

Les praticiens de médecine non traditionnelle — profils de consultation

Wayne J. Millar

Le système de santé canadien connaît présentement une transition au moment même où les gouvernements s'efforcent de parer à l'escalade des coûts. Parallèlement, la médecine traditionnelle ne cesse d'évoluer, et nombre de personnes demandent et utilisent une gamme plus étendue de services de santé. S'ils continuent de compter sur les soins de santé dits classiques, les Canadiens se tournent aussi de plus en plus vers les médecines non traditionnelles¹. Par conséquent, les gouvernements provinciaux se doivent de se familiariser avec toute la gamme de pratiques courantes en matière de soins, et ce, pour une grande variété de modalités de traitement.

Les médecines non traditionnelles, ou complémentaires, englobent un large éventail de méthodes thérapeutiques. Elles renvoient généralement aux traitements et aux modes de prestation de soins dont l'enseignement n'est pas répandu dans les facultés de médecine, dont l'usage n'est pas régulier dans les hôpitaux et qui, habituellement, ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie². Ces traitements peuvent être utilisés seuls, en combinaison avec d'autres

Résumé

Objectifs

Le présent article porte sur la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle et sur les caractéristiques des personnes qui recourent à leurs services.

Source des données

Les données proviennent des composantes longitudinale (1994-1995 à 1998-1999) et transversale (1998-1999) des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada.

Techniques d'analyse

L'analyse présente des données descriptives sur la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle. La régression logistique permet ensuite de comparer les cotes exprimant la possibilité de consulter un praticien de médecine non traditionnelle en tenant compte de l'effet d'un certain nombre de facteurs connexes.

Principaux résultats

En 1998-1999, environ 3,8 millions de Canadiens ont consulté un praticien de médecine non traditionnelle. Une proportion assez forte de femmes, de personnes de 25 à 64 ans et d'habitants des provinces de l'Ouest ont dit recourir à ce genre de soins. L'asthme et les maux de dos sont associés de façon significative à la consultation de praticiens de médecine non traditionnelle, même si l'on tient compte de l'effet de facteurs connexes, dont la douleur chronique.

Mots-clés

Médecine non traditionnelle, comportement influant sur la santé, état de santé, accès aux services de santé.

Auteur

Wayne J. Millar (613-951-1631; millway@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Source des données

La présente analyse se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada, pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population des 10 provinces. Lancée en 1994-1995, l'ENSP permet de recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes qui vivent en établissement de santé dans les provinces et les territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie de l'échantillon longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Échantillons transversaux : Les échantillons transversaux des premier et deuxième cycle (1994-1995 et 1996-1997) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) comprennent les membres du panel longitudinal et d'autres membres de leur ménage, ainsi que les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage supplémentaires) demandés par certaines provinces. En 1994-1995, la grande majorité des interviews ont été réalisées sur place. Par contre, en 1996-1997, la plupart des interviews ont été réalisées par téléphone et les échantillons supplémentaires ont été sélectionnés par la méthode de composition aléatoire. L'échantillon transversal du troisième cycle (1998-1999) comprend principalement les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants. De nouveau, la plupart des interviews ont été réalisées par téléphone. Bien qu'il n'y ait eu aucun achat d'unités d'échantillonnage supplémentaires lors du troisième cycle, des enfants nés en 1995 ou après et des immigrants arrivés au Canada après 1994 ont été sélectionnés au hasard et ajoutés à l'échantillon afin que celui-ci demeure représentatif de la population. En outre, pour remplacer la partie de l'échantillon perdue par érosion, on a communiqué avec les habitants des logements qui faisaient partie de la base de sondage originale, mais dont les membres avaient refusé de participer à l'enquête en 1994-1995, pour leur demander de participer en 1998-1999.

Les données de l'ENSP sont regroupées dans deux fichiers. Le Fichier général comprend les données sociodémographiques et certaines données sur la santé obtenues pour tous les membres des ménages participants. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé recueillis auprès d'une personne sélectionnée au hasard dans chaque ménage participant, ainsi que les renseignements sur la santé de cette personne qui figurent dans le Fichier général.

En 1994-1995, dans chaque ménage sélectionné, une personne bien informée a fourni pour chaque membre du ménage des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé que l'on a regroupés dans le Fichier général. En outre, dans chacun de ces ménages, on a choisi au hasard une personne, qui n'était pas nécessairement la personne bien informée susmentionnée, à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé.

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale des deuxième et troisième cycles (1996-1997 et 1998-1999), la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé était celle qui avait été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général lors des deuxième et troisième cycles, si on considère qu'elle était bien informée pour ce faire. Dans chaque ménage ajouté à l'échantillon transversal de 1996-1997 (achat d'unités d'échantillonnage supplémentaires), un membre bien informé, qui n'était pas nécessairement la personne sélectionnée au hasard pour répondre aux questions sur la santé, a fourni des renseignements généraux sur tous les membres du ménage pour le Fichier général. Dans les ménages qui ont été ajoutés à l'échantillon transversal de 1998-1999 (immigrants, nouveau-nés et ménages sélectionnés au départ mais qui n'avaient pas participé au premier cycle de l'enquête), la personne sélectionnée au hasard était généralement celle qui a fourni les renseignements pour le Fichier général, dans la mesure où, encore une fois, elle était bien informée.

En 1994-1995, l'échantillon de la composante des ménages n'incluant pas les personnes qui vivent en établissement de santé et couvrant les 10 provinces comptait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après l'application d'un tri de sélection pour que l'échantillon reste représentatif, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. De ces personnes sélectionnées au hasard, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %.

En 1996-1997, le taux de réponse global à l'égard des ménages était de 82,6 %. Le taux de réponse des personnes de 2 ans et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 95,6 %. En 1998-1999, le taux de réponse global à l'égard des ménages était de 88,2 %. Le taux de réponse relatif à l'échantillon de personnes de 0 an et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 98,5 %.

Source des données – fin

Échantillon longitudinal : Des 17 626 personnes sélectionnées au hasard en 1994-1995, 14 786 répondaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal de l'ENSP, de même que 468 personnes à l'égard desquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis. En outre, 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard répondaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal. Donc, 17 276 personnes remplissaient les conditions pour être réinterviewées en 1996-1997 et 16 677 vivaient encore en 1998-1999. Le taux de réponse obtenu pour le panel longitudinal en 1996-1997 était de 93,6 % et celui obtenu en 1998-1999 pour le panel complet était de 88,9 %. Des 16 168 personnes qui ont participé à l'enquête en 1996-1997, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire qu'elles ont fourni des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé lors des deux premiers cycles de l'enquête ou qu'elles étaient

décédées ou avaient été placées en établissement. Pour 1998-1999, le nombre correspondant est de 14 619 personnes. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports publiés antérieurement^{5,6}.

La présente analyse se limite aux membres de la population à domicile de 18 ans et plus. Pour les composantes transversales des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, la taille de l'échantillon était de 16 291, 68 282 et 14 150 personnes, respectivement. La taille de l'échantillon longitudinal de personnes de 18 ans et plus sur lesquelles on possède des renseignements généraux et des renseignements sur la santé (fichier longitudinal complet) est de 11 161 personnes. Les membres du panel longitudinal décédés ou placés en établissement de santé ont été exclus.

thérapies non classiques ou auxiliairement à la médecine traditionnelle². Les personnes qui consultent les praticiens de médecine non traditionnelle cherchent parfois simplement à prévenir la maladie, ou à maintenir ou à améliorer leur état de santé général. Elles peuvent aussi chercher à soulager les effets d'affections difficiles à traiter ou associées à des douleurs chroniques, comme les maux de dos.

À l'aide des plus récentes données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le présent article décrit le recours aux praticiens de médecine non traditionnelle au Canada. Ces professionnels comprennent notamment les massothérapeutes, les homéopathes, les naturopathes et les acuponcteurs (voir *Définitions*). À l'instar d'études antérieures, l'analyse comprend aussi les chiropraticiens^{3,4}. Après un bref examen des données sur le recours aux praticiens de médecine non traditionnelle lors des trois premiers cycles de l'ENSP (de 1994-1995 à 1998-1999), celles sur le recours aux services de ces praticiens en 1998-1999 sont analysées plus en détail. On présente aussi la description de certaines caractéristiques sociodémographiques, de certains comportements qui influent sur la santé et de l'utilisation des services

de santé traditionnels par des personnes qui consultent les prestataires de soins non traditionnels, ainsi que l'analyse détaillée du lien entre le recours aux praticiens de médecine non traditionnelle et l'existence de certains problèmes de santé chroniques et de douleurs (voir *Source des données, Techniques d'analyse et Limites*). Les questions de la pertinence, de l'efficacité et du coût des thérapies non traditionnelles ne sont ici aucunement abordées.

Nombre de consultants à la hausse

Selon les estimations fondées sur les données de l'ENSP de 1998-1999, quelque 3,8 millions de Canadiens de 18 ans et plus ont consulté un praticien de médecine non traditionnelle l'année qui a précédé l'enquête. Ce chiffre représente 17 % de la population, proportion significativement plus élevée que les 15 % observés en 1994-1995, lors du premier cycle de l'ENSP (tableau 1, tableau A en annexe). Durant la période visée, le recours aux chiropraticiens considérés isolément est demeuré stable; l'augmentation du recours aux praticiens d'autres médecines non traditionnelles (excluant les chiropraticiens) rend compte de l'augmentation globale des consultations (données non présentées).

Tableau 1

Consultation des praticiens de médecine non traditionnelle, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

	Population totale			Consultation d'un praticien de médecine non traditionnelle l'année précédente					
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995		1996-1997		1998-1999	
	en milliers			en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%
Les deux sexes	21 388	22 160	22 568	3 164	15	3 464	16	3 779	17*
Hommes	10 487	10 836	11 030	1 353	13	1 488	14	1 570	14*
Femmes	10 901	11 324	11 538	1 811	17	1 976	17	2 209	19*

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour 1994-1995 ($p < 0,05$).

Chez la femme, la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle est passée de 17 % en 1994-1995 à 19 % en 1998-1999. Bien que la proportion d'hommes qui consultent ce genre de praticiens ait également augmenté de façon significative, l'écart est moins prononcé (13 % et 14 %).

Chez de nombreuses personnes, la consultation de praticiens de médecine non traditionnelle est épisodique plutôt que systématique. De 1994-1995 à 1998-1999, environ 3 personnes de 18 ans et plus sur 10 ont consulté un de ces praticiens (tableau 2). Parmi ces consultants, plus de la moitié (54 %) ont déclaré ne l'avoir fait que lors d'un seul cycle de l'enquête (graphique 1). Le quart ont dit avoir consulté un praticien de médecine non traditionnelle lors de deux des trois cycles et 22 %, lors des

trois cycles. Comme ils se fondent sur les réponses données par les mêmes personnes lors des trois cycles de l'enquête, ces résultats donnent à penser que la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle n'est pas nécessairement une pratique régulière. Cette utilisation à court terme pourrait avoir plusieurs explications, y compris le fait d'avoir résolu le problème visé, de constater que le traitement est inefficace ou d'être incapable de poursuivre le traitement pour des raisons financières ou autres. Cependant, les soins non traditionnels sont manifestement une option à long terme pour nombre de personnes, puisque, selon les résultats

Tableau 2

Consultation des praticiens de médecine non traditionnelle, population à domicile de 18 ans et plus†, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

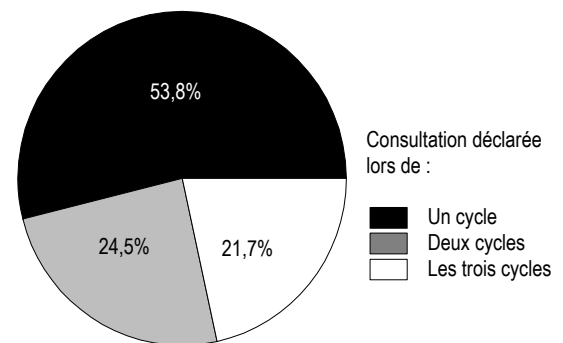
	Population	%
	en milliers	
Total	20 195	100,0
Consultation d'un praticien de médecine non traditionnelle		
Un cycle	3 201	15,9
Deux cycles	1 462	7,2
Les trois cycles	1 292	6,4
Aucune consultation (les trois cycles)	14 240	70,5

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

† Fondée sur l'échantillon de personnes qui étaient en vie en 1998-1999, qui n'avaient pas été placées en établissement de santé et qui ont fourni des réponses complètes lors des trois cycles de l'enquête.

Graphique 1

Proportion de personnes qui ont dit avoir consulté un praticien de médecine non traditionnelle lors d'un, de deux ou des trois cycles de l'ENSP, population à domicile de 18 ans et plus†, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999
† Fondée sur un échantillon de 3 061 personnes qui étaient encore en vie en 1998-1999, qui n'avaient pas été placées en établissement de santé, qui avaient fourni des réponses complètes lors des trois cycles de l'enquête et qui ont déclaré avoir consulté au moins une fois un praticien de médecine non traditionnelle.

de l'enquête, 1,3 million de personnes y ont eu recours l'année qui a précédé chacun des trois cycles de l'enquête.

Femmes plus susceptibles d'y recourir

En 1998-1999, une plus forte proportion d'hommes que de femmes ont dit avoir consulté un praticien de médecine non traditionnelle l'année précédente :

Techniques d'analyse

Les données transversales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population observée lors de chaque cycle de l'enquête. Les données longitudinales, quant à elles, ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population observée au moment où l'enquête a débuté (1994-1995). Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les estimations de la variance ont été produites par la méthode *bootstrap*⁷⁻⁹.

La présente analyse fournit des renseignements descriptifs sur la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle. Le choix des variables a été fait en se basant sur une revue des études publiées et sur les indicateurs que les données de l'ENSP permettent de calculer. Des modèles de régression logistique ont servi à comparer les cotes exprimant la possibilité de consulter un praticien de médecine non traditionnelle. Pour évaluer l'association entre certains problèmes de santé chroniques, la douleur chronique et la consultation de ces praticiens, on commence par déterminer quelles maladies sont associées à leur consultation lorsqu'on tient compte de l'effet de l'âge, du sexe, de la province, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, du nombre de problèmes de santé chroniques, de la tendance à l'autotraitement et des besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits. Bien que l'analyse tienne compte de tous les problèmes de santé pour lesquels des données de l'ENSP sont disponibles, le présent rapport ne fait état que des résultats obtenus à l'égard des seuls problèmes pour lesquels une association positive a été observée. La variable de la douleur chronique est ensuite introduite dans le modèle pour déterminer si l'association entre la maladie chronique et le recours aux prestataires de soins non traditionnels persiste. Enfin, on détermine si les comportements, éventuellement préventifs, ayant un effet sur la santé ou l'utilisation de certains services de santé diffèrent pour les personnes qui recourent aux services de prestataires de soins non traditionnels et celles qui ne le font pas.

Tableau 3

Consultation des praticiens de médecine non traditionnelle, population à domicile de 18 ans et plus, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Population estimative en milliers	A consulté un praticien de médecine non traditionnelle l'année précédente	
		en milliers	%
Total	22 568	3 779	17
Sexe			
Hommes†	11 030	1 570	14
Femmes	11 538	2 209	19*
Groupe d'âge			
18 à 24 ans	2 855	321	11
25 à 44 ans	9 548	1 793	19*
45 à 64 ans	6 677	1 270	19*
65 et plus†	3 488	395	11
Province			
Terre-Neuve†	405	13	3‡
Île-du-Prince-Édouard	100	5	6
Nouvelle-Écosse	698	58	8*
Nouveau-Brunswick	568	51	9*
Québec	5 581	856	15*
Ontario	8 544	1 273	15*
Manitoba	805	170	21*
Saskatchewan	726	155	21*
Alberta	2 094	522	25*
Colombie-Britannique	3 047	676	22*
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires†	5 096	619	12
Diplôme d'études secondaires	3 596	554	15*
Études postsecondaires partielles	6 159	1 053	17*
Diplôme collégial/universitaire	7 690	1 551	20*
Données manquantes	27	--	--
Revenu du ménage			
Inférieur†	2 848	332	12
Moyen-inférieur	5 568	789	14*
Moyen-supérieur	7 839	1 488	19*
Supérieur	4 750	947	20*
Données manquantes	1 562	223	14
Problèmes de santé chroniques			
Aucun†	8 640	990	11
Un	5 981	1 030	17*
Deux	3 739	698	19*
Trois et plus	4 131	1 044	25*
Données manquantes	78	--	--
Douleurs chroniques			
Oui	3 358	885	26*
Non†	19 200	2 895	15
Données manquantes	9	--	--
Tendance à l'autotraitement			
Faible†	5 801	684	12
Moyenne	11 190	1 884	17*
Forte	4 818	1 139	24*
Données manquantes	758	73	10‡
Besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits			
Non†	21 053	3 343	16
Oui	1 494	433	29*
Données manquantes	20	--	--

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

† Catégorie de référence.

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

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

-- Échantillon trop petit pour produire une estimation fiable.

Tableau 4

Rapports corrigés de cotes pour la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe		
Hommes†	1,00	...
Femmes	1,30*	1,16 - 1,46
Groupe d'âge		
18 à 24 ans	1,25	0,94 - 1,67
25 à 44 ans	1,91*	1,56 - 2,33
45 à 64 ans	1,75*	1,42 - 2,17
65 ans et plus†	1,00	...
Province		
Terre-Neuve†	1,00	...
Île-du-Prince-Édouard	1,57	0,85 - 2,91
Nouvelle-Écosse	2,25*	1,24 - 4,10
Nouveau-Brunswick	2,84*	1,61 - 5,00
Québec	5,77*	3,43 - 9,73
Ontario	4,40*	2,65 - 7,32
Manitoba	7,27*	4,24 - 12,46
Saskatchewan	7,84*	4,55 - 13,48
Alberta	8,35*	4,88 - 14,28
Colombie-Britannique	7,47*	4,39 - 12,71
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires†	1,00	...
Diplôme d'études secondaires	1,16	0,93 - 1,46
Études postsecondaires partielles	1,23*	1,01 - 1,49
Diplôme collégial/universitaire	1,42*	1,18 - 1,71
Revenu du ménage		
Inférieur†	1,00	...
Moyen-inférieur	1,33*	1,05 - 1,69
Moyen-supérieur	1,76*	1,40 - 2,21
Supérieur	1,69*	1,33 - 2,14
Problèmes de santé chroniques		
Aucun†	1,00	...
Un	1,56*	1,32 - 1,84
Deux	1,71*	1,41 - 2,07
Tois et plus	2,39*	1,96 - 2,91
Douleurs chroniques		
Non†	1,00	...
Oui	1,75*	1,47 - 2,08
Tendance à l'autotraitement		
Faible†	1,00	...
Moyenne	1,27*	1,08 - 1,50
Forte	1,72*	1,44 - 2,06
Besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits		
Non†	1,00	...
Oui	1,51*	1,21 - 1,90

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : Fondés sur un échantillon de 13 746 personnes. La catégorie « données manquantes » a été incluse dans le modèle pour le revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais le rapport de cotes n'est pas présenté.
† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

19 % comparativement à 14 % (2,2 millions contre 1,6 million) (tableau 3). Naturellement, nombre de facteurs pourraient être associés à l'utilisation de ce genre de soins, y compris la province de résidence, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le nombre de problèmes de santé chroniques, la douleur chronique, la tendance à l'autotraitement et les besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits. Si l'on tient compte de l'effet de tous ces facteurs, la cote exprimant la possibilité de consulter un praticien de médecine non traditionnelle s'avère plus élevée pour les femmes que pour les hommes (tableau 4).

Le recours aux soins non traditionnels semble être un phénomène caractéristique du « milieu de la vie ». Parmi les groupes des 25 à 44 ans et des 45 à 64 ans, la proportion de personnes ayant consulté un praticien de médecine non traditionnelle est de 19 %. Par contre, elle est d'environ 11 % pour les jeunes (18 à 24 ans) ainsi que pour les personnes âgées (65 ans et plus). Ce profil persiste même si l'on tient compte de l'effet de tous les autres facteurs considérés comme liés à l'utilisation des soins non traditionnels pour lesquels on possède des données. La cote exprimant la possibilité de consulter un praticien de médecine non traditionnelle est plus élevée pour les groupes d'âge moyen (25 à 44 ans et 44 à 64 ans) que pour les personnes âgées.

Phénomène observé surtout dans l'Ouest

Le recours aux médecines non traditionnelles diffère considérablement d'une province à l'autre, ce qui n'est pas étonnant, puisque leur couverture par les divers régimes provinciaux d'assurance-maladie varie. Dans les provinces de l'Atlantique, de 3 % à 9 % de personnes ont consulté un praticien de médecine non traditionnelle en 1998-1999. Par contre, la proportion est de 15 % au Québec et en Ontario, et de 21 % à 25 % dans les provinces de l'Ouest (tableau 3). Comparativement à la population de référence de Terre-Neuve, la cote exprimant la possibilité de consulter un praticien de médecine non traditionnelle est nettement plus élevée pour toutes les autres provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard (tableau 4). La consultation

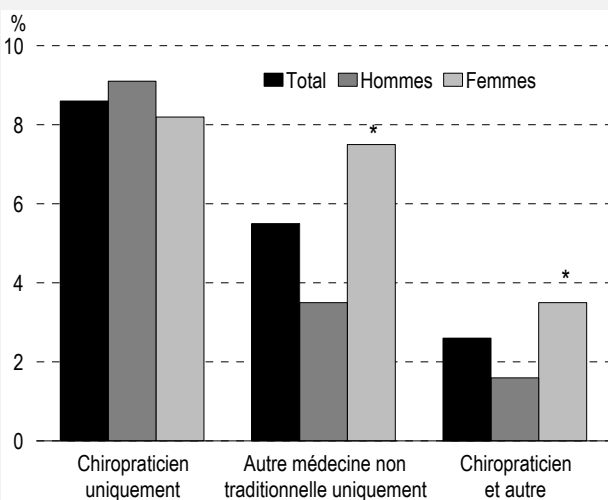
Praticiens de médecine non traditionnelle

Pour les besoins de la présente analyse, le taux de consultation des *praticiens de médecine non traditionnelle* a été déterminé d'après les réponses à deux questions de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). La plupart des praticiens de médecine non traditionnelle sont couverts par la question suivante : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous vu ou consulté un intervenant en médecine douce, comme un acuponcteur, un homéopathe ou un massothérapeute pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? » Aux personnes qui ont répondu « oui », on a demandé quel genre de praticien elles avaient vu ou consulté.

Les chiropraticiens ne figuraient pas sur la liste des praticiens de médecine douce, mais ils figuraient sur la liste des réponses possibles à la question ayant trait à la consultation de divers professionnels de la santé : « Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone [lire la catégorie] pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? ».

Selon une étude récente fondée sur les données de l'ENSP, les chiropraticiens sont les praticiens de médecine non traditionnelle consultés le plus fréquemment¹. À ce même égard, la présente analyse témoigne de résultats similaires. En 1998-1999, les chiropraticiens ont été les praticiens de médecine non traditionnelle le plus fréquemment consultés par les Canadiens de 18 ans et plus des deux sexes. Les femmes et les hommes étaient aussi susceptibles les uns que les autres d'avoir consulté un chiropraticien l'année qui a précédé l'enquête. Par contre, une proportion nettement plus forte de femmes que d'hommes ont dit avoir consulté une autre catégorie de praticiens de médecine non traditionnelle.

Consultation des praticiens de médecine non traditionnelle, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier Santé, 1998-1999

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les hommes ($p < 0,01$).

De même, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir consulté un chiropraticien ainsi qu'un autre praticien de médecine non traditionnelle l'année précédente.

La *chiropratique* se concentre sur la relation entre la structure (principalement de la colonne vertébrale) et la fonction (principalement du système nerveux) du corps humain en vue de rétablir et de préserver la santé¹⁰. Les chiropraticiens recourent à des manipulations plutôt qu'à des interventions chirurgicales ou à l'administration de médicaments pour traiter leurs patients. Les domaines de spécialisation de la chiropratique ont rapport à d'autres domaines de spécialisation médicale, comme l'orthopédie, la neurologie et la médecine sportive¹¹. Dans plusieurs provinces du Canada (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario), les services des chiropraticiens sont couverts en partie par le régime d'assurance-maladie provincial¹⁰.

La *massothérapie* se fonde sur l'hypothèse que le dysfonctionnement d'une partie du corps peut avoir des répercussions sur le fonctionnement d'autres parties distinctes, qui ne sont pas nécessairement reliées directement. Le massage comprend des techniques manuelles, y compris l'application d'une pression fixe ou mobile et des manipulations en vue d'immobiliser une partie du corps ou de la faire bouger. Le massage à l'aide des mains est celui qui est employé le plus couramment, mais les avant-bras, les coudes et les pieds sont parfois utilisés également. Ces techniques ont un effet sur l'appareil musculo-squelettique, le système circulatoire et lymphatique et le système nerveux¹¹.

L'*acuponcture* est un volet de la médecine chinoise dont l'origine remonte à au moins 2 500 ans. Ce mode de traitement repose sur le principe selon lequel l'organisme est parcouru par des flux d'énergie qui suivent des trajectoires particulières. Les acuponcteurs soutiennent que la perturbation du flux énergétique a des répercussions négatives sur la santé. L'acuponcture représente un ensemble de procédures visant à stimuler divers sièges anatomiques de la peau par diverses techniques (y compris l'application de minuscules aiguilles)¹².

L'*homéopathie* repose sur deux principes fondamentaux. L'un est la « loi de similitude » selon laquelle toute substance qui produit certains symptômes chez un individu devrait pouvoir être utilisée pour traiter les mêmes symptômes chez une personne malade¹³. L'autre consiste à utiliser des doses minimales de remèdes pour stimuler les propres mécanismes de guérison de l'organisme¹³. Les remèdes homéopathiques sont préparés à partir de substances naturelles[†] d'origine végétale, animale ou minérale¹¹. L'homéopathie est généralement axée sur la personne plutôt que sur la symptomatologie courante¹⁴.

La naturopathie est une méthode de traitement sans médicament qui s'appuie souvent sur les éléments naturels, comme l'air, la lumière, la chaleur ou l'eau. Cette discipline englobe diverses thérapies, y compris la nutrition clinique, l'hydrothérapie, la médecine par les plantes et le counselling en mode de vie¹⁵.

Définitions

L'analyse porte sur quatre groupes d'âge : 18 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus.

Le *niveau de scolarité* a été déterminé d'après le plus haut niveau d'études atteint. Quatre groupes ont ainsi été formés : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme collégial ou universitaire.

La catégorie de revenu du ménage a été définie d'après le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total de celui-ci en provenance de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de l'enquête. Les catégories de revenu utilisées sont les suivantes :

Catégorie revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus
Inconnu	Sans objet	Non déclaré

Pour déterminer l'existence et le nombre de problèmes de santé chroniques, on a demandé aux participants à l'enquête si « un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux certains problèmes de santé de longue durée, c'est-à-dire des problèmes de santé qui avaient persisté, ou qui devraient persister, six mois ou plus ». Les problèmes de santé chroniques inclus dans la présente analyse sont l'asthme, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos (sauf ceux dus à l'arthrite), l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique ou l'emphysème, le diabète, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, les troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite et les troubles thyroïdiens.

Les personnes qui ont déclaré qu'elles n'étaient pas « habituellement sans douleurs ou malaises » ont été considérées comme souffrant de douleurs chroniques.

On s'est fondé sur les réactions à cinq énoncés du questionnaire de l'ENSP de 1998-1999 pour déterminer la *tendance à l'autotraitement* :

- Je préfère les médecins qui me donnent des choix ou des options et qui me laissent décider moi-même quoi faire (échelle de cotation inverse).
- Les patients ne devraient jamais remettre en question l'autorité du médecin.
- Je préfère que le médecin assume l'entière responsabilité pour mes soins médicaux.
- De façon générale, à l'exception d'une maladie grave, il vaut mieux prendre soin de sa propre santé que consulter un médecin (échelle de cotation inverse).
- Il est presque toujours préférable de consulter un médecin que d'essayer de se soigner soi-même.

Les participants à l'enquête ont été invités à donner leur opinion sur chaque énoncé au moyen d'une échelle à cinq points, allant de « tout à fait d'accord » (cote de 1) à « entièrement en désaccord » (cote de 5). Puis les valeurs ont été recodées sur une échelle allant de 0 à 4 pour calculer les scores : 0 indique que la personne préfère se fier à un médecin et 4, qu'elle préfère l'autotraitement. Une échelle de cotation inverse a été appliquée pour les premier et quatrième énoncés. Les scores variaient de 0 à 20 et ont été regroupés en trois catégories : de 0 à 9, faible tendance à l'autotraitement; de 10 à 14, tendance moyenne à l'autotraitement; de 15 à 20, forte tendance à l'autotraitement (environ 25 % des personnes interrogées se classent dans cette dernière catégorie).

On a demandé aux participants à l'enquête s'il leur était jamais arrivé, au cours des 12 derniers mois, d'avoir le sentiment d'avoir besoin de soins de santé mais de ne pas les avoir obtenus. Les personnes qui ont répondu affirmativement ont été classées dans la catégorie des *besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits*.

Pour déterminer la catégorie d'usage du tabac, les participants à l'enquête se sont vu demander s'ils fumaient des cigarettes chaque jour, à l'occasion ou jamais. Pour les besoins de l'analyse, deux catégories ont été formées, à savoir les fumeurs (usage quotidien ou occasionnel de la cigarette) et les non-fumeurs (anciens fumeurs ou personnes n'ayant jamais fumé).

Le niveau d'activité physique a été déterminé en calculant, pour chaque personne, la dépense d'énergie (DE) qu'exige chaque activité entreprise durant les loisirs. Le calcul de la DE se fait donc en multipliant le nombre de fois qu'une personne s'est adonnée à une activité au cours d'une période de 12 mois par la durée moyenne de l'activité (exprimée en heures) et par la dépense

Définitions – fin

énergétique entraînée par l'activité en question (exprimée en kilocalories dépensées par kilo de masse corporelle par heure d'activité). Pour calculer la DE quotidienne moyenne que nécessite l'activité, l'estimation a été divisée par 365. Ce calcul a été répété pour toutes les activités entreprises durant les loisirs, avant que les résultats ne soient ensuite totalisés afin d'obtenir la DE quotidienne moyenne agrégée. Ainsi, les personnes dont la DE estimative durant les loisirs était inférieure à 1,5 cal/kg/jour sont dites physiquement inactives ou sédentaires. Une valeur comprise entre 1,5 et 2,9 cal/kg/jour correspond à une activité physique d'intensité modérée. Enfin, les personnes dont la DE estimative est égale ou supérieure à 3,0 cal/kg/jour sont considérées comme physiquement actives. Cette mesure pourrait sous-estimer l'activité physique totale, puisqu'elle ne tient pas compte de l'activité physique au travail ou durant les tâches ménagères.

Les *Lignes directrices canadiennes concernant les niveaux de poids associés à la santé* s'appuient sur l'indice de masse corporelle (IMC) pour établir la fourchette de poids acceptables appliquée pour déterminer les conditions de poids excessif et d'insuffisance pondérale¹⁶. L'IMC se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Les femmes enceintes ont été exclues de l'analyse. On a considéré comme obèses les personnes dont l'IMC était égal ou supérieur à 27.

Pour déterminer le *recours à la polymédication*, les participants à l'enquête se sont vu demander combien de médicaments différents elles avaient pris au cours des deux derniers jours. Celles qui ont dit avoir pris plus de trois médicaments ont été considérées comme ayant recours à la polymédication.

L'utilisation de *suppléments vitaminiques/minéraux* se fonde sur des questions concernant l'utilisation de suppléments au cours des

quatre semaines qui ont précédé l'entrevue, ainsi que sur leur utilisation hebdomadaire et quotidienne. Quatre groupes ont ainsi été formés, à savoir les utilisateurs réguliers (personnes qui avaient pris des vitamines/minéraux régulièrement au cours des quatre dernières semaines et pendant au moins cinq jours la semaine qui a précédé l'entrevue) et les utilisateurs inférieurs ou les non-utilisateurs (non-utilisateurs, utilisateurs occasionnels, utilisateurs réguliers au cours des quatre dernières semaines, mais moins de cinq jours la semaine qui a précédé l'entrevue).

L'*importance accordée à la nutrition dans le maintien/l'amélioration de la santé* a été établie d'après les réponses positives à la question : « Choisissez-vous certains aliments ou en évitez-vous d'autres parce que vous vous préoccupez du maintien ou de l'amélioration de votre santé? ».

Les réponses positives à des questions concernant le choix des aliments ont permis de déterminer quelles personnes avaient tendance à *éviter les aliments riches en matières grasses, en sel ou en sucre*.

Plusieurs aspects de l'*utilisation des services de santé* ont été sélectionnés. Ainsi, les participants à l'enquête se sont vu demander s'ils avaient un *médecin traitant*. Le nombre de consultations de différents professionnels de la santé a ensuite été déterminé en leur demandant combien de fois ils avaient consulté certains praticiens, y compris un médecin de famille ou un omnipraticien. Une variable dérivée a été créée pour mesurer le nombre de consultations d'un médecin de famille ou d'un omnipraticien, ou d'un spécialiste, au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue. Pour établir la *vérification de la tension artérielle au cours de la dernière année*, la question suivante a été posée « Quand avez-vous fait prendre votre pression artérielle pour la dernière fois? ».

plus fréquente de ce genre de spécialistes dans l'Ouest du Canada pourrait tenir aux régimes d'assurance-maladie des quatre provinces de l'Ouest qui couvrent une partie des services des chiropraticiens, l'un des traitements non traditionnels le plus couramment utilisé (voir *Praticiens de médecine non conventionnelle*). En fait, si l'on tient compte de l'effet du remboursement des soins des chiropraticiens par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, la cote exprimant la possibilité de consulter un chiropraticien est plus élevée pour

les personnes qui vivent dans une province où ce genre de soins sont couverts (données non présentées).

Variations selon le niveau de scolarité et le revenu

La consultation des praticiens de médecine non traditionnelle augmente avec le niveau de scolarité : près d'une personne sur cinq (20 %) ayant un diplôme d'études collégiales ou universitaires a dit avoir consulté un tel praticien. En revanche, 12 %

Limites

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sont autodéclarées ou déclarées par procuration et l'on ignore dans quelle mesure l'erreur de déclaration les rend inexacts. La majeure partie de l'analyse se fonde sur des données transversales; par conséquent, il est possible de décrire les liens entre variables, mais non de déduire les relations de cause à effet. Les résultats pourraient être biaisés si la volonté de répondre à des questions sur l'état de santé et sur l'utilisation des services de santé n'était pas la même pour certains groupes présentant des caractéristiques sociodémographiques différentes. Une autre source éventuelle de biais tient au fait que la composante des ménages de l'ENSP ne comprend pas les personnes qui vivent dans les collectivités isolées du Nord ou dans les réserves indiennes, les sans-abri et les personnes qui vivent en établissement de santé, comme les personnes ayant une déficience intellectuelle, les personnes âgées ou les patients des hôpitaux. Ces exclusions empêchent d'examiner les soins de santé reçus par les personnes courant un risque élevé d'être malades¹⁷.

Dans la présente analyse, comme il est courant de le faire^{3,4}, les chiropraticiens sont considérés comme des praticiens « de médecine non traditionnelle ». L'ENSP permet de recueillir des données sur la consultation de plusieurs autres catégories de praticiens (massothérapeutes, acuponcteurs, enseignants des techniques Feldenkrais ou Alexander ou des techniques de rétroaction biologique et relaxologiques, par exemple). Toutefois, comme les nombres de consultants sont assez faibles, des données détaillées selon la catégorie de praticiens ne sont pas présentées ici.

Les questions de l'ENSP se rapportent à la consultation de praticiens de médecine non traditionnelle plutôt qu'au recours plus général à des soins non traditionnels. Par conséquent, certaines personnes pourraient ne pas consulter ce genre de praticiens, mais néanmoins suivre une forme ou l'autre de traitement non traditionnel.

Bien que l'ENSP fournisse des renseignements sur la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle et sur la prévalence de divers problèmes de santé chroniques, on ne peut établir aucun lien direct entre les deux variables. L'incapacité à catégoriser les

participants à l'enquête selon le problème de santé particulier pour lequel ils consultent un praticien de médecine non traditionnelle limite l'interprétation des données.

Une autre limite de l'analyse tient au fait qu'on ne dispose pas de renseignements sur tous les facteurs qui incitent à consulter les praticiens de médecine non traditionnelle. On ne sait notamment rien du rôle relatif joué par les problèmes de santé chroniques ou les facteurs qui régissent les décisions des patients. Par exemple, dans certains cas, un patient pourrait être adressé directement à ce genre de spécialistes par le médecin traitant, tandis que dans d'autres, la décision pourrait être motivée par des facteurs comme le désenchantement à l'égard de la médecine traditionnelle.

L'analyse de la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle à l'échelle nationale ou provinciale pourrait masquer certains groupes chez lesquels le recours à une telle médecine est plus fréquent. Par exemple, l'enquête ne permet pas d'étudier le recours aux acuponcteurs ou aux herboristes au sein de la collectivité chinoise ni le recours à la médecine traditionnelle chez les Autochtones.

En outre, puisque l'enquête ne fournit aucun renseignement sur le coût des services de santé associé à la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle, la question n'a pu être étudiée.

Cependant, la variation du taux de consultation des praticiens de médecine non traditionnelle selon la province pourrait refléter le financement de divers services de soins non traditionnels aux termes des régimes d'assurance-maladie provinciaux. En vertu de la législation provinciale sur la santé, la Saskatchewan, le Manitoba, la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario offrent au moins le remboursement partiel des honoraires versés aux chiropraticiens. Au Québec, l'assurance-maladie provinciale n'englobe pas les services des chiropraticiens et dans les provinces de l'Atlantique, ces services ne sont pas remboursés ou le sont de façon très limitée. Les employeurs des secteurs public et privé peuvent aussi assumer partiellement ou entièrement les frais liés à la consultation de certains praticiens de médecine non traditionnelle. Les services des massothérapeutes, des acuponcteurs et des chiropraticiens sont ceux qui sont le plus fréquemment couverts aux termes des régimes parrainés par les employeurs.

de personnes n'ayant pas obtenu leur diplôme d'études secondaires ont dit avoir consulté (tableau 3).

Comme il faut s'y attendre, puisque nombre de frais associés au traitement par les médecines non traditionnelles ne sont pas remboursés, les personnes

appartenant aux catégories supérieures de revenu du ménage ont tendance à recourir plus fréquemment que les autres à ce genre de médecine. Ainsi, 20 % de personnes appartenant aux catégories moyenne-supérieure et supérieure de revenu, mais seulement 12 % de personnes appartenant à la

catégorie inférieure, ont dit consulter des praticiens de médecine non traditionnelle.

Si l'on tient compte de l'effet du sexe, de l'âge, de la province, du nombre de problèmes de santé chroniques, de la douleur chronique et d'autres facteurs, ces liens entre le niveau de scolarité ou le niveau de revenu et l'utilisation des médecines non traditionnelles persistent. La cote exprimant la possibilité de recourir à ce genre de soins est plus élevée pour les personnes qui ont au moins fait des études postsecondaires partielles que pour celles qui n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires. En outre, cette cote est plus élevée pour les personnes appartenant aux trois catégories supérieures de revenu du ménage que pour celles appartenant à la catégorie inférieure.

En ce qui concerne les chiropraticiens, si l'on tient compte du niveau de revenu du ménage et du financement des services par un régime d'assurance provincial, on constate que ces deux facteurs sont associés de façon significative à la consultation de ces praticiens (données non présentées).

Problèmes de santé chroniques, douleurs chroniques

La consultation des praticiens de médecine non traditionnelle augmente parallèlement au nombre déclaré de problèmes de santé chroniques. La proportion de personnes souffrant d'au moins trois problèmes de santé chroniques diagnostiqués qui ont consulté un praticien de médecine non traditionnelle est plus de deux fois plus élevée que celle observée pour les personnes ne souffrant d'aucun problème de santé chronique (25 % contre 11 %). La douleur chronique est également un facteur important. Plus du quart (26 %) des personnes éprouvant une douleur chronique ont dit recourir aux services d'un praticien de médecine non traditionnelle comparativement à 15 % de personnes qui n'éprouvent aucune douleur chronique.

Tenir compte de l'effet des autres facteurs montre qu'il existe une association entre le nombre de problèmes de santé chroniques, ainsi que l'existence d'une douleur chronique et la consultation de praticiens de médecine non traditionnelle. La cote exprimant la possibilité de consulter un de ces

praticiens est plus de deux fois plus élevée pour les personnes souffrant d'au moins trois problèmes de santé chroniques que pour celles qui n'en présentent aucun. La cote est également élevée pour les personnes souffrant d'un ou de deux problèmes de santé chroniques. Enfin, elle est près de deux fois plus élevée pour celles qui souffrent de douleurs chroniques que pour celles qui n'éprouvent pas ce genre de douleurs.

Autotraitement/besoins insatisfaits

La tendance à s'en remettre à l'autorité d'un médecin plutôt qu'à se soigner soi-même, ou inversement, est associée à la consultation de praticiens de médecine non traditionnelle. Parmi les personnes qui croient fortement à l'autotraitement (cote élevée; voir *Définitions*), 24 % ont dit avoir consulté un praticien de médecine non traditionnelle l'année qui a précédé l'enquête. Par contre, seulement 12 % de celles qui obtiennent une faible cote, donc qui ne sont pas des adeptes de l'autotraitement, en ont fait de même (tableau 3). En outre, les personnes qui estiment que le système de soins de santé traditionnels ne répond pas à leurs besoins sont plus susceptibles de rechercher d'autres modes de traitement. Environ 29 % de ces personnes ont dit avoir consulté un praticien de médecine non traditionnelle par comparaison à 16 % de celles qui n'ont pas le sentiment que leurs besoins de soins sont insatisfaits.

Si l'on tient compte de l'effet de tous les autres facteurs, la cote exprimant la possibilité d'avoir consulté un praticien de médecine non traditionnelle est plus élevée pour les personnes qui croient le plus en l'autotraitement (cote moyenne ou élevée) que pour celles qui n'y croient que faiblement (cote faible) (tableau 4). En outre, la cote exprimant la possibilité de recourir aux services d'un praticien de médecine non traditionnelle est environ une fois et demie plus élevée pour les personnes qui estiment que leurs besoins de soins de santé ne sont pas satisfaits que pour celles qui n'ont pas ce sentiment.

Soulagement de la douleur

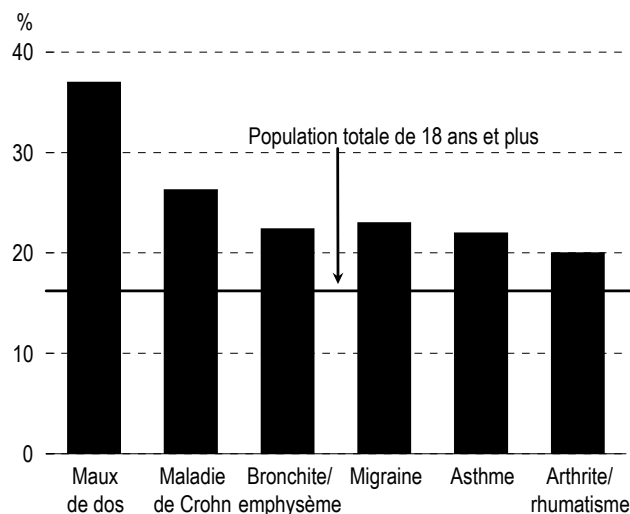
La consultation de praticiens de médecine non traditionnelle est particulièrement fréquente chez les

personnes atteintes de certains problèmes de santé chroniques. Par exemple, 37 % de personnes souffrant de maux de dos, mais seulement 17 % de la population de 18 ans et plus en général, ont dit avoir consulté un praticien de médecine non traditionnelle (graphique 2). La proportion de personnes qui recourent aux soins non traditionnels est également élevée chez celles qui souffrent de la maladie de Crohn, de bronchite ou d'emphysème, de migraine, d'asthme, ou d'arthrite ou de rhumatisme. Et, même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, dont le sexe, l'âge, la province, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, la tendance à l'autotraitement et le sentiment que les besoins de soins de santé ne sont pas satisfaits, la cote exprimant la possibilité de consulter un praticien de médecine non traditionnelle demeure plus élevée pour les personnes présentant les problèmes de santé susmentionnés que pour celles qui n'en souffrent pas (tableau 5; modèle 1).

Cependant, nombre de ces affections sont la cause de fortes douleurs et des études antérieures ont montré que la douleur chronique pouvait être associée à une utilisation fréquente des services de

Graphique 2

Consultation des praticiens de médecine non traditionnelle, selon l'existence de certains problèmes de santé chroniques, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : Tous les taux sont significativement plus élevés que le taux national ($p < 0,05$).

Tableau 5

Rapports corrigés de cotes pour la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle, selon l'existence de certains problèmes de santé chroniques et de douleurs chroniques, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	A consulté un praticien de médecine non conventionnelle l'année précédente			
	Modèle 1 [†]		Modèle 2 [‡]	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Maux de dos	3,77*	3,25 - 4,39	3,39*	2,90 - 3,96
Maladie de Crohn	1,65*	1,11 - 2,44	1,48	0,99 - 2,20
Bronchite/emphysème	1,54*	1,08 - 2,21	1,31	0,90 - 1,90
Migraine	1,36*	1,09 - 1,70	1,22	0,98 - 1,52
Asthme	1,39*	1,12 - 1,73	1,29*	1,04 - 1,60
Arthrite/rumatisme	1,41*	1,17 - 1,69	1,09	0,90 - 1,32

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : La catégorie de référence est celle qui comprend les personnes chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué le problème de santé en question.

[†] Tient compte de l'effet du sexe, de l'âge (variable continue), de la province, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de la tendance à l'autotraitement et des besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits.

[‡] Tient compte de l'effet du sexe, de l'âge (variable continue), de la province, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de la tendance à l'autotraitement, des besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits et de la douleur chronique.

* $p < 0,05$.

santé¹⁸⁻²⁰. Si l'on ajoute la douleur chronique comme variable dans le modèle, l'association entre certains problèmes de santé chroniques et la consultation de praticiens de médecine non traditionnelle ne demeure statistiquement significative que pour l'asthme et les maux de dos. Par conséquent, le soulagement de la douleur et des malaises semble être un déterminant important du recours aux médecines non traditionnelles.

Comportement, utilisation des services de santé

Les personnes qui consultent des praticiens de médecine non traditionnelle semblent accorder plus d'importance que les autres à certaines habitudes personnelles ayant un effet sur la santé. En 1998-1999, une proportion assez forte de personnes qui avaient consulté un praticien de médecine non traditionnelle ont dit qu'elles accordaient de l'importance au rôle de la nutrition dans le maintien et l'amélioration de la santé (tableau 6). Ces

personnes sont en outre très fortement susceptibles de prendre des suppléments vitaminiques et minéraux, et d'éviter les aliments riches en matières grasses, en sel et en sucre. Même si l'on tient compte de l'effet de facteurs susceptibles d'être associés aux comportements qui influent sur la santé, comme le sexe, l'âge, le revenu du ménage, l'existence de problèmes de santé chroniques, la tendance à l'autotraitement, les besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits et la douleur chronique, la cote exprimant la possibilité d'adopter la majorité de ces habitudes personnelles ayant trait à la santé est nettement plus élevée pour les personnes qui

recourent aux médecines non traditionnelles que pour les autres (tableau 7). Cependant, la cote exprimant la possibilité de fumer, d'être physiquement actif ou de prendre plusieurs médicaments n'est pas significativement différente pour les utilisateurs et les non-utilisateurs des médecines non traditionnelles.

Si les personnes qui consultent les praticiens de médecine non traditionnelle rejettent la médecine classique, leur utilisation des services de soins de santé traditionnels devrait être plus faible que celle des personnes qui ne recourent pas aux médecines non traditionnelles. Pourtant, cela n'était pas le cas en 1998-1999. Les personnes qui avaient consulté des praticiens de médecine non traditionnelle étaient plus susceptibles que les autres d'avoir un médecin traitant, d'avoir consulté un spécialiste l'année qui a précédé l'enquête, d'avoir rendu visite à un médecin

Tableau 6
Prévalence de certains comportements qui influent sur la santé et de l'utilisation des services de santé chez les personnes qui consultent et ne consultent pas les praticiens de médecine non traditionnelle, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	A consulté un praticien de médecine non traditionnelle l'année précédente	N'a pas consulté un praticien de médecine non traditionnelle l'année précédente
	%	%
Comportements qui influent sur la santé		
Fumeur	26	28
Physiquement actif	22*	19
Obèse	29	32
Recours à la polymédication	14	12
Utilisation de suppléments vitaminiques/minéraux au cours des quatre dernières semaines	57*	38
Concerné au sujet de la nutrition en vue de maintenir/améliorer sa santé	82*	71
Évite les aliments riches :		
en matières grasses	73*	65
en sel	51*	45
en sucre	52*	44
Utilisation des services de santé		
A un médecin traitant	89*	86
Au moins 10 visites chez le médecin l'année précédente	16*	11
A consulté un spécialiste l'année précédente	34*	25
Mesure de la pression artérielle au cours des deux dernières années	90*	84

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les personnes qui n'ont consulté aucun praticien de médecine non traditionnelle ($p < 0,05$).

Tableau 7
Rapports corrigés de cotes pour certains comportements qui influent sur la santé et l'utilisation des services de santé selon la consultation de praticiens de médecine non traditionnelle, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Comportements qui influent sur la santé		
Fumeur	0,93	0,80 - 1,07
Physiquement actif	1,11	0,97 - 1,28
Obèse	0,85*	0,73 - 0,99
Recours à la polymédication	0,91	0,73 - 1,13
Utilisation de suppléments vitaminiques/minéraux au cours des quatre dernières semaines	1,73*	1,52 - 1,96
Concerné au sujet de la nutrition en vue de maintenir/améliorer sa santé	1,44*	1,23 - 1,68
Évite les aliments riches :		
en matières grasses	1,59*	1,01 - 1,33
en sel	1,12	0,99 - 1,27
en sucre	1,21*	1,07 - 1,37
Utilisation des services de santé		
A un médecin traitant	1,18	0,96 - 1,45
Au moins 10 visites chez le médecin l'année précédente	1,28*	1,05 - 1,56
A consulté un spécialiste l'année précédente	1,17*	1,01 - 1,35
Mesure de la pression artérielle au cours des deux dernières années	1,28*	1,02 - 1,61

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : Tient compte de l'effet du sexe, de l'âge, de la province, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, du nombre de problèmes de santé chroniques, de la tendance à l'autotraitement, des besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits et de la douleur chronique.

* $p < 0,05$.

à au moins 10 reprises durant cette période et d'avoir fait vérifier leur pression artérielle au cours des deux années qui ont précédé l'enquête (tableau 6). Naturellement, puisque les personnes qui avaient consulté des praticiens de médecine non traditionnelle étaient aussi plus susceptibles que les autres de souffrir de problèmes de santé chroniques et d'éprouver des douleurs, le fait qu'elles recourent à la médecine traditionnelle n'est pas étonnant. Toutefois, même si l'on tient compte de l'effet de l'existence de problèmes de santé chroniques et de douleurs, la cote exprimant la possibilité d'avoir eu recours à la plupart des formes traditionnelles de soins de santé susmentionnées reste plus élevée pour les adeptes des médecines non traditionnelles que pour les non-adeptes.

Mot de la fin

Les 3,8 millions de Canadiens qui, selon les données recueillies en 1998-1999, consultent les praticiens de médecine non traditionnelle ne rejettent pas les soins traditionnels mais cherchent plutôt à les compléter. Cette interprétation, fondée sur des données récentes de l'Enquête nationale sur la santé de la population, témoigne aussi des résultats d'autres études^{21,22}.

Selon l'analyse des données transversales de 1998-1999, le soulagement de la douleur pourrait être un déterminant de la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle. Le lien entre certains problèmes de santé chroniques, comme l'arthrite et la migraine, s'estompe lorsqu'on tient compte de l'effet de la douleur. Dans de tels cas, la douleur peut être épisodique ou varier en intensité et, donc, influencer le profil de consultation des praticiens de médecine non traditionnelle au fil du temps.

Cependant, comme il a été mentionné dans des rapports antérieurs^{5,22-25}, si l'on tient compte de la douleur, l'association entre l'asthme ou les maux de dos et la consultation de praticiens de médecine non traditionnelle persiste.

Les personnes qui consultent les praticiens de médecine non traditionnelle pourraient avoir une attitude plus proactive à l'égard des soins de santé. Par exemple, elles obtiennent une cote exprimant la

possibilité de prendre des suppléments vitaminiques/minéraux et d'éviter les aliments riches en matières grasses et en sucre plus élevée que celles qui n'y recourent pas.

En général, les malades ont tendance à consulter certaines catégories de praticiens selon le problème à traiter, ou une combinaison de praticiens pour traiter un problème particulier²⁶. Le choix dépend de nombreux facteurs et ne peut être attribué uniquement à leur désenchantement à l'égard de la médecine traditionnelle²⁰.

La présente analyse ne permet pas de préciser le processus selon lequel une personne passe des praticiens de la médecine traditionnelle à ceux de la médecine non traditionnelle et inversement. Il arrive qu'un médecin traitant adresse un malade à un massothérapeute, un acuponcteur ou un chiropraticien, par exemple, et qu'il suive le traitement. Dans d'autres cas, les personnes qui consultent un praticien de médecine non traditionnelle n'ont pas été adressées à celui-ci par leur médecin qui n'est pas au courant de la situation²⁷. D'aucuns considèrent comme important que les médecins traitants sachent quand leurs malades consultent des praticiens de médecine non traditionnelle afin qu'ils puissent tenir compte de cette situation dans la conduite du traitement²⁸. Selon certains chercheurs, dans certains cas, il pourrait être néfaste pour la santé du malade que le médecin traitant ne soit pas au courant de l'utilisation d'autres formes de traitement^{29,30}.

D'après les estimations fondées sur les données longitudinales, la consultation des praticiens de médecine non traditionnelle continue d'augmenter, mais aucune tendance cohérente ne semble se dégager. Plus de la moitié des personnes qui consultent ce genre de praticiens n'ont déclaré l'avoir fait que lors d'un seul cycle de l'ENSP, tandis que d'autres l'ont fait lors des trois cycles. Comme la prévalence de l'existence de plusieurs problèmes de santé chroniques chez une même personne augmente avec l'âge et que certains de ces problèmes sont souvent associés à des douleurs, la demande de traitements non traditionnels pourrait continuer de s'accroître. ●

Références

1. Statistique Canada, « Services de santé/Autotraitement », dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*, 12(3), 2001, p. 37-44 (numéro spécial de *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue).
2. National Institutes of Health, *What is Complementary and Alternative Medicine?*, disponible à : <http://www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/faq/index.html>, site consulté le 2 mai 2001.
3. D.M. Eisenberg, R.C. Kessler, C. Foster *et al.*, « Unconventional medicine in the United States », *New England Journal of Medicine*, 328(4), 1993, p. 246-282.
4. D.M. Eisenberg, R.B. Davis, S.L. Ettner *et al.*, « Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey », *Journal of the American Medical Association*, 80(18), 1998, p. 1569-1575.
5. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
8. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
9. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
10. Association chiropratique canadienne, *Chiropractic Care in the Health Care System*, disponible à : <http://www.ccachiro.org>, site consulté le 30 juillet 2001.
11. Workshop on Alternative Medicine, *Alternative Medicine: Expanding Medical Horizons, A Report to the National Institutes of Health on Alternative Medical Systems and Practices in the United States*, Chantilly, Virginia, The Office of Alternative Medicine, National Institutes of Health, 1992.
12. C.W. Aakster, « Concepts in alternative medicine », *Social Science and Medicine*, 22(2), 1986, p. 265-273.
13. Ontario Homeopathic Association, *What is Homeopathy?*, disponible à : <http://www.ontariohomeopath.com/whatns4.htm>.
14. J. McKee, « Holistic health and the critique of Western medicine », *Social Science and Medicine*, 26(8), 1988, p. 775-784.
15. Association canadienne de naturopathie, site Internet, disponible à : <http://www.naturopathicassoc.ca>, site consulté le 30 juillet 2001.
16. Santé nationale et Bien-être social, rapport d'un groupe d'experts dirigé par la Direction de la promotion de la santé, Direction générale des programmes et des services de santé, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988.
17. R.F. Badgley, « Social and economic disparities under Canadian health care », *International Journal of Health Services*, 21(4), 1991, p. 659-671.
18. W.J. Millar, « La douleur chronique », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 51-58 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. C.E. Pérez, « Travailleurs et maux de dos chroniques », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 45-60 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. F.R. James et R.G. Large, « Chronic pain and the use of health services », *New Zealand Medical Journal*, 105(934), 1992, p. 196-198.
21. B.G. Druss et R.A. Rosenheck, « Association between use of unconventional therapies and conventional medical services », *Journal of the American Medical Association*, 282(7), 1999, p. 651-656.
22. K.J. Thomas, J. Carr, L. Westlake *et al.*, « Use of non-orthodox and conventional health care in Great Britain », *British Medical Journal*, 302 (6770), 1991, p. 207-210.
23. E. Ernst, « Complementary therapies for asthma: what patients use », *Journal of Asthma*, 35(8), 1998, p. 667-671.
24. K.L. Resch et E. Ernst, « Use of complementary therapies by individuals with 'arthritis' », *Clinical Rheumatology*, 16(4), 1997, p. 391-395.
25. N. Muhajarine, C. Neudorf et K. Martin, « Concurrent consultations with physicians and providers of alternative care: results from a population-based study », *Revue canadienne de santé publique*, 91(6), 2000, p. 449-453.
26. M. Kelner et B. Wellman, « Health care and consumer choice: medical and alternative therapies », *Social Science and Medicine*, 45(2), 1997, p. 203-212.
27. C.E. Drivdahl et W.F. Miser, « The use of alternative health care by a family practice population », *Journal of the American Board of Family Practice*, 11(3), 1998, p. 193-199.
28. M. Krastins, E. Ristinen, J.A. Cimino *et al.*, « Use of alternative therapies by a low income population », *Acupuncture and Electrotherapy Research*, 23(2), 1998, p. 135-142.
29. « Alternative medicine: time for a second opinion », *Harvard Health Letter*, 23(1), 1997, p. 1-3.
30. E.H. Liu, L.M. Turner, S.X. Lin *et al.*, « Use of alternative medicine by patients undergoing cardiac surgery », *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 120(2), 2000, p. 335-341.

Annexe

Tableau A

Consultation des chiropraticiens et des praticiens d'autres médecines non traditionnelles, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Taille de l'échantillon	Population estimative en milliers	A consulté un praticien de médecine non traditionnelle l'année précédente			
			Chiropraticien		Autre praticien de médecine non traditionnelle	
			en milliers	%	en milliers	%
Total†	14 150	22 568	2 530	11	1 832	8
Sexe						
Hommes	6 446	11 030	1 182	11	563	5
Femmes	7 704	11 538	1 348	12	1 268	11
Groupe d'âge						
18 à 24 ans	1 427	2 855	197	7	173	6
25 à 44 ans	5 775	9 548	1 172	12	900	9
45 à 64 ans	4 097	6 677	858	13	622	9
65 ans et plus	2 851	3 488	303	9	136	4
Province						
Terre-Neuve	783	405	--	--	7	2‡
Île-du-Prince-Édouard	785	100	4	4§	2	2‡
Nouvelle-Écosse	877	698	30	4§	38	6§
Nouveau-Brunswick	888	568	24	4§	31	5
Québec	2 386	5 581	466	8	484	9
Ontario	3 853	8 544	884	10	554	6
Manitoba	951	805	146	18	63	8
Saskatchewan	916	726	106	15	81	11
Alberta	1 291	2 094	385	18	240	11
Colombie-Britannique	1 420	3 047	478	16	333	11
Niveau de scolarité						
Pas de diplôme d'études secondaires	3 613	5 096	465	9	231	5
Diplôme d'études secondaires	2 104	3 596	377	10	246	7
Études postsecondaires partielles	3 738	6 159	726	12	526	9
Diplôme collégial/universitaire	4 683	7 690	960	12	830	11
Données manquantes	12	27	--	--	--	--
Revenu du ménage						
Inférieur	2 289	2 848	197	7	169	6
Moyen-inférieur	3 780	5 568	551	10	358	6
Moyen-supérieur	4 737	7 839	1 040	13	673	9
Supérieur	2 465	4 750	947	20	521	11
Données manquantes	879	1 562	140	9	110	7
Problèmes de santé chroniques						
Aucun	5 092	8 640	633	7	479	6
Un	3 701	5 981	668	11	483	8
Deux	2 333	3 739	481	13	337	9
Trois et plus	2 971	4 131	733	18	529	13
Données manquantes	53	78	--	--	--	--
Douleurs chroniques						
Oui	2 252	3 358	586	17	489	15
Non	11 892	19 200	1 945	10	1 343	7
Données manquantes	6	9	--	--	--	--
Tendance à l'autotraitements						
Faible	3 622	5 801	450	8	298	5
Moyenne	7 037	11 190	1 251	11	878	8
Forte	3 099	4 818	768	16	625	13
Données manquantes	392	758	61	8‡	--	--
Besoins de soins de santé perçus comme insatisfaisants						
Non	13 182	21 053	2 292	11	1 556	7
Oui	961	1 494	235	16	276	18
Données manquantes	7	20	--	--	--	--

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Le total est supérieur à 17 % parce que certaines personnes ont consulté un chiropraticien ainsi que d'autres praticiens de médecine non traditionnelle.

‡ Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

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

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