

# Soins de santé : besoins non satisfaits

*Jiajian Chen et Feng Hou*

## Résumé

### Objectifs

La présente analyse examine la prévalence des besoins non satisfaits de services de santé autodéclarés et dans quelle mesure ils sont attribuables à des problèmes perçus de disponibilité de services, d'accessibilité ou d'acceptabilité.

### Source des données

La majorité des données proviennent de la composante transversale des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999. Les données transversales de 1994-1995 et de 1996-1997 sont utilisées pour présenter les tendances observées de 1994-1995 à 1998-1999. L'analyse principale se fonde sur un échantillon de 14 143 personnes âgées de 18 ans et plus.

### Techniques d'analyse

La régression logistique multiple a permis d'évaluer l'association de facteurs de risque et des trois types de besoins non satisfaits de services de santé.

### Principaux résultats

En 1998-1999, environ 7 % des adultes canadiens, soit approximativement 1,5 million de personnes, ont fait état de besoins non satisfaits de services de santé au cours de l'année précédente. Environ la moitié de ces cas étaient attribuables à des problèmes d'acceptabilité, tels que le fait d'être trop occupé(e). Dans 39 % des cas, des problèmes de disponibilité de services, tels que des temps d'attente trop longs, ont été cités. Un peu moins de 13 % des cas étaient associés à des problèmes d'accessibilité (coût ou transport). Les besoins non satisfaits en raison de problèmes de disponibilité de services ne sont pas associés de façon significative au statut socioéconomique. En revanche, les besoins non satisfaits dus à des problèmes d'accessibilité sont inversement associés au revenu du ménage.

### Mots-clés

Accessibilité aux services de santé, acceptation des services de santé par les patients, prestation des services de santé, statut socioéconomique

### Auteurs

Jiajian Chen (613-951-5059; chenja@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, et Feng Hou (613-951-5416; fenghou@statcan.ca), à la Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail tous deux à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Le régime universel de soins de santé a été créé au Canada pour assurer un accès raisonnable aux services de santé à tous les Canadiens et Canadiennes, sans égard à leur capacité de payer<sup>1</sup>. À la suite des récentes compressions budgétaires, des inquiétudes ont été soulevées à l'égard de la capacité du régime à remplir son mandat<sup>2-7</sup>. De nombreuses études ont abordé la question en examinant l'association qui existe entre le statut socioéconomique et le recours aux soins de santé<sup>6,8-15</sup>. Toutefois, une autre façon de traiter la question, soit l'examen des différences socioéconomiques chez les personnes dont les besoins de services de santé n'ont pas été satisfaits, a été explorée moins en profondeur.

Les besoins non satisfaits sont considérés comme un important indicateur des problèmes d'accès<sup>16-18</sup>, puisqu'ils peuvent être le résultat de la disponibilité limitée ou de la non-disponibilité des services de santé aux endroits et au moment où ces services sont requis<sup>19</sup>. Toutefois, les besoins non satisfaits peuvent également s'expliquer par les problèmes d'accessibilité individuels, tels que le coût et le transport, ou par les problèmes d'acceptabilité, tels que les attitudes et les connaissances à l'égard du système de soins

## Méthodologie

### Source des données

Les données du présent article proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), menée par Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour 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 longitudinale et un composante transversale.

Le Fichier général de l'ENSP 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.

L'analyse principale du présent article se fonde sur les données transversales de la composante des ménages de 1998-1999 (troisième cycle) de l'enquête dont l'échantillon comprend principalement les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants. Pour maintenir la représentativité de l'échantillon de l'ENSP de 1998-1999, les nourrissons nés en 1995 ou plus tard et les immigrants arrivés au Canada après 1994 ont été sélectionnés au hasard. Pour remplacer les pertes due à l'érosion de l'échantillon, on a communiqué avec les personnes habitant un logement qui faisaient partie de l'échantillon original, mais dont les membres du ménage n'avaient pas répondu aux questions de l'ENSP de 1994-1995, pour leur demander de participer. Le taux de réponse global de l'ENSP de 1998-1999 était de 88,2 %. Les données ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population à domicile des 10 provinces. L'analyse repose sur 14 143 personnes âgées de 18 ans et plus sélectionnées au hasard à qui on a demandé si elles avaient dû recourir à des services de santé au cours de l'année précédente, mais n'avaient pas reçu les services souhaités (tableau A en annexe). L'analyse se limite aux réponses des personnes âgées de 18 ans et plus parce que plusieurs variables explicatives, telles que les attitudes à l'égard des médecins, n'étaient

pas disponibles pour les personnes interrogées plus jeunes.

Pour analyser les tendances en ce qui concerne la prévalence des besoins non satisfaits à l'échelle nationale, les données transversales provenant des deux premiers cycles de l'ENSP (1994-1995 et 1996-1997) ont également été utilisées. Les échantillons sont composés, respectivement, de 16 286 et de 68 208 personnes âgées de 18 ans et plus et sélectionnées au hasard.

### Techniques d'analyse

Les besoins non satisfaits de services de santé ont été classés dans une des trois catégories suivantes selon le type de problème : disponibilité des services, accessibilité ou acceptabilité. Puisque les personnes pouvaient donner plus d'une raison pour expliquer des besoins non satisfaits, les pourcentages attribués à chaque catégorie totalisent plus de 100 %.

Pour faciliter la présentation, les estimations de prévalence non corrigées sont couplées aux rapports corrigés de cotes à l'égard des besoins non satisfaits attribuables aux trois types de problèmes.

La régression logistique multiple a servi à évaluer l'association entre les facteurs de risque potentiels et chacun des types de besoins non satisfaits signalés. La sélection des facteurs a été guidée par une revue de la littérature scientifique à cet égard. Les facteurs sélectionnés pour prédire les besoins non satisfaits de services de santé sont l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le revenu du ménage, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, le lieu de résidence (milieu rural ou urbain), le statut d'Autochtone, le pays de naissance, l'état de santé autodéclaré, toute maladie chronique, la douleur chronique, un sentiment de détresse, les consultations d'omnipraticiens ou de spécialistes et les attitudes à l'égard de l'autorité des médecins et de l'autotraitement (voir *Définitions*).

L'ENSP se fonde sur un plan de sondage complexe. De plus, l'échantillon transversal des Fichiers santé des premier, deuxième et troisième cycles de l'ENSP est composé de tous les membres du panel longitudinal qui étaient dans le champ de l'enquête du point de vue transversal. Ainsi, les échantillons transversaux de l'ENSP ne sont pas indépendants. Pour tenir compte des poids d'échantillonnage et du plan de sondage, la présente analyse se fonde sur la méthode *bootstrap* pour évaluer la variance et les covariances<sup>22,23</sup>.

de santé<sup>19-21</sup>. Ainsi, pour évaluer les besoins non satisfaits en matière de services de santé, il est important de comprendre les obstacles à surmonter pour accéder à ces services.

En s'appuyant sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada, les auteurs du présent article examinent la prévalence des besoins non satisfaits

de services de santé autodéclarés (voir *Méthodologie* et *Limites*). Ils examinent également les facteurs associés aux besoins non satisfaits qui découlent de la non-disponibilité perçue des services, des problèmes d'accessibilité et des problèmes d'acceptabilité. Selon la littérature scientifique<sup>16,19,24</sup>, les facteurs examinés en relation avec les trois types de besoins non satisfaits sont les suivants : âge, sexe, état matrimonial, revenu du ménage, niveau de scolarité, statut d'emploi, lieu de résidence (milieu urbain ou rural), statut d'Autochtone, pays de naissance, état de santé autodéclaré, maladies chroniques, douleur chronique, sentiment de détresse, consultations de médecins et attitudes à l'égard de l'autorité des médecins et de l'autotraitement (voir *Définitions*).

### Trois types de besoins non satisfaits

Le temps d'attente trop long est la raison la plus couramment mentionnée pour expliquer un besoin non satisfait de services de santé, citée par 23 % de personnes qui signalent la non-satisfaction d'un besoin (tableau 1). La deuxième raison la plus fréquente est la non-disponibilité d'un service lorsque celui-ci est nécessaire (15 %). Entre 13 % et 14 % de personnes qui signalent des besoins non satisfaits déclarent qu'elles étaient trop occupées, qu'elles ne s'en sont pas soucié ou qu'elles croyaient que les traitements seraient inadéquats. Environ une personne sur dix (11 %) a mentionné le coût. Des proportions moins élevées de personnes interrogées ont donné des raisons telles que la non-disponibilité du service dans leur région, l'ignorance de l'endroit où le service était offert ou l'aversion ou la peur des médecins. Puisque les personnes pouvaient donner plus d'une raison, le total s'élève à plus de 100 %. Toutefois, la majorité des personnes ayant eu des besoins non satisfaits ont donné une seule raison (87 %), tandis que 11 % en ont mentionné deux, et moins de 3 % en ont cité trois ou plus (données non présentées).

Les besoins non satisfaits de services de santé peuvent être divisés en trois catégories selon qu'ils sont associés aux problèmes de disponibilité des services, d'accessibilité et d'acceptabilité. On juge que les besoins non satisfaits découlent d'un

problème de disponibilité si la raison de l'insatisfaction est le temps d'attente trop long, la non-disponibilité du service lorsque celui-ci est requis ou la non-disponibilité du service dans la région. Les problèmes d'accessibilité ont trait aux besoins non satisfaits de services de santé qui découlent des inquiétudes à l'égard du coût ou du transport. Toutes les autres raisons (trop occupé(e), ne s'est pas soucié du problème, doutes à l'égard de l'efficacité du traitement, peur des médecins) sont considérées comme étant associées à des problèmes d'acceptabilité.

Les problèmes de disponibilité de services correspondent à 39 % des besoins non satisfaits. Seulement 13 % des besoins non satisfaits étaient attribuables à des problèmes d'accessibilité. Dans la majorité des cas (9 cas sur 10), les problèmes d'accessibilité étaient dus au coût (données non présentées). Les problèmes d'acceptabilité découlant

Tableau 1  
Fréquence des raisons données pour expliquer les besoins non satisfaits de services de santé, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	%
<b>Problèmes de disponibilité<sup>†</sup></b>	<b>39,3</b>
Temps d'attente trop long	22,9
Non disponibles à ce moment-là	14,7
Non disponibles dans la région	7,0
<b>Problèmes d'accessibilité<sup>†</sup></b>	<b>12,9</b>
Coût	11,4
Problèmes de transport	1,6
<b>Problèmes d'acceptabilité<sup>†</sup></b>	<b>53,1</b>
Trop occupé(e)	13,6
Ne s'en est pas soucié/indifférent(e)	13,5
Considérés comme inadéquats	13,2
A décidé de ne pas se faire soigner	5,4
Ne savait pas où aller	3,9
Aversion pour les médecins/peur	1,8
Responsabilités personnelles ou familiales	0,7
Problèmes de langue	--
Autre	6,8
<b>Problèmes de disponibilité uniquement</b>	<b>35,6</b>
<b>Problèmes d'accessibilité uniquement</b>	<b>10,5</b>
<b>Problèmes d'acceptabilité uniquement</b>	<b>48,7</b>
<b>Problèmes de disponibilité et d'accessibilité</b>	<b>0,6</b>
<b>Problèmes de disponibilité et d'acceptabilité</b>	<b>2,7</b>
<b>Problèmes de disponibilité, d'accessibilité et d'acceptabilité</b>	<b>0,3</b>
<b>Problèmes d'accessibilité et d'acceptabilité</b>	<b>1,3</b>

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

<sup>†</sup> Puisque les personnes pouvaient donner plus d'une raison, la somme des données ne correspond pas aux totaux indiqués.

-- Valeur trop faible pour produire une estimation fiable.

## Définitions

La définition des *besoins non satisfaits de services de santé* se fonde sur la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez eu besoin de soins de santé mais ne les avez pas obtenus? ». Les personnes ayant répondu « oui » se sont vu demander de donner la raison du plus récent cas. Les raisons étaient classées comme suit : (1) non disponibles dans la région; (2) non disponibles à ce moment-là; (3) temps d'attente trop long; (4) coût; (5) problèmes de transport; (6) considérés comme inadéquats; (7) trop occupé(e); (8) ne s'en est pas soucié/indifférent(e); (9) ne savait pas où aller; (10) problèmes de langue; (11) responsabilités personnelles ou familiales; (12) aversion pour les médecins/peur; (13) a décidé de ne pas se faire soigner; (14) autre.

Ces raisons ont été classées en trois catégories, selon leur cause : problèmes de disponibilité de services (services non disponibles à l'endroit ou au moment requis ou temps d'attente trop long), problèmes d'accessibilité (coût ou transport) ou problèmes d'acceptabilité (les autres raisons qui concernent les attitudes et les responsabilités concurrentes). Seulement 5 % des personnes ont cité des raisons qui appartenaient à plus d'une catégorie.

Pour les besoins de la présente analyse, quatre *groupes d'âge* ont été créés : 18 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 64, ans et 65 ans et plus.

Trois groupes d'*état matrimonial* ont été définis : marié(e)/union de fait, jamais marié(e) et veuf ou veuve/divorcé(e)/séparé(e).

La définition des catégories de *revenu du ménage* se fonde sur la taille du ménage et sur le revenu total de celui-ci. Les catégories définies sont les suivantes.

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure/ Supérieure	1 ou 2	30 000 \$ ou plus
	3 ou 4	40 000 \$ ou plus
	5 ou plus	60 000 \$ ou plus

Le *niveau de scolarité* a été classé en deux catégories : pas de diplôme d'études secondaires et diplôme d'études secondaires ou plus élevé.

Deux catégories de *statut d'emploi* ont été définies : travaillé actuellement ou autre.

Le *lieu de résidence* est défini comme étant un milieu urbain ou rural.

Le *statut d'Autochtone* se fonde sur les réponses aux questions sur la race (ou couleur) et le groupe ethnique (ou culturel) auxquels s'identifie la personne interrogée. Les personnes qui ont indiqué faire partie des peuples autochtones de l'Amérique du Nord, comme les Amérindiens, les Métis et les Inuits ont été regroupées dans la catégorie des Autochtones.

Deux catégories de *statut d'immigrant* ont été établis : immigrant ou né(e) au Canada.

Quatre variables ont été sélectionnées pour mesurer l'état de santé : état de santé autodéclaré, maladies chroniques, douleur chronique et détresse. L'*état de santé autodéclaré* était regroupé en deux catégories : mauvais/passable et bon/très bon/excellent. La présence d'une *maladie chronique* a été déterminée en demandant aux personnes interrogées si elles avaient été atteintes d'un problème de santé chronique qui a duré ou qui était censé durer six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Une liste de problèmes a été lue aux participants; ces derniers ont répondu « oui » ou « non » à l'égard de chacun d'eux. Les participants qui ont répondu « oui » à un ou plus de ces problèmes ont été considérés comme souffrant d'un problème de santé chronique. La présence d'une *douleur chronique* était fondée sur la réponse à la question : « Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? ». Les personnes ayant répondu « non » ont été considérées comme souffrant de douleur chronique.

L'indice de détresse se fonde sur six questions. On a demandé aux participants à l'enquête : « Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) : si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire? Nerveux(se)?, Agité(e) ou ne tenant pas en place?, Désespéré(e)?, Bon(ne) à rien?, Combien de fois avez-vous senti que tout était un effort? ». On a attribué aux réponses possibles — tout le temps, la plupart du temps, parfois, pas souvent, jamais — les poids de 4, 3, 2, 1 et 0 respectivement. Les cotes pouvaient varier de 0 à 24, les cotes les plus élevées indiquant un plus grand sentiment de détresse<sup>25</sup>. Le coefficient de Cronbach était de 0,76. Les personnes qui ont obtenu une cote égale ou supérieure à 7 (11 % du total) ont été considérées comme éprouvant un sentiment de détresse. Les personnes interrogées qui ont obtenu une cote inférieure à 7 ou pour lesquelles des données manquaient (408 cas) étaient considérées comme n'éprouvant pas un sentiment de détresse.

Les *consultations d'un omnipraticien* et les *consultations d'un spécialiste* se fondent sur les réponses à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté en personne ou par téléphone : un médecin de famille ou un

## Définitions – fin

omnipraticien? un autre médecin (tel qu'un chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre)? »

L'attitude à l'égard de l'*autorité des médecins* se fonde sur les réponses à trois énoncés : « Je préfère les médecins qui me donnent des choix ou des options et qui me laissent décider moi-même quoi faire. »; « Les patients ne devraient jamais remettre en question l'autorité du médecin. » et « Je préfère que le médecin assume l'entière responsabilité pour mes soins médicaux. ». L'attitude à l'égard de l'auto-traitement se fonde sur les réponses à deux énoncés : « De façon générale, à l'exception d'une maladie grave, il vaut mieux prendre soin de sa propre santé que de consulter un médecin. » et « Il est préférable de consulter un médecin que d'essayer de se soigner soi-même. » Pour chaque énoncé, on a demandé aux personnes interrogées si elles étaient tout à fait d'accord, d'accord, ni d'accord ni en désaccord, en désaccord ou entièrement en désaccord. Les cotes respectives

étaient 4, 3, 2, 1 et 0. Les valeurs obtenues pour le premier énoncé sur l'autorité des médecins et pour le deuxième énoncé sur l'autotraitement ont été inversées. Les deux variables ont été construites à partir de la cote moyenne des réponses aux questions. On a attribué aux valeurs manquantes la valeur équivalente à la réponse « ni d'accord ni en désaccord ». Les cotes de l'attitude à l'égard de l'autorité des médecins pouvaient varier entre 0 et 4, les cotes les plus élevées indiquant une plus forte tendance à faire confiance aux médecins. Le coefficient de Cronbach était 0,62. Les cotes d'attitude à l'égard de l'autotraitement pouvaient varier entre 0 et 4, les cotes les plus élevées indiquant une plus forte tendance à se soigner soi-même. Le coefficient de Cronbach était de 0,56. Les cotes étaient classées en trois catégories : élevée dans le cas d'une cote d'un écart-type supérieur à la moyenne, faible dans le cas d'une cote d'un écart-type inférieur à la moyenne et intermédiaire dans le cas d'une cote se situant à l'intérieur de cet intervalle.

des circonstances et des attitudes personnelles étaient les plus importants et expliquaient 53 % des besoins non satisfaits.

Même si les personnes interrogées pouvaient donner plus d'une raison pour expliquer les besoins non satisfaits de services de santé, relativement peu de chevauchements ont été observés entre les trois catégories. Les cas de chevauchement correspondent à seulement 5 % des réponses (tableau 1).

### Augmentation des besoins non satisfaits

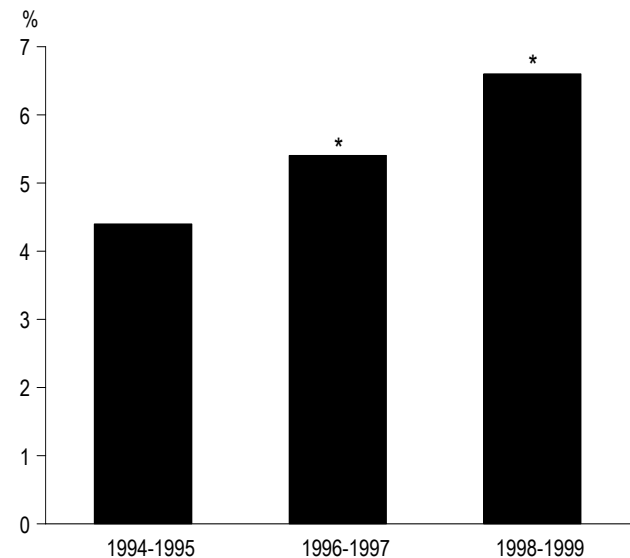
En 1998-1999, 6,6 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 18 ans et plus, soit environ 1,5 million de personnes, ont signalé avoir eu un besoin de services de santé non satisfait au cours de l'année précédente (graphique 1). Ce pourcentage correspond à une augmentation faible mais significative par rapport aux pourcentages de 1994-1995 et de 1996-1997, qui étaient de 4,4 % et de 5,4 %, respectivement.

### Disponibilité des services

Moins de 3 % de la population a signalé un besoin non satisfait de services de santé attribuable à un problème de disponibilité (voir *Schémas provinciaux*). Les besoins non satisfaits de ce type témoignent des

Graphique 1

**Prévalence des besoins non satisfaits de services de santé, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999**



**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999  
\* Écart significatif par rapport à l'année précédente ( $p \leq 0,05$ ).

lacunes perçues dans la prestation des services de santé, une perception qui peut s'être aggravée à la suite des compressions budgétaires des dernières années. Le fait que la réduction des coûts fait porter

un fardeau inégal aux groupes moins fortunés est une source d'inquiétudes. Toutefois, selon les résultats de l'ENSP, la prévalence des besoins non satisfaits de services de santé découlant de problèmes de disponibilité de services ne varie pas de façon significative en fonction du revenu du ménage, du niveau de scolarité, du statut d'emploi, du statut d'Autochtone ou du statut d'immigrant (tableau 2).

Il n'y avait pas non plus de lien avec l'âge, l'état civil ou le lieu de résidence (milieu urbain ou rural).

Les besoins non satisfaits dus aux problèmes de disponibilité de services sont fortement associés à l'état de santé des personnes. Par exemple, 6,6 % de personnes dont la santé est mauvaise ou passable ont signalé ce type de besoins non satisfaits, comparativement à seulement 2,2 % de celles qui

### Schémas provinciaux

La prévalence de tous les types de besoins non satisfaits de services de santé dans la majorité des provinces était presque la même que la moyenne nationale. En 1998-1999, le pourcentage de personnes ayant signalé des besoins non satisfaits associés à des problèmes de disponibilité était nettement supérieur à la moyenne nationale uniquement en Nouvelle-Écosse (4,6 %) et nettement inférieur à celle-ci uniquement au Nouveau-Brunswick (1,5 %) et en Ontario (1,9 %). Le nombre de médecins par tranche de 100 000 habitants ne permet pas d'expliquer ces disparités, puisque la Nouvelle-Écosse était l'une des trois provinces (les autres étant le Québec et la Colombie-Britannique) où le rapport est plus élevé que la moyenne nationale en 1998<sup>26</sup>.

La prévalence des besoins non satisfaits de services de santé associés à des problèmes d'accessibilité (coût et transport) était

nettement plus élevée uniquement en Colombie-Britannique (1,5 %) et nettement moins élevée uniquement en Ontario (0,6 %). Le pourcentage de la population vivant dans un ménage à faible revenu ne peut expliquer ces différences : selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, la proportion était presque la même dans les deux provinces (données non présentées).

Dans chaque province, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, les besoins non satisfaits de services de santé découlant de problèmes d'acceptabilité étaient les plus courants. La prévalence de tels besoins non satisfaits n'était pas significativement différente de la moyenne nationale dans aucune province sauf à Terre-Neuve où elle était significativement inférieure (2,2 %).

#### Prévalence des besoins non satisfaits de services de santé, par raison et province, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, 1998-1999

	Problèmes de disponibilité		Problèmes d'accessibilité		Problèmes d'acceptabilité	
	Nombre	Prévalence	Nombre	Prévalence	Nombre	Prévalence
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
<b>Canada</b>	<b>588<sup>†</sup></b>	<b>2,6</b>	<b>192</b>	<b>0,9</b>	<b>794<sup>†</sup></b>	<b>3,5</b>
Terre-Neuve	8	2,1	--	--	9	2,2*
Île-du-Prince-Édouard	2	2,3	--	--	3	3,0
Nouvelle-Écosse	32	4,6*	6	0,9	29	4,2
Nouveau-Brunswick	9	1,5*	--	--	22	3,9
Québec	176	3,2	34	0,6	194	3,5
Ontario	161	1,9*	54	0,6*	271	3,2
Manitoba	29	3,7	--	--	37	4,6
Saskatchewan	18	2,5	--	--	29	4,0
Alberta	48	2,3	29	1,4	80	3,8
Colombie-Britannique	103	3,4	44	1,5*	120	3,9

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

<sup>†</sup> Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

\* Écart significatif par rapport à la moyenne nationale ( $p \leq 0,05$ ).

-- Valeur trop faible pour produire une estimation fiable.

jouissent d'une bonne, très bonne ou excellente santé. Dans le même ordre d'idées, les personnes atteintes de maladies chroniques et celles souffrant de douleurs chroniques ou de détresse étaient plus susceptibles que celles qui en étaient exemptes de

signaler des besoins non satisfaits liés à des problèmes de disponibilité de services. Même lorsque les effets des autres facteurs étaient pris en considération, la santé mauvaise ou passable, les maladies chroniques et la détresse étaient

Tableau 2

**Prévalence des besoins non satisfaits de services de santé associés à des problèmes de disponibilité et rapports corrigés de cotes pour ceux-ci, selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999**

	Prévalence		Rapport corrigé de cotes		Intervalle de confiance de 95 %			
	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
	milliers	%			milliers	%		
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>2,6</b>	...	...				
<b>Sexe</b>								
Hommes†	229	2,1	1,00	...				
Femmes	358	3,1*	1,17	0,87 - 1,58				
<b>Groupe d'âge</b>								
18 à 34 ans	145	2,1	0,99	0,58 - 1,67				
35 à 44 ans	132	2,4	0,99	0,59 - 1,68				
45 à 64 ans	226	3,4	1,30	0,79 - 2,14				
65 ans et plus†	85	2,4	1,00	...				
<b>État matrimonial</b>								
Marié(e)/union de fait†	376	2,7	1,00	...				
Jamais marié(e)	109	2,2	1,01	0,66 - 1,54				
Veuf ou veuve/ divorcé(e)/séparé(e)	102	3,1	0,89	0,48 - 1,65				
<b>Revenu du ménage</b>								
Inférieur	91	3,2	1,16	0,70 - 1,91				
Moyen	143	2,6	1,02	0,72 - 1,44				
Moyen-supérieur/supérieur†	322	2,6	1,00	...				
Données manquantes	32	2	0,88	0,46 - 1,69				
<b>Niveau de scolarité</b>								
Pas de diplôme d'études secondaires†	140	2,7	1,00	...				
Diplôme d'études secondaires ou plus élevé	448	2,6	0,98	0,67 - 1,43				
<b>Statut d'emploi</b>								
Travaille présentement	357	2,5	1,31	0,90 - 1,92				
Autre†	231	2,8	1,00	...				
<b>Lieu de résidence</b>								
Milieu urbain	443	2,4	0,67	0,43 - 1,03				
Milieu rural†	145	3,5	1,00	...				
<b>Statut d'Autochtone</b>								
Oui	16	3,2	1,08	0,50 - 2,36				
Non†	572	2,6	1,00	...				
<b>Statut d'immigrant</b>								
Immigrant	95	2,0	0,74	0,47 - 1,16				
Né(e) au Canada†	492	2,8	1,00	...				
<b>État de santé autodéclaré</b>								
Mauvais/passable	149	6,6*	1,84*	1,26 - 2,70				
Bon/très bon/excellent†	439	2,2	1,00	...				
<b>Maladies chroniques</b>								
Oui	470	3,4*	1,46*	1,02 - 2,07				
Non†	117	1,4	1,00	...				
<b>Douleur chronique</b>								
Oui	187	5,6*	1,45	0,92 - 2,30				
Non†	400	2,1	1,00	...				
<b>Détresse</b>								
Oui	146	5,7*	1,71*	1,15 - 2,54				
Non†	441	2,2	1,00	...				
<b>Consultations d'un omnipraticien au cours de l'année précédente</b>								
Oui	545	3,1*	2,24*	1,35 - 3,72				
Non†	43	0,9	1,00	...				
<b>Consultations d'un spécialiste au cours de l'année précédente</b>								
Oui	316	5,3*	2,33*	1,73 - 3,14				
Non†	272	1,6	1,00	...				
<b>Attitude face à l'autorité des médecins</b>								
Élevée	72	1,6*	0,42*	0,22 - 0,80				
Intermédiaire	413	2,6*	0,70	0,48 - 1,03				
Faible†	103	4,2	1,00	...				
<b>Attitude face à l'autotraitement</b>								
Élevée	142	2,4	1,07	0,75 - 1,53				
Intermédiaire	273	2,8	1,20	0,84 - 1,73				
Faible†	173	2,5	1,00	...				

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

**Nota :** Les personnes pour lesquelles une valeur manquait à l'égard du sentiment de détresse ont été incluses dans la catégorie « non ». Les personnes pour lesquelles des valeurs manquaient aux questions portant sur l'autorité des médecins ont été incluses dans le groupe qui était ni d'accord ni en désaccord.

† Groupe de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

\* Écart significatif par rapport au groupe de référence ( $p \leq 0,05$ ).

indépendamment associées au signalement de ce type de besoins non satisfaits; le lien avec la douleur chronique ne s'est toutefois pas révélé significatif.

Les personnes qui avaient consulté un omnipraticien ou un spécialiste au cours de l'année précédente étaient plus susceptibles que celles qui ne l'avaient pas fait de signaler des besoins non satisfaits dus à des problèmes de disponibilité de services, ce qui paraît quelque peu paradoxal. Bien sûr, les consultations de médecins sont liées à de nombreux autres facteurs qui peuvent influencer sur les besoins non satisfaits, notamment l'état de santé. Toutefois, même lorsque ces autres variables sont prises en considération, les personnes qui avaient consulté un omnipraticien ou un spécialiste présentaient une cote nettement plus élevée exprimant le risque de signaler des besoins non

satisfaits de services de santé associés à des problèmes de disponibilité de services.

Les personnes atteintes de troubles de santé sont bien entendu celles qui ont le plus recours à des services de santé. Ainsi, elles sont également plus susceptibles que les personnes jouissant d'une meilleure santé de repérer les lacunes dans la prestation de ces services, particulièrement si leurs problèmes de santé ne sont pas réglés. Les associations peuvent également correspondre à des besoins non satisfaits à différentes étapes de traitement.

L'attitude à l'égard des médecins joue un rôle. Les personnes qui accordent un niveau élevé de confiance aux médecins étaient moins susceptibles que les personnes ayant un faible niveau de confiance envers les médecins de signaler des besoins non satisfaits de services de santé découlant de problèmes de disponibilité de services. Même lorsque les autres facteurs, tels que l'état de santé et les consultations de médecins, étaient pris en considération, la tendance à faire confiance aux médecins était associée à une faible cote exprimant le risque de signaler ce type de besoins non satisfaits.

### Limites

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est assujettie aux problèmes inhérents à l'autodéclaration. Par exemple, alors que la mesure des besoins non satisfaits de services de santé dans le cadre de l'ENSP est souvent utilisée dans les enquêtes communautaires, il existe une possibilité d'erreurs de reconnaissance et de mémoire. Les personnes peuvent éprouver des difficultés à reconnaître l'existence de besoins de services de santé et à se rappeler la situation particulière où un traitement était nécessaire mais n'a pas été reçu<sup>16</sup>. L'autodéclaration des besoins non satisfaits de services de santé tient également compte de la perception d'une personne. Par exemple, l'interprétation du « temps d'attente trop long » peut varier d'une personne à l'autre. De plus, il n'y a aucune indication de la raison de l'attente : un rendez-vous, un test de diagnostic ou une intervention chirurgicale.

Les professionnels de la santé pourraient déterminer de façon plus objective si les personnes ont renoncé ou non aux soins nécessaires au cours d'un examen clinique<sup>16,27</sup>. L'évaluation clinique, toutefois, est souvent complexe et coûteuse<sup>17,28</sup>, et de tels renseignements ne sont pas recueillis dans le cadre de l'ENSP.

Les données sur lesquelles se fonde la présente étude ne comprennent pas les personnes vivant dans des réserves ou dans certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario. Ainsi, la prévalence des besoins non satisfaits de services de santé pourrait être sous-estimée. De plus, puisque l'enquête a été menée en anglais et en français, les besoins non satisfaits en raison de difficultés liées à la langue ou à l'absence de renseignements sur le système de distribution de soins peuvent également être sous-estimés.

### Accessibilité

En 1998-1999, un peu moins de 1 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 18 ans et plus (environ 200 000 personnes) ont dit qu'un de leurs besoins de services de santé n'avait pas été satisfait au cours de l'année précédente en raison de problèmes d'accessibilité, c'est-à-dire des problèmes liés au coût ou au transport (tableau 3).

On observe sans surprise que la prévalence de tels besoins non satisfaits est liée au revenu du ménage. Plus de 3 % de personnes vivant dans un ménage à faible revenu ont signalé des besoins non satisfaits de services de santé dus à des préoccupations de coût ou de transport, comparativement à moins d'un demi de un pour cent chez les personnes vivant dans un ménage à revenu moyen-supérieur ou élevé. Sans égard aux effets des autres facteurs sélectionnés, les cotes exprimant le risque de voir les personnes vivant dans un ménage à faible revenu signaler de tels besoins non satisfaits étaient près de 10 fois plus élevées



que celles obtenues par les personnes vivant dans un ménage à revenu moyen-supérieur ou élevé. Même les personnes vivant dans un ménage à revenu moyen-inférieur obtenaient une cote exprimant le risque de signaler des besoins non satisfaits associés à des problèmes d'accessibilité nettement plus élevée que celles des membres de ménage plus fortuné.

Ces données s'apparentent aux résultats d'une récente étude canadienne qui montrent que la

principale raison donnée par les personnes à faible revenu, principalement les travailleurs à faible salaire, pour ne pas recourir aux services d'un médecin était la croyance qu'ils ne seraient pas en mesure de payer les médicaments prescrits<sup>29</sup>. La même étude a également montré que le transport était une des principales raisons données par les bénéficiaires de l'aide sociale pour expliquer pourquoi ils ne consultent pas un médecin<sup>29</sup>.

Tableau 3

**Prévalence des besoins non satisfaits de services de santé associés à des problèmes d'accessibilité et rapports corrigés de cotes pour ceux-ci, selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999**

	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes		Intervalle de confiance de 95 %		Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes		Intervalle de confiance à 95 %
			de cotes	de cotes					de cotes	de cotes	
	milliers	%					milliers	%			
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>0,9</b>	...	...							
<b>Sexe</b>											
Hommes†	81	0,7	1,00	...							
Femmes	111	1,0	0,79	0,48 - 1,28							
<b>Groupe d'âge</b>											
18 à 34 ans	64	0,9	4,01*	1,59 - 10,08							
35 à 44 ans	70	1,3*	4,53*	1,81 - 11,34							
45 à 64 ans	40	0,6	1,77	0,77 - 4,06							
65 ans et plus†	18	0,5	1,00	...							
<b>État matrimonial</b>											
Marié(e)/union de fait†	79	0,6	1,00	...							
Jamais marié(e)	47	0,9	0,89	0,51 - 1,58							
Veuf ou veuve/ divorcé(e)/séparé(e)	66	2,0*	1,74	0,96 - 3,14							
<b>Revenu du ménage</b>											
Inférieur	87	3,1*	9,71*	4,32 - 21,79							
Moyen	55	1,0*	3,88*	1,84 - 8,16							
Moyen-supérieur/supérieur†	34	0,3	1,00	...							
Données manquantes	--	--	5,43*	1,70 - 17,40							
<b>Niveau de scolarité</b>											
Pas de diplôme d'études secondaires†	37	0,7	1,00	...							
Diplôme d'études secondaires ou plus élevé	155	0,9	1,36	0,77 - 2,40							
<b>Statut d'emploi</b>											
Travail présentement	99	0,7*	1,09	0,61 - 1,97							
Autre†	93	1,1	1,00	...							
<b>Lieu de résidence</b>											
Milieu urbain	170	0,9*	1,79	0,99 - 3,23							
Milieu rural†	22	0,5	1,00	...							
<b>Statut d'Autochtone</b>											
Oui	--	--	2,41	0,73 - 7,91							
Non†	175	0,8	1,00	...							
<b>Statut d'immigrant</b>											
Immigrant	29	0,6	0,70	0,35 - 1,43							
Né(e) au Canada†	163	0,9	1,00	...							
<b>État de santé autodéclaré</b>											
Mauvais/passable	65	2,9*	1,68	0,87 - 3,26							
Bon/très bon/excellent†	127	0,6	1,00	...							
<b>Maladies chroniques</b>											
Oui	168	1,2*	2,87*	1,37 - 6,01							
Non†	25	0,3	1,00	...							
<b>Douleur chronique</b>											
Oui	81	2,4*	2,00*	1,17 - 3,43							
Non†	111	0,6	1,00	...							
<b>Détresse</b>											
Oui	74	2,9*	2,17*	1,23 - 3,82							
Non†	118	0,6	1,00	...							
<b>Consultations d'un omnipraticien au cours de l'année précédente</b>											
Oui	164	0,9	1,00	0,48 - 2,08							
Non†	28	0,6	1,00	...							
<b>Consultations d'un spécialiste au cours de l'année précédente</b>											
Oui	85	1,4*	1,30	0,76 - 2,21							
Non†	108	0,7	1,00	...							
<b>Attitude face à l'autorité des médecins</b>											
Élevée	36	0,8*	0,44	0,18 - 1,07							
Intermédiaire	107	0,7*	0,37*	0,21 - 0,67							
Faible†	49	2,0	1,00	...							
<b>Attitude face à l'autotraitement</b>											
Élevée	80	1,4	1,77	0,97 - 3,23							
Intermédiaire	59	0,6	0,78	0,42 - 1,45							
Faible†	53	0,8	1,00	...							

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

**Nota:** Les personnes pour lesquelles une valeur manquait à l'égard du sentiment de détresse ont été incluses dans la catégorie « non ». Les personnes pour lesquelles des valeurs manquaient aux questions portant sur l'autorité des médecins ont été incluses dans le groupe qui était ni d'accord ni en désaccord.

† Groupe de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

\* Écart significatif par rapport au groupe de référence ( $p \leq 0,05$ ).

Lorsque l'on tient compte des autres facteurs sélectionnés, les cotes exprimant le risque de signaler des besoins non satisfaits de services de santé découlant de préoccupations à l'égard du coût ou du transport étaient élevées chez les personnes qui se déclarent atteintes de maladies chroniques ou souffrant de douleurs chroniques ou de détresse. En outre, les adultes âgés de moins de 45 ans ont obtenu une cote exprimant le risque de signaler un besoin non satisfait associé à un problème d'accessibilité au moins quatre fois plus élevée comparativement aux personnes âgées.

### Acceptabilité

La majorité des personnes ayant eu des besoins non satisfaits de services de santé les attribuaient à des circonstances et des attitudes personnelles, telles que le fait d'être trop occupé(e), de décider de ne pas se faire soigner, de croire que les traitements seraient inadéquats, de ne pas savoir où aller ou d'avoir une aversion pour les médecins ou de les craindre. En 1998-1999, environ 4 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 18 ans et plus ont déclaré avoir eu, au cours de l'année précédente, un besoin non satisfait de services de santé attribuable à de tels problèmes d'acceptabilité (tableau 4).

Les besoins non satisfaits de services de santé dus à des problèmes d'acceptabilité étaient plus fréquents chez les jeunes que chez les personnes âgées. Même lorsque les autres facteurs étaient pris en considération, les membres du groupe des 18 à 34 ans obtenaient toujours des cotes exprimant le risque de signaler des besoins non satisfaits de services de santé associés à un problème d'acceptabilité nettement plus élevées que celles associées aux personnes âgées de 65 ans et plus. Les cotes plus élevées obtenues par les jeunes peuvent s'expliquer par leurs horaires plus chargés, ainsi que par leurs attitudes à l'égard des services de santé et leurs connaissances sur ce sujet.

Les attitudes à l'égard des services de santé jouaient, en effet, un rôle important. Plus les personnes interrogées avaient confiance en l'autorité des médecins, plus la prévalence des besoins non satisfaits de services de santé associés à des problèmes d'acceptabilité était faible. Même lorsque

les autres facteurs étaient pris en considération, le grand respect de l'autorité d'un médecin était un facteur qui entraîne la diminution des cotes exprimant le risque d'avoir des besoins non satisfaits de services de santé associés à des problèmes d'acceptabilité. À l'inverse, une tendance à privilégier l'autotraitement entraînait une hausse des cotes exprimant le risque de signaler des besoins non satisfaits découlant de ces raisons.

De nombreux facteurs associés aux besoins non satisfaits en raison de problèmes de disponibilité de services l'étaient également aux besoins non satisfaits découlant des problèmes d'acceptabilité : état de santé autodéclaré, maladies chroniques, douleur chronique et détresse. Près de 9 % des personnes dont la santé est mauvaise ou passable avaient eu un besoin non satisfait en raison de problèmes d'acceptabilité, comparativement à 3 % chez les personnes jouissant d'une santé bonne à excellente. Lorsque les autres facteurs potentiellement influents étaient pris en considération, les cotes exprimant le risque de signaler des besoins non satisfaits associés à des problèmes d'acceptabilité étaient nettement élevées chez les personnes dont la santé est mauvaise ou passable. En outre, les personnes aux prises avec une maladie chronique, un sentiment de détresse ou qui souffrent de douleurs chroniques ont une cote plus élevée exprimant le risque de signaler des besoins non satisfaits dus à des problèmes d'acceptabilité, comparativement aux personnes exemptes de tels problèmes de santé.

Des pourcentages relativement importants de personnes qui avaient consulté un omnipraticien ou un spécialiste au cours de l'année précédente ont signalé des besoins non satisfaits de services de santé associés à des problèmes d'acceptabilité. Lorsque les effets des autres facteurs étaient pris en considération, l'association avec les consultations d'un spécialiste était toujours significative, mais la relation avec les consultations d'un omnipraticien ne l'était pas.

La prévalence des besoins non satisfaits associés à des problèmes d'acceptabilité était plus élevée chez les Autochtones (hors réserve) que chez les populations non autochtones : 8 % comparativement à 3 %. Cette association persistait

toujours lorsque les effets de facteurs tels que le revenu du ménage et l'état de santé, étaient pris en considération.

La prévalence des besoins non satisfaits associés à des problèmes d'acceptabilité était plus élevée chez les personnes vivant dans un ménage à faible revenu

que chez les personnes vivant dans un ménage à revenu moyen-supérieur ou supérieur. Toutefois, après avoir tenu compte des autres facteurs, la différence de revenu n'était pas significative au plan statistique. De même, les relations entre le niveau de scolarité, le lieu de résidence (milieu rural ou

Tableau 4

**Prévalence des besoins non satisfaits de services de santé associés à des problèmes d'acceptabilité et rapports corrigés de cotes pour ceux-ci, selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999**

	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes		Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
			de cotes	de confiance de 95 %		
	milliers	%				
<b>Total</b>	<b>794</b>	<b>3,5</b>	...	...		
<b>Sexe</b>						
Hommes†	324	2,9	1,00	...		
Femmes	470	4,1*	1,03	0,80 - 1,33		
<b>Groupe d'âge</b>						
18 à 34 ans	358	5,1*	3,26*	1,93 - 5,50		
35 à 44 ans	178	3,3	1,51	0,90 - 2,52		
45 à 64 ans	177	2,7	1,09	0,70 - 1,71		
65 ans et plus†	82	2,4	1,00	...		
<b>État matrimonial</b>						
Marié(e)/union de fait†	391	2,8	1,00	...		
Jamais marié(e)	208	4,1*	0,96	0,67 - 1,37		
Veuf ou veuve/ divorcé(e)/séparé(e)	195	5,9*	2,01*	1,48 - 2,71		
<b>Revenu du ménage</b>						
Inférieur	149	5,2*	1,11	0,77 - 1,58		
Moyen	171	3,1	0,86	0,64 - 1,16		
Moyen-supérieur/supérieur†	426	3,4	1,00	...		
Données manquantes	48	3,1	0,99	0,54 - 1,81		
<b>Niveau de scolarité</b>						
Pas de diplôme d'études secondaires†	138	2,7	1,00	...		
Diplôme d'études secondaires ou plus élevé	654	3,8*	1,21	0,84 - 1,75		
<b>Statut d'emploi</b>						
Travaille présentement	526	3,7	1,47*	1,07 - 2,02		
Autre†	267	3,2	1,00	...		
<b>Lieu de résidence</b>						
Milieu urbain	684	3,7*	1,25	0,92 - 1,70		
Milieu rural†	109	2,6	1,00	...		
<b>Statut d'Autochtone</b>						
Oui	41	8,3*	1,76*	1,00 - 3,11		
Non†	753	3,4	1,00	...		

	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes		Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
			de cotes	de confiance de 95 %		
	milliers	%				
<b>Statut d'immigrant</b>						
Immigrant	122	2,5*	0,78	0,53 - 1,13		
Né(e) au Canada†	672	3,8	1,00	...		
<b>État de santé autodéclaré</b>						
Mauvais/passable	196	8,7*	1,93*	1,34 - 2,77		
Bon/très bon/excellent†	598	3,0	1,00	...		
<b>Maladies chroniques</b>						
Oui	623	4,5*	1,76*	1,29 - 2,39		
Non†	171	2,0	1,00	...		
<b>Douleur chronique</b>						
Oui	262	7,8*	1,99*	1,45 - 2,75		
Non†	532	2,8	1,00	...		
<b>Détresse</b>						
Oui	254	9,9*	2,44*	1,84 - 3,24		
Non†	540	2,7	1,00	...		
<b>Consultations d'un omnipraticien au cours de l'année précédente</b>						
Oui	678	3,8*	1,09	0,78 - 1,53		
Non†	116	2,4	1,00	...		
<b>Consultations d'un spécialiste au cours de l'année précédente</b>						
Oui	359	6,0*	1,70*	1,30 - 2,24		
Non†	435	2,6	1,00	...		
<b>Attitude face à l'autorité des médecins</b>						
Élevée	113	2,5*	0,60*	0,39 - 0,93		
Intermédiaire	537	3,4*	0,72*	0,52 - 1,00		
Faible†	144	5,9	1,00	...		
<b>Attitude face à l'autotraitement</b>						
Élevée	271	4,7*	1,72*	1,26 - 2,36		
Intermédiaire	326	3,3	1,19	0,88 - 1,61		
Faible†	197	2,8	1,00	...		

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

**Nota :** Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne supérieure ou inférieure est égale à 1,00 sont significatifs. Les personnes pour lesquelles une valeur manquait à l'égard du sentiment de détresse ont été incluses dans la catégorie « non ». Les personnes pour lesquelles des valeurs manquaient aux questions portant sur l'autorité des médecins ont été incluses dans le groupe qui était ni d'accord ni en désaccord.

† Groupe de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

\* Écart significatif par rapport au groupe de référence ( $p \leq 0,05$ ).

urbain) ou le statut d'immigrant et les besoins non satisfaits associés à des problèmes d'acceptabilité n'étaient plus significatives au plan statistique après la prise en compte des autres variables.

### **Différence entre les sexes**

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de signaler des besoins non satisfaits de services de santé dus à des problèmes de disponibilité de services et d'acceptabilité, mais non à des problèmes d'accessibilité (coût et transport).

L'écart entre les sexes à l'égard des besoins non satisfaits associés à des problèmes de disponibilité de services s'est maintenu après le contrôle des caractéristiques démographiques et socioéconomiques (données non présentées). Toutefois, lorsque l'état de santé était pris en considération, l'écart observé n'était plus significatif au plan statistique (données non présentées). L'état de santé semble être le facteur clé de la relation entre le sexe et les besoins non satisfaits de services de santé dus à des problèmes de disponibilité, puisqu'en général, la santé des femmes est moins bonne que celle des hommes.

La différence entre les sexes quant aux besoins non satisfaits de services de santé associés à des problèmes d'acceptabilité demeurait significative après le contrôle de certains facteurs démographiques et socioéconomiques (données non présentées). Toutefois, lorsque les attitudes à l'égard de l'autorité des médecins et de l'autotraitement étaient prises en considération, il n'y avait plus de différence. De telles attitudes sont peut-être l'élément qui explique l'association entre le sexe et les besoins non satisfaits de services de santé liés à des problèmes d'acceptabilité.

### **Mot de la fin**

En 1998-1999, près de 7 % des Canadiens et Canadiennes d'âge adulte ont signalé avoir eu un besoin non satisfait de services de santé au cours de l'année précédente. Dans environ la moitié des cas, les besoins non satisfaits découlaient de problèmes d'acceptabilité, tels que des demandes concurrentes à l'horaire des personnes, ainsi que les attitudes à l'égard des maladies et les connaissances sur ce sujet.

Les besoins non satisfaits associés à des problèmes de disponibilité de services, tels que des temps d'attente trop longs, ont été mentionnés par environ un tiers des personnes qui ont signalé un cas. Les problèmes d'accessibilité (le coût dans la majorité des cas) ont été cités par 13 % des personnes ayant eu des besoins non satisfaits.

Les facteurs associés à ces trois types de besoins non satisfaits avaient tendance à être différents. Seulement deux facteurs – les maladies chroniques et la détresse – étaient liés de façon significative aux trois types de besoins non satisfaits. D'autres mesures de l'état de santé et les consultations de médecins étaient associées à des besoins non satisfaits attribuables à des problèmes de disponibilité de services et d'acceptabilité. Cette observation n'est pas surprenante, puisque les personnes en bonne santé ont moins l'occasion d'éprouver des difficultés à obtenir des services. Elle s'explique également par le fait qu'une plus grande utilisation des services de santé peut sensibiliser les gens aux lacunes qui touchent la prestation de ces services.

La cote exprimant le risque de signaler des besoins non satisfaits attribuables à des problèmes de disponibilité de services ou d'acceptabilité était relativement faible chez les personnes qui faisaient confiance aux médecins. Il n'est pas clair si cette situation s'explique par le moins grand scepticisme de ces personnes à l'égard des services de santé<sup>30</sup> ou par les expériences positives relativement à des services de santé reçus dans le passé<sup>31</sup>.

La tendance à se fier à l'autotraitement était associée uniquement aux besoins non satisfaits en raison de problèmes d'acceptabilité. Cette situation était prévisible puisque la catégorie des problèmes d'acceptabilité comprend des raisons telles que le sentiment que le traitement serait inadéquat et l'aversion ou la peur des médecins.

Les besoins non satisfaits de services de santé attribuables à la façon dont sont perçus les problèmes de disponibilité de services n'étaient pas associés au revenu du ménage, au niveau de scolarité, au lieu de résidence (milieu rural ou urbain), au pays de naissance ou au statut d'Autochtone. Il semble donc que les compressions qui ont touché les

services de santé n'imposent pas un fardeau disproportionné aux groupes moins favorisés sur le plan socioéconomique.

La présente analyse n'a pas mis en évidence de relation entre les inégalités de revenu et les besoins non satisfaits attribuables à des problèmes perçus de disponibilité de services de santé. Elle a toutefois montré l'existence d'un lien significatif entre le revenu et les besoins non satisfaits en raison de problèmes d'accessibilité. ●

## Références

1. Chambre des communes du Canada, *Loi canadienne sur la santé*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1984.
2. C. Sanmartin, S.E.D. Shortt, M.L. Barer *et al.*, « Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162(9), 2000, p.1305-1310.
3. C. Gray, « Hospital crisis? What crisis? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162(7), 2000, p. 1043.
4. S. Lewis, M.L. Barer et C. Sanmartin, « Ending waiting-list mismanagement: principles and practice », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162(9), 2000, p. 1297-1300.
5. C. DeCoster, K.C. Carriere, S. Peterson *et al.*, « Waiting times for surgical procedures », *Medical Care*, 37(6), 1999, p. J187-205.
6. J. J. Eyles, S. Birch et K.B. Newbold, « Delivering the goods? Access to family physician services in Canada: a comparison of 1985 and 1991 », *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995, p. 322-332.
7. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les soins de santé au Canada 2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001.
8. M.M. Finkelstein, « Do factors other than need determine utilization of physicians' services in Ontario? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(5), 2001, p. 565-570.
9. S. Dunlop, P.C. Coyte et W. McIsaac, « Socioeconomic status and the utilization of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, 51, 2000, p. 123-133.
10. D.A. Alter, C.D. Naylor, P. Austin *et al.*, « Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction », *The New England Journal of Medicine*, 341(18), 1999, 1359-1367.
11. J.F. Gentleman et J. Lee, « Qui ne se fait pas mammographier? », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p.19-29 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. N.P. Ross, C.A. Mustard, « Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no », *The Milbank Quarterly*, 75(1), 1997, p. 89-111.
13. W. McIsaac, V. Goel et D. Naylor, « Socioeconomic status and visits to physicians by adults in Ontario, Canada », *Journal of Health Services Research and Policy*, 2(2), 1997, p. 94-102.
14. Statistique Canada, « Les services de santé – tendances récentes », *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 103-123 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. P. Coyte, J.G. Wright, G.A. Hawker *et al.*, « Waiting times for knee-replacement surgery in the United States and Ontario », *The New England Journal of Medicine*, 331(16), 1994, p. 1068-1071.
16. P.W. Newacheck, D.C. Hughes, Y.Y. Hung *et al.*, « Health needs and consumer services: the unmet health needs of America's children », *Pediatrics*, 105(4), 2000, p. 989-997.
17. P. Liberatos, J. Elinson, T. Schaffzin *et al.*, « Developing a measure of unmet health care needs for a pediatric population », *Medical Care*, 38(1), 2000, p. 19-34.
18. R. Anderson, « Health status indices and access to medical care », *American Journal of Public Health*, 68(5), 1978, p. 458-463.
19. L.A. Aday et R. Andersen, « A framework for the study of access to medical care », *Health Services Research*, 9, 1974, p. 208-220.
20. J.W. Thomas, R. Penchansky, « Relating satisfaction with access to utilization of services », *Medical Care*, 22(6), 1984, p. 553-568.
21. R. Penchansky et J.W. Thomas, « The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction », *Medical Care*, 19(2), 1981, p. 127-140.
22. 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.
23. G. Roberts et M. Kavacevic, « Comparison of cross-sectional estimates from two waves of longitudinal survey », *JSC Annual Meeting: Proceedings of the Survey Methods Section*, June 1999.
24. R.M. Anderson, « Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995, p. 1-10.
25. Statistique Canada, Annexe F: Variables dérivées, Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion 1994-1995* (n° 82F0001XCB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995, p. 17-20.
26. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, Rapport de 2000, Sommaire*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2001.
27. W. Carr et S. Wolfe, « Unmet needs as socioeconomic indicators », *International Journal of Health Services*, 6(3), 1976, p. 417-430.
28. W. Carr, N. Szapiro, T. Heisler *et al.*, « Sentinel health events as indicators of unmet needs », *Social Science and Medicine*, 29(6), 1989, p. 705-714.
29. D.L. Williamson et J.E. Fast, « Poverty and medical treatment: when public policy compromises accessibility », *Canadian Journal of Public Health*, 89(2), 1998, p. 120-124.

30. K. Fiscella, P. Franks et C.M. Clancy, « Skepticism towards medical care and health care utilization », *Medical Care*, 36(2), 1998, p. 180-189.

31. 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*, 23, 1982, p. 119-131.

## Annexe

Tableau A

Distribution de certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Population estimée				Population estimée		
	Taille de l'échantillon	milliers	%		Taille de l'échantillon	milliers	%
<b>Total</b>	<b>14 143</b>	<b>22 548</b>	<b>100</b>				
<b>Sexe</b>				<b>Statut d'immigrant</b>			
Hommes	6 444	11 024	48,9	Immigrant	2 278	4 877	21,6
Femmes	7 699	11 524	51,1	Né(e) au Canada	11 855	17 647	78,3
				Données manquantes	10	23	0,1
<b>Groupe d'âge</b>				<b>État de santé autodéclaré</b>			
18 à 34 ans	4 081	6 969	30,9	Mauvais/passable	1 613	2 255	10,0
35 à 44 ans	3 117	5 422	24,0	Bon/très bon/excellent	12 530	20 293	90,0
45 à 64 ans	4 096	6 673	29,6	<b>Maladies chroniques</b>			
65 ans et plus	2 849	3 484	15,5	Oui	9 045	13 899	61,6
				Non	5 098	8 649	38,4
<b>État matrimonial</b>				<b>Douleur chronique</b>			
Marié(e)/union de fait	8 208	14 130	62,7	Oui	2 249	3 350	14,9
Jamais marié(e)	3 080	5 098	22,6	Non	11 888	19 189	85,1
Veuf ou veuve/divorcé(e)/séparé(e)	2 855	3 320	14,7	Données manquantes	6	9	0,0
<b>Revenu du ménage</b>				<b>Détresse</b>			
Inférieur	2 289	2 848	12,6	Oui	1 586	2 572	11,4
Moyen	3 777	5 564	24,7	Non	12 557	19 976	88,6
Moyen-supérieur/supérieur	7 201	12 587	55,8	<b>Consultations d'un omnipraticien au cours de l'année précédente</b>			
Données manquantes	876	1 549	6,9	Oui	11 396	17 805	79,0
				Non	2 747	4 743	21,0
<b>Niveau de scolarité</b>				<b>Consultations d'un spécialiste au cours de l'année précédente</b>			
Pas de diplôme d'études secondaires	3 612	5 094	22,6	Oui	3 690	5 950	26,4
Diplôme d'études secondaires ou plus élevé	10 520	17 434	77,3	Non	10 453	16 598	73,6
Données manquantes	11	19	0,1	<b>Attitude face à l'autorité des médecins</b>			
<b>Statut d'emploi</b>				Élevée	2 772	4 478	19,9
Travaille présentement	8 354	14 296	63,4	Intermédiaire	9 831	15 642	69,4
Autre	5 789	8 251	36,6	Faible	1 540	2 428	10,8
<b>Lieu de résidence</b>				<b>Attitude face à l'autotraitement</b>			
Milieu urbain	10 880	18 396	81,6	Élevée	3 770	5 817	25,8
Milieu rural	3 263	4 152	18,4	Intermédiaire	5 925	9 789	43,4
				Faible	4 448	6 942	30,8
<b>Statut d'Autochtone</b>							
Oui	382	498	2,2				
Non	13 761	22 050	97,8				

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.