné que l'attente avait eu des répercussions sur sa vie. La majorité (59 %) indiquait avoir éprouvé de l'inquiétude, de l'anxiété ou du stress. Environ 37 % ont dit avoir ressenti de la douleur. La situation était similaire parmi les personnes en attente de passer des tests diagnostiques. Plus de 20 % des personnes qui ont dû attendre avant d'obtenir des services spécialisés ont trouvé que la durée de l'attente était inacceptable.

Pour en savoir plus, se reporter au périodique *Le Quotidien* du lundi 15 juillet 2002 (www.statcan.ca).

L'attitude et la situation personnelle expliquent la plupart des besoins non satisfaits

En 1998-1999, plus de la moitié des personnes de 18 ans et plus qui avaient des besoins non satisfaits en matière de soins de santé, soit 53 %, ont indiqué qu'ils n'avaient pas persisté à obtenir des soins de santé parce qu'ils étaient trop occupés, qu'ils étaient indifférents, qu'ils croyaient que les soins seraient inadéquats, qu'ils ne savaient pas où aller ou qu'ils avaient peur des médecins ou ne les aimaient pas. Les jeunes étaient plus susceptibles de soulever ces questions. Même lorsque d'autres facteurs comme l'état de santé étaient pris en considération, la probabilité que les personnes de 18 à 34 ans signalent des

besoins non satisfaits en matière de soins de santé pour des raisons personnelles était significativement plus élevée que dans le cas des personnes de 65 ans et plus. Il est possible que les horaires plus chargés des jeunes gens et les différentes attitudes quant à la connaissance des soins de santé expliquent certaines de ces inégalités.

En fait, l'attitude d'une personne à l'égard des soins de santé constituait un facteur important de prédiction en ce qui concerne les besoins non satisfaits en matière de soins de santé. Plus les répondants se fiaient à la compétence de leur médecin, plus la prévalence des besoins non satisfaits attribuables à la situation personnelle était faible. Même lorsque d'autres facteurs étaient pris en considération,

une grande confiance en la compétence du médecin atténuait la probabilité que des besoins en matière de santé soient non satisfaits pour ces raisons. Inversement, une forte tendance à se fier aux soins autogérés augmentait cette probabilité.

Près de 9 % des personnes dont la santé était passable ou mauvaise avaient des besoins non satisfaits en raison de leur situation personnelle, par rapport à 3 % de celles dont la santé était de bonne à excellente.

5. C.E. Ross et R.S. Duff, « Returning to the doctors: The effect of client characteristics, type of practice, and experience with care », *Journal of Health and Social Behaviour*, 1982, vol. 23, p. 119 à 131.

Si l'on tenait compte des autres facteurs, la probabilité de signaler des besoins non satisfaits attribuables à la situation personnelle était significativement plus élevée chez les personnes dont la santé était passable ou mauvaise.

Les Autochtones vivant hors-réserves avaient une plus grande prévalence de besoins non satisfaits attribuables à l'attitude et à la situation personnelle, comparativement aux personnes non autochtones, soit 8 % contre 3 %. Cette relation était encore valable lorsque les effets de facteurs tels que le revenu du ménage et l'état de santé étaient pris en considération.

Cependant, il semblait que les personnes appartenant à des ménages à faible revenu soient plus susceptibles que les personnes des ménages à revenu moyen-supérieur et à revenu élevé ont des besoins non satisfaits en matière de soins de santé en raison de leur situation personnelle, mais la différence n'était pas statistiquement significative lorsque d'autres facteurs étaient pris en considération. De même, les effets du niveau de scolarité, du lieu de résidence (urbain ou rural) et du statut d'immigrant n'étaient pas statistiquement significatifs lorsque d'autres caractéristiques étaient prises en considération.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de signaler des besoins non satisfaits en matière de soins de santé

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer que leurs besoins en matière de soins de santé n'étaient pas comblés en raison de l'attente, de la disponibilité des services (endroit et moment voulus) et de leur situation personnelle.

L'écart entre les sexes pour ce qui est des besoins non satisfaits liés à la disponibilité des services persistait lorsque les caractéristiques démographiques et socioéconomiques étaient contrôlées. Cependant, lorsque l'état de

santé était pris en considération, la différence entre les sexes n'était plus statistiquement significative. L'état de santé était apparemment un facteur clé reliant le sexe aux besoins non satisfaits par rapport à la disponibilité des services, puisque, selon leur perception, la santé des femmes semblait être moins bonne que celle des hommes.

La différence entre les sexes quant aux besoins non satisfaits en matière de soins de santé attribuables à l'attitude et à la situation personnelle était statistiquement significative lorsque les facteurs démographiques et socioéconomiques sélectionnés étaient contrôlés. Mais lorsque l'attitude à l'égard de la compétence du médecin et les soins personnels étaient pris en considération, l'écart entre les hommes et les femmes disparaissait. Ces croyances peuvent jouer un rôle de médiateurs entre le sexe et les besoins non satisfaits ayant rapport à l'attitude et à la situation personnelle.

Résumé

En 2000-2001, 1 personne sur 8 de 12 ans et plus a signalé avoir des besoins non satisfaits en matière de soins de santé, ce qui représente une augmentation par rapport à 1994-1995, soit 1 personne sur 24 et près du double du taux de 1998-1999. L'attente liées aux services de soins de santé était la raison la plus fréquemment invoquée par les personnes signalant des besoins non satisfaits et le nombre de personnes ayant mentionné cette raison a considérablement augmenté entre 1998-1999 et 2000-2001.

En 1998-1999, les facteurs associés aux différents types de besoins non satisfaits parmi les répondants de 18 ans et plus avaient tendance à diverger. Seulement deux facteurs — le problème de santé chronique et la détresse — étaient liés de façon significative aux trois types : la prestation des soins de santé, le coût et le transport, l'attitude et la situation

personnelle. D'autres mesures de l'état de santé et des consultations avec les médecins étaient associées aux besoins non satisfaits quant à la disponibilité des services ainsi qu'à l'attitude et à la situation personnelle. Il était relativement peu probable que les personnes faisant confiance aux médecins signalent des besoins non satisfaits par rapport à la disponibilité des services ou à la situation personnelle. Il n'est pas clair si c'est parce que ces personnes étaient moins sceptiques quant aux services de soins de santé ou qu'elles avaient eu de bonnes expériences lorsqu'elles avaient reçu des soins de santé dans le passé.



Jiajian Chen travaille à la Division de la statistique de la santé, **Feng Hou** à la Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail, et **Claudia Sanmartin**, **Christian Houle**, **Stéphane Tremblay** et **Jean-Marie Berthelot** à la Division des études sociales et économiques de Statistique Canada.