BESOINS ET DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIER CONTACT, CANADA, QUÉBEC, MONTRÉAL

ANALYSE DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE SUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ, 2003

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL /
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec

BESOINS ET DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIER CONTACT, CANADA, QUÉBEC, MONTRÉAL

ANALYSE DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE SUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ, 2003

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ

SECTEUR SERVICES PRÉVENTIFS EN MILIEU CLINIQUE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE
L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL
ET
DIRECTION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec

• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
• Institut national de santé publique

AUTEURS

Costas Kapetanakis, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Diane Ouellet, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Raynald Pineault, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

LES PERSONNES SUIVANTES ONT ÉTÉ CONSULTÉES À L'UNE OU L'AUTRE DES ÉTAPES DE L'ÉLABORATION DE CE DOCUMENT. NOUS LES EN REMERCIONS.

Ginette Beaulne, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec
Pierre Tousignant, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec
Audrey Couture, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

LES AUTEURS TIENNENT À REMERCIER :

Statistique Canada et l'équipe de la direction du CIQSS qui ont approuvé cette étude.
Frank Larouche et Isabelle Pronovost, analystes du CIQSS.
Mario Bédard, Yves Béland, Jean-Marie Berthelot, François Gendron, Marc Hamel et Patrice Mathieu de Statistique Canada.

ÉDITION ET MISE EN PAGE

Mireille Paradis, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Ce document est imprimé sur du papier entièrement recyclé contenant 30 % de fibres postconsommation et produit sans chlore élémentaire.

Ce document est disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.htm) et de l'Institut national de santé publique du Québec (www.inspq.qc.ca/publications/)

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2e TRIMESTRE 2008
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-52700-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-52701-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)

AVANT-PROPOS

Ce rapport sur les besoins et difficultés d'accès aux services de santé de premier contact s'inscrit dans le cadre du mandat de l'Équipe Santé des populations et services de santé qui est une équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec. Cette équipe est dédiée au suivi et à l'évaluation des effets des transformations des services de santé de première ligne sur la santé de la population montréalaise.

RÉSUMÉ

Objectifs

Ce rapport explore les besoins de recours aux services de premier contact et les difficultés rencontrées à y avoir accès autant pour l'ensemble du Canada que pour le Québec et la région de Montréal. On y analyse, entre autres, leur prévalence ainsi que les facteurs importants qui leur sont associés, notamment l'accès à un médecin de famille. Les services de premier contact sont répartis en trois catégories distinctes : les renseignements et les conseils en matière de santé, les soins de routine ou de suivi et les soins immédiats pour un problème de santé mineur.

Sources de données

Les principales caractéristiques à l'étude (besoins en services de santé, difficultés d'accès aux services de santé et accès à un médecin de famille) tirent leur origine de l'Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS), menée sur un sous-échantillon de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en 2003. Toutes les autres caractéristiques retenues (âge, sexe, scolarité, revenu du ménage, état de santé perçu, nombre de problèmes de santé chroniques et lieu de résidence) proviennent de l'Enquête principale (ESCC).

Techniques d'analyse

On a eu recours à des répartitions pondérées de fréquence et des tableaux croisés pour évaluer l'ampleur des phénomènes à l'étude (besoins d'accès ou difficultés d'accès) et à des régressions logistiques pour déterminer leurs facteurs associés.

Principaux résultats

a) Prévalence des besoins de services de premier contact

Environ les trois quarts (75 %) de la population canadienne ont eu besoin de services de premier contact. Figurent au premier plan les besoins en soins de routine ou de suivi (57 %) et suivent les besoins en renseignements ou en conseils (43 %) et ceux relatifs à des soins immédiats (35 %)[1].

Le Québec présente des prévalences plus élevées que la moyenne canadienne quant aux besoins en soins de routine ou de suivi (63 %), mais semblables pour ce qui est des besoins en renseignements (41 %) ou en soins immédiats (34 %).

La région de Montréal affiche des prévalences similaires à celles de l'ensemble du Québec (62 % pour ceux en soins de routine, 41 % pour les besoins en renseignements et 31 % pour ceux en soins immédiats).

[1] Les trois catégories de besoins d'accès aux services de premier contact ne sont pas mutuellement exclusives.

b) Prévalence des difficultés à obtenir des services de premier contact

Globalement, le quart (24 %) de la population canadienne ayant eu besoin de services de premier contact a éprouvé des difficultés à les obtenir. Ce sont les difficultés d'accès relatives aux soins immédiats qui viennent au premier rang (24 %); suivent, en des proportions semblables, celles pour les services de routine ou de suivi (16 %) ou en renseignements et conseils (16 %).

Au Québec, ce sont aussi les difficultés d'accès propres aux soins immédiats qui occupent la première place (26 %); les difficultés d'accès aux services de routine ou de suivi se démarquent un peu plus de celles touchant les services de renseignements ou de conseils (19 % et 15 % respectivement).

Les données pour la région de Montréal semblent correspondre à celles du Québec (soins immédiats : 25 %, soins de routine : 21 %, renseignements ou conseils : 17 %).

Les difficultés rencontrées sont majoritairement d'ordre organisationnel, notamment pour des motifs d'accessibilité et sont plus importantes pour les soins de routine et les soins immédiats (94 % et 91 % de l'ensemble des difficultés respectivement).

c) Facteurs associées aux besoins ou aux difficultés d'accès aux services de premier contact

Le médecin de famille

Les personnes ayant un médecin de famille sont plus susceptibles d'avoir eu besoins de services de premier contact, surtout pour les soins de routine et de suivi, que celles n'en ayant aucun. Pour ce même type de besoins, cela est plus marqué au Québec qu'au Canada en son entier (rapport de cotes 3,6 et 2,5 respectivement).

En revanche, sur le plan des difficultés éprouvées, le rôle « protecteur » d'un médecin de famille ne se révèle important que pour les soins de routine ou de suivi. Ainsi, les personnes ayant un médecin de famille sont deux fois moins enclines que les autres à éprouver des difficultés pour leurs besoins en services de routine et de suivi que les autres.

Âge

Les personnes âgées de moins de 65 ans sont plus susceptibles d'avoir eu besoin de services de renseignements ou de conseils et de services pour des soins immédiats que leurs vis-à-vis de 65 ans ou plus (rapports de cotes variant de 1,5 à 4,2 selon le groupe d'âge et le type de soins), mais c'est l'inverse qui se produit pour les soins de routine ou de suivi (rapports de cotes de 0,5 et de 0,8 pour les 15-24 ans et les 25-44 ans respectivement). Pour la population québécoise, les résultats vont dans le même sens

(rapports de cotes variant de 1,6 à 4,6 pour les besoins en renseignements ou en soins immédiats et, de 0,4 à 0,6 pour les besoins en soins de routine et de suivi).

En ce qui a trait aux difficultés d'accès, les moins de 65 ans en éprouvent davantage que les 65 ans et plus à obtenir tout type de services, mais de façon plus marquée, à obtenir des services de routine ou de suivi (rapports de cotes variant de 1,5 à 3,2); les données pour le Québec suivent le même modèle, elles ne sont cependant significatives que pour les soins de routine et les soins immédiats (rapports de cotes allant de 2,4 à 3,0).

Sexe

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir eu besoin de services de premier contact (pour tous les types de services) (rapports de cotes variant de 1,2 à 1,5), mais en même temps, elles sont plus enclines à avoir connu des obstacles pour les obtenir, particulièrement pour les soins de routine et de suivi (rapport de cotes de 1,3). Pour le Québec, les associations sont plus fortes autant pour les besoins que pour les difficultés (rapports de cotes de 1,3 à 1,7 pour les besoins et de 1,5 et 1,6 pour les difficultés en soins de routine ou immédiats respectivement).

État de santé

Les personnes atteintes de plusieurs problèmes de santé chroniques (surtout de trois ou plus) sont plus susceptibles d'avoir eu besoin de tout type de services de premier contact (rapports de cotes s'échelonnant de 1,2 à 2,3 pour le Canada; les rapports de cotes pour le Québec ne sont significatifs que pour les besoins en services de renseignements ou en soins de routine : 1,5 et 1,8).

Les mêmes personnes, soit celles atteintes d'au moins trois problèmes de santé chroniques, ne sont pas exemptes de difficultés quand il s'agit d'obtenir ces mêmes services (pour la population canadienne, rapport de cotes de 1,6, peu importe le type de service; pour le Québec, le rapport de cotes, égal à 2,0, n'est significatif que pour les soins immédiats).

Quant au second indicateur de l'état de santé retenu dans notre étude, soit l'état de santé auto-rapporté, il est associé uniquement aux besoins en services de renseignements ou conseils ainsi qu'à ceux pour les services de routine ou de suivi (rapports de cotes de 1,2 et 1,4 respectivement pour la population canadienne et de 1,5 et 1,6 pour la population québécoise). Par contre, il n'est relié qu'aux difficultés d'obtention de services de renseignements ou de conseils (rapport de cotes 1,3 pour le Canada). Au Québec, le seul résultat significatif avantage les personnes ayant un état de santé passable ou mauvais et touche les difficultés à obtenir des services de routine (rapport de cotes égal à 0,6).

Les résultats pour le Québec vont dans le même sens que pour l'ensemble du pays.

Niveau de scolarité

Plus on est scolarisé, plus les besoins en services de premier contact sont élevés (rapports de cotes allant de 1,2 à 1,7 tant pour le Canada que pour le Québec). Au chapitre des difficultés, les différences observées portent sur les services de routine et de suivi et sur ceux touchant les problèmes de santé mineurs (rapport de cotes égal à 1,4 pour le Canada, à l'avantage des détenteurs de diplômes post-secondaires; un seul résultat important pour le Québec et allant dans la même direction : les difficultés relatives aux soins de routine, rapport de cotes égal à 1,7).

Revenu du ménage

Les personnes défavorisées (revenu faible) sont moins enclines à avoir besoin de services de renseignements ou de soins de routine que leurs contreparties (rapports de cotes de 0,8 et 0,7 pour le Canada et de 0,6 pour le Québec à l'endroit de services de routine seulement). Le revenu du ménage n'est par contre pas relié aux difficultés à obtenir des services de premier contact (ni au Canada ni au Québec).

Zone de résidence

Les personnes vivant en zones urbaines sont moins susceptibles d'avoir besoin de services de renseignements ou de conseils en matière de santé et de services de routine ou de suivi (rapport de cotes égal à 0,9 au Canada), mais non pour les services en soins immédiats; au Québec il n'y a pas de différence entre urbains et ruraux pour les services de renseignements et ceux de routine ou de suivi, mais il y en a une pour les services en soins immédiats : les urbains sont moins susceptibles que les autres d'avoir eu besoin de ces services (rapport de cotes : 0,8).

Au chapitre des difficultés, les personnes vivant en zones urbaines sont moins susceptibles d'avoir eu des difficultés à obtenir les services de routine ou de suivi seulement (rapport de cotes de 0,8). Au Québec, la zone de résidence ne semble pas être associée aux difficultés d'obtenir des services.

Remarques finales

Ce rapport offre un aperçu des besoins de services de premier contact et des difficultés éprouvées à les obtenir, tant pour le Canada que pour le Québec et la région de Montréal. En plus d'évaluer leur prévalence, le rapport met en relief l'importance de plusieurs facteurs associés, en particulier l'accès à un médecin de famille. De ce fait, les résultats présentés peuvent enrichir le système de surveillance provincial en santé publique, notamment les indicateurs en organisation de services de première ligne. Ils peuvent encore aider les décideurs et planificateurs compétents en la matière à mieux cibler leurs actions au profit des groupes les plus vulnérables.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction **1**
1 L'accès et l'équité d'accès aux services de santé primaires : cibles des réformes de la santé **3**
1.1 Les services de santé primaires au centre des réformes de la santé 3
1.2 L'accès et l'équité d'accès : définitions, mesures et facteurs associés 4
1.3 Les attentes de la population au sein de la réforme 7
2 Objectifs du projet **9**
3 Présentation de la source des données **11**
3.1 Origine de l'Enquête sur l'accès aux services de santé 11
3.2 Objectifs de l'enquête 11
3.3 Plan d'échantillonnage de l'Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003 12
3.4 Répartition de l'échantillon à l'échelle provinciale 14
3.5 Répartition de l'échantillon à l'échelle de quelques régions sociosanitaires 14
4 Aspects méthodologiques **15**
4.1 Présentation des variables 15
4.1.1 Principales caractéristiques 15
4.1.2 Facteurs associés aux caractéristiques principales 16
4.2 Techniques d'analyse 19
4.3 Portée et limites des données 20
5 Présentation des résultats **25**
5.1 Ampleur des besoins de recours aux services de premier contact 25
5.2 Besoins de services de premier contact selon quelques caractéristiques 27
5.3 Ampleur des difficultés d'accès aux services de premier contact 33
5.4 Difficultés d'accès aux services de premier contact selon quelques caractéristiques 35
5.5 Nature des principales difficultés d'accès rapportées 41
5.6 Nature des principales difficultés d'accès rapportées selon quelques caractéristiques 44
5.6.1 Problèmes d'accessibilité 44
5.6.2 Problèmes de réactivité 48
6 Interprétation des résultats **51**
6.1 Les besoins de services de premier contact et les difficultés d'accès 51
6.2 L'effet du médecin de famille 52
6.3 Les autres principaux facteurs associés aux besoins et difficultés d'accès 53
7 Conclusion et recommandations **55**
Références bibliographiques **59**
Annexe 1 - Formulation des questions utilisées dans notre projet de recherche **65**
Annexe 2 - Tableaux supplémentaires **73**

Liste des tableaux

Tableau 1 Taille de l'échantillon et taux de réponse pour les parties A et B de l'Enquête sur l'accès aux services de santé, Canada, 2003 13
Tableau 2 Répartition de l'échantillon de l'ESCC selon le cycle, la base de sondage ou le mode de collecte de données 21
Tableau 3 Proportion (en %) de la population canadienne ayant eu besoin de services de premier contact selon le type de services et le territoire, Canada, 2003 26
Tableau 4 Rapports de cotes corrigés (RC) pour les besoins de services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Canada, 2003 29
Tableau 5 Rapports de cotes corrigés (RC) pour les besoins de services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Québec, 2003 31
Tableau 6 Proportion de la population canadienne ayant rencontré des difficultés d'accès aux services de premier contact parmi celle ayant eu besoin de services de premier contact selon le territoire, Canada, 2003 34
Tableau 7 Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés à obtenir des services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Canada, 2003 37
Tableau 8 Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés à obtenir des services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Québec, 2003 39
Tableau 9 Proportion (en %) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés d'accessibilité aux services de premier contact parmi celle ayant eu besoin de services de premier contact selon le territoire, Canada, 2003 43
Tableau 10 Proportion (en %) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés de réactivité aux services de premier contact parmi celle ayant eu besoin de services de premier contact selon le territoire, Canada, 2003 44
Tableau 11 Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés d'accessibilité aux services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Canada, 2003 46
Tableau 12 Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés d'accessibilité aux services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Québec, 2003 47
Tableau 13 Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés de réactivité relatives aux services de premier contact (selon le type de services), Canada, 2003 49

Liste des tableaux en annexe

Tableau A2.1 Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus en ménages privés ayant un médecin de famille, selon le territoire, Canada, 2003 75
Tableau A2.2 Répartition (en %) de la population canadienne de 15 ans et plus en ménages privés selon quelques caractéristiques, Canada, 2003 76
Tableau A2.3 Nombre d'observations selon le thème abordé, le genre des services de premier contact et le territoire, Canada, 2003 77
Tableau A2.4 Effectifs (en milliers) de la population canadienne ayant eu besoin de services de premier contact, Canada, 2003 (données pondérées)..... 78
Tableau A2.5 Effectifs (en milliers) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés d'accès aux services de premier contact parmi celle ayant eu besoin de services de premier contact, Canada, 2003 (données pondérées) 79
Tableau A2.6 Effectifs (en milliers) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés d'accessibilité aux services de premier contact parmi celle ayant eu des difficultés d'obtenir des services de premier contact, Canada, 2003 (données pondérées)..... 80
Tableau A2.7 Effectifs (en milliers) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés de réactivité aux services de premier contact parmi celle ayant eu des difficultés d'obtenir des services de premier contact, Canada, 2003 (données pondérées)..... 81
Tableau A2.8 Rapports de cotes pour les besoins de services de premier contact (selon le type de services) – modèles de régression logistique univariée, Canada, 2003 82
Tableau A2.9 Rapports de cotes pour les difficultés à obtenir des services de premier contact (selon le type de services) – modèles de régression logistique univariée, Canada, 2003 83
Tableau A2.10 Rapports de cotes pour les difficultés d'accessibilité aux services de premier contact (selon le type de services) – modèles de régression logistique univariée, Canada, 2003 84
Tableau A2.11 Rapports de cotes pour les difficultés de réactivité relatives aux services de premier contact (selon le type de services) – modèles de régression logistique univariée, Canada, 2003 85
Tableau A2.12 Répartition (en %) de la population ayant eu besoin de services de soins de premier contact (EASS) et de la population générale (ESCC) selon quelques caractéristiques, Canada, 2003 86
Tableau A2.13 Répartition (en %) de la population ayant eu besoin de services de soins de premier contact (EASS) et de la population générale (ESCC) selon quelques caractéristiques, Québec, 2003 87
Tableau A2.14 Répartition (en %) de la population ayant eu besoin de services de soins de premier contact (EASS) et de la population générale (ESCC) selon quelques caractéristiques, région de Montréal, 2003 88

INTRODUCTION

L'avenir du système de santé canadien a fait l'objet de plusieurs consultations au cours de la dernière décennie. Les problèmes croissants d'accès aux soins de santé ainsi que l'accroissement des inégalités de santé entre les riches et les pauvres constituent deux préoccupations majeures des recommandations issues d'instances fédérales et provinciales en vue d'assurer la pérennité du système et d'améliorer sa capacité à répondre adéquatement aux besoins de soins de santé de la population canadienne (Forum national sur la santé,1997; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), 2000; Romanov, 2002; Kirby et LeBreton, 2002).

Cela se confirme dans l'Accord sur la santé de 2003 signé par les ministres de la santé partout au Canada, alors que le premier objectif vise à ce que*« tous les Canadiens et Canadiennes aient accès à des soins de santé au moment opportun, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer, peu importe où ils vivent ou s'établissent au Canada »* (Santé Canada, 2004).

La réforme de la santé axée sur les services de santé primaires, aussi appelés services de première ligne, constitue un des moyens privilégiés par le gouvernement fédéral et ses vis-à-vis provinciaux pour atteindre cet objectif. Les transformations liées aux services de santé primaire mises de l'avant au Québec et ailleurs au Canada visent à améliorer l'accès à une source de soins régulière, notamment à un médecin de famille.

L'Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS) a été mise sur pied dans la foulée du premier Accord sur la santé entériné, en 2000 par les ministres de la santé fédéral, provinciaux et territoriaux. Elle visait à mieux documenter deux éléments prioritaires liés au système de santé, soit l'accès aux services de santé de base à tout moment et le délai d'attente pour des services spécialisés.

Ce rapport n'exploite qu'une partie des données de l'EASS réalisée en 2003, soit celles relatives aux besoins auto-déclarés de services de santé primaires et aux obstacles rencontrés pour les obtenir. Il s'inscrit dans un ensemble de travaux de l'équipe SPSS (ESPSS), équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, visant à suivre les effets des transformations des services médicaux de première ligne sur l'accès et l'état de santé et de bien-être de la population, tant québécoise que montréalaise.

La première partie du rapport est consacrée à une recension des écrits sur l'accès et l'équité d'accès aux services de santé primaires, tandis que la deuxième partie décrit les objectifs visés par ce projet. Suit la présentation de la source des données, notamment ses origines, ses objectifs et son plan d'échantillonnage. Les aspects méthodologiques sont abordés tout de suite après; ils englobent la présentation des principales variables au cœur du projet, les techniques d'analyse privilégiées de même que la portée et les limites des données. Viennent ensuite la présentation des résultats, leur interprétation, la conclusion ainsi que les recommandations s'en dégageant.

1 L'ACCÈS ET L'ÉQUITÉ D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRES : CIBLES DES RÉFORMES DE LA SANTÉ

1.1 Les services de santé primaires au centre des réformes de la santé

L'importance des soins primaires comme pierre angulaire des réformes visant à améliorer la performance des systèmes de santé fait l'unanimité dans le monde (OMS, 2000; OCDE, 2000; CESSSS, 2000; Romanov, 2002; Kirby et LeBreton, 2002; Macinko et coll., 2003). La démonstration a été faite que plus les soins primaires sont développés dans un pays, meilleurs sont les résultats sur le plan de l'état de santé d'une population (Macinko et coll., 2003; Starfield et coll., 2005).

Bien que les soins primaires englobent plusieurs types de services (médicaux, sociaux, infirmiers, de santé mentale, de réadaptation, soins à domicile, etc.) (CESSSS, 2000), les réformes amorcées à travers le Canada se concentrent essentiellement autour de l'organisation des services médicaux (CESSSS, 2000; Romanov, 2002; Kirby et LeBreton, 2002).

Dans le discours canadien, les soins primaires sont définis comme *ceux qu'on prodigue en première ligne, au contact initial des bénéficiaires, et où on coordonne et mobilise les services pour promouvoir la santé, prévenir la maladie, traiter les affections courantes et répondre aux problèmes chroniques* (Forum national sur la santé, 1997). Starfield (1998) caractérise les soins primaires comme étant des soins accessibles et de premier contact, longitudinaux donc impliquant une relation praticien-patient à long terme, globaux, c'est-à-dire tenant compte de l'ensemble des besoins de l'individu et assurant la coordination de tous les soins reçus par un individu.

Les soins primaires incluent donc des services visant à la fois le maintien de la santé (services préventifs et de dépistage) et le rétablissement de la santé (services de diagnostic, de traitement et de suivi des problèmes de santé) (Rosenstock, 1966; Kasper, 2000).

Les mouvements de réforme des soins primaires entrepris aux quatre coins du monde mettent à l'avant-scène l'importance des modes d'organisation des services de soins primaires en tant qu'éléments essentiels de la qualité des soins, particulièrement en regard de leur accessibilité et continuité. Il appert que certains modèles atteignent de meilleurs résultats en matière d'accessibilité alors que d'autres performent mieux au chapitre de la continuité des soins (Gray et coll., 2003; Lamarche et coll., 2003). À la suite d'une synthèse réalisée sur ce thème, Lamarche et coll. (2003) soulignent qu'« *aucun modèle n'atteint à lui seul tous les effets escomptés des services de première ligne* ».

D'autre part, certains auteurs suggèrent que les caractéristiques de la pratique médicale ont une influence sur la demande des patients (Rogers, 1999). À titre d'exemple, il a été démontré que la clientèle de médecins qui pratiquent en solo était plus susceptible de fréquenter le cabinet en dehors des heures normales que celles de pratique de groupe

(Hopton et Dlugolecka, 1995 cité dans Rogers, 1999). En outre, la demande de services en promotion de la santé sera moindre pour les personnes suivies par des médecins pratiquant en solo, car ces derniers sont moins susceptibles d'offrir ce genre de services que les médecins pratiquant en groupe (Gillan, 1990 cité dans Rogers, 1999).

1.2 L'accès et l'équité d'accès : définitions, mesures et facteurs associés

L'accès et l'équité d'accès constituent deux préoccupations majeures des Canadiens en regard de l'avenir du système de santé (Forum national sur la santé, 1997; Romanov, 2002).

The Institute of Medicine des États-Unis (1993) donne la définition suivante de l'accès :

> *A shorthand term for a broad set of concerns that center on the degree to which individuals and groups are able to obtain needed services from the medical care system.*

Cette définition comporte deux composantes portant respectivement sur les besoins de services et la capacité de les obtenir.

La particularité des services de santé primaires voulant que ceux-ci doivent répondre tant aux besoins de nature préventive qu'à ceux de nature curative fait poindre un premier défi eu égard à la quantification de ces besoins. On note en effet une nette dominance des besoins normatifs, c'est-à-dire ceux définis unilatéralement par les professionnels de la santé, dans la littérature abordant cette question (Jalhay, 2003). Ainsi, il est usuel de parler de demande de soins plutôt que de besoins lorsqu'on fait référence aux besoins de soins de santé perçus par la population (Wong et coll., 2005). Toutefois, les besoins normatifs sont souvent estimés à partir de données sur la morbidité et s'avèrent donc peu utiles pour dresser le portrait des besoins en services préventifs. Plusieurs auteurs soulignent d'ailleurs la nature complexe et souvent controversée de la quantification des besoins de santé (Rogers et coll., 1999; Cases et Baubeau, 2004).

On retrouve dans la littérature plusieurs modèles touchant le recours aux services de santé. Chacun met l'emphase sur certains facteurs plus que sur d'autres sous-tendant une perception différente de la notion des besoins, de la demande ou de l'utilisation de services (Rogers et coll., 1999).

C'est toutefois le modèle développé par Aday et Andersen qui est le plus souvent utilisé dans les études portant sur l'accès aux services. Selon ce modèle, le concept d'accès se divise en deux composantes, soit l'accès potentiel, qui fait référence aux caractéristiques du système de santé et l'accès réalisé, qui englobe l'utilisation des services (Aday et Andersen, 1974; Aday et Andersen, 1981; OMS, 2000).

Kasper (1998) identifie trois types d'indicateurs d'accès, à savoir les indicateurs d'utilisation des services pour des besoins de soins, les indicateurs de structure et de processus et les

indicateurs reflétant la perspective du consommateur sur l'accès. La plupart des indicateurs dont nous disposons pour juger de l'accès aux services de santé, en général, et aux services de santé primaires, en particulier, proviennent de la première catégorie et se rapportent donc essentiellement à l'*accès réalisé.* Les besoins non satisfaits de soins de santé, indicateur dérivé des enquêtes de santé canadiennes (Chen et coll., 2002; Sanmartin et coll., 2002) constitue un exemple d'indicateur associé à l'*accès potentiel* mais, dans sa forme actuelle, il s'avère trop imprécis pour suivre la situation au niveau des soins primaires. Par ailleurs, l'absence d'utilisation de services de santé a souvent été interprétée comme l'absence de leur disponibilité; il s'agit d'une limite importante des études sur le sujet, car d'autres dimensions peuvent influencer la décision de recourir aux services de santé (Dixon-Woods et coll., 2006).

Plusieurs chercheurs ont étudié l'influence de différentes caractéristiques sociales, culturelles et démographiques sur la décision de recourir ou non aux services de santé dans la population. L'utilisation des services préventifs et de dépistage est plus accentuée chez les jeunes et les adultes d'âge moyen, chez les femmes et les personnes plus éduquées ou ayant un revenu plus élevé (Rosenstock, 1966). Les données actuelles sur les services préventifs font part de disparités constantes selon le niveau de revenu. Kasper (2000) parle même d'évidence de la différence par classe sociale de l'utilisation de services préventifs.

Les données portant sur l'utilisation des services liés au diagnostic et au traitement présentent un profil similaire, c'est-à-dire que plus de femmes les utilisent tout comme les groupes socioéconomiques plus favorisés qui, compte tenu de leur éducation et revenu, sont plus susceptibles de les obtenir. Les personnes percevant leur état de santé passable ou mauvais, ainsi que celles déclarant des problèmes de santé chroniques, ont tendance à faire plus de visites aux médecins généralistes (Dunlop et coll., 2000; Sanmartin et coll., 2004). L'âge est la seule variable présentant une association inverse pour les services préventifs et les services curatifs : les plus jeunes sont plus susceptibles d'utiliser les premiers, comparativement aux plus âgés qui font davantage usage des seconds (Rosenstock, 1966).

L'accès à un médecin de famille (généraliste dans la majorité des cas) est au centre de la réforme des soins primaires, car il semble jouer un rôle stratégique en matière d'accès et de continuité des soins. Plusieurs études rapportent, en effet, une association entre le fait d'avoir un médecin de famille et l'accès aux services de santé, tel que reflété par l'utilisation des services, tant de premier contact que spécialisés, y compris ceux de l'urgence (Lambrew et coll., 1996; Dunlop et coll., 2000; Finkelstein, 2001; DeVoe et coll., 2003). Par ailleurs, l'analyse des données des enquêtes canadiennes sur la santé de la population (Dunlop et coll., 2000; Sanmartin et Ross, 2006) nous révèlent que les Canadiens n'ayant pas de médecin régulier sont moins susceptibles de recevoir des soins de la part de médecins généralistes ou spécialistes.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000), définit l'équité dans la santé comme la diminution des disparités évitables, en matière de santé et de ses déterminants - incluant mais ne se limitant point aux soins de santé, entre des groupes de personnes ayant différents niveaux d'attributs sociaux (revenu, sexe, ethnicité, géographie, etc.) Quant à l'équité d'accès aux services, il s'agit de s'assurer qu'aucune caractéristique autre que les

besoins ne soit associée aux différences observées dans le recours aux services de santé par différents groupes de la population (Santé Canada, 2004).

Birch et Abelson (1993) soulignent que l'atteinte de l'équité peut dépendre de certaines formes d'inégalités, par exemple l'allocation de plus de ressources de santé pour ceux qui ont de plus grands besoins de soins.

Il existe une importante littérature concernant la relation entre le statut socioéconomique et la santé (Williams et Collins, 1995; Marmot et coll., 1997). Malgré les doutes existant quant à l'effet des services de santé dans cette relation, les études cherchant à établir des liens entre la pauvreté et les difficultés d'obtention de soins de santé ont constitué un point de mire des études sur l'accès et l'équité d'accès aux services de santé (Kasper, 2000). Force est de constater que les définitions ainsi que les mesures du statut socioéconomique varient d'une étude à l'autre (Williams et Collins, 1995), les études américaines utilisant le revenu ainsi que le niveau d'éducation, alors que les études menées ailleurs font usage de la notion de classe sociale (Kasper, 2000).

Plusieurs études portant sur le recours à un médecin omnipraticien en fonction du niveau socioéconomique concluent toutefois que des besoins de santé différents, mesurés notamment par la perception de l'état de santé ou par le nombre de problèmes de santé chroniques, expliquent les écarts observés entre les riches et les pauvres en ce qui a trait à l'utilisation des ressources médicales de première ligne; ces écarts se caractérisent par une utilisation accrue des médecins généralistes par la clientèle socioéconomiquement moins favorisée (Badgley, 1991; Eyles et coll., 1995; Dunlop et coll., 2000; Menec et coll., 2001; Dixon-Woods et coll., 2006). Eyles et coll. (1995) suggèrent toutefois que, bien que les besoins parmi les groupes ayant les revenus les plus faibles tendent à augmenter par rapport aux groupes plus riches, l'utilisation des médecins de famille n'a pas augmenté proportionnellement. De plus, même si l'effet du revenu disparaît dans plusieurs analyses, ces auteurs ont trouvé des relations avec d'autres mesures du statut socioéconomique notamment l'éducation et le lieu de résidence.

Une littérature de plus en plus importante soutient l'hypothèse que la problématique de l'accès aux services de santé se pose différemment selon que l'on réside en territoire urbain ou rural. Cela présente un défi particulier dans un pays comme le Canada en raison de l'étendue de son territoire (Romanov, 2002). La disponibilité plus restreinte des ressources de santé en régions rurales oblige souvent ces populations à franchir de longues distances pour accéder aux services requis (Kirby et LeBreton, 2002; Martinez et coll., 2004). *Ainsi en 2000, 17 % des médecins de famille, 4 % des spécialistes et 18 % des infirmières exerçaient dans les régions rurales, éloignées et nordiques où vivent 30 % des Canadiens (*Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, 2002). Cette situation semble suggérer qu'il y a une différence d'équité d'accès entre les zones urbaines et rurales au Canada. Une étude récente fait toutefois ressortir un paradoxe en ce qui concerne les services médicaux de soins primaires, c'est-à-dire que l'effet de la disponibilité restreinte des ressources médicales d'omnipraticiens en régions rurales et éloignées est atténué, voire compensé par le rôle élargi du médecin de famille, qui offre des services plus variés que le médecin de famille en milieu urbain (Pong et Pitblado, 2005).

1.3 Les attentes de la population au sein de la réforme

Dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'OMS propose un indice de la performance des systèmes de santé reposant notamment sur la réponse aux attentes de la population (OMS, 2000). L'accent mis sur le client ou la population et sur la réponse à ses attentes par les organisations de santé est de fait un thème central des réformes actuelles.

La réactivité, dont le concept est issu de cette préoccupation, est définie comme la réponse aux attentes reliées aux aspects non médicaux de la santé. Elle inclut les composantes suivantes : dignité, autonomie, confidentialité, rapidité de prise en charge, qualité des lieux physiques, accès à du soutien social durant les soins, choix du prestataire de soins, communication (Valentine et coll., 2003). Alors que l'accessibilité se conçoit comme un indicateur de processus, la réactivité est pour sa part un indicateur de la performance du système de santé.

Bien que la réactivité soit un concept distinct de celui de la satisfaction des patients, plusieurs interactions ont été mises en relief entre ces deux entités. Ainsi, plus la performance d'un médecin rencontre les attentes d'un patient, plus le patient sera satisfait des services du médecin (McKinley et coll., 2002; Mechanic, 1968). D'autre part, des études ont révélé que les patients qui ont des attentes moindres face aux services de santé ont tendance à être plus satisfaits (Abramowitz et coll., 1987). Il ne faut toutefois pas perdre de vue les relations existant entre ces attentes et différentes caractéristiques de la population, telles que le statut socioéconomique ainsi que les valeurs et attitudes prévalant parmi certains groupes de patients (Sitzia et Wood, 1997).

2 OBJECTIFS DU PROJET

Malgré l'importance accordée récemment aux services de santé primaires, il existe peu d'indicateurs permettant de suivre les effets des transformations qui se répercuteront au niveau de la population canadienne.

L'EASS, issue de la volonté politique de rendre compte aux instances pertinentes de la performance des systèmes de santé à l'échelle du pays, comble ce manque, ne serait-ce que partiellement, car elle aborde plusieurs questions touchant, entre autres, les difficultés d'accès aux services de premier contact et les délais d'accès à certains services de santé spécialisés.

Ainsi, de par sa conception, elle permet l'analyse des barrières à l'accès aux services de santé à partir de l'identification par l'individu d'un besoin d'y recourir. Cela permet, d'une part, de prendre en considération les facteurs sociaux, culturels et personnels qui influencent la décision d'utiliser ou non les services de santé et, d'autre part, de mieux saisir la problématique de l'accès et de l'équité d'accès aux services de santé primaires à l'échelle de la population.

Étant donné que les effets des transformations des services de santé primaires sont susceptibles de se faire sentir auprès de tous les usagers potentiels**,** à savoir l'ensemble de la population, l'EASS fournit une opportunité de suivre ces effets dans le temps et entre les groupes de la population définis par différentes caractéristiques socioéconomiques et démographiques, tout en permettant des comparaisons interprovinciales et entre des régions sociosanitaires.

Les données de l'EASS nous permettent notamment d'étudier l'association entre les difficultés d'accès aux services de santé primaires et la présence d'un médecin de famille, tout en tenant compte de certaines caractéristiques de la population.

Notre étude se penche sur les besoins de recourir aux services auto-déclarés et des difficultés rapportées à y avoir accès. Elle porte exclusivement sur les services de premier contact définis en trois catégories distinctes, soit les renseignements et les conseils en matière de santé, les soins de routine ou de suivi et les soins immédiats pour traiter un problème de santé mineur. Elles seront détaillées plus loin dans ce rapport.

Concrètement, la présente analyse, de nature exploratoire, vise à :

- préciser l'ampleur des besoins de recours et des difficultés d'accès à des services de santé primaires, globalement et selon le type de besoin exprimé;
- étudier l'association entre les besoins en services de santé primaires et les difficultés rencontrées pour les obtenir et la présence d'un médecin de famille tout en contrôlant pour certaines caractéristiques de la population visée (statut socioéconomique, âge, sexe, zone de résidence et état de santé);

- évaluer l'ampleur des difficultés d'accessibilité et de réactivité (les termes d'accessibilité et de réactivité sont définis à la section 4.1.1) aux services de santé primaires, globalement et selon le type de besoin exprimé;
- examiner l'association entre les difficultés d'accessibilité et de réactivité aux services de santé primaires et la présence d'un médecin de famille, tout en tenant compte de certaines caractéristiques de la population visée.

Les donnés présentées touchent les populations canadienne, québécoise et montréalaise.

3 PRÉSENTATION DE LA SOURCE DES DONNÉES

3.1 Origine de l'Enquête sur l'accès aux services de santé

L'origine de l'EASS remonte à septembre 2000, date de la signature d'une première entente entre les Premiers ministres sur les services de santé. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont donné suite à cet accord en exprimant de façon claire leur volonté de rendre compte de la performance des systèmes de santé aux instances pertinentes, et ce, à partir de septembre 2002. Cette entente ciblait quatorze domaines de la performance du système de santé, dont celui de la qualité des services. La mise sur pied de l'EASS visait à combler certaines lacunes en matière d'information pertinente relativement à ces domaines.

La première enquête sur l'accès aux services de santé a eu lieu en 2001 (de novembre à décembre) en tant que supplément de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.1), mais de façon autonome et est documentée séparément (numéro d'enquête 5002). Elle visait à produire des estimations fiables à l'échelle du pays de même que des estimations provinciales pour les provinces ayant décidé d'acheter des unités supplémentaires (Île-du-Prince-Édouard, Alberta et Colombie-Britannique).

Depuis sa reprise en 2003, elle fait partie du programme des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Bien qu'elle soit intégrée au cycle 2.1 de cette série (numéro d'enquête 3226), elle est disponible uniquement en fichier séparé. À partir du cycle 3.1 de l'ESCC, elle sera totalement incorporée à l'enquête principale, tant sur le plan du questionnaire que sur celui de la base de données (un seul fichier).

Contrairement à l'EASS de 2001, celle de 2003 permet d'établir des estimations fiables pour l'ensemble du pays ainsi que pour chacune des dix provinces canadiennes.

3.2 Objectifs de l'enquête

L'EASS se penchait sur deux préoccupations importantes relativement au système de santé, soit l'accès aux services de santé de base en tout temps (24 heures sur 24, sept jours sur sept) et le délai d'attente pour des services spécialisés pour un nouveau diagnostic ou problème de santé.

Le premier volet de l'enquête abordait les expériences dans l'obtention de services de premier contact pour la personne elle-même ou un membre de sa famille, les endroits fréquentés pour l'obtention des services et les problèmes rencontrés selon le moment de la journée[2].

[2] Soit les heures normales de travail (de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi), le soir (17 h à 21 h, du lundi au vendredi), la fin de semaine (de 9 h à 17 h, le samedi et le dimanche) ou la nuit (de 21 h à 9 h, du dimanche au samedi).

Quant au second volet, il s'intéressait à l'accès aux services spécialisés, soit les services touchant :

- les visites chez un médecin spécialiste (cardiologue, allergologue, gynécologue, psychiatre, etc.) en vue d'obtenir un diagnostic pour un nouveau problème de santé;
- les interventions chirurgicales non urgentes (chirurgie cardiaque, chirurgie aux articulations, etc.);
- les tests diagnostiques (imagerie par résonance magnétique non urgente, tomodensitométrie et angiographie) demandés par le médecin traitant en vue de poser ou de confirmer un diagnostic.

Les radiographies, les examens du sang ou autres tests ne font pas partie des tests visés par l'enquête. Outre l'accès à ces services, le délai d'attente, le fait qu'il soit perçu comme un élément acceptable et ses conséquences sur l'état de santé se trouvent au cœur de ce deuxième volet.

3.3 Plan d'échantillonnage de l'Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003

Le présent rapport a principalement trait aux données de l'EASS réalisée en 2003 comme un supplément de l'ESCC (cycle 2.1). L'EASS vise la population âgée d'au moins 15 ans vivant en ménages privés dans les dix provinces canadiennes. La population des trois territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut), les personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur des terres de la couronne, les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des forces armées canadiennes et les populations de quelques régions éloignées ne font toutefois pas partie de l'univers de l'EASS, lequel comprend environ 98 % de la population visée.

L'EASS utilise les mêmes bases de sondage que l'enquête principale, soit la base aréolaire de l'Enquête sur la population active (EPA) et deux types de bases téléphoniques. Le plan d'échantillonnage de l'EPA est un plan en grappes stratifiées à plusieurs degrés dans lequel le logement représente l'unité d'échantillonnage finale. Une base de numéros de téléphone et une base à composition aléatoire complètent les bases de l'ESCC et, par le fait même, celles de l'EASS.

Afin de répondre aux exigences statistiques de l'EASS, notamment en ce qui a trait à l'estimation fiable du délai d'attente par province, une taille d'échantillon de 32 400 était visée pour l'ensemble du pays. La sélection de cet échantillon à partir de l'échantillon de l'Enquête-mère (ESCC 2.1) a eu lieu en deux étapes. Il convient ici de rappeler que la collecte des données de l'ESCC 2.1 s'est échelonnée sur la période de janvier 2003 à décembre 2003. Or, compte tenu de la date de la mise en place de l'EASS (été – automne 2003), l'intégration de cette dernière à l'ESCC n'a commencé qu'en septembre 2003. Une partie de l'échantillon de l'ESCC (appelée partie A) a été invitée à répondre au questionnaire de l'EASS aussi (en plus du questionnaire principal de l'ESCC). Tout comme pour l'ESCC, l'échantillon de la partie A a été réparti en trois périodes de collecte de données, soit en

septembre, octobre et novembre 2003. Toutefois, pour certaines provinces il était impossible d'atteindre la taille de l'échantillon final visé, même en retenant tous les répondants de l'ESCC durant cette période. Afin de combler l'écart, il a fallu recourir aux personnes ayant déjà répondu à l'ESCC dans la période précédente, soit de janvier 2003 à août 2003. Les interviewers ont dû communiquer de nouveau avec un échantillon de ces dernières (appelée partie B) en vue de leur soumettre le questionnaire du module d'accès aux services de santé. Il n'y a eu qu'une seule période de collecte de données pour la partie B, laquelle s'est échelonnée d'octobre à décembre 2003. Tout répondant de l'ESCC ne pouvait être admissible à la partie B. En effet, pour être admissibles, les candidats devaient satisfaire aux exigences suivantes :

- avoir été interviewé durant les périodes de collecte entre janvier 2003 et août 2003 (inclusivement);
- avoir eu 15 ans lors de cette entrevue;
- ne pas avoir fait partie du sous-échantillon 3 de l'ESCC (c'est-à-dire ne pas avoir déjà répondu au module « Accès aux services de santé »);
- il ne s'agissait pas d'une entrevue par procuration;
- avoir un numéro de téléphone valide et unique (critère s'appliquant aux répondants de la base aréolaire seulement).

La taille effective de l'échantillon de l'EASS s'élève à 32 005 personnes, dont 18 981 sont issues de la partie A et le reste, soit 13 024 personnes, de la partie B.

Tableau 1
Taille de l'échantillon et taux de réponse pour les parties A et B de l'Enquête sur l'accès aux services de santé, Canada, 2003

Province	Partie A			Partie B			Total
	Sélectionnés	Répondu	Taux de réponse	Sélectionnés	Répondu	Taux de réponse	**Répondu**
Terre-Neuve-et-Labrador	934	826	88,4	1 934	1 694	87,6	**2 520**
Île-du-Prince-Édouard	622	559	89,9	801	691	86,3	**1 250**
Nouvelle-Écosse	1 174	1 055	89,9	2 160	1 875	86,8	**2 930**
Nouveau-Brunswick	1 149	1 025	89,2	2 281	1 870	82,0	**2 895**
Québec	3 204	2 828	88,3	1 216	1 048	86,2	**3 876**
Ontario	4 192	1 591	83,6	1 225	1 001	81,7	**4 506**
Manitoba	1 767	1 661	90,0	1 933	1 734	89,7	**3 325**
Saskatchewan	1 876	2 700	88,5	1 745	1 575	90,3	**3 236**
Alberta	3 146	3 231	85,8	776	652	84,0	**3 352**
Colombie-Britannique	3 616	18 981	89,4	980	884	90,2	**4 115**
Canada	21 680	18 981	87,6	15 051	13 024	86,5	**32 005**

Note : compte tenu du plan d'échantillonnage complexe, il est impossible de rapporter un taux de réponse global pour l'EASS. Seul le taux de réponse peut être rapporté pour chacune des deux parties de l'échantillon (A et B) indépendamment[3].

[3] Source : document du fichier-maître de l'EASS (2003) – Statistique Canada, décembre 2004 (3226_D13_T9.V1_F.pdf au site de StatCan).

Les personnes choisies à même la base aréolaire ont répondu aux questions de l'EASS selon la méthode d'entrevue face-à-face assistée par ordinateur, tandis que celles sélectionnées à partir des bases de sondage téléphonique ont participé à l'enquête suivant la méthode de l'entrevue téléphonique assistée par ordinateur.

Comparativement à d'autres méthodes de collecte de données, les entrevues assistées par ordinateur contribuent à l'amélioration de la qualité des données recueillies à plusieurs points de vue. Le libellé des questions est personnalisé de façon automatique en fonction de certaines caractéristiques du répondant comme l'âge et le sexe, de la date de l'entrevue et des réponses aux questions précédentes. Les mesures de contrôle sont plus faciles à mettre en place, ce qui permet de repérer les réponses incohérentes ou hors normes et de les corriger au fur et à mesure, d'éliminer automatiquement les questions non pertinentes, pour ne citer que quelques-uns des avantages de la méthode.

Après la collecte et le traitement des données (validation des réponses, codification, création de variables dérivées et groupées), vient l'étape de leur pondération. On en profite pour tenir compte du plan d'échantillonnage et de la non-réponse. Chaque répondant reçoit un « poids », établi en fonction du nombre de personnes qu'il représente dans la population visée. S'ajoute en dernier lieu, l'étape de poststratification, où les poids ainsi obtenus sont rectifiés de façon à ce que leur somme corresponde aux estimations de la population de 2003, pour chaque combinaison de province-âge-sexe et pour chaque région métropolitaine de recensement.

3.4 Répartition de l'échantillon à l'échelle provinciale

La taille de l'échantillon de l'ESCC a été établie en vue de produire des estimations fiables à l'échelle des régions sociosanitaire du pays. Par contre, celle de l'EASS visait à produire des estimations fiables à l'échelle provinciale. Il en découle que la répartition de l'échantillon de l'ESCC selon la région sociosanitaire n'était pas optimale pour l'EASS, c'est-à-dire, qu'elle ne se rapprochait pas d'une répartition proportionnelle de la taille de la région sociosanitaire. Il a été alors décidé de corriger la répartition de l'échantillon de l'EASS de façon à la rendre optimale, tout au moins pour les provinces où cette opération était possible. À titre d'exemple, dans l'ESCC une proportion de 13 % de l'échantillon du Québec correspondait à la région de Montréal, tandis que cette région représentait le quart (25 %) de la population de cette province. En raison de contraintes dues aux tailles d'échantillon visées par l'EASS et au nombre de personnes admissibles à l'ESCC par région sociosanitaire, seules les régions sociosanitaires du Québec et de l'Ontario ont pu avoir des tailles d'échantillon « optimales ».

3.5 Répartition de l'échantillon à l'échelle de quelques régions sociosanitaires

Le nombre d'observations pour les régions sociosanitaires retenues ici n'est pas préétabli puisque l'EASS 2003 était représentative à l'échelle provinciale. Nous retrouvons dans notre échantillon 765 individus de la région de Montréal, 303 de la région d'Ottawa, 942 de la région de Toronto, 1 086 de la région de Winnipeg, 738 de la région de Calgary et 529 de la région de Vancouver.

4 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Dans cette partie, nous présentons d'abord les variables étudiées dans le cadre de ce projet, les techniques d'analyse utilisées et enfin nous faisons part de la portée et des limites des données.

4.1 Présentation des variables

4.1.1 Principales caractéristiques

Les principales variables à l'étude, soit celles portant sur les besoins en services de premier contact et sur les difficultés rencontrées pour les obtenir, découlent directement des questions posées et présentent deux choix de réponse, soit « oui » ou « non » (mis à part les refus, non applicable ou ne sait pas) (voir la formulation des questions à l'annexe 1). À chaque type de services de premier contact (renseignements ou conseils, soins de routine ou de suivi, soins immédiats pour un problème de santé mineur) correspond une variable dichotomique, donc trois pour les besoins exprimés et trois autres pour les difficultés rencontrées. Nous avons créé une quatrième variable, autant pour les besoins que pour les difficultés, résumant l'ensemble des besoins ou des difficultés éprouvées. Elles regroupent les personnes ayant exprimé un besoin ou rencontré une difficulté à au moins un des services de premier contact. Ces variables dérivées conservent les mêmes modalités que les variables d'origine, soit « oui » ou « non ».

Par ailleurs, le répondant devait rapporter le genre de difficultés que lui-même ou un membre de sa famille avait éprouvées lors du recours aux services de premier contact. La liste de difficultés variait en fonction du type de services (renseignements ou conseils en matière de santé, soins de routine ou de suivi, soins immédiats pour un problème de santé mineur).

Aux fins de la présente étude, nous n'avons retenu que les difficultés reliées à l'organisation des services de premier contact que nous avons par la suite regroupé en problèmes d'accessibilité et de réactivité.

Plus précisément, notre concept d'accessibilité inclut les difficultés suivantes :

- pour l'accès aux renseignements ou aux conseils en matière de santé :
  - difficulté à contacter un médecin ou une infirmière;
  - attente trop longue avant de parler à quelqu'un;
  - absence de réponse lors de l'appel;
- pour l'accès aux soins de routine et de suivi ou aux soins immédiats pour un problème de santé mineur :
  - difficulté à obtenir un rendez-vous;
  - attente trop longue pour obtenir un rendez-vous;
  - difficulté à contacter un médecin;
  - absence de disponibilité du service au moment requis;

- absence de disponibilité du service dans la région.

Nous rappelons que ces regroupements font abstraction du moment de la journée.

Quant au concept de réactivité, il renferme une seule difficulté éprouvée dont la nature varie en fonction du type de services, à savoir l'obtention de renseignements et de conseils inadéquats (composante communication de la réactivité) pour les services de renseignements et conseils en matière de santé et une attente trop longue (en salle d'attente) avant de voir quelqu'un (composante rapidité de la prise en charge de la réactivité) pour les services de soins de routine et de suivi et de soins immédiats pour un problème de santé mineur.

L'accessibilité et la réactivité différencient les personnes ayant éprouvé des difficultés de celles n'en ayant pas éprouvées.

4.1.2 Facteurs associés aux caractéristiques principales

Médecin de famille régulier

La question sur la présence d'un médecin de famille est la première posée dans la section du questionnaire portant sur les besoins de soins de routine et de suivi. Très simple de formulation, elle demandait au répondant de façon directe, s'il avait un médecin régulier. Au sens de l'enquête, il s'agit d'un médecin de famille ou omnipraticien consulté pour la plupart des soins de routine d'une personne (par exemple l'examen annuel, les analyses du sang, la vaccination contre la grippe, etc.)

Groupe d'âge

Aux fins de notre analyse, nous avons regroupé la population visée en quatre grandes catégories d'âge :

- 15 – 24 ans;
- 25 – 44 ans;
- 45 – 64 ans et;
- 65 ans et plus.

Revenu du ménage

Le revenu du ménage a été établi en fonction du nombre de personnes le composant et le revenu total de toutes sources du ménage au cours des douze mois ayant précédé l'entrevue. Aux fins de la présente analyse nous avons retenu la classification suivante :

- Faible revenu

  moins de 15 000 $ (1 ou 2 personnes);

  moins de 20 000 $ (3 ou 4 personnes);

  moins de 30 000 $ (5 personnes et plus).

- Revenu moyen ou élevé

  15 000 $ et plus (1 ou 2 personnes);

  20 000 $ et plus (3 ou 4 personnes);

  30 000 $ et plus (5 personnes et plus).

  Il s'agit en fait d'une variable dérivée, établie par Statistique Canada.

Scolarité du répondant

Les répondants sont classés en quatre niveaux de scolarité, selon le niveau le plus élevé atteint :

- pas de diplôme d'études secondaires;
- diplôme d'études secondaires;
- études postsecondaires partielles;,
- diplôme d'études postsecondaires.

Nous avons regroupé les deux catégories intermédiaires; les résultats porteront donc sur trois niveaux de scolarité :

- pas de diplôme d'études secondaires;
- diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles;
- diplôme d'études postsecondaires.

Comme pour le revenu du ménage, il s'agit d'une variable dérivée à partir de données beaucoup plus détaillées.

État de santé perçu

La question sur l'état de santé perçu figure dans presque toute enquête de santé. Sa formulation peut varier d'une enquête à l'autre, avec deux versions dominantes; dans la première version le répondant est invité à rapporter son état de santé de façon générale, tandis que dans la deuxième, il doit indiquer son état de santé comparativement aux personnes de son âge. La première version est celle privilégiée par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Originalement codée en cinq catégories, elle est, aux fins de la présente analyse, détaillée en deux que voici :

- personnes ayant déclaré avoir un état de santé perçu excellent, très bon ou bon;
- personnes ayant déclaré avoir un état de santé perçu passable ou mauvais.

Nombre de problèmes de santé chroniques

Le répondant devait indiquer si certains problèmes de longue durée, c'est-à-dire qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus, avaient été diagnostiqués chez lui par un professionnel de la santé. L'intervieweur lisait ensuite une liste de problèmes de

santé. À partir de ces réponses nous avons calculé le nombre de problèmes de santé chroniques et nous les avons classés comme suit :

- aucun problème;
- 1 ou 2 problèmes;
- 3 problèmes et plus.

Lieu de résidence

Le lieu de résidence est tiré du fichier administratif de l'enquête, à même les bases de sondage utilisées. Plusieurs de ses variantes sont alors des variables dérivées. Aux fins du présent rapport, nous avons privilégié le découpage fondé sur le concept des zones homologues. En voici un bref aperçu.

Afin de comparer les régions sociosanitaires ayant des caractéristiques socioéconomiques semblables, Statistique Canada a classé les régions sociosanitaires du pays en « groupes de régions homologues » selon une méthode statistique destinée à maximiser les différences statistiques interrégionales. Cette classification est fondée sur un ensemble de 24 variables portant respectivement sur des données démographiques de base, les conditions de vie et les conditions de travail. Il existe actuellement neuf groupes de régions homologues, représentés par les lettres A à I. Compte tenu des objectifs de notre projet nous avons réduit leur nombre à trois :

- milieu urbain (zones homologues B et G);
- milieu rural (zones homologues E, F, D, H, et I);
- milieu intermédiaire (zones homologues A et C).

Par ailleurs, dans les analyses finales, nous avons regroupé les deux dernières catégories.

Les zones homologues B et G englobent environ 43 % de la population canadienne. La zone homologue G comprend les trois plus grandes régions métropolitaines du pays (Toronto, Montréal et Vancouver) à forte densité de population. On y retrouve une faible proportion d'autochtones, une proportion moyenne de revenus provenant de transferts gouvernementaux et un fort contingent de population féminine. La zone homologue B, quant à elle, regroupe principalement des centres urbains à densité de population moyennement forte, ayant un pourcentage faible de revenus provenant de transferts gouvernementaux et une croissance démographique rapide entre 1996 et 2001. (Aucune région sociosanitaire du Québec ne se trouve dans cette zone.)

Les régions sociosanitaires de l'Outaouais, de Québec, de Laval, de la Montérégie (zone homologue A), du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Estrie et de l'Abitibi-Témiscamingue (zone C) se retrouvent classées dans le milieu intermédiaire.

Provenance des variables

Les principales caractéristiques à l'étude ainsi que la présence d'un médecin de famille sont issues de l'Enquête sur l'accès aux services, tandis que toutes les autres caractéristiques retenues proviennent de l'enquête principale. Un identifiant unique, commun aux deux banques de données, a permis l'intégration de ces dernières aux données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé.

4.2 Techniques d'analyse

Dans un premier temps, nous allons présenter les prévalences des besoins exprimés et des difficultés perçues en matière d'accès aux services de premier contact pour les membres d'une famille vivant dans le même logement, tant pour l'ensemble des populations visées (Canada et quelques provinces) que pour un nombre limité de grandes régions sociosanitaires (Montréal, Ottawa, Toronto, Winnipeg, Calgary, Vancouver).

Ensuite, nous étudierons l'influence de quelques caractéristiques sur les principaux phénomènes étudiés, tant séparément que collectivement. Nous verrons alors, par le biais de régressions logistiques univariées et multivariées, les effets de quelques facteurs pertinents sur chacun des types de besoins et de difficultés à obtenir des services de premier contact. Figurent à la liste de ces facteurs les caractéristiques suivantes du répondant: présence d'un médecin de famille, état de santé perçu, nombre de problèmes de santé chroniques, milieu de résidence, âge, sexe, niveau de scolarité atteint et catégorie de revenu. Les rapports de cotes sont présentés pour le Canada et pour le Québec.

Au chapitre des modèles de régression logistique multivariée, nous avons décidé de présenter un seul modèle pour toutes les situations, comprenant les mêmes variables (indépendantes). Cette uniformisation nous donnera l'occasion d'étudier l'effet de l'ensemble de ces caractéristiques simultanément.

Compte tenu des tailles d'échantillons restreintes, nous avons regroupé les modalités de plusieurs de ces caractéristiques en un nombre réduit de catégories significatives (voir la section 4.1 « Présentation des variables » pour les catégories retenues).

Sont exclues du calcul des prévalences les valeurs inconnues (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »), car la proportion des enregistrements concernés était inférieure à 5 %, voire 2 %. Seule exception au tableau, les régressions logistiques multivariées où, pour garder le maximum d'observations dans l'analyse, nous avons retenu les valeurs inconnues du revenu dans une catégorie en soi.

Les prévalences et les rapports de cotes sont produits sur des données pondérées et leur précision a été établie à l'aide de poids « bootstrap » adaptés au plan d'échantillonnage complexe de l'enquête. Pour ce qui est des intervalles de confiance, ils couvrent le paramètre estimé avec une probabilité de 95 %. Les différences entre chacune des

provinces et les estimations à l'échelle du Canada reposent sur des tests bilatéraux et déclarées significatives (sur le plan statistique) si $p < 0,05$.

Enfin, nous présentons en annexe les fréquences des caractéristiques retenues[4], la taille de l'échantillon selon le thème abordé et les territoires visés[5], les résultats des régressions logistiques univariées ainsi que les effectifs des populations touchées par les phénomènes étudiés.

4.3 Portée et limites des données

Aux fins de ce rapport nous avons utilisé une partie des variables du questionnaire sur l'accès aux services de premier contact, notamment celles portant sur les besoins de services et les difficultés éprouvées à les obtenir. Il s'agit de la seule partie du questionnaire où la personne interviewée répondait pour elle-même ou les membres de sa famille, tandis que pour les autres sections, elle ne répondait que pour elle-même. Il est donc possible qu'il y ait une certaine sous-estimation des phénomènes étudiés ici dans la mesure où la personne répondante pouvait ne pas être au courant des événements relatifs aux besoins ou aux difficultés à obtenir des services de la part des membres de sa famille.

Par ailleurs, certains des facteurs retenus dans notre analyse (état de santé perçu, nombre de problèmes de santé chroniques, présence d'un médecin régulier, groupe d'âge, sexe et plus haut niveau de scolarité atteint) sont propres au répondant lui-même, par contre d'autres facteurs, tels le revenu du ménage et le lieu de résidence, se rapportent au ménage entier. Comme les caractéristiques du ménage sélectionné (besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact) sont reliées à la fois à celles des répondants ou des autres membres du ménage, il est possible d'avoir des biais dont l'ampleur est difficile à préciser. Nous pouvons cependant dire que, dans le meilleur des cas, c'est-à-dire lorsque les réponses obtenues résument l'expérience du répondant lui-même, le biais est inexistant.

Les entrevues de l'ESCC ont eu lieu tout au long de l'année, contrairement à celles de l'EASS qui se sont échelonnées sur la période de septembre à décembre de la même année et même en janvier de l'année suivante. Or, le biais saisonnier, pratiquement éliminé de l'enquête principale, pourrait être présent dans les données de l'EASS. Il est difficile de l'évaluer, d'autant plus que les questions portaient sur l'expérience des personnes avec les services de premier contact au cours des douze mois ayant précédé l'entrevue.

Comme on l'a mentionné précédemment, l'EASS tout comme l'ESCC avait la particularité d'utiliser des bases de sondage multiples, soit aréolaire et téléphonique. Pour l'ESCC il y a eu un changement marqué entre le cycle 1.1 (2001) et le cycle 2.1 (2003), tant sur le plan du cadre d'échantillonnage que du mode d'administration du questionnaire (voir tableau ci-dessous) :

[4] Présence d'un médecin de famille, état de santé perçu, nombre de problèmes de santé chroniques, groupe d'âge, sexe, niveau de scolarité atteint, catégorie de revenu et lieu de résidence.
[5] Canada, Québec, région de Montréal.

Tableau 2
Répartition de l'échantillon de l'ESCC selon le cycle, la base de sondage ou le mode de collecte de données

		Cycle 1.1 (2001)	Cycle 2.1 (2003)
Base de sondage	Aréolaire	80 %	50 %
	Téléphonique	20 %	50 %
Mode de collecte des données	Face à face	50 %	30 %
	Téléphonique	50 %	70 %

Source : Saint-Pierre, M. et Y. Béland (2004). Mode effects in the Canadian Community Health Survey : a comparison of CAPI and CATI, 2004. Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods. Toronto, Canada: American Statistical Association.

La répartition correspondante pour l'EASS n'étant pas disponible au moment de la rédaction de ce rapport, nous porterons quelques commentaires sur celle de l'ESCC.

Tout d'abord, la base aréolaire ayant une couverture (de la population) supérieure à celle d'une base téléphonique, la couverture de la population entre les deux cycles n'est donc pas la même. En deuxième lieu, les entrevues face-à-face résultent en un meilleur taux de réponse que les entrevues par téléphone. Enfin, les entrevues face-à-face sont associées à une base aréolaire et celles par téléphone, à une base téléphonique.

Le mode de collecte de données (face-à-face, téléphonique) peut avoir des effets importants sur les estimations de plusieurs caractéristiques étudiées dans une enquête. Consciente de ce phénomène, Statistique Canada a mené une étude sur ces effets à l'aide des données du cycle 2.1 (voir la source des données du tableau précédent). Les résultats de cette étude indiquent la présence d'écarts significatifs, sur le plan statistique, entre les deux modes de collecte de données sur 15 des 70 indicateurs de santé étudiés, dont les plus importants touchent l'indice de masse corporelle, la sédentarité, le recours aux médecins ou aux spécialistes les douze mois précédant l'entrevue et les besoins non comblés en matière de santé. Les auteurs prétendent que la « désirabilité sociale » (très évidente, par exemple, dans la déclaration du poids et de la taille d'une personne) de même que des variations imputables aux intervieweurs, pourraient expliquer une bonne partie des écarts observés. Par ailleurs, ils sont d'avis que les comparaisons de ces quinze indicateurs entre les deux cycles devraient tenir compte du mode d'administration des questionnaires, en plus, évidemment, d'autres paramètres de nature méthodologique ou contextuelle.

Dans un même ordre d'idées, l'Institut de la Statistique du Québec mène une étude sur la comparaison des données québécoises des deux cycles de l'ESCC. D'après les premiers résultats de cette étude (L. Côté, R. Courtemanche, B. Caron : impact du principal changement méthodologique sur la comparabilité entre les cycles 2.1 et 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2 juin 2005), sur un ensemble de 146 variables déjà évaluées, 58 ne sont pas directement comparables entre les deux cycles.

La portée de ces études sur les données de l'EASS, en particulier sur celles du présent rapport, est difficile à évaluer. Par ailleurs, nous n'avons pas les données nécessaires pour procéder à un tel examen. Cependant, un fait demeure : le mode d'administration du questionnaire peut avoir des effets, parfois importants, dans l'estimation de plusieurs caractéristiques d'une enquête. Le changement du mode de collecte des données survenu entre la première et la seconde enquête sur l'accès aux services de santé (EASS 2001 et EASS 2003) représente un facteur important rendant périlleuse leur comparaison[6].

Parmi les variables examinées et qui font partie de notre analyse, la présence d'un médecin de famille et la capacité du revenu du ménage à cinq modalités figurent dans le lot de celles qui ne sont pas directement comparables dans l'échantillon québécois. Nous ne sommes pas en mesure de savoir si ces variables s'avèrent comparables pour l'EASS tant pour l'échantillon total que pour celui du Québec. Par ailleurs, il faut noter que les estimations relatives aux médecins de famille établies à partir de l'EASS peuvent être légèrement différentes de celles produites à partir de l'ESCC pour des raison diverses (populations visées différentes, l'une couvrant les 12 ans et plus, l'autre, les 15 ans et plus, les méthodes d'enquête et le contexte de la question). En ce qui a trait au revenu du ménage, notre analyse a retenu le regroupement en deux catégories, ce qui pourrait minimiser le biais correspondant.

Bien que de grands efforts aient été déployés pour assurer la qualité des données et minimiser les biais, il est impossible, comme pour toute enquête à l'échelle de la population, de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Il s'agit toujours de réponses volontaires, non vérifiées par d'autres moyens. Les personnes interrogées peuvent avoir de la difficulté à se souvenir ou à évaluer le temps écoulé depuis un événement. Des biais de rappel peuvent alors entacher les réponses qui, d'ailleurs, n'ont pas été validées sur une base clinique, ou par d'autres données administratives. Afin de minimiser l'importance de ce biais, les questions de l'EASS rappelaient régulièrement la période du recours aux services de premier contact, soit les douze derniers mois. Outre cet aspect général de référence au « temps », certaines questions portaient sur l'utilisation de services selon le moment de la journée, à savoir durant les heures normales d'une semaine de travail (de 9 h à 17 h), les soirées (de 17 h à 21 h), la nuit ou les fins de semaine. Dans ce genre de questions, le risque d'un biais de mémoire est évidemment plus grand. Afin de réduire des erreurs possibles de déclaration, nous avons décidé de regrouper les événements correspondants en faisant abstraction du moment de la journée.

Mis à part le taux de participation à l'enquête, la présence de valeurs manquantes à une caractéristique mesurée peut influer sur la qualité de son estimation. Pour les principales mesures de la présente analyse, notamment des prévalences de certains phénomènes, la proportion de ces valeurs est inférieure à 2 %, sauf pour la capacité du revenu à deux modalités, dont l'importance des valeurs inconnues s'élève à 13 % (toujours en données pondérées). Étant donné qu'il est difficile d'ignorer ces effets sur l'analyse, nous les avons

[6] Statistique Canada recommande de faire preuve de grande prudence quand il s'agit de comparer les résultats des enquêtes dans les collectivités canadiennes des années 2001 et 2003. En outre, elle repousse tout ajustement des données à la suite des résultats de l'étude de St-Pierre et Béland (2004) mentionnée précédemment (note envoyée à toutes les provinces et territoires quant à l'analyse d'indicateurs comparables).

considérés dans une catégorie en soi. Par ailleurs, le problème de la non-réponse est traité lors de la pondération des données. Ces pondérations sont utilisées dans les analyses des données de ce rapport rendant ainsi fiable l'inférence à la population visée. En outre, l'emploi de mesures de précision qui tiennent compte de la complexité du plan de sondage, renforce la qualité des estimations produites.

Malgré le fait que le taux de non-réponse pour plusieurs caractéristiques étudiées ici soit faible, certains résultats portant sur des sous-ensembles de la population visée sont appuyés sur des effectifs réduits. Il peut s'agir soit d'événements relativement peu fréquents dans la population ou d'un pouvoir limité de l'échantillon à aller recueillir suffisamment de cas pertinents. C'est ce qui se produit pour certains résultats touchant les provinces ou de nombreuses données relatives à quelques régions sociosanitaires. De même, la faiblesse de l'échantillon empêche la détection des différences entre sous-groupes (par exemple, provinces par rapport à l'ensemble du pays) au seuil de 95 % (tests bilatéraux).

Il faut également rappeler que la présente enquête ne couvre pas une portion de la population canadienne, notamment celle vivant en logements collectifs, tels les établissements de santé. Étant donné que les personnes concernées présentent un niveau de besoins en services plus élevé, il faut se garder de leur appliquer les résultats de notre étude. Cette situation peut résulter en une légère sous-estimation de la prévalence des besoins ou des difficultés à obtenir les services de premier contact ciblés.

Enfin, la nature transversale de l'EASS ne nous autorise pas à établir des liens de causalité entre les différentes caractéristiques qui y sont étudiées. Nous pouvons toutefois analyser des associations entre ces caractéristiques.

5 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans cette section, nous étudions d'abord l'ampleur des besoins de recours aux services de premier contact et, ensuite, l'ampleur des difficultés rencontrées. Nous enchaînons avec l'importance des principales formes de difficultés rapportées en regard de l'expression de ces besoins.

Nous abordons en premier lieu l'ensemble des types de services ainsi que les données spécifiques à chacun d'eux (renseignements et conseils de santé, soins de routine et de suivi, soins immédiats pour un problème de santé mineur). Dans chaque cas, nous présentons d'abord les données pour l'ensemble du Canada, ensuite celles pour les provinces et, si la taille de l'échantillon le permet, celles propres aux régions sociosanitaires retenues.

5.1 Ampleur des besoins de recours aux services de premier contact

L'évaluation de l'ampleur des besoins exprimés par les personnes interrogées repose sur trois questions-clé relatives aux trois types de besoins de soins abordés dans l'enquête. Ainsi, la personne sélectionnée était invitée à répondre si, au cours des 12 derniers mois, elle avait eu besoin de :

- renseignements ou de conseils en matière de santé pour elle-même ou un membre de sa famille (Question ACC_Q40);
- services de santé de routine ou de suivi pour elle-même ou un membre de sa famille (Question ACC_Q50), ou;
- soins immédiats pour un problème de santé mineur soit pour elle-même ou un membre de sa famille (Question ACC_Q60).

Tel que mentionné précédemment, nous avons résumé ces trois questions dans une nouvelle variable regroupant les personnes en deux catégories : celles ayant eu besoin d'au moins un de ces trois types de services (valeur égale à « oui ») et les autres (valeur égale à « non »).

Nous présentons ici les résultats observés autant pour la variable ainsi créée, que pour ses constituantes.

Trois quarts (75 %) de la population canadienne ont indiqué avoir eu besoin d'au moins un des services de premier contact visés par l'enquête, soit des renseignements ou des conseils en matière de santé, des soins de routine ou de suivi ou encore des soins immédiats pour un problème mineur (tableau 3). Les proportions variaient de 70 % en Alberta à 80 % à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse. Au Québec, cette proportion est plus élevée que la moyenne canadienne (78 %).

Tableau 3
Proportion (en %) de la population canadienne ayant eu besoin de services de premier contact selon le type de services et le territoire, Canada, 2003

Territoire (province, région, total)	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur		Au moins un de ces services	
	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	36,0	33,3 – 38,8	58,9	55,9 – 62,0	37,3	34,2 – 40,4	74,9	72,4 – 77,4
Île-du-Prince-Édouard	50,5	46,7 – 54,2	58,0	54,2 – 61,9	38,2	34,3 – 42,1	80,1	77,2 – 83,0
Nouvelle-Écosse	46,9	43,6 – 50,2	62,1	59,4 – 64,8	39,1	35,6 – 42,6	80,3	77,8 – 82,8
Nouveau-Brunswick	41,5	39,1 – 43,9	64,1	61,9 – 66,4	37,7	35,4 – 40,0	78,8	76,8 – 80,8
Québec	**41,0**	**38,6 - 43,3**	**63,3**	**61,1 – 65,6**	**33,5**	**31,2 – 35,7**	**78,0**	**76,1 - 79,9**
Ontario	43,8	41,9 – 45,7	56,7	54,8 – 58,6	36,5	34,6 – 38,3	75,0	73,3 – 76,7
Manitoba	47,5	44,5 – 50,5	53,8	51,2 – 56,5	34,2	31,6 – 36,9	75,4	73,4 – 77,4
Saskatchewan	41,9	39,6 – 44,3	52,3	50,0 – 54,6	33,6	31,5 – 35,8	72,0	70,0 – 74,0
Alberta	40,9	38,2 – 43,6	47,0	44,1 – 49,9	35,8	33,2 – 38,5	69,5	66,9 – 72,0
Colombie-Britannique	42,2	39,9 – 44,4	52,2	50,1 – 54,3	32,7	30,6 – 34,7	72,0	69,9 – 74,0
Montréal	**40,6**	**36,1 – 45,0**	**62,1**	**57,3 – 66,8**	**30,7**	**26,2 – 35,2**	**78,5**	**74,7 – 82,3**
Ottawa	54,9	47,8 – 62,0	58,2	50,8 – 65,7	46,7	39,0 – 54,3	77,2	70,7 – 83,7
Toronto	37,7	33,4 – 42,0	50,8	46,5 – 55,0	30,3	26,2 – 34,4	68,9	64,8 – 72,9
Winnipeg	49,8	45,1 – 54,5	57,6	53,5 – 61,6	36,2	32,2 – 40,2	79,8	76,9 – 82,8
Calgary	38,1	33,2 – 43,0	48,3	43,2 – 53,5	34,0	28,9 – 39,0	68,0	63,7 – 72,4
Vancouver	37,5	32,2 – 42,8	45,4	39,4 – 51,3	30,2	24,3 – 36,2	65,5	59,9 – 71,2
Canada	**42,6**	**41,6 – 43,6**	**56,9**	**55,8 – 58,0**	**35,2**	**34,2 – 36,1**	**75,0**	**74,1 – 75,8**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse.
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.

À l'échelle des quelques régions sociosanitaires retenues ici, on remarque qu'au moins trois quarts des populations de Montréal (79 %), d'Ottawa (77 %) et de Winnipeg (80 %) ont eu besoin d'au moins un des services de premier contact, proportions légèrement supérieures à celle de l'ensemble du Canada.

Quant aux populations de Toronto (69 %), de Calgary (68 %) et de Vancouver (66 %), elles ont eu besoin de ces mêmes services à un degré moindre.

Sur un plan détaillé des services de premier contact, nous remarquons que plus de la moitié (57 %) des Canadiens ont rapporté avoir eu besoin de soins de routine ou de suivi pour eux-

mêmes ou un membre de leur famille au cours de la période de référence. Cette proportion est significativement plus élevée au Nouveau-Brunswick (64 %), au Québec (63 %) et en Nouvelle-Écosse (62 %), mais nettement plus faible en Alberta (47 %), en Colombie-Britannique (52 %) et en Saskatchewan (52 %).

Un peu plus de six personnes sur dix (62 %) de la population de Montréal ont indiqué avoir eu besoin de soins de routine, se démarquant ainsi de leurs homologues des régions de Toronto (51 %), de Calgary (48 %) et de Vancouver (45 %).

Au chapitre des renseignements ou des conseils en matière de santé, plus de quatre Canadiens sur dix (43 %) ont indiqué en avoir eu besoin au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, soit pour eux-mêmes ou un membre de leur famille. Le Québec se situe près de la moyenne nationale (41 %), tout comme l'Ontario (44 %), l'Alberta (41 %), la Saskatchewan (42 %) et la Colombie-Britannique (42 %).

Par ailleurs, les populations d'Ottawa (55 %) et de Winnipeg (50 %) ont rapporté avoir eu besoin de services de renseignements ou de conseils en matière de santé en des proportions plus élevées que celles des autres régions du Canada (proportions allant de 38 % à 41 %). Les besoins de la population de Montréal à cet égard se rapprochent de la moyenne canadienne (41 %).

Enfin, les besoins en soins immédiats pour un problème de santé mineur touchent un peu plus du tiers de la population canadienne (35 %). La population québécoise ne se démarque pas du tout de cette dernière (34 %); c'est le cas également des populations ontarienne (37 %), manitobaine (34 %), albertaine (36 %) ou de celle de la Saskatchewan (34 %).

La population de la région d'Ottawa (47 %) ressort davantage des populations des autres régions (proportions variant entre 30 % et 36 %) en ce qui a trait aux besoins de soins immédiats pour un problème de santé mineur. Environ trois montréalais sur dix (31 %) ont exprimé des besoins de ce type.

5.2 Besoins de services de premier contact selon quelques caractéristiques

Le médecin de famille joue un rôle important dans les services de santé de premier contact. Il n'est donc pas étonnant de constater que les besoins de services de premier contact varient sensiblement en fonction de la présence d'un médecin de famille. Mentionnons, en passant, que la majorité de la population canadienne (86 %) affirmait avoir un médecin de famille régulier et, qu'au Québec, cette proportion était significativement la plus faible (76 %) (tableau A2.1 en annexe). Dans la région de Montréal, environ sept personnes sur dix (71 %) ont rapporté avoir un médecin régulier.

Les personnes ayant déclaré avoir un médecin de famille régulier sont proportionnellement plus nombreuses que celles n'en ayant aucun, à avoir eu besoin de services de premier contact, et ce, peu importe le genre de services (soins de routine ou de suivi,

renseignements et conseils en matière de santé ou soins immédiats pour un problème de santé mineur) (tableau A2.8, en annexe).

Mise à part la présence d'un médecin de famille, d'autres caractéristiques de la population visée sont associées de façon significative (sur le plan statistique) aux besoins en services de premier contact : état de santé perçu, nombre de problèmes de santé chroniques, âge, sexe, scolarité du répondant, revenu du ménage et type du lieu de résidence (tableau A2.8, en annexe).

Il faut mentionner que ces associations (découlant de l'analyse des régressions logistiques univariées) se manifestent entre le type de besoins en services de premier contact et chacune des caractéristiques séparément (les rapports de cotes varient entre 0,6 et 3,4).

L'analyse des besoins en services de premier contact en fonction de toutes ces caractéristiques simultanément confirme plusieurs des résultats observés précédemment. Ainsi, la présence d'un médecin de famille se révèle importante pour tous les types de besoins en services de premier contact, particulièrement chez les personnes ayant eu besoin de services de soins de routine ou de suivi : la cote exprimant la possibilité d'avoir besoin de soins de routine ou de suivi est 2,5 fois plus élevée chez la population disant avoir un médecin de famille que chez celle qui déclare ne pas en avoir un (rapport de cotes égal à 2,5) (tableau 4). Elle est de 30 % et de 60 % plus élevée relativement aux besoins en matière de renseignements et de conseils en santé et aux besoins en soins immédiats respectivement (cotes : 1,3 et 1,6).

Dans ce même contexte d'analyse multivariée, les besoins de renseignements et de conseils en matière de santé ou en soins de routine et de suivi varient en fonction de toutes les variables sociodémographiques et de santé retenues; il en est de même pour les besoins de soins immédiats, sauf pour l'état de santé perçu, le revenu du ménage et le type du lieu de résidence.

Comparativement aux personnes âgées de 65 ans et plus, celles des autres groupes d'âge sont plus susceptibles d'avoir exprimé des besoins de renseignements et de conseils en matière de santé ou des besoins pour des soins immédiats (rapports de cotes variant entre 1,5 et 4,2 selon le cas). Par contre, nous remarquons l'inverse pour les besoins de soins de routine ou de suivi, ne serait-ce que partiellement. Fait à remarquer, les personnes de 25 à 44 ans semblent être plus susceptibles d'avoir besoin de conseils (cote égale à 2,4) ou de soins immédiats (cote égale à 4,2). À souligner également, les jeunes de 15 à 24 ans ont presque autant besoin de soins immédiats que les personnes de 25 à 44 ans (cote de 3,8 et 4,2 respectivement).

Peu importe le type de services de premier contact, les rapports de cotes pour les femmes sont plus élevées, particulièrement en ce qui a trait aux services de renseignements ou de conseils et de soins de routine et de suivi (cotes égales à 1,4 et 1,5 respectivement).

Tableau 4
Rapports de cotes corrigés (RC) pour les besoins de services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Canada, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé *(n = 30 733)*		Soins de routine *(n = 30 778)*		Soins immédiats pour un problème de santé mineur *(n = 30 751)*	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	**1,3 ***	1,1 – 1,5	**2,5 ***	2,2 – 2,9	**1,6 ***	1,4 – 1,9
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	**1,6***	1,3 – 1,8	**0,5***	0,4 – 0,6	**3,8***	3,2 – 4,5
25 – 44 ans	**2,4***	2.1 – 2,8	**0,8***	0,7 – 0,9	**4,2***	3,6 – 4,9
45 – 64 ans	**1,5***	1,3 – 1,7	1,0	0,9 – 1,1	**2,1***	1,8 – 2,4
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	**1,4***	1,2 – 1,5	**1,5***	1,3 – 1,6	**1,2***	1,1 – 1,3
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	**1,2***	1,1 – 1,4	**1,4 ***	1,2 – 1,6	1,0	0,9 – 1,2
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	**1,3***	1,1 – 1,4	**1,4 ***	1,3 – 1,6	**1,2***	1,0 – 1,3
Trois et plus	**1,9***	1,6 – 2,1	**2,3 ***	2,0 – 2,7	**1,6***	1,3 – 1,8
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	**1,3 ***	1,1 – 1,4	**1,2 ***	1,1 – 1,4	**1,2 ***	1,0 – 1,3
Diplôme post-secondaire	**1,7 ***	1,5 – 2,0	**1,5 ***	1,3 – 1,6	**1,5 ***	1,3 – 1,7
Revenu du ménage						
Faible revenu	**0,8 ***	0,6 – 0,9	**0,7 ***	0,6 – 0,9	0,9	0,8 – 1,1
Revenu inconnu	**0,6 ***	0,5 – 0,7	**0,7 ***	0,6 – 0,8	**0,8 ***	0,7 – 1,0
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	**0,9 ***	0,8 – 1,0	**0,9 ***	0,8 – 1,0	0,9	0,8 – 1,0
Intermédiaire – rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse.
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de problèmes de santé chroniques varient en fonction des besoins en services de premier contact, et ce, sans égard au type de services : plus on a de problèmes chroniques diagnostiqués, plus les rapports de cotes sont élevés (de 1,3 à 2,3). Pour les besoins de soins de routine et de suivi en particulier, la cote est supérieure à deux fois (2,3) pour les personnes atteintes d'au moins trois problèmes de santé que pour celles qui n'en ont aucun. Par ailleurs, les personnes ayant un état de santé passable ou mauvais sont de 20 % à 40 % plus enclines à avoir rapporté des besoins de conseils ou de soins de routine et de suivi respectivement que celles dont l'état de santé est meilleur (excellent, très bon ou bon).

En outre, les besoins en services de premier contact varient en fonction du niveau de scolarité atteint : ainsi, les personnes ayant obtenu un diplôme d'études post-secondaires semblent avoir davantage besoin de recourir aux services que celles privées de diplôme d'études du niveau secondaire, peu importe le type de besoins exprimés (cotes variant entre 1,2 et 1,7).

Également, les personnes vivant en ménages de revenu faible sont moins enclines que celles de revenu plus élevé à exprimer des besoins de renseignements ou de conseils en matière de santé (cote égale à 0,8) ou des besoins de soins de routine et de suivi (cote égale à 0,7).

Enfin, vivre en zone urbaine diminue la cote d'avoir besoin de recourir aux services de conseils et de renseignements en matière de santé et de soins de routine ou de suivi (cotes égales à 0,9 dans les deux cas).

Certains de ces résultats (rapports de cotes corrigés) prévalent à l'échelle du Québec également (tableau 5) soit pour tous les types de besoins ou une partie d'entre eux. La présence d'un médecin de famille, par exemple, prend plus d'importance dans le cas des besoins de soins de routine et de suivi (cote égale à 3,6), et il en est ainsi, mais dans une moindre mesure, pour les problèmes de santé chroniques (cotes égales à 1,2 et 1,8 pour un ou deux et trois problèmes et plus respectivement). Une autre mesure de l'état de santé des individus, soit l'état de santé tel que perçu par les répondants eux-mêmes, y ajoute un effet supplémentaire : les personnes ayant un état de santé passable ou mauvais sont plus enclines à exprimer des besoins de renseignements et de soins de routine ou de suivi que celles dont l'état de santé perçu est excellent, très bon ou bon (cotes égales à 1,5 et 1,6 dans le même ordre).

L'âge, le sexe ainsi que le niveau de scolarité du répondant demeurent aussi des caractéristiques associées de façon significative aux besoins de services de premier contact, indépendamment de leur type, et ce, même en tenant compte des effets d'autres facteurs, comme le revenu ou le lieu de résidence. Les résultats suivent la même direction que pour l'ensemble du Canada, bien que l'ampleur soit quelque peu différente.

À titre d'exemple, l'effet du niveau de scolarité se limite à la population la plus scolarisée (détenant un diplôme d'études post-secondaires), peu importe le type de services (cotes variant entre 1,6 et 1,7).

Tableau 5
Rapports de cotes corrigés (RC) pour les besoins de services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Québec, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé *(n=3 713)*		Soins de routine *(n=3 720)*		Soins immédiats pour un problème de santé mineur *(n=3 720)*	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	1,1	0,8 – 1,4	**3,6***	2,7 – 4,7	**1,5***	1,1 – 2,0
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	**1,7***	1,1 – 2,4	**0,4***	0,3 – 0,7	**4,2***	2,9 – 6,2
25 – 44 ans	**2,5***	1,8 – 3,5	**0,6***	0,4 – 0,9	**4,6***	3,3 – 6,4
45 – 64 ans	1,1	0,8 – 1,4	0,8	0,6 – 1,1	**1,6***	1,2 – 2,2
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	**1,7***	1,4 – 2,0	**1,7***	1,4 – 2,1	**1,3***	1,0 – 1,6
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon†	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	**1,5***	1,0 – 2,1	**1,6 ***	1,1 – 2,3	1,1	0,8 – 1,5
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	1,2	0,9 – 1,6	1,2	0,9 – 1,5	1,2	0,9 – 1,5
Trois et plus	**1,5 ***	1,1 – 2,0	**1,8***	1,3 – 2,5	1,3	0,9 – 1,8
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	**1,2**	0,9 – 1,6	1,3	1,0 – 1,8	1,0	0,7 – 1,4
Diplôme post-secondaire	**1,7***	1,3 – 2,3	**1,6 ***	1,2 – 2,1	**1,6 ***	1,2 – 2,1
Revenu du ménage						
Faible revenu	0,7	0,5 – 1,1	**0,6***	0,4 – 0,9	0,9	0,6 – 1,3
Revenu inconnu	**0,6 ***	0,4 – 0,8	0,8	0,6 – 1,1	0,9	0,6 – 1,3
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	0,9	0,7 – 1,1	1,0	0,8 – 1,3	**0,8***	0,6 – 1,0
Intermédiaire – rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse.
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Le niveau de revenu connu du ménage ne semble être une caractéristique importante que pour les besoins de soins de routine ou de suivi. Enfin, contrairement à ce qu'on remarque au Canada, où le lieu de résidence est associé aux services de renseignements et de soins de routine, au Québec, ce facteur se révèle important pour les soins immédiats seulement : les personnes vivant en zone urbaine sont moins susceptibles que les autres à en exprimer le besoin (rapport de cotes égal à 0,8),

L'absence d'autres effets observés à l'échelle du Québec pourrait s'expliquer par la taille (plus faible) de l'échantillon québécois.

De cette première analyse pour l'ensemble du Canada, le Québec et la région sociosanitaire de Montréal, nous retenons les points suivants :

A. Ampleur des besoins en services de premier contact

L'ordre d'importance des besoins en services de premier contact est le même pour tous les territoires :

1. besoins en services de routine ou de suivi;
2. besoins relatifs aux renseignements ou aux conseils en matière de santé, et;
3. besoins pour des soins immédiats ou des problèmes de santé mineurs.

Le Québec se démarque du Canada au chapitre des soins de routine ou de suivi par une prévalence plus élevée (63 % c. 57 %), et il se trouve sur un pied d'égalité pour les deux autres types de services (41 % et 34 % respectivement pour les services de renseignements et les services de soins immédiats).

La région de Montréal suit le modèle du Québec pour chacun des types de services.

B. Facteurs associés

Voici, en résumé, les principaux facteurs associés aux besoins de services de premier contact selon le territoire et le type de services :

Facteur associé / territoire	Renseignements /conseils	Soins de routine	Soins immédiats
Canada			
Médecin de famille régulier	Oui	Oui	Oui
Groupe d'âge	Oui	Oui	Oui
Sexe	Oui	Oui	Oui
État de santé perçu	Oui	Oui	Non
Problèmes de santé chronique	Oui	Oui	Oui
Scolarité du répondant	Oui	Oui	Oui
Revenu du ménage	Oui	Oui	Oui
Lieu de résidence	Oui	Oui	Non
Québec			
Médecin de famille régulier	Non	Oui	Oui
Groupe d'âge	Oui	Oui	Oui
Sexe	Oui	Oui	Oui
État de santé perçu	Oui	Oui	Non
Problèmes de santé chronique	Oui	Oui	Non
Scolarité du répondant	Oui	Oui	Oui
Revenu du ménage	Oui	Oui	Non
Lieu de résidence	Non	Non	Oui
Montréal (données non analysées)			

5.3 Ampleur des difficultés d'accès aux services de premier contact

En raison de l'enchaînement des questions, l'analyse des difficultés d'accès aux services de premier contact repose sur les personnes ayant répondu affirmativement aux questions sur les besoins en services de premier contact correspondantes. Le répondant devait alors mentionner si, au cours des 12 derniers mois, il avait éprouvé des difficultés à obtenir pour lui-même ou un membre de sa famille :

- des renseignements ou des conseils en matière de santé (Question ACC_Q41);
- des services de santé de routine ou de suivi (Question ACC_Q51) ou;
- des soins immédiats pour un problème de santé mineur (Question ACC_Q61).

Comme le tableau A2.3 (en annexe) en fait foi, l'analyse des difficultés d'accès porte sur des échantillons plus restreints.

En suivant le même modèle que pour les besoins des services de premier contact, nous avons résumé ces trois questions par une nouvelle variable regroupant les personnes en deux catégories : celles ayant éprouvé des difficultés d'accès à au moins un de ces trois types de services (valeur égale à « oui ») et les autres (valeur égale à « non »).

Voici les résultats obtenus, autant pour la variable ainsi créée que pour ses composantes.

En 2003, près d'un Canadien sur quatre (24 %) qui a eu besoin de services de premier contact affirme avoir rencontré des difficultés d'accès (tableau 6). Les proportions les plus faibles sont observées en Saskatchewan (19 %), en Alberta (21 %) et en Colombie-Britannique (21 %); en revanche, au Manitoba, la proportion rapportée est significativement plus élevée que la moyenne nationale (27 %). Le Québec, quant à lui, se rapproche de la valeur pancanadienne (26 %).

Tableau 6
Proportion de la population canadienne ayant rencontré des difficultés d'accès aux services de premier contact parmi celle ayant eu besoin de services de premier contact selon le territoire, Canada, 2003

Territoire (province, région, total)	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur		Au moins un de ces services	
	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	15,8	12,1 – 19,4	20,3	16,9 – 23,8	23,9	18,2 – 29,7	24,4	20,9 – 27,9
Île-du-Prince-Édouard	18,5	15,0 – 22,1	17,4	13,2 – 21,7	27,4	22,3 – 32,5	25,9	22,2 – 29,7
Nouvelle-Écosse	15,1	11,8 – 18,5	14,5	12,0 – 17,1	25,9	21,7 – 30,1	24,3	21,5 – 27,1
Nouveau-Brunswick	17,4	14,6 – 20,2	15,5	13,3 – 17,7	23,8	20,2 – 27,4	25,1	22,7 – 27,6
Québec	**14,8**	**12,3 – 17,3**	**18,7**	**16,5 – 21,0**	**26,1**	**22,3 – 29,8**	**25,8**	**23,6 – 27,9**
Ontario	17,9	15,8 – 20,1	15,4	13,6 – 17,2	25,1	22,1 – 28,0	24,9	23,1 – 26,7
Manitoba	19,5	16,4 – 22,6	18,7	15,7 – 21,7	26,2	21,2 – 31,3	27,4	24,5 – 30,2
Saskatchewan	12,5	10,1 – 14,8	11,7	9,7 – 13,8	17,3	14,0 – 20,5	19,3	17,1 – 21,6
Alberta	12,9	10,4 – 15,4	13,2	10,8 – 15,7	21,9	18,0 – 25,8	21,1	18,5 – 23,7
Colombie-Britannique	16,2	13,6 – 18,7	12,3	10,3 – 14,4	20,8	17,0 – 24,5	21,3	19,0 – 23,6
Montréal	**16,5**	**12,2 – 20,8**	**21,1**	**15,7 – 26,4**	**24,8[E]**	**16,4 – 33,1**	**26,1[E]**	**21,6 – 30,5**
Ottawa	**21,3[E]**	12,9 – 29,7	**16,4[E]**	9,9 – 22,8	**23,9[E]**	12,0 – 35,7	29,0	20,8 – 37,1
Toronto	16,3	11,4 – 21,3	**12,7[E]**	8,5 – 16,9	23,3	16,4 – 30,3	22,1	17,5 – 26,6
Winnipeg	21,9	17,1 – 26,8	19,6	15,0 – 24,2	29,5	21,7 – 37,3	29,8	25,5 – 34,0
Calgary	**11,3[E]**	6,7 – 15,8	**9,1[E]**	5,4 – 12,8	**24,5[E]**	16,1 – 32,9	19,9	14,9 – 25,0
Vancouver	**13,0[E]**	7,0 – 18,9	**10,3[E]**	5,5 – 15,1	**11,2[E]**	4,6 – 17,8	**16,3[E]**	10,9 – 21,6
Canada	**16,2**	**15,2 – 17,3**	**15,8**	**14,9 – 16,8**	**24,2**	**22,6 – 25,9**	**24,2**	**23,2 – 25,2**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse.
[E] : *Coefficient de variation compris entre 16,7 % et 33,3 % inclusivement (interpréter avec prudence).*
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.

Si nous nous reportons aux données des régions sociosanitaires, nous constatons que l'importance des difficultés d'accès aux services de premier contact varie entre 16 % (région

de Vancouver) et 30 % (région de Winnipeg). Montréal se situe près de la moyenne canadienne (26 %).

Près d'un Canadien sur six (16 %) ayant eu besoin de renseignements ou de conseils en matière de santé pour lui-même ou un membre de sa famille a rapporté avoir eu des difficultés d'accès. La prévalence est significativement plus faible en Saskatchewan et en Alberta (13 %). Le Québec ne diffère pas de l'ensemble du pays (15 %).

Montréal (17 %) et Toronto (16 %) se retrouvent sur un pied d'égalité avec des prévalences équivalentes à la moyenne canadienne (16 %) pour les difficultés d'accès aux renseignements et conseils en matière de santé.

On retrouve une situation similaire en ce qui a trait aux besoins de soins de routine et de suivi, alors qu'environ une personne sur six (16 %) ayant eu ce type de besoin dit avoir rencontré des difficultés d'accès. À cet égard, on observe une prévalence significativement plus élevée au Québec (19 %) et à Terre-Neuve-Labrador (20 %), mais significativement plus faible, en Saskatchewan (12 %) et en Colombie-Britannique (12 %).

Au niveau des villes, la prévalence des difficultés d'accès aux soins de routine et de suivi observée à Montréal (21 %) est significativement supérieure à celles rapportées par les populations de Calgary (9 %) ou de Vancouver (10 %).

Quant aux besoins de soins immédiats pour un problème de santé mineur, environ le quart (24 %) de la population canadienne ayant eu ce type de besoin a fait part de difficultés d'accès. C'est en Saskatchewan que le taux est le plus bas (17 %). Le Québec affiche pour sa part une prévalence équivalente à celle de l'ensemble du pays (26 %).

C'est dans la région de Vancouver qu'on retrouve la plus faible proportion de difficultés d'accès pour des soins immédiats pour un problème de santé mineur, soit l'équivalent d'une personne sur neuf (11 %), tandis que la plus forte prévalence est observée à Winnipeg (environ trois personnes sur dix). À Montréal, une personne sur quatre (25 %) ayant eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur a dit avoir eu des difficultés d'accès.

5.4 Difficultés d'accès aux services de premier contact selon quelques caractéristiques

L'analyse préliminaire des difficultés d'obtenir des services de premier contact en fonction des caractéristiques retenues et du type de services nous révèle les associations statistiquement significatives suivantes (tableau A2.9 en annexe) :

- l'âge et le sexe sont associés aux difficultés à obtenir des services de premier contact peu importe le type de services;
- l'état de santé perçu, le nombre de problèmes de santé chroniques et le niveau de scolarité du répondant sont reliés aux difficultés d'obtenir des services de renseignements ou de conseils en matière de santé;

- la présence d'un médecin de famille, la scolarité du répondant et le type du lieu de résidence sont associés aux difficultés relatives aux services de routine et de suivi;
- le nombre de problèmes de santé chroniques et la scolarité du répondant sont en corrélation avec les difficultés à obtenir des services propres aux soins immédiats pour un problème de santé mineur.

Rappelons qu'il s'agit d'associations issues d'analyses logistiques univariées qui relient les difficultés d'accès aux différents services de premier contact à chacune des caractéristiques à l'étude.

L'étude des difficultés éprouvées pour la recherche des services de premier contact en fonction de toutes ces caractéristiques simultanément nous a fourni les résultats suivants.

Tout d'abord, la présence d'un médecin de famille ne s'est révélée importante que pour les soins de routine ou de suivi (tableau 7). Ainsi, les personnes ayant un médecin de famille sont deux fois moins sujettes à rencontrer des difficultés pour ce type de services que les personnes qui n'en ont aucun (cote égale à 0,5).

Avoir moins de 65 ans signifie plus de difficultés à obtenir des services de premier contact pour tous les types de services (rapports de cotes variant entre 1,5 et 3,2), mais surtout pour les soins de routine et de suivi (rapports de cotes de 2,2 à 3,2). Les femmes sont plus enclines à éprouver des difficultés à obtenir des services de routine (rapport de cotes égal à 1,3) ou des soins immédiats (rapport de cotes égal à 1,2).

Les personnes atteintes de trois problèmes de santé chroniques ou plus sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à obtenir des services de premier contact que celles qui n'en ont aucun (rapport de cotes égal à 1,6 partout).

Comparativement aux personnes faiblement scolarisées (sans diplôme d'études secondaires), celles ayant un diplôme d'études post-secondaires ont exprimé avoir eu plus de difficultés à obtenir des soins de routine et des soins immédiats pour un problème de santé mineur (rapport de cotes égal à 1,4 dans les deux cas).

Enfin, le lieu de résidence ne discrimine la population qu'à l'égard des difficultés d'obtenir des soins de routine ou de suivi. À ce chapitre, les personnes vivant en milieu urbain sont favorisées par rapport à celles vivant en zones intermédiaire et rurale (cote égale à 0,8).

Tableau 7
Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés à obtenir des services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Canada, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé *(n =12 787)*		Soins de routine *(n = 17 652)*		Soins immédiats pour un problème de santé mineur *(n = 9 807)*	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	0,8	0,6 – 1,0	**0,5 ***	0,4 – 0,6	0,9	0,6 – 1,2
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	**1,5***	1,0 – 2,3	**2,2***	1,5 – 3,0	**1,9***	1,3 – 2,8
25 – 44 ans	**2,0***	1,5 – 2,7	**3,2***	2,5 – 4,2	**2,4***	1,7 – 3,4
45 – 64 ans	**1,8***	1,4 – 2,4	**2,5***	1,9 – 3,1	**1,9***	1,4 – 2,8
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	1,2	1,0 – 1,4	**1,3***	1,1 – 1,5	**1,2***	1,0 – 1,5
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	**1,3***	1,0 – 1,7	1,2	0,9 – 1,5	0,9	0,6 – 1,2
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	1,1	0,9 – 1,4	1,1	0,9 – 1,3	1,1	0,8 – 1,3
Trois et plus	**1,6 ***	1,3 – 2,1	**1,6***	1,2 – 2,0	**1,6***	1,2 – 2,0
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	0,9	0,7 – 1,3	1,1	0,8 – 1,3	**1,4 ***	1,0 – 1,8
Diplôme post-secondaire	1,1	0,8 – 1,4	**1,4***	1,1 – 1,7	**1,4 ***	1,1 – 1,9
Revenu du ménage						
Faible revenu	0,8	0,6 – 1,1	0,9	0,6 – 1,2	1,4	1,0 – 2,0
Revenu inconnu	1,0	0,7 – 1,3	0,9	0,7 – 1,2	1,2	0,9 – 1,6
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	1,1	0,9 – 1,3	**0,8 ***	0,7 – 1,0	1,0	0,8 – 1,2
Intermédiaire – rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse.
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

La même analyse menée pour le Québec (tableau 8), nous révèle que les seules variables significatives (sur le plan statistique) ont surtout trait aux difficultés d'accès aux soins de routine et de suivi. Il s'agit, plus précisément, de la présence d'un médecin de famille (cote de 0,6 en faveur de ceux qui en ont un), de la perception de son état de santé (cote de 0,6 en faveur de ceux ayant un état de santé fragile) ainsi que de la scolarité du répondant (cote égale à 1,7 pour les personnes détenant un diplôme post-secondaire par rapport aux personnes faiblement scolarisées, c'est-à-dire sans diplôme d'études secondaires).

Les personnes âgées de moins de 65 ans, et dans une moindre mesure, les femmes, sont plus susceptibles de rencontrer des difficultés à obtenir des services de routine et de suivi et des services de soins immédiats que leur contrepartie (rapports de cotes variant entre 2,4 et 3 pour l'âge, et entre 1,5 et 1,6 pour les femmes).

Enfin, le nombre élevé de problèmes chroniques (trois et plus) comparativement à l'absence de problèmes constitue un obstacle important à l'obtention des services de soins immédiats (cote égale à 2).

L'absence d'autres effets observés dans l'échantillon québécois peut être attribuable à la taille insuffisante de l'échantillon.

Tableau 8
Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés à obtenir des services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Québec, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé *(n=1 412)*		Soins de routine *(n=2 349)*		Soins immédiats pour un problème de santé mineur *(n=1 102)*	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	1,0	0,6 – 1,8	**0,6 ***	0,4 – 0,9	0,8	0,5 – 1,4
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	1,0	0,4 – 2,6	**2,4***	1,2 – 4,8	2,3	0,9 – 6,1
25 – 44 ans	1,2	0,6 – 2,6	**3,0***	1,7 – 5,2	**2,8***	1,3 – 6,2
45 – 64 ans	1,6	0,8 – 3,4	**2,6***	1,5 – 4,4	**3,0***	1,3 – 6,9
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	1,2	0,8 – 1,9	**1,5***	1,1 – 2,1	**1,6***	1,1 – 2,4
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	0,8	0,4 – 1,6	**0,6 ***	0,4 – 1,0	1,2	0,5 – 2,8
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	0,9	0,5 – 1,5	0,9	0,6 – 1,3	1,3	0,8 – 2,1
Trois et plus	1,4	0,7 – 2,5	1,1	0,7 – 1,9	**2,0 ***	1,1 – 3,7
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	1,1	0,6 – 2,3	1,2	0,7 – 1,8	1,6	0,8 – 3,1
Diplôme post-secondaire	1,6	0,9 – 3,0	**1,7 ***	1,1 – 2,5	1,4	0,8 – 2,6
Revenu du ménage						
Faible revenu	0,9	0,3 – 2,4	1,0	0,5 – 2,0	2,2	0,9 – 5,3
Revenu inconnu	0,9	0,4 – 1,9	0,8	0,5 – 1,3	1,2	0,6 – 2,2
Revenu élevé	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine †	1,2	0,8 – 1,9	1,3	0,9 – 1,9	0,9	0,5 – 1,5
Intermédiaire - rurale	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse.
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Voici, en terminant cette section, les principaux résultats sur les difficultés d'accès aux services de premier contact pour le Canada, le Québec et la région sociosanitaire de Montréal.

A. Importance des difficultés à obtenir des services de premier contact

Pour l'ensemble du Canada et le Québec, ce sont les difficultés d'accès relatives aux soins immédiats pour un problème de santé mineur qui viennent au premier rang en des proportions semblables (le quart de la population visée). Les difficultés propres aux deux autres types de service de premier contact suivent en des proportions similaires pour le Canada. Par contre, celles liées aux services de routine et de suivi se démarquent un peu plus pour le Québec.

1. Canada, Québec : difficultés à obtenir des soins immédiats;

2a Canada : difficultés à obtenir des services de renseignements et des soins de routine;

2b. Québec : difficultés à obtenir des soins de routine;

3. Québec : difficultés à obtenir des services de renseignements ou des conseils.

Les données pour Montréal semblent correspondre à celles du Québec; toutefois, la petite taille de l'échantillon ne lui permet pas de se détacher des deux autres territoires.

B. Facteurs associés

Voici, en résumé, les principaux facteurs associés aux difficultés d'accès aux services de premier contact selon le territoire et le type de services :

Facteur associé / territoire	Renseignements /conseils	Soins de routine	Soins immédiats
Canada			
Médecin de famille régulier	Non	Oui	Non
Groupe d'âge	Oui	Oui	Oui
Sexe	Non	Oui	Oui
État de santé perçu	Oui	Non	Non
Problèmes de santé chronique	Oui	Oui	Oui
Scolarité du répondant	Non	Oui	Oui
Lieu de résidence	Non	Oui	Non
Québec			
Médecin de famille régulier	Non	Oui	Non
Groupe d'âge	Non	Oui	Oui
Sexe	Non	Oui	Oui
État de santé perçu	Non	Oui	Non
Problèmes de santé chronique	Non	Non	Oui
Scolarité du répondant	Non	Oui	Non
Montréal (données non analysées)			

5.5 Nature des principales difficultés d'accès rapportées

Les personnes ayant éprouvé des difficultés à obtenir des services de premier contact, devaient, tout d'abord, indiquer le moment de la semaine où ces difficultés sont arrivées et, le cas échéant, le genre des difficultés rencontrées. Le moment de la semaine était détaillé en trois plages horaires, que voici :

- Heures régulières du bureau (de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi) (questions ACC_Q42, ACC_Q52, ACC_Q62);
- Soirée et fin de semaine (de 17 h à 21 h, du lundi au vendredi, ou de 9 h à 17 h, les samedi et dimanche) (questions ACC_Q44, ACC_Q54, ACC_Q64);
- Milieu de la nuit (questions ACC_46, ACC_Q66).

Quant au genre de difficultés éprouvées, la personne interviewée était invitée à choisir toutes les réponses appropriées à une série de questions englobant un éventail de raisons de nature organisationnelle ou individuelle (questions ACC_Q43, ACC_Q45, ACC_Q47, ACC_Q53, ACC_Q55, ACC_Q63. ACC_Q65, ACC_Q67).

La présente analyse porte sur les motifs d'ordre organisationnel, regroupés en deux catégories, soit les difficultés d'accessibilité et les difficultés de réactivité (voir la section 4.1.1 pour les détails). Enfin, pour simplifier l'analyse nous avons aussi procédé à un regroupement des réponses, abstraction faite du moment de la journée ou de la semaine où l'événement s'est produit.

L'analyse des difficultés d'accessibilité et de réactivité s'est appuyée sur un sous-ensemble de personnes ayant éprouvé des difficultés d'obtenir des services de premier contact; comme il s'agit de difficultés particulières, on établit leur importance par rapport aux personnes ayant eu besoin de services de premier contact. Ainsi, les personnes ayant rencontré d'autres types de difficultés que des difficultés d'accessibilité ou de réactivité sont regroupées avec celles qui n'en ont éprouvé aucune.

Par ailleurs, il est possible qu'une personne ait eu à la fois des difficultés d'accessibilité et de réactivité, il s'agit donc de deux groupes qui ne sont pas mutuellement exclusifs.

(Voir tableau A2.3 en annexe soulignant la taille de l'échantillon disponible pour ces analyses.)

Voici, à tour de rôle, les résultats de l'enquête relatifs à ces deux concepts.

Mentionnons d'entrée de jeu que les données sur les difficultés d'accessibilité et de réactivité constituent des sous-groupes pour l'ensemble des difficultés éprouvées. À elles seules, les difficultés d'accessibilité représentent, en fait, 94 %, 67 % et 91 % des difficultés exprimées pour des soins de routine, des services de renseignements et conseils et pour des soins immédiats respectivement. Les difficultés de réactivité, quant à elles, correspondent à 23 %, 31 % et 50 % des difficultés rapportées pour les soins de routine, de renseignements et conseils et pour les soins immédiats dans le même ordre. Il n'est alors pas surprenant de

constater que les données des tableaux 9 et 10 reflètent en grande partie celles des tableaux 6 et 7.

Ainsi, au chapitre des difficultés d'accessibilité, le dixième (10 %) de la population canadienne ayant eu besoin de services de conseils ou de renseignements en matière de santé a rencontré des problèmes, tandis que pour les services de routine ou de suivi et ceux de soins immédiats, les proportions sont plus élevées, soit environ le septième (14 %) et le cinquième (21 %) des populations équivalentes respectivement.

Le Québec et la région de Montréal ne se démarquent pas vraiment de la moyenne canadienne (tableau 9), tout comme la majorité des autres provinces et régions sociosanitaires; seules les populations de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique sont plus favorisées que l'ensemble de la population canadienne à l'égard des services de conseils ou de renseignements (6 % et 7 % c. 10 % dans l'ordre) et de routine ou de suivi (10 % chacune c. 14 %), et celle de la Saskatchewan pour les soins reliés aux problèmes urgents mineurs (14 % c. 21 %). Par contre, les populations de Terre-Neuve-Labrador et du Manitoba pour les soins de routine et de suivi (18 % et 17 % c. 14 %), et celle de l'Île-du-Prince-Édouard (14 % c. 10 %) pour les services de conseils ou de renseignements sont moins favorisées que la population canadienne correspondante.

Les difficultés de réactivité (attente trop longue dans la salle d'attente ou conseils inadéquats) se limitent surtout aux services relatifs aux soins immédiats pour un problème mineur (12 % de la population ayant eu besoin de ce type de services), tandis qu'elles sont plutôt marginales pour les deux autres types de services de premier contact (conseils et renseignements en matière de santé : 5 %; soins de routine ou de suivi : 3 %) (tableau 10). Toutes proportions gardées, la population de la Saskatchewan est plus choyée que l'ensemble de la population canadienne (8 % c. 12 %), contrairement à celle de l'Île-du-Prince-Édouard qui l'est moins (17 % c. 12 %). Au chapitre des difficultés pour les services de conseils et de renseignements, le Québec est mieux placé que l'ensemble du Canada (2,7 % c. 4,6 %), en revanche Terre-Neuve et le Labrador sont moins bien placés (7,6 % c. 4,6 %).

À quelques exceptions près, la majorité des données à l'échelle des régions sociosanitaires, sont entachées d'une grande variabilité d'échantillonnage et sont présentées à titre d'information. Il en est de même pour une bonne partie des données provinciales sur les difficultés de réactivité relatives aux services de conseils et de renseignements ou des services de routine et de suivi.

En somme, la majorité des difficultés identifiées par rapport aux services de premier contact se rapportent à des difficultés d'accessibilité et de réactivité surtout en matière de services pour des soins immédiats.

Tableau 9
Proportion (en %) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés d'accessibilité aux services de premier contact parmi celle ayant eu besoin de services de premier contact selon le territoire, Canada, 2003

Territoire	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur	
	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	11,5	8,3 – 14,7	17,6	14,2 – 20,9	22,1	16,4 – 27,7
Île-du-Prince-Édouard	13,8	10,7 – 17,0	15,2	11,4 – 19,0	24,0	19,0 – 28,9
Nouvelle-Écosse	10,6	7,7 – 13,5	13,7	11,2 – 16,2	21,9	18,2 – 25,6
Nouveau-Brunswick	11,5	9,0 – 14,1	13,3	11,2 – 15,5	21,5	18,0 – 24,9
Québec	**11,3**	**9,2 – 13,4**	**15,8**	**13,6 – 18,0**	**24,0**	**20,3 – 27,7**
Ontario	10,5	8,7 – 12,3	13,1	11,4 – 14,8	21,4	18,5 – 24,2
Manitoba	11,7	8,9 – 14,5	16,5	13,6 – 19,4	23,8	18,7 – 28,8
Saskatchewan	6,1	4,3 – 7,9	9,5	7,6 – 11,4	13,5	10,5 – 16,5
Alberta	8,2	6,1 – 10,4	11,5	9,2 – 13,9	18,2	14,6 – 21,7
Colombie-Britannique	7,4	5,6 – 9,2	10,1	8,2 – 12,0	17,5	13,9 – 21,1
Montréal	**13,5**	**9,6 – 17,5**	**18,8**	**13,4 – 24,1**	**22,8 [E]**	**14,5 – 31,1**
Ottawa	**8,1 [E]**	3,3 – 12,9	**14,8 [E]**	**8,4 – 21,2**	**19,2 [E]**	8,2 – 30,2
Toronto	**11,8 [E]**	7,1 – 16,4	**11,1 [E]**	**7,3 – 14,9**	**20,4 [E]**	13,7 – 27,1
Winnipeg	**13,3 [E]**	8,9 – 17,6	17,1	12,8 – 21,5	26,4	18,7 – 34,1
Calgary	**8,5 [E]**	**4,4 – 12,5**	**7,2 [E]**	**3,8 – 10,5**	**19,8 [E]**	12,2 – 27,3
Vancouver	**…**	**…**	**6,5 [E]**	**2,3 – 10,7**	**10,5 [E]**	4,0 – 17,1
Canada	**10,1**	**9,1 – 11,0**	**13,5**	**12,5 – 14,4**	**21,1**	**19,5 - 22,6**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse.
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.
[E] *: Coefficient de variation compris entre 16,7 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).*
… *Données non présentées à cause de l'extrême variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation supérieur à 33,3 %).*

Tableau 10
Proportion (en %) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés de réactivité aux services de premier contact parmi celle ayant eu besoin de services de premier contact selon le territoire, Canada, 2003

Territoire	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur	
	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance	%	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	**7,6** [E]	4,7 – 10,6	**5,6** [E]	3,3 – 7,9	11,1	7,6 – 14,5
Île-du-Prince-Édouard	**4,8** [E]	2,5 – 7,1	**4,9** [E]	2,7 – 7,0	16,7	12,0 – 21,4
Nouvelle-Écosse	**4,9** [E]	2,9 – 6,9	**3,5** [E]	2,2 – 4,9	13,7	10,7 – 16,8
Nouveau-Brunswick	4,5	3,2 – 5,9	**3,3** [E]	2,2 – 4,5	11,4	9,0 – 13,8
Québec	**2,7** [E]	1,8 – 3,6	3,8	2,7 – 4,9	11,9	9,3 – 14,5
Ontario	4,8	3,6 – 6,1	2,7	2,0 – 3,5	11,6	9,4 – 13,8
Manitoba	**6,2** [E]	4,2 – 8,3	**5,1** [E]	3,2 – 7,1	12,3	8,8 – 15,9
Saskatchewan	4,0	2,8 – 5,3	**2,5** [E]	1,4 – 3,5	8,4	5,8 – 11,0
Alberta	4,3	3,0 – 5,5	**4,1** [E]	2,6 – 5,5	12,4	9,5 – 15,3
Colombie-Britannique	6,8	4,8 – 8,7	**3,0** [E]	1,8 – 4,1	10,8	7,4 – 14,1
Montréal	**4,6** [E]	2,1 – 7,1	**4,9** [E]	1,8 - 8,0	**15,2** [E]	8,4 – 22,0
Ottawa	**12,5** [E]	4,8 – 20,2	**…**	**…**	**…**	**…**
Toronto	**…**	…	**1,7** [E]	….	**11,9** [E]	6,7 – 17,1
Winnipeg	**7,4** [E]	4,3 – 10,6	**6,5** [E]	3,6 – 9,5	**14,5** [E]	9,0 – 20,0
Calgary	**4,2** [E]	1,7 – 6,6	**…**	…	**15,3** [E]	8,8 – 21,7
Vancouver	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**
Canada	**4,6**	**4,0 – 5,2**	**3,3**	**2,9 – 3,8**	**11,7**	**10,4 – 12,9**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.*
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse.
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.
[E] : *Coefficient de variation compris entre 16,7 % et 33,3 % inclusivement (interpréter avec prudence).*
… *Données non présentées à cause de l'extrême variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation supérieur à 33,3 %).*

5.6 Nature des principales difficultés d'accès rapportées selon quelques caractéristiques

5.6.1 Problèmes d'accessibilité

Les principaux facteurs associés aux problèmes d'accessibilité sont pratiquement les mêmes que ceux associés aux difficultés dans leur ensemble.

Tout d'abord, pour les services de premier contact reliés aux renseignements et aux conseils en matière de santé, mentionnons l'âge et le nombre de problèmes de santé chroniques : les personnes âgées de moins de 65 ans sont, en fait, moins favorisées que celles de 65 ans et

plus (rapports de cotes variant entre 1,9 et 2 selon le groupe d'âge) et il en est de même pour les personnes atteintes de plusieurs problèmes de santé chroniques (trois et plus; rapport de cotes égal à 1,5) (tableau 11).

En ce qui a trait aux services de routine et de suivi, la présence d'un médecin de famille, l'âge, le sexe, le nombre de problèmes de santé chroniques et la scolarité ressortent davantage en tant que facteurs significatifs. Les personnes ayant un médecin de famille régulier sont enclines à avoir moins de difficultés d'accessibilité (rapport de cotes égal à 0,5), par contre, les personnes âgées de moins de 65 ans, les femmes, celles ayant plusieurs problèmes chroniques et les plus scolarisées sont moins favorisées que leurs contreparties; ce sont surtout les personnes de moins de 65 ans qui sont le plus susceptibles de rencontrer des difficultés d'accessibilité (les rapports de cotes varient entre 2,7 et 3,9 selon le groupe d'âge).

Au chapitre des services de soins immédiats, c'est surtout l'âge qui joue un rôle prédominant et il est suivi du sexe, des problèmes de santé chroniques et de la scolarité. Les individus plus jeunes (âgés de moins de 65 ans), les femmes, ceux ayant plusieurs problèmes chroniques (3 et plus) et les plus scolarisés sont aux prises avec des problèmes d'accessibilité (rapports de cotes variant entre 1,8 et 2,5 pour l'âge, les autres variant de 1,3 à 1,4).

Les résultats observés à l'échelle canadienne s'étendent à la population québécoise, notamment au chapitre des services de routine ou de suivi, ainsi qu'à ceux de soins immédiats; l'âge, encore une fois, se révèle aussi important pour ces deux types de services, les personnes âgées de moins de 65 ans étant bien moins favorisées que leurs homologues de 65 ans et plus (rapports de cotes varient entre 2,1 et 3,2 selon le groupe et le type de services) (tableau 12); les femmes, également, sont moins favorisées que les hommes (rapports de cotes égaux à 1,5 et 1,6 respectivement pour les services de routine et les services de soins immédiats). Les personnes ayant un médecin régulier sont, par ailleurs, plus « protégées » que celles qui n'en ont aucun, lorsqu'il s'agit des services de routine ou de suivi (rapport de cotes égal à 0,6).

Enfin, la population ayant un haut niveau de scolarité est plus susceptible de rapporter des difficultés d'accessibilité propres aux soins de routine (rapport de cotes égal à 1,6), tandis que celle ayant trois problèmes de santé chroniques ou plus doit composer avec plus de difficultés relatives aux soins immédiats (rapport de cotes égal à 2,4).

Tableau 11
Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés d'accessibilité aux services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Canada, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé *(n = 12 579)*		Soins de routine *(n = 17 342)*		Soins immédiats pour un problème de santé mineur *(n = 9 965)*	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	0,8	0,6 – 1,1	**0,5***	0,4 – 0,6	0,8	0,6 – 1.1
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	1,3	0,8 – 2,2	**2,7***	1,8 – 3,9	**1,8***	1,2 – 2,8
25 – 44 ans	**2,0***	1,4 – 2,9	**3,9***	2,9 – 5,3	**2,5***	1,7 – 3,7
45 – 64 ans	**1,9***	1,3 – 2,6	**3,1***	2,3 – 4,0	**2,2***	1,5 – 3,3
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	1,1	0,8 – 1,3	**1,3***	1,1 – 1,6	**1,3***	1,1 – 1,6
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	1,1	0,8 – 1,5	1,2	0,9 – 1,6	0,8	0,6 – 1,1
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	1,1	0,8 – 1,4	1,0	0,8 – 1,3	1,0	0,8 – 1,3
Trois et plus	**1,5***	1,1 – 2,1	**1,6***	1,2 – 2,0	**1,4***	1,1 – 1,9
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	0,8	0,6 – 1,2	1,0	0,8 – 1,4	**1,4***	1,0 – 1,9
Diplôme post-secondaire	1,0	0,7 – 1,4	**1,4***	1,1 – 1,8	**1,3***	1,0 – 1,8
Revenu du ménage						
Faible revenu	0,7	0,5 – 1,1	0,8	0,6 – 1,2	1,4	1,0 – 2,1
Revenu inconnu	0,9	0,6 – 1,3	0,9	0,7 – 1,2	1,1	0,8 – 1,5
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	1,1	0,9 –1,4	0,9	0,7 – 1,0	0,9	0,7 – 1,0
Intermédiaire – rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus » sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse.
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Tableau 12
Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés d'accessibilité aux services de premier contact (selon le type de services) en fonction de quelques caractéristiques, Québec, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé *(n = 1 398)*		Soins de routine *(n = 2 295)*		Soins immédiats pour un problème de santé mineur *(n = 1 086)*	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	1,1	0,6 – 1,9	**0,6***	0,4 – 0,9	0,7	0,4 – 1,3
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	0,7	0,2 – 2,0	**2,5***	1,2 – 5,1	2,1	0,7 – 5,8
25 – 44 ans	1,1	0,5 – 2,5	**3,2***	1,7 – 5,8	**2,7***	1,2 – 6,5
45 – 64 ans	1,7	0,8 – 3,7	**2,9***	1,6 – 5,0	**2,9***	1,2 – 7,0
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	1,1	0,7 – 1,8	**1,5***	1,1 – 2,2	**1,6***	1,0 – 2,5
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	0,8	0,4 – 1,9	0,6	0,4 – 1,0	1,0	0,4 – 2,8
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	0,9	0,5 – 1,5	0,9	0,5 – 1,4	1,3	0,8 – 2,3
Trois et plus	1,0	0,5 – 2,1	1,1	0,6 – 1,9	**2,4***	1,3 – 4,5
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	1,1	0,5 – 2,2	1,1	0,6 – 1,8	1,7	0,9 – 3,4
Diplôme post-secondaire	1,3	0,7 – 2,3	**1,6***	1,0 – 2,4	1,4	0,7 – 2,5
Revenu du ménage						
Faible revenu	0,6	0,2 – 2,1	1,0	0,4 – 2,2	1,7	0,6 – 5,0
Revenu inconnu	0,9	0,4 – 2,2	0,9	0,6 – 1,5	1,3	0,7 – 2,5
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	1,3	0,8 –2,1	1,4	0,9 – 2,2	0,9	0,5 – 1,6
Intermédiaire – rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus » sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse.
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

5.6.2 Problèmes de réactivité

Tout comme pour les barrières d'accessibilité, les facteurs associés aux problèmes de réactivité sont à l'image de ceux pour l'ensemble des difficultés, bien qu'ils soient moins nombreux. Seul l'âge revendique sa place à tous les types de services de premier contact, et dans tous les cas le constat est le même : les personnes âgées de moins de 65 ans se buttent à plus de problèmes de réactivité que celles plus âgées (rapports de cotes varient de 2,2 à 3,2 selon le groupe d'âge et le type de services (tableau 13).

Outre l'âge, les personnes atteintes de trois problèmes chroniques ou plus (services de renseignements et de soins immédiats) et les plus scolarisées (soins immédiats) rencontrent davantage de difficultés de réactivité que leurs contreparties. Par ailleurs, les personnes ayant un état de santé fragile (passable ou mauvais) de même que celles affligées de plusieurs problèmes de santé chroniques ont presque deux fois plus la possibilité de rapporter des problèmes de réactivité en matière de renseignements ou de conseils de santé (rapport de cotes égal à 1,8).

Tableau 13
Rapports de cotes corrigés (RC) pour les difficultés de réactivité relatives aux services de premier contact (selon le type de services), Canada, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé *(n = 12 579)*		Soins de routine *(n = 17 342)*		Soins immédiats pour un problème de santé mineur *(n = 9 965)*	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	0,8	0,5 – 1,4	**0,5***	0,3 – 0,8	0,9	0,6 – 1,3
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	**2,6***	1,3 – 5,1	**2,7***	1,2 – 5,9	**2,5***	1,3 – 4,6
25 – 44 ans	**3,1***	1,9 – 5,2	**3,2***	1,7 – 5,9	**2,7***	1,5 – 5,0
45 – 64 ans	**2,9***	1,8 – 4,7	**2,8***	1,5 – 5,1	**2,2***	1,2 – 4,0
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	1,3	1,0 – 1,8	0,8	0,6 – 1,2	1,1	0,9 – 1,4
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	**1,8***	1,2 – 2,7	0,9	0,6 – 1,4	0,9	0,6 – 1,4
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	1,0	0,6 – 1,5	0,9	0,6 – 1,4	1,0	0,8 – 1,3
Trois et plus	**1,8***	1,1 – 2,8	1,2	0,8 – 2,0	**1,9***	1,4 – 2,6
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	0,7	0,5 – 1,1	1,1	0,7 – 1,8	**1,9***	1,3 – 2,8
Diplôme post-secondaire	0,8	0,5 – 1,2	1,4	0,9 – 2,1	**1,6***	1,1 – 2,3
Incapacité du revenu						
Faible revenu	0,8	0,5 – 1,3	0,9	0,5 – 1,6	1,4	0,9 – 2,3
Revenu inconnu	1,6	1,0 – 2,6	0,9	0,6 – 1,4	1,0	0,6 – 1,6
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	1,3		0,8	0,5 – 1,1	1,2	0,9 – 1,5
Intermédiaire – rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus » sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
n représente le nombre d'observations effectivement utilisées dans l'analyse.
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Il y a très peu à dire sur les résultats de la même analyse appliquée aux données québécoises en raison de la taille réduite de l'échantillon et de l'ampleur des difficultés de réactivité. Les seuls facteurs dignes de mention sont ceux reliés aux difficultés de réactivité propres aux soins immédiats : le sexe, la scolarité et le nombre de problèmes de santé chronique et vont dans le même sens que ceux notés auparavant; les personnes plus scolarisées (ayant au moins un diplôme d'études secondaires; rapport de cotes : 3,4 et 2,6 pour les niveaux intermédiaire et élevé respectivement), celles affligées de plus de trois problèmes chroniques (rapport de cotes égal à 2,7) et les femmes (rapport de cotes égal à 1,9) se heurtent à plus d'obstacles de réactivité que les autres.

Au terme de l'analyse de la nature des principales difficultés d'accès, nous retenons les éléments suivants :

A. Importance

Au chapitre des barrières d'accessibilité au Canada, ce sont celles reliées aux services de routine et de suivi qui viennent en tête, suivies de celles relatives aux services de renseignements ou de conseils en matière de santé et, en dernier lieu, celles liées aux soins immédiats. Au Québec, les problèmes d'accessibilité aux services de renseignements ou de conseils et aux soins de routine revêtent pratiquement la même importance et sont suivis par ceux relatifs aux soins immédiats.

En ce qui a trait aux problèmes de réactivité, les difficultés associées aux services de soins immédiats préoccupent davantage autant la population canadienne que québécoise.

B. Facteurs associés

Les principaux facteurs associés aux problèmes d'accessibilité et de réactivité selon le territoire et le type de services se résument comme suit :

Facteurs associés / dimension	**Renseignements / conseils**		**Soins de routine**		**Soins immédiats**	
Accessibilité	**Canada**	**Québec**	**Canada**	**Québec**	**Canada**	**Québec**
Médecin de famille	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
Groupe d'âge	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Sexe	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
État de santé perçu	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Problèmes de santé chroniques	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Scolarité	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non
Réactivité						
Médecin de famille	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Groupe d'âge	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Sexe	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
État de santé perçu	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Problèmes de santé chroniques	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
Scolarité	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui

6 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

La présente étude s'est d'abord concentrée sur les besoins de services de premier contact (appelés également services de santé primaires) et ensuite, sur les barrières à les obtenir. Trois types de services ont été investigués, soit les conseils et renseignements en matière de santé, les soins de routine et de suivi et les soins immédiats pour un problème de santé mineur. Il importe, a priori, de rappeler que la portion sur les services de premier contact était la seule partie du volet sur l'accès aux services où le répondant devait répondre en fonction de services requis pour lui-même ou un membre de sa famille. Rappelons aussi que les répondants à l'EASS, supplément de l'ESCC, constituent en fait un sous-groupe de cette dernière ayant une proportion plus élevée de femmes, de personnes plus scolarisées et mieux nanties que la population visée par l'enquête principale (Sanmartin et Ross, 2006) (tableaux A2.12, A2.13, A2.14, en annexe).

6.1 Les besoins de services de premier contact et les difficultés d'accès

Bien que l'ampleur des besoins de services de premier contact pris dans leur ensemble soit de 75 % pour l'ensemble du Canada, elle varie de 70 % en Alberta à 80 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce sont les besoins pour des soins de routine et de suivi qui sont les plus en prévalence, plus de la moitié des Canadiens (57 %) ayant rapporté avoir eu ce type de besoins au cours des 12 mois précédant l'enquête. Suivent les besoins pour des conseils et des renseignements en matière de santé alors qu'un peu plus de quatre Canadiens sur dix (42 %) ont exprimé avoir eu ce type de besoin et finalement les besoins de soins urgents pour un problème de santé mineur, auxquels plus d'un tiers des Canadiens (35 %) disent avoir été confrontés.

L'écart cité précédemment entre les provinces canadiennes s'explique principalement par la fluctuation observée au niveau des besoins de soins de routine et de suivi qui, tout en représentant les principaux besoins identifiés dans toutes les provinces, sont nettement plus prévalents dans l'est (Nouveau-Brunswick : 64 %; Québec : 63 %; Nouvelle-Écosse : 62 %) que dans l'ouest du Canada (Alberta : 47 %; Colombie-Britannique : 52 %; Saskatchewan : 52 %). On observe le même phénomène d'est en ouest au niveau des régions métropolitaines alors que plus de six Montréalais sur dix (62 %) rapportaient ce type de besoins comparativement à un Torontois sur deux (51 %) et à un peu moins d'une personne sur deux à Calgary (48 %) et Vancouver (45 %).

En ce qui a trait aux difficultés éprouvées, elles se manifestent davantage lors de la recherche des soins immédiats (le quart des personnes en ayant rapporté), et dans une moindre mesure à l'occasion du recours à des soins de routine ou de la recherche de renseignements ou de conseils en matière de santé (environ une personne sur six dans les deux cas).

La Saskatchewan présente les plus faibles proportions de difficultés rapportées, peu importe le genre de services étudiés (19 % pour l'ensemble). Elle est suivie de l'Alberta et de la

Colombie-Britannique pour les difficultés encourues relativement aux services de soins de routine ou de suivi. Le Québec suit le modèle de l'ensemble du pays, et c'est le cas également pour la majorité des autres provinces.

Au sujet de la nature des difficultés rencontrées, rappelons qu'aux fins de l'analyse nous avons regroupé ces dernières en deux catégories distinctes appuyées sur les concepts d'accessibilité et de réactivité respectivement. Ce regroupement était justifié par notre volonté de différencier les barrières relevant du processus de soins de celles liées à la performance du système de santé.

On retrouve majoritairement des difficultés d'accessibilité, surtout lors du recours aux soins immédiats et aux soins de routine (le cinquième et le septième de la population en ayant eu besoin respectivement) et un peu moins pour les services de renseignements ou de conseils en matière de santé (le dixième de la population ayant exprimé le besoin d'avoir recours à ces services); les barrières relatives à la réactivité (délai dans une salle d'attente avant de voir un professionnel de la santé ainsi que conseils inadéquats), sont plus importantes auprès de la population ayant éprouvé des difficultés pour obtenir des soins immédiats (environ 12 % de la population en ayant eu besoin).

Les écarts observés entre les provinces autant pour les besoins de recours aux services étudiés que pour les difficultés rencontrées pourraient refléter des différences soit au niveau de l'organisation des services de santé, soit à celui des profils sociodémographiques et de santé ou enfin, des différences quant aux attentes en regard des services visés.

À ce chapitre, l'étude de Sanmartin et Ross (2006) a révélé que les difficultés à obtenir des services de routine ou de suivi de même que des soins immédiats sont plus élevées au Québec et dans les provinces de l'est du pays comparativement aux provinces de l'ouest, et ce, tout en tenant compte de plusieurs facteurs simultanément (âge, sexe, état de santé, revenu, scolarité, etc.)

6.2 L'effet du médecin de famille

Le fait d'avoir accès à un médecin de famille est associé à tous les types de besoins de premier contact. Cet effet est particulièrement accentué dans les besoins de soins de routine et de suivi et un peu plus discret en ce qui concerne les besoins de soins immédiats pour un problème de santé mineur et les besoins de renseignements et de conseils sur la santé. On a observé les mêmes résultats pour le Québec. Ces observations confirment le rôle quasiment exclusif du médecin de famille en ce qui a trait aux soins de routine et de suivi alors qu'il est possible de recourir à d'autres ressources pour répondre aux autres types de besoins (CESSSS, 2000).

Les résultats relatifs à l'ampleur des difficultés rencontrées viennent confirmer l'interprétation précédente puisque l'accès à un médecin de famille réduit la possibilité de faire face à des difficultés d'accès aux soins de routine et de suivi et ce, peu importe leur nature, mais il n'est pas associé aux difficultés relatives aux deux autres types de services. Cet effet est robuste,

puisqu'il perdure en présence des autres variables retenues. Les mêmes remarques s'appliquent également à l'endroit du Québec.

Ces résultats suggèrent également que les personnes qui ne perçoivent pas de besoins de soins de suivi ou de routine ont moins tendance à ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille. Ainsi dans l'EASS de 2001, le principal motif invoqué par six individus sur dix (62,6 %) déclarant ne pas avoir de médecin de famille était qu'ils n'avaient pas essayé d'en avoir un alors que seulement un peu plus du quart (28,6 %) citaient qu'aucun médecin n'était disponible (Sanmartin et coll., 2002 B). Bien que l'accès à un médecin de famille soit considéré comme une condition essentielle pour accéder aux soins de santé, plusieurs études suggèrent que certains individus, en particulier ceux qui sont jeunes et en bonne santé, ne ressentent pas le besoin de disposer d'une telle ressource (Veugelers et coll., 2003; Viera et coll., 2006).

6.3 Les autres principaux facteurs associés aux besoins et difficultés d'accès

Le sexe ainsi que l'âge du répondant sont deux déterminants associés tant aux besoins de recours aux services de soins primaires qu'aux difficultés d'y avoir accès.

Le fait d'être une femme est associé tant à une plus grande utilisation des services de santé (Kasper, 2000; Rosenstock, 1966) qu'à un plus grand nombre de problèmes d'accès (Wellstood et coll.; 2006). La structure du questionnaire de l'EASS, qui s'enquérait du besoin de recours à des soins de premier contact pour soi ou un membre de sa famille, contribue probablement à amplifier ce lien. Il est en effet reconnu que la majorité des personnes responsables de la recherche de soins pour un autre membre de la famille, soit à titre de parent ou de proche aidant, sont des femmes (CESSSS, 2000).

Notre analyse révèle que les personnes âgées de moins de 65 ans sont plus nombreuses à identifier des besoins de conseils ou de renseignements, et de soins immédiats pour des problèmes de santé mineurs que les plus âgées. En revanche, elles sont plus susceptibles de rencontrer des difficultés d'accès tous types de services confondus. Ces résultats vont dans le sens de plusieurs études qui associent ce phénomène à des attentes moins élevées chez les personnes plus âgées, attentes souvent modulées par leurs expériences de soins antérieures (Coulter et Cleary, 2002; Sitzia et Wood, 1997).

L'état de santé, tel que mesuré par deux indicateurs distincts, influence à la fois les besoins de recours et les difficultés d'accès. D'une part, les gens se percevant en excellente, très bonne et bonne santé sont plus susceptibles d'exprimer des besoins de soins de premier contact. Dans une analyse écologique portant sur la consultation des médecins de famille en Nouvelle-Écosse, Veugelers et coll. (2003) suggèrent que l'association entre un meilleur état de santé de la population et la consultation des médecins de famille peut être interprétée comme le résultat d'une plus forte participation aux soins préventifs et primaires; en corollaire, les personnes n'étant pas préoccupées par l'obtention de soins curatifs peuvent rechercher plus activement des soins préventifs.

Par ailleurs, le second indicateur sur l'état de santé, à savoir le nombre de problèmes de santé chroniques, est relié aux besoins autant en services de renseignements et de conseils qu'en services de routine ou de suivi. Au chapitre des difficultés, il est associé à tous les types de services de premier contact. En général, le lien est plus fort chez les personnes atteintes d'au moins trois problèmes de santé chroniques. Nabalamba et Millar (2007) ont aussi remarqué une forte association entre le nombre de problèmes de santé chroniques et la probabilité de consulter un médecin dans une analyse effectuée sur les données de l'ESCC de 2005.

Le niveau socioéconomique est associé aux besoins de recours aux services de premier contact, les personnes les plus scolarisées étant plus susceptibles de manifester des besoins de recourir à ces services que les moins scolarisées. En regard du revenu, les familles issues d'un ménage à faible revenu sont moins susceptibles d'avoir besoin de services de premier contact que les familles les mieux nanties.

En ce qui concerne l'équité d'accès en fonction du niveau socioéconomique, nos résultats indiquent que la difficulté d'accès croît avec le niveau de scolarité du répondant et ce, dans les trois types de services à l'étude. Prenant en considération que les besoins de recours aux différents types de services de premier contact s'accroissent aussi en fonction de la scolarité ainsi que les nombreux liens relevés dans la littérature entre le niveau de scolarité et la préoccupation pour les questions préventives (Kasper, 2000; Benzeval et coll., 1995); ce résultat semble révéler qu'il y a iniquité d'accès en sens inverse de celui attendu. Toutefois, il va dans le même sens que les études qui concluent que les personnes plus scolarisées ont une plus grande capacité de reconnaître leurs besoins et de demander les services requis (Veugelers et coll., 2003; Dunlop et coll., 2000).

Quant au revenu faible, il est associé à une augmentation de la possibilité d'avoir des difficultés d'accès, mais seulement dans le cas des soins immédiats pour un problème mineur.

Le lieu de résidence influence seulement les besoins en soins de routine et de suivi. En effet, le fait de vivre en territoire urbain diminue légèrement la possibilité d'avoir des besoins de recours aux soins de routine et de suivi (cote de 0,9).

Quant à l'équité d'accès selon le territoire de résidence, le seul élément qui ressort de la présente analyse est que les résidents des grandes villes comme Montréal, Winnipeg et Ottawa ont une prévalence de problèmes d'accès aux soins de routine et de suivi plus élevée que la moyenne canadienne. Cette observation semble confirmer les constatations issues d'une étude récente de l'ICIS sur la répartition géographique des médecins au Canada (Pong et Pitblado, 2005). Ainsi, bien que la distribution des médecins favorise les régions urbaines, ce déséquilibre est compensé par le rôle plus élargi du médecin de famille en dehors des zones urbaines. Il en va de même de l'étude de Sanmartin et Ross (2006) qui mentionnent que le profil régional des difficultés d'accès de l'EASS 2003 ne semble pas être relié à la disponibilité de médecins de famille et généralistes telle qu'illustrée par le ratio médecin/population.

7 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'Enquête sur l'accès aux services de santé au Canada, réalisée en 2003 en marge de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes, aborde plusieurs aspects de l'accès aux services de santé, dont ceux portant sur les services de premier contact. Contrairement à l'enquête du même genre ayant eu lieu en 2001, celle de 2003 est représentative des provinces canadiennes, elle permet donc de dresser un profil assez complet de l'accès aux services de soins de santé à l'échelle pancanadienne.

Le présent rapport a exploité une partie des données de cette enquête, notamment celles portant sur les besoins en services de premier contact et les difficultés rencontrées pour y accéder. L'analyse s'est intéressée tant à leur ampleur qu'à leur association avec quelques caractéristiques de la population visée par l'enquête, telles l'âge, le sexe, l'état de santé, le niveau de scolarité, le niveau de revenu ou le type du lieu de résidence, et ce, en présence d'un médecin de famille. Il s'agissait d'une étude de type exploratoire.

Nous devons mentionner qu'une étude semblable à la nôtre, réalisée par Sanmartin et Ross (2006), portait sur la même banque de données et visait à mieux comprendre les caractéristiques des Canadiens rapportant des difficultés d'accès aux services de soins primaires relatifs aux examens de suivi ou de routine et aux soins immédiats pour un problème de santé mineur. Le présent rapport, quant à lui, s'est attardé à l'étude des principaux facteurs associés tant aux besoins qu'aux difficultés d'accès aux services de premier contact à l'échelle des populations canadienne, québécoise et montréalaise (lorsque la taille des échantillons correspondants le permettait). Les techniques d'analyse adoptées étant essentiellement semblables dans les deux cas, les résultats obtenus abondent dans le même sens, bien que les caractéristiques retenues aient été quelque peu différentes.

Nous avons alors remarqué que plusieurs provinces s'écartaient de la moyenne canadienne, surtout en ce qui a trait aux besoins pour des soins de routine ou de suivi (Nouveau-Brunswick, Québec, Nouvelle-Écosse, Alberta, Manitoba, Colombie-Britannique, Saskatchewan) ou les difficultés à les obtenir (Terre-Neuve-Labrador, Québec, Saskatchewan, Colombie-Britannique); par contre, les différences (significatives) entre les provinces et l'ensemble du Canada étaient moins nombreuses au chapitre des besoins et des difficultés éprouvées relativement aux services de renseignements et de conseils en matière de santé de même qu'à ceux pour des problèmes de santé mineurs. Il y a eu, par ailleurs, des écarts significatifs entre les provinces affichant les prévalences le plus élevées et celles ayant enregistré les prévalences le plus faibles.

Le Québec présente des prévalences plus élevées que la moyenne canadienne pour les besoins en soins de routine et les difficultés qui s'ensuivent, mais il fait meilleure figure au chapitre des barrières relatives à la réactivité pour obtenir des services de renseignements ou des conseils de santé.

La région de Montréal, quant à elle, affiche des prévalences des besoins et des difficultés très semblables à celles de l'ensemble de la province de Québec, indépendamment du type de service de premier contact.

La grande variation des besoins de recours aux services de premier contact auto-déclarés démontre l'importance de considérer cet élément dans toute étude sur l'accès aux services de santé, à tout le moins au Canada. Les raisons de l'important écart au niveau des besoins de soins de routine et de suivi qui se dessine entre l'ouest et l'est du pays constitue un axe de recherche à explorer.

Il ressort également de notre analyse que la présence d'un médecin de famille est un atout important en matière d'accessibilité des services de premier contact, mais elle ne constitue pas une panacée à tous les maux. En effet, elle est associée aux besoins de services de premier contact dans leur ensemble, mais n'est associée qu'aux difficultés d'accès ayant trait à des soins de routine et de suivi.

Nos résultats corroborent ceux de recherches portant sur les modes d'organisation des services de santé primaires à savoir qu'aucun modèle ne peut répondre seul à l'ensemble des besoins de la population en cette matière (Gray, 2003; Lamarche et coll., 2003). Ainsi, les organisations offrant des soins de suivi et de routine semblaient générer plus de problèmes d'accessibilité de la part de la population, mais s'en sortaient mieux eu égard à la réactivité. On retrouve une situation différente lorsque les organisations sont sollicitées pour des soins urgents pour des problèmes de santé mineurs. Dans ce cas, les problèmes de réactivité sont tout aussi présents que les difficultés d'accessibilité. En conséquence, nous recommandons de privilégier les recherches visant à mieux comprendre les effets de différents modes d'organisation de services de santé primaires.

Notre analyse révèle aussi que plusieurs facteurs, tant d'ordre socioéconomique que géographique, doivent être pris en considération au Canada, lorsqu'il est question d'équité d'accès en matière de soins de santé primaire.

Si la plupart des études portant sur l'équité d'accès ont concentré leur attention sur la possible iniquité d'accès affectant les clientèles socioéconomiquement défavorisées, notre analyse met en évidence une iniquité en sens inverse en ce qui a trait aux difficultés d'accès aux soins de routine et de suivi et aux soins immédiats, plus prononcées dans la couche aisée de la population, tel que définie par le niveau de scolarité. Tel que mentionné précédemment, il est fort possible que les attentes de cette couche de population soient plus élevées à ce chapitre.

En outre, il semble exister un dilemme en ce qui a trait à l'équité d'accès en fonction de la zone de résidence. Si d'une part le fait de résider en zone urbaine semble être associé à des besoins moins élevés en matière de certains services, notamment ceux ayant trait aux soins de routine et de suivi, ces mêmes populations font face à plus de problèmes d'accessibilité que la moyenne canadienne. Cela suggère également que le ratio médecin/population s'avère un indicateur d'accessibilité insuffisant en ce domaine.

Outre l'analyse des données de l'EASS, notre projet visait à évaluer la pertinence des données recueillies par cette enquête comme complément au cadre du suivi de l'évaluation des effets des transformations aux services médicaux de première ligne sur l'accès et la santé et le bien-être de la population montréalaise, mandat de l'équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS). Le cas échéant, nous nous proposions de faire certaines suggestions susceptibles d'augmenter la précision de cette enquête en regard des objectifs pour lesquels elle a été conçue.

Malgré la nature exploratoire de notre projet, il nous permet de conclure que l'EASS s'avère une source importante de données à exploiter pour mieux comprendre la problématique de l'accès et de l'équité d'accès aux services de santé primaires à l'échelle de la population et pour mieux suivre l'effet des transformations déjà implantées ou en cours d'implantation à travers le Canada.

En plus, l'EASS nous renseigne sur les motifs d'utilisation des services de santé primaires, ce qui représente un acquis par rapport à d'autres sources de données portant sur l'utilisation des services. En outre, l'EASS fournit des renseignements sur les besoins et les difficultés d'accès reflétant la perspective des consommateurs. Cela s'avère essentiel pour mieux comprendre les problèmes relatifs à l'accès et suivre les changements dans le temps.

Cette enquête se démarque nettement de celles portant sur l'utilisation des services de santé, puisque les besoins de recours aux services de santé primaires sont déterminés par le répondant lui-même, ils peuvent donc être analysés en fonction de plusieurs facteurs sociaux, culturels et autres influençant la décision de recourir aux services de santé primaires.

Afin d'augmenter la capacité de l'EASS à mieux suivre l'effet des réformes dans le domaine des soins de santé primaires, il importe :

- de mieux cerner l'expérience de recours de soins en se centrant sur l'expérience la plus récente au cours des 12 derniers mois;
- de questionner le répondant exclusivement sur son expérience personnelle;
- d'élargir la notion de médecin de famille afin d'inclure celle de source de soins usuelle qui correspond mieux aux caractéristiques des réformes en cours.

Puisque l'EASS a été mise en place pour suivre les effets des transformations apportées aux services médicaux de santé primaire, il convient de distinguer les éléments reliés au processus de ceux reliés aux résultats escomptés en regard de la performance du système de santé. L'accessibilité, composante du processus de recours aux services de santé, est reconnue comme un important indicateur de la qualité des services de santé. Par contre, la réactivité s'impose comme un important indicateur de la performance des services de santé. Pour cette raison, il serait essentiel de dissocier ces deux indicateurs dans l'EASS. Rappelons, toutefois, que dans sa forme actuelle l'EASS ne touche que deux des huit dimensions du concept de réactivité tel que défini par l'OMS (Valentine et coll., 2003). Dans la mesure où l'accent des réformes actuelles porte sur la réponse aux attentes de la population, il conviendrait de développer ce concept dans les enquêtes ultérieures.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abramowitz S, Cote AA, Berry E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. Quality Review Bulletin 1987; 13: 122-130.

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Services Research 1974; 9(3): 208-220.

Aday LA, Andersen R. Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. Medical Care 1981; 19(12): 4-27.

Badgley RF. Social and economic disparities under Canadian health care. International Journal of Health Services 1991; 21:659-671.

Benzeval M, Judge K, Smaje C. Beyond class, race, and ethnicity: deprivation and health in Britain. Health Services Research 1995; 30(1 Pt 2):163-177.

Birch S, Abelson J. Is reasonable access what we want Implications of, and challenges to, current Canadian policy on equity in health care. International Journal of Health Services 1993; 23: 629-653.

Cases C, Baudeau D. Peut-on quantifier les besoins de santé? Solidarité et Santé 2004; 1:17-22.

Chen J, Hou F. Soins de santé : Besoins non satisfaits. Rapports sur la santé 13 - n°82-003 au catalogue[2], 27-40. Statistique Canada, 2002.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes: Rapport et recommandations. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2000.

Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. La santé rurale aux mains des communautés rurales : Orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Ottawa, Ontario, 2002, 11 p.

Coulter A, Cleary P. Évaluer l'expérience des patients: comment peut-on améliorer les réseaux de santé. Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Paris. Organisation de coopération et développement économique, 2002, p.213-226.

DeVoe JE, Fryer GE, Phillips R, Green L. Receipt of preventive care among adults: Insurance status and usual source of care. American Journal of Public Health 2003; 93(5):786-791.

Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Medical Research Methodology 2006; 6:35.

Dunlop S, Coyte PC, McIsaac WJ. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: Results from the Canadian National Population Health Survey. Social Science and Medicine 2000; 51(1):123-133.

Eyles J, Birch S, Newbold KB. Delivering the goods? Access to family physician services in Canada: A comparison of 1985 and 1991. Journal of Health and Social Behavior 1995; 36: 322-332.

Finkelstein MM. Do factors other than need determine utilization of physicians' services in Ontario? Canadian Medical Association Journal 2001; 165(5):565-570.

Forrest CB, Starfield BH. Entry into primary care and continuity: The effects of access. American Journal of Public Health 1998; 88(9):1330-1336.

Forum national sur la santé. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier- Volume I – Rapport final du Forum national sur la santé. Ottawa, Ontario, 1997.

Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P. Towards a theory of continuity of care. Journal of the Royal Society of Medicine 2003; 96:160-166.

Health Canada. 2003 First Ministers' accord on health care renewal. Ottawa, Ontario, 2003.

Institute of Medicine in M. Millman (ed). Access to Health Care in America. Washington, DC, National Academy of Sciences, 1993.

Jalhay JM. Projet de sondage des attentes de la population de Montréal à l'égard des services de santé de première ligne : Concepts et méthodes. Montréal, Québec. Direction de santé publique de Montréal, 2003, 28 p.

Kasper JD. Asking about access: Challenges for surveys in a changing health care environment. Health Services Research 1998; 33:715-739.

Kasper JD. Health-care utilization and barriers to health care. In: Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S, editors. The Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London, England: Sage Publications Ltd., 2000; 323-338.

Kirby MJL, LeBreton M. La santé des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral : Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada - Volume six : Recommandations en vue d'une réforme. Rapport intérimaire sur l'état du système de soins de santé au Canada. Ottawa, Ontario. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002, 397 p.

Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty JL. Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Ottawa, Ontario, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2003, 87 p.

Lambrew JM, DeFriese GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. Medical Care 1996; 34(2):138-151.

Macinko JA, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries,1970-1998. Health Services Research 2003; 38(3):831-865.

Martinez J, Pampalon R, Hamel D, Raymond G. Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être? Montréal, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 10 p.

McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? Family practice 2002; 19(4):333-338.

Mechanic D. Medical Sociology. New York. Free Press, 1968.

Menec VH, Roos NR, Black C, Bogdanovic B. Characteristics of patients with a regular source of care. Canadian Journal of Public Health 2001; 92(4):299-303.

Nabalamba A, Millar WJ. Aller chez le médecin. Rapports sur la santé 2007; 18(1):25-39. Statistique Canada.

Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système plus performant. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé (OMS), 2000, 248 p.

Pong RW, Pitblado JR. Répartition géographique des médecins au Canada : Au-delà du nombre et du lieu. Ottawa, Ontario. Institut canadien d'information sur la santé, 2005, p. 1-154.

Rogers A, Hassell K, Nicolaas G. Conceptualizing need and demand in the NHS. In: Rogers A, Nicolaas G, Hassell K, editors. Demanding patients? Analysing the use of primary care. Buckingham, UK: Open University Press, 1999.

Rogers A. The problem of inappropriate demand: The view from primary care. In: Rogers A, Nicolaas G, Hassell K, editors. Demanding patients? Analysing the use of primary care. London: Open University Press, 1999.

Romanow RJ. Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé du Canada. Rapport final. Ottawa, Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada. Building on Values: The Future of Health Care in Canada, 2002, 427 p.

Rosenstock IM. Why people use health services. Milbank Memorial Fund Quarterly: Health Society 1966; 44(3):94-124.

Sanmartin C, Gendron F, Berthelot JM, Murphy K. Accès aux services de soins de santé au Canada, 2003. Ottawa, Ontario, Statistique Canada, Ministre de l'Industrie. Groupe d'analyse et de mesure de la santé, 2004, 33 p.

Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot JM. Besoins non satisfaits de soins de santé : Évolution. Rapports sur la santé 2002A; 13(3):17-24.

Sanmartin C, Houle C, Berthelot JM, White K. Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001. Ottawa, Statistique Canada. Groupe d'analyse et de mesure de la santé, 2002B, 34 p.

Sanmartin C, Ross N. Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada. Healthcare Policy 2006; 1(2):103-119.

Santé Canada. Les Canadiens en santé. Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002. Ottawa, Ontario, 2002.

Santé Canada. Un plan décennal pour consolider les soins de santé. Ottawa, Ontario, Santé Canada, 2004, p. 1-8.

Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual Source of Care and Nonurgent Emergency Department Use. Academy of Emergency Medicine 2002; 9:916-923.

Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. Social Science and Medicine 1997; 45(12):1829-1843.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly 2005; 83(3):457-502.

Starfield BH. Primary care: Balancing health needs, services and technology. 2 ed. New York: Oxford University Press, 1998.

Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB. Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. Health systems performance assessment - Debates, methods and empiricism. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003, p. 573-593.

Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Canadian Medical Association Journal 2006; 174(2):177-183.

Veugelers PJ, Yip AM, Elliott CE. Variation géographique de l'utilisation des services de santé en Nouvelle-Écosse. Maladies Chroniques au Canada 2003; 24(4):116-123.

Viera AJ, Pathman DE, Garrett JM. Adults' lack of a usual source of care: A matter of preference? Annals of Family Medicine 2006; 4(4):359-365.

Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. Medical Care 1988; 26(4):383-392.

Wellstood K, Wilson K, Eyles J. 'Reasonable access' to primary care: Assessing the role of individual and system characteristics. Health & Place 2006; 12(2):121-130.

Wilkinson R, Marmot M ed. Social determinants of health. The solid facts. Copenhague. WHO, 1998.

Williams DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health. Ann. Rev. Sociol. 1995; 21:349-386.

Wong J, Beglaryan H, Kilburn L, Orovan P. Turning the tide on demand for health care. Toronto, Ontario, The Change Foundation, 2005, 24 p.

ANNEXE 1
FORMULATION DES QUESTIONS UTILISÉES DANS NOTRE PROJET DE RECHERCHE

Questions de l'EASS retenues dans notre projet

Source : document 3226_Q2_V1_F_quest2003.pdf

ACC_Q40 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de renseignements ou de conseils en matière de santé pour vous-même ou un membre de votre famille?

Oui
Non
NSP, R

ACC_Q41 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà éprouvé des difficultés à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé dont vous aviez besoin pour vous-même ou un membre de votre famille?

Oui
Non
NSP, R

ACC_Q42 Avez-vous éprouvé des difficultés durant les heures « régulières » de bureau (c'est-à-dire, de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi)?

Oui
Non
N'en a pas eu besoin durant cette période
NSP, R

ACC_Q43 Quel genre de difficultés avez-vous éprouvé?

ACCC_Q43A	1	Difficulté à contacter un médecin ou une infirmière
ACCC_Q43B	2	N'avait pas de numéro de téléphone
ACCC_Q43C	3	N'a pas eu de réponse
ACCC_Q43D	4	A attendu trop longtemps avant de parler à quelqu'un
ACCC_Q43E	5	N'a pas eu les renseignements ou instructions appropriés
ACCC_Q43F	6	Problème de langue
ACCC_Q43G	7	Ne savait pas où aller / où appeler / mal informé(e)
ACCC_Q43H	8	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ACCC_Q43I	9	Autre – Précisez
		NSP, R

ACC_Q44 Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé en soirée et durant les fins de semaine (c'est-à-dire, de 17 h à 21 h, du lundi au vendredi, ou de 9 h à 17 h, les samedis et dimanches)?

Oui
Non
N'en a pas eu besoin durant cette période
NSP, R

ACC_Q45 Quel genre de difficultés avez-vous éprouvé?

ACCC_Q45A	1	Difficulté à contacter un médecin ou une infirmière
ACCC_Q45B	2	N'avait pas de numéro de téléphone

ACCC_Q45C	3	N'a pas eu de réponse
ACCC_Q45D	4	A attendu trop longtemps avant de parler à quelqu'un
ACCC_Q45E	5	N'a pas eu les renseignements ou instructions appropriés
ACCC_Q45F	6	Problème de langue
ACCC_Q45G	7	Ne savait pas où aller / où appeler / mal informé(e)
ACCC_Q45H	8	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ACCC_Q45I	9	Autre – Précisez
		NSP, R

ACC_Q46 Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé au milieu de la nuit?

Oui
Non
N'en a pas eu besoin durant cette période
NSP, R

ACC_Q47 Quel genre de difficultés avez-vous éprouvé?

ACCC_Q47A	1	Difficulté à contacter un médecin ou une infirmière
ACCC_Q47B	2	N'avait pas de numéro de téléphone
ACCC_Q47C	3	N'a pas eu de réponse
ACCC_Q47D	4	A attendu trop longtemps avant de parler à quelqu'un
ACCC_Q47E	5	N'a pas eu les renseignements ou instructions appropriés
ACCC_Q47F	6	Problème de langue
ACCC_Q47G	7	Ne savait pas où aller / où appeler / mal informé(e)
ACCC_Q47H	8	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ACCC_Q47I	9	Autre – Précisez
		NSP, R

ACC_Q50A Avez-vous un médecin régulier?

Oui
Non
NSP, R

ACC_Q50 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de services de santé de routine ou de suivi pour vous-même ou un membre de votre famille?

Oui
Non
NSP, R

ACC_Q51 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà éprouvé des difficultés à obtenir des services de santé de routine ou de suivi dont vous aviez besoin pour vous-même ou un membre de votre famille?

Oui
Non
NSP, R

ACC_Q52 Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir ces soins durant les heures « régulières » de bureau (c'est-à-dire, de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi)?

Oui
Non
N'en a pas eu besoin durant cette période
NSP, R

ACCC_Q53 Quel genre de difficultés avez-vous éprouvé?

ACCC_Q53A	1	Difficulté à contacter un médecin
ACCC_Q53B	2	Difficulté à obtenir un rendez-vous
ACCC_Q53C	3	N'a pas de médecin personnel ou de famille
ACCC_Q53D	4	A attendu trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous
ACCC_Q53E	5	A attendu trop longtemps avant de voir le médecin (par ex., à son cabinet)
ACCC_Q53F	6	Service non disponible au moment requis
ACCC_Q53G	7	Service non disponible dans la région
ACCC_Q53H	8	Problèmes de transport
ACCC_Q53I	9	Problème de langue
ACCC_Q53J	10	Coût
ACCC_Q53K	11	Ne savait pas où aller (c.-à-d., problèmes d'information)
ACCC_Q53L	12	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ACCC_Q53M	13	Autre – Précisez
		NSP, R

ACC_Q54 Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir ces soins en soirée et durant les fins de semaine (c'est-à-dire, de 17 h à 21 h, du lundi au vendredi, ou de 9 h à 17 h, les samedis et dimanches)?

Oui
Non
N'en a pas eu besoin durant cette période
NSP, R

ACC_Q55 Quel genre de difficultés avez-vous éprouvé?

ACCC_Q55A	1	Difficulté à contacter un médecin
ACCC_Q55B	2	Difficulté à obtenir un rendez-vous
ACCC_Q55C	3	N'a pas de médecin personnel ou de famille
ACCC_Q55D	4	A attendu trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous
ACCC_Q55E	5	A attendu trop longtemps avant de voir le médecin (par ex., à son cabinet)
ACCC_Q55F	6	Service non disponible au moment requis
ACCC_Q55G	7	Service non disponible dans la région
ACCC_Q55H	8	Problèmes de transport
ACCC_Q55I	9	Problème de langue
ACCC_Q55J	10	Coût
ACCC_Q55K	11	Ne savait pas où aller (c.-à-d., problèmes d'information)
ACCC_Q55L	12	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ACCC_Q55M	13	Autre – Précisez
		NSP, R

ACC_Q60 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille avez eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur (comme la fièvre, des maux de tête, une foulure de la cheville, des vomissements ou des éruptions cutanées)?

Oui
Non
NSP, R

ACC_Q61 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà éprouvé des difficultés à obtenir les soins immédiats nécessaires pour un problème de santé mineur pour vous-même ou un membre de votre famille?

Oui
Non
NSP, R

ACC_Q62 Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir ces soins durant les heures « régulières » de bureau (c'est-à-dire, de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi)?

Oui
Non
N'en a pas eu besoin durant cette période
NSP, R

ACC_Q63 Quel genre de difficultés avez-vous éprouvé?

ACCC_Q63A	1	Difficulté à contacter un médecin
ACCC_Q63B	2	Difficulté à obtenir un rendez-vous
ACCC_Q63C	3	N'a pas de médecin personnel ou de famille
ACCC_Q63D	4	A attendu trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous
ACCC_Q63E	5	A attendu trop longtemps avant de voir le médecin (par ex., à son cabinet)
ACCC_Q63F	6	Service non disponible au moment requis
ACCC_Q63G	7	Service non disponible dans la région
ACCC_Q63H	8	Problèmes de transport
ACCC_Q63I	9	Problème de langue
ACCC_Q63J	10	Coût
ACCC_Q63K	11	Ne savait pas où aller (c.-à-d., problèmes d'information)
ACCC_Q63L	12	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ACCC_Q63M	13	Autre – Précisez
		NSP, R

ACC_Q64 Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir ces soins en soirée et durant les fins de semaine (c'est-à-dire, de 17 h à 21 h, du lundi au vendredi, ou de 9 h à 17 h, les samedis et dimanches)?

Oui
Non
N'en a pas eu besoin durant cette période
NSP, R

ACC_Q65 Quel genre de difficultés avez-vous éprouvé?

ACCC_Q65A	1	Difficulté à contacter un médecin
ACCC_Q65B	2	Difficulté à obtenir un rendez-vous
ACCC_Q65C	3	N'a pas de médecin personnel ou de famille

ACCC_Q65D	4	A attendu trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous
ACCC_Q65E	5	A attendu trop longtemps avant de voir le médecin (par ex., à son cabinet)
ACCC_Q65F	6	Service non disponible au moment requis
ACCC_Q65G	7	Service non disponible dans la région
ACCC_Q65H	8	Problèmes de transport
ACCC_Q65I	9	Problème de langue
ACCC_Q65J	10	Coût
ACCC_Q65K	11	Ne savait pas où aller (c.-à-d., problèmes d'information)
ACCC_Q65L	12	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ACCC_Q65M	13	Autre – Précisez
		NSP, R

ACC_Q66 Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir ces soins au milieu de la nuit?

Oui
Non
N'en a pas eu besoin durant cette période
NSP, R

ACC_Q67 Quel genre de difficultés avez-vous éprouvé?

ACCC_Q67A	1	Difficulté à contacter un médecin
ACCC_Q67B	2	Difficulté à obtenir un rendez-vous
ACCC_Q67C	3	N'a pas de médecin personnel ou de famille
ACCC_Q67D	4	A attendu trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous
ACCC_Q67E	5	A attendu trop longtemps avant de voir le médecin (par ex., à son cabinet)
ACCC_Q67F	6	Service non disponible au moment requis
ACCC_Q67G	7	Service non disponible dans la région
ACCC_Q67H	8	Problèmes de transport
ACCC_Q67I	9	Problème de langue
ACCC_Q67J	10	Coût
ACCC_Q67K	11	Ne savait pas où aller (c.-à-d., problèmes d'information)
ACCC_Q67L	12	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ACCC_Q67M	13	Autre – Précisez
		NSP, R

ANNEXE 2
TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES

Tableau A2.1
Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus en ménages privés ayant un médecin de famille, selon le territoire, Canada, 2003

Territoire (province, région, total)	%	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	87,3	85,5 – 89,2
Île-du-Prince-Édouard	92,0	89,9 – 94,1
Nouvelle-Écosse	94,8	93,5 – 96,2
Nouveau-Brunswick	93,0	91,9 – 94,1
Québec	75,5	73,5 – 77,5
Ontario	91,2	90,1 – 92,2
Manitoba	86,4	84,8 – 88,0
Saskatchewan	87,2	85,7 – 88,7
Alberta	85,3	83,3 – 87,2
Colombie-Britannique	89,0	87,6 – 90,3
Montréal	71,0	66,7 – 75,3
Ottawa	87,3	81,8 – 92,7
Toronto	88,2	85,6 – 90,8
Winnipeg	88,2	85,9 – 90,5
Calgary	83,6	79,7 – 87,5
Vancouver	85,3	81,9 – 88,8
Canada	86,3	85,7 – 87,0

Source des données : *Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003*
Note : *Les cas de non-réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse. Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.*

Tableau A2.2
Répartition (en %) de la population canadienne de 15 ans et plus en ménages privés selon quelques caractéristiques, Canada, 2003

Caractéristique / modalité	%	Intervalle de confiance	Effectifs pondérés (en milliers)	Taille de l'échantillon
État de santé perçu				
Excellent	22,0	21,2 – 22,9	5 550	6 367
Très bon	35,6	34,6 – 36,5	8 970	11 492
Bon	31,2	30,3 – 32,1	7 868	9 549
Passable	8,9	8,3 – 9,5	2 244	3 506
Mauvais	2,3	2,1 – 2,6	589	1 058
Données manquantes	0,1		31	33
Excellent, très bon, bon	88,8	88,2 – 89,4	22 388	
Passable, mauvais	11,2	10,6 – 11,8	2 833	
Problèmes de santé chroniques				
Aucun	29,5	28,7 – 30,4	7 332	8 388
Un	26,5	25,5 – 27,4	6 573	7 723
Deux	17,4	16,6 – 18,2	4 312	5 568
Trois et plus	26,7	25,8 – 27,5	6 617	9 696
Données manquantes	1,7		416	630
Un ou deux	43,8	42,8 – 44,9	10 885	
Présence d'un médecin de famille				
Oui	86,2	85,7 – 87,0	21 761	27 904
Non	13,6		3 443	4 057
Données manquantes	0,2		47	44
Niveau de scolarité				
< Diplôme du secondaire	22,3	21,6 – 23,1	5 523	9 038
Diplôme du secondaire	19,4	18,6 – 20,3	4 806	5 715
Études post secondaires partielles	7,9	7,4 – 8,4	1 954	2 311
Diplôme d'études post-secondaires	50,4	49,4 – 51,4	12 470	14 448
Données manquantes	2,0		497	493
Lieu de résidence				
Zone urbaine	44,5	44,0 – 44,9	11 230	6 743
Zone intermédiaire	35,9	35,5 – 36,4	9 072	13 940
Zone rurale	16,6	19,2 – 20,0	4 949	11 322
Revenu du ménage				
Inférieur	2,5	2,2 – 2,8	541	1 070
Inférieur à moyen	6,0	5,5 – 6,4	1 272	2 557
Moyen	19,7	18,8 – 20,6	4 202	6 281
Moyen à supérieur	34,8	33,8 – 35,9	7 432	9 446
Supérieur	37,0	35,9 – 38,1	7 896	7 367
Données manquantes	15,5		3 908	5 284
Faible	8,5	8,0 – 9,0	1 813	3 646
Revenu élevé	91,5	91,0 – 92,0	19 529	23 788
Données manquantes	13,0		3 278	4 571
Total – fichier EASS 2003	**100,0**		**25 251**	**32 005**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003*
Note : *Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Les cas de non-réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse (donc des répartitions en %).
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.

Tableau A2.3
Nombre d'observations selon le thème abordé, le genre des services de premier contact et le territoire, Canada, 2003

Territoire / Genre de services de premier contact	Besoins de services	Difficultés éprouvées	Accessibilité - réactivité
Canada			
Renseignements ou conseils en matière de santé	32 005	13 251	2 075
Soins de routine ou de suivi	32 005	18 339	2 708
Soins immédiats	32 005	10 133	2 297
Au moins un de ces trois	32 005	23 673	
Québec			
Renseignements ou conseils en matière de santé	3 876	1 479	225
Soins de routine ou de suivi	3 876	2 450	438
Soins immédiats	3 876	1 143	296
Au moins un de ces trois	3 876	2 940	
Région de Montréal			
Renseignements ou conseils en matière de santé	765	308	58
Soins de routine ou de suivi	765	474	82
Soins immédiats	765	222	53
Au moins un de ces trois	765	586	

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003.*
Notes : *Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Les effectifs d'échantillonnage incluent les cas de non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré », « refus »).

Tableau A2.4
Effectifs (en milliers) de la population canadienne ayant eu besoin de services de premier contact, Canada, 2003 (données pondérées)

Territoire (province, région, total)	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur		Au moins un de ces services	
	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	157	145-169	258	245-272	163	150-177	329	318-340
Île-du-Prince-Édouard	57	53-61	65	61-70	43	39-47	90	87-94
Nouvelle-Écosse	355	330-380	471	450-491	296	269-322	609	590-628
Nouveau-Brunswick	252	237-266	390	376-404	229	215-243	480	468-493
Québec	**2 475**	**2 333-2 617**	**3 829**	**3 690-3 967**	**2 025**	**1 887-2 163**	**4 731**	**4 613-4 850**
Ontario	4 274	4 090-4 457	5 542	5 352-5 732	3 558	3 378-3 738	7 336	7 168-7 503
Manitoba	410	384-436	466	443-489	296	273-318	654	636-671
Saskatchewan	316	298-333	393	376-411	253	237-269	542	527-558
Alberta	1 000	933-1 068	1 154	1 083-1 226	880	814-946	1 709	1 646-1 772
Colombie-Britannique	1 410	1 336-1 485	1 748	1 676-1 819	1 092	1 025-1 160	2 414	2 347-2 482
Montréal	**648**	**567-729**	**992**	**900-1 085**	**491**	**411-571**	**1 259**	**1 164-1 354**
Ottawa	364	316-411	386	336-436	309	258-360	512	466-557
Toronto	831	730-932	1 118	1 015-1 220	666	569-763	1 517	1 412-1 621
Winnipeg	252	228-276	292	271-312	182	162-203	405	388-421
Calgary	343	297-389	440	393-488	309	263-356	620	579-662
Vancouver	195	166-224	236	203-270	157	125-190	342	307-377
Canada	**10 705**	**10 459-10 952**	**14 317**	**14 051-14 583**	**8 834**	**8 595-9 073**	**18 895**	**18 675-19 115**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.*
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus » sont exclus de l'analyse.
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.

Tableau A2.5
Effectifs (en milliers) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés d'accès aux services de premier contact parmi celle ayant eu besoin de services de premier contact, Canada, 2003 (données pondérées)

Territoire (province, région, total)	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur		Au moins un de ces services	
	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	25	18-31	52	43-62	39	29-49	80	68-92
Île-du-Prince-Édouard	11	8-13	11	8-14	12	9-14	23	20-27
Nouvelle-Écosse	54	42-65	68	56-81	77	64-89	148	132-164
Nouveau-Brunswick	44	36-51	60	52-69	54	45-64	121	108-133
Québec	**366**	**304-428**	**716**	**626-807**	**527**	**445-610**	**1 218**	**1 111-1 325**
Ontario	761	665-857	853	751-956	889	775-1 002	1 826	1 684-1 968
Manitoba	79	65-94	87	72-102	77	62-92	179	160-198
Saskatchewan	39	32-47	46	38-54	44	35-52	105	93-117
Alberta	129	103-154	153	124-181	192	156-229	361	316-406
Colombie-Britannique	226	187-266	215	179-252	226	183-270	514	457-572
Montréal	**107**	**78-136**	**209**	**15-267**	**121 [E]**	**72-170**	**328**	**265-391**
Ottawa	77 [E]	46-109	63 [E]	37-89	74 [E]	34-113	148	104-192
Toronto	135	92-178	142 [E]	94-190	155 [E]	103-208	335	260-409
Winnipeg	55	41-68	57	43-71	54	40-68	121	102-139
Calgary	38 [E]	23-54	40 [E]	24-56	76 [E]	47-104	124	91-156
Vancouver	25 [E]	13-36	24 [E]	12-37	…	…	56 [E]	36-75
Canada	**1 734**	**1 612-1 855**	**2 264**	**2 120-2 407**	**2 138**	**1 982-2 295**	**4 575**	**4 382-4 768**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.*
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus » sont exclus de l'analyse.
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.
[E] *: Coefficient de variation compris entre 16,7 % et 33,3 % inclusivement (interpréter avec prudence).*
… Données non publiables selon les normes de Statistique Canada (coefficient de variation supérieur à 33,3 %).

Tableau A2.6
Effectifs (en milliers) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés d'accessibilité aux services de premier contact parmi celle ayant eu des difficultés d'obtenir des services de premier contact, Canada, 2003 (données pondérées)

Territoire (province, région, total)	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur	
	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	18	12-23	35	28-43	25	17-33
Île-du-Prince-Édouard	7	5-9	8	6-11	7	5-9
Nouvelle-Écosse	37	27-47	53	42-65	31	23-39
Nouveau-Brunswick	27	21-34	43	35-50	28	21-35
Québec	**249**	**211-297**	**461**	**394-529**	**296**	**228-364**
Ontario	411	338-484	556	471-641	401	326-477
Manitoba	47	35-58	58	45-70	39	28-51
Saskatchewan	17	12-23	26	20-32	18	12-24
Alberta	78	57-100	116	89-142	63 E	39-87
Colombie-Britannique	94	69-119	135	105-165	125	89-161
Montréal	**79**	**55-103**	**107 E**	**69-144**	**65 E**	**26-105**
Ottawa	27 E	11-43	46 E	22-71	…	…
Toronto	90 E	52-128	91 E	54-129	66 E	34-99
Winnipeg	33 E	21-44	37	25-48	27 E	16-38
Calgary	28 E	14-42	25 E	11-40	…	…
Vancouver	…	…	…	…	…	…
Canada	**986**	**892-1 079**	**1 492**	**1 379-1 606**	**1 033**	**923-1 144**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.*
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus » sont exclus de l'analyse.
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.
E : *Coefficient de variation compris entre 16,7 % et 33,3 % inclusivement (interpréter avec prudence).*
… Données non publiables selon les normes de Statistique Canada (coefficient de variation supérieur à 33,3 %).

Tableau A2.7
Effectifs (en milliers) de la population canadienne ayant rencontré des difficultés de réactivité aux services de premier contact parmi celle ayant eu des difficultés d'obtenir des services de premier contact, Canada, 2003 (données pondérées)

Territoire (province, région, total)	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur	
	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance	en milliers	Intervalle de confiance
Terre-Neuve-Labrador	12 [E]	7-17	14 [E]	8-20	18	12-24
Île-du-Prince-Édouard	3 [E]	1-4	3 [E]	2-5	7	5-9
Nouvelle-Écosse	17 [E]	10-24	16 [E]	10-23	40	31-48
Nouveau-Brunswick	11	8-15	13 [E]	8-17	26	20-31
Québec	**65 [E]**	**43-87**	**141**	**100-183**	**238**	**186-291**
Ontario	203	150-255	149	106-192	406	326-485
Manitoba	25 E	16-33	23 [E]	15-32	36	25-47
Saskatchewan	12	8-16	9 [E]	5-14	20	14-27
Alberta	42	30-54	46 [E]	30-63	108	81-135
Colombie-Britannique	93	65-121	51 [E]	31-71	116	79-153
Montréal	**30 [E]**	**13-46**	**…**	**…**	**74 [E]**	**38-110**
Ottawa	45 [E]	17-73	…	…	…	…
Toronto	…	…	…	…	79 [E]	42-115
Winnipeg	18 [E]	10-26	19 [E]	10-27	26 [E]	16-36
Calgary	14 [E]	6-22	…	…	47 [E]	26-68
Vancouver	…	…	…	…	…	…
Canada	**482**	**415-550**	**466**	**400-533**	**1 015**	**906-1 124**

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.*
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus » sont exclus de l'analyse.
Les intervalles de confiance sont calculés au niveau de 95 %.
[E] : *Coefficient de variation compris entre 16,7% et 33,3% inclusivement (interpréter avec prudence).*
… Données non publiables selon les normes de Statistique Canada (coefficient de variation supérieur à 33,3 %).

Tableau A2.8
Rapports de cotes pour les besoins de services de premier contact (selon le type de services) – modèles de régression logistique univariée, Canada, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	**1,3 ***	1,2 – 1,5	**3,1 ***	2,7 – 3,6	**1,4 ***	1,2 – 1,6
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	1,0	0,9 – 1,2	0,3 *	0,3 – 0,4	2,7 *	2,3 – 3,1
25 – 44 ans	2,2 *	1,9 – 2,4	0,6 *	0,5 – 0,7	3,8 *	3,3 – 4,3
45 – 64 ans	1,4 *	1,3 – 1,6	0,9 *	0,8 – 1,0	2,0 *	1,7 – 2,2
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	1,4	1,3 – 1,5	1,6 *	1,5 – 1,7	1,2 *	1,1 – 1,3
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	**1,2 ***	1,0 – 1,3	**2,0 ***	1,8 – 2,3	**0,8 ***	0,7 – 0,9
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	**1,2 ***	1,1 – 1,4	**1,7 ***	1,5 – 1,9	1,1	1,0 – 1,2
Trois et plus	**1,7 ***	1,5 – 1,9	**3,4 ***	3,0 – 3,8	1,1	1,0 – 1,3
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	**1,5 ***	1,3 – 1,6	1,1	1,0 – 1,2	**1,4 ***	1,3 – 1,6
Diplôme post-secondaire	**2,1 ***	1,9 – 2,4	**1,4 ***	1,3 – 1,6	**1,8 ***	1,6 – 2,0
Revenu du ménage						
Faible revenu	**0,7 ***	0,6 – 0,8	**0,8 ***	0,7 – 0,9	**0,8 ***	0,7 – 0,9
Revenu inconnu	**0,6 ***	0,5 – 0,6	**0,6 ***	0,6 – 0,7	**0,8 ***	0,7 – 0,9
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	0,9	0,9 – 1,0	**0,9 ***	0,8 – 1,0	1,0	0,9 – 1,1
Intermédiaire-rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Tableau A2.9
Rapports de cotes pour les difficultés à obtenir des services de premier contact (selon le type de services) – modèles de régression logistique univariée, Canada, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	0,9	0,7 – 1,1	**0,4***	0,3 – 0,5	0,9	0,7 – 1,2
Non	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	1,3	0,9 – 1,8	1,8 *	1,3 – 2,4	1,6 *	1,1 – 2,4
25 – 44 ans	1,8 *	1,4 – 2,4	3,1 *	2,4 – 3,9	2,4 *	1,7 – 3,3
45 – 64 ans	1,8 *	1,4 – 2,3	2,4 *	1,9 – 3,0	2,0 *	1,4 – 2,8
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	1,2 *	1,0 – 1,4	1,2 *	1,0 – 1,4	1,3 *	1,1 – 1,5
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	**1,4***	1,1 – 1,7	1,1	0,9 – 1,3	0,9	0,7 – 1,2
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	1,1	0,9 – 1,4	0,9	0,8 –1,2	1,0	0,8 – 1,3
Trois et plus	**1,6***	1,2 – 2,0	1,2	1,0 – 1,5	**1,4 ***	1,1 – 1,7
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	1,1	0,8 – 1,4	**1,3***	1,0 – 1,6	**1,5 ***	1,1 – 1,9
Diplôme post-secondaire	**1,3***	1,0 – 1,6	**1,7***	1,4 – 2,1	**1,6 ***	1,2 – 2,0
Incapacité du revenu						
Faible revenu	0,8	0,6 – 1,1	0,9	0,6 – 1,2	1,3	0,9 – 1,8
Revenu inconnu	0,9	0,6 – 1,2	0,8	0,6 – 1,0	1,0	0,7 – 1,4
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	1,1	0,9 – 1,3	**0,8***	0,7 – 1,0	1,0	0,8 – 1,2
Intermédiaire-rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Tableau A2.10
Rapports de cotes pour les difficultés d'accessibilité aux services de premier contact (selon le type de services) – modèles de régression logistique univariée, Canada, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	0,8	0,6 – 1,1	**0,5 ***	0,4 – 0,6	0,8	0,6 – 1,1
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	1,2	0,7 – 1,9	**2,1 ***	1,5 – 3,0	**1,7 ***	1,1 – 2,6
25 – 44 ans	**2,0 ***	1,5 – 2,8	**3,6 ***	2,8 – 4,7	**2,7 ***	1,9 – 3,8
45 – 64 ans	**1,9 ***	1,3 – 2,6	**2,9 ***	2,2 – 3,7	**2,3 ***	1,6 – 3,4
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	1,0	0,8 – 1,3	**1,3 ***	1,1 – 1,5	**1,3 ***	1,1 – 1,6
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	1,1	0,8 – 1,5	1,1	0,9 – 1,4	0,8	0,6 – 1,1
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	1,1	0,8 – 1,4	0,9	0,7 – 1,1	1,0	0,8 – 1,2
Trois et plus	**1,4 ***	1,0 – 1,8	1,2	1,0 – 1,5	**1,3 ***	1,0 – 1,6
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	1,0	0,7 – 1,5	**1,3 ***	1,0 – 1,7	**1,5 ***	1,1 – 2,1
Diplôme post-secondaire	1,3	0,9 – 1,7	**1,8 ***	1,5 – 2,3	**1,6 ***	1,2 – 2,0
Revenu du ménage						
Faible revenu	1,0	0,5 – 1,1	0,8	0,6 – 1,2	1,3	0,9 –12,9
Revenu inconnu	0,7	0,5 – 1,1	0,8	0,6 – 1,0	1,0	0,7 – 1,3
Revenu élevé †	0,7	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	1,1	0,9 – 1,4	0,9	0,7 – 1,0	0,9	0,7 – 1,1
Intermédiaire-rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Tableau A2.11
Rapports de cotes pour les difficultés de réactivité relatives aux services de premier contact (selon le type de services) – modèles de régression logistique univariée, Canada, 2003

Caractéristique	Renseignements ou conseils en matière de santé		Soins de routine		Soins immédiats pour un problème de santé mineur	
	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance	RC	Intervalle de confiance
Médecin de famille						
Oui	1,0	0,5 – 1,6	**0,4 ***	0,3 – 0,7	0,9	0,7 – 1,3
Non †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Groupe d'âge						
15 – 24 ans	**2,0 ***	1,1 – 3,6	**2,2 ***	1,1 – 4,5	**2,1 ***	1,2 – 3,8
25 – 44 ans	**2,0 ***	1,3 – 3,1	**3,0 ***	1,8 – 5,4	**2,7 ***	1,5 – 4,7
45 – 64 ans	**2,3 ***	1,5 – 3,6	**2,7 ***	1,5 – 4,8	**2,3 ***	1,3 – 4,0
65 ans et plus †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Sexe						
Masculin †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Féminin	**1,4 ***	1,0 – 1,9	0,8	0,6 – 1,1	1,1	0,9 – 1,4
État de santé perçu						
Excellent, très bon, bon †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Passable, mauvais	**2,0 ***	1,3 – 2,9	0,8	0,6 – 1,2	1,0	0,7 – 1,4
Problèmes de santé chroniques						
Aucun †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un ou deux	1,0	0,6 – 1,5	0,8	0,5 – 1,2	1,0	0,7 – 1,3
Trois et plus	**1,8 ***	1,1 – 2,8	0,9	0,6 – 1,4	**1,6 ***	1,2 – 2,1
Scolarité du répondant						
Pas de diplôme d'études secondaires †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Diplôme du sec. & études post sec partielles	0,8	0,5 – 1,2	1,3	0,8 – 2,1	**2,0 ***	1,3 – 2,9
Diplôme post-secondaire	0,9	0,6 – 1,3	**1,7 ***	1,1 – 2,5	**1,7 ***	1,2 – 2,4
Revenu du ménage						
Faible revenu	1,0	0,7 – 1,5	0,9	0,5 – 1,4	1,3	0,8 – 2,1
Revenu inconnu	1,5	0,9 – 2,4	0,7	0,5 – 1,2	0,9	0,6 – 1,3
Revenu élevé †	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Zone homologue						
Urbaine	1,3	1,0 – 1,7	0,8	0,6 – 1,1	1,2	0,9 – 1,5
Intermédiaire-rurale †	1,0	…	1,0	…	1,0	…

Source des données *: Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
Notes *: Population de 15 ans et plus dans les ménages privés.*
Personnes ayant eu besoin de services au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour elles-mêmes ou un membre de leur famille.
Les cas de non réponse (« Ne sait pas », « Non déclaré » et « Refus ») sont exclus de l'analyse, sauf pour la variable revenu du ménage.
Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance, dont une des bornes est égale à 1,0, sont significatifs.
** Valeur significativement différente de celle estimée pour la catégorie de référence (p < 0,05).*
… N'ayant pas lieu de figurer.
† Catégorie de référence.

Tableau A2.12
Répartition (en %) de la population ayant eu besoin de services de soins de premier contact (EASS) et de la population générale (ESCC) selon quelques caractéristiques, Canada, 2003

Caractéristique	Soins de routine *	Services de renseignements /conseils *	Soins immédiats*	Population générale (12 ans et plus) **	Population générale (15 ans et plus) **
Difficulté d'accès					
Oui	15,8	16,2	24,2	n.d.	n.d.
Non	84,2	83,8	75,8		
Sexe					
Féminin	55,9	55,5	54,0	50,7	50,9
Masculin	44,1	44,5	46,0	49,3	49,1
Groupe d'âge					
Moins de 25 ans	11,2	12,8	17,4	20,6	16,6
25-44 ans	36,2	45,4	48,3	35,6	37,3
45-64 ans	34,9	30,3	26,6	29,6	31,1
65 ans et plus	17,6	11,5	7,7	14,2	15,0
Scolarité					
Pas de diplôme d'études secondaire	20,4	16,4	16,8	26,7	23,0
Diplôme d'études secondaires	18,5	17,6	18,1	18,2	19,1
Études post-secondaires partielles	7,5	8,0	8,2	7,7	8,1
Diplôme d'études post-secondaires	53,7	58,1	56,9	47,4	49,9
Revenu du ménage					
Quartile inférieur	6,7	6,3	6,5	7,6	7,6
Quartile Inférieur-moyen	17,8	16,2	16,2	16,5	16,5
Quartile moyen – supérieur	30,5	30,2	27,9	28,6	29,0
Quartile supérieur	32,1	36,2	36,3	30,6	30,9
Non déclaré	12,9	11,2	13,1	16,8	16,0
Revenu du ménage					
Faible revenu	6,7	6,3	6,5	7,6	7,6
Moyen ou élevé	82,6	84,3	82,5	77,9	78,7
Non déclaré	10,7	9,4	11,0	14,4	13,7
État de santé perçu					
Excellent	19,9	21,5	22,7	22,3	22,3
Très bon	33,7	35,9	36,8	36,1	35,7
Bon	32,3	30,5	30,4	30,2	30,3
Passable	10,7	9,1	7,8	8,8	9,1
Mauvais	3,3	3,0	2,3	2,6	2,7
Problèmes de santé chroniques					
Aucun	22,6	25,6	28,4	31,9	30,9
Un	24,9	25,1	26,8	26,3	26,1
Deux	18,5	18,3	17,2	17,2	17,4
Trois ou plus	34,0	30,9	27,6	24,7	25,6
Zone homologue					
Urbaine	43,0	43,7	44,3	43,7	43,8
Intermédiaire	37,3	37,2	35,2	36,5	36,5
Rurale	19,7	19,1	20,6	19,8	19,7

Source des données *:*
** Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
*** Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes, 2003.*

Tableau A2.13
Répartition (en %) de la population ayant eu besoin de services de soins de premier contact (EASS) et de la population générale (ESCC) selon quelques caractéristiques, Québec, 2003

Caractéristique	Soins de routine *	Services d' Renseignements / conseils *	Soins immédiats*	Population générale (12 ans et plus) **	Population générale (15 ans et plus) **
Difficulté d'accès					
Oui	18,7	14,8	26,1	n.d.	n.d.
Non	81,3	85,2	73,9		
Sexe					
Féminin	57,1	57,7	54,3	50,8	50,9
Masculin	42,9	42,3	45,7	49,2	49,1
Groupe d'âge					
Moins de 25 ans	11,0	14,0	18,3	19,6	15,7
25-44 ans	34,4	47,3	50,2	34,5	36,2
45-64 ans	36,1	26,8	23,6	31,4	32,9
65 ans et plus	18,6	11,9	7,8	14,6	15,3
Scolarité					
Pas de diplôme d'études secondaire	26,0	19,9	15,6	30,2	27,0
Diplôme d'études secondaires	16,0	15,3	14,3	14,2	14,9
Études post-secondaires partielles	5,8	6,3	6,8	6,7	6,9
Diplôme d'études post-secondaires	52,2	58,5	59,3	48,9	51,3
Revenu du ménage					
Quartile inférieur	7,8	7,6	7,1	9,1	9,2
Quartile Inférieur-moyen	21,7	19,1	19,1	19,5	19,6
Quartile moyen – supérieur	31,9	33,0	31,0	29,9	30,4
Quartile supérieur	24,8	30,0	30,0	24,5	24,9
Non déclaré	13,8	10,3	12,9	17,0	15,9
Revenu du ménage					
Faible revenu	7,8	7,6	7,1	9,1	9,2
Moyen ou élevé	80,9	84,1	81,7	76,1	77,2
Non déclaré	11,3	8,4	11,1	14,8	13,7
État de santé perçu					
Excellent	21,1	22,8	22,7	23,2	23,1
Très bon	31,4	31,7	33,1	33,7	33,4
Bon	34,4	34,0	35,4	32,4	32,3
Passable	10,7	9,0	7,5	8,7	9,0
Mauvais	2,4	2,5	1,3	2,1	2,2
Problèmes de santé chroniques					
Aucun	25,4	28,4	30,4	33,7	32,7
Un	28,0	27,4	31,1	27,4	27,3
Deux	17,6	19,1	16,7	16,9	17,2
Trois ou plus	29,0	25,0	21,8	22,0	22,8
Zone homologue					
Urbaine	25,9	26,2	24,3	25,3	25,6
Intermédiaire	54,1	55,8	53,1	54,7	54,6
Rurale	20,0	18,1	22,7	20,0	19,9

Source des données *:*
** Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
*** Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes, 2003.*

Tableau A2.14
Répartition (en %) de la population ayant eu besoin de services de soins de premier contact (EASS) et de la population générale (ESCC) selon quelques caractéristiques, région de Montréal, 2003

Caractéristique	Soins de routine *	Services de renseignements /conseils *	Soins immédiats *	Population générale (12 ans et plus) **	Population générale (15 ans et plus) **
Difficulté d'accès					
Oui	21,1	16,5	24,8	n.d.	n.d.
Non	78,9	83,5	75,2		
Sexe					
Féminin	56,9	55,7	50,4	51,7	51,6
Masculin	43,1	44,3	49,6	48,3	48,4
Groupe d'âge					
Moins de 25 ans	11,4	12,7	19,3	18,9	15,6
25-44 ans	35,2	53,1	49,9	37,1	38,5
45-64 ans	32,8	24,6	21,3	28,0	29,0
65 ans et plus	20,6	9,6	9,6	16,3	16,9
Scolarité					
Pas de diplôme d'études secondaire	22,9	14,4	16,0	26,9	24,2
Diplôme d'études secondaires	11,3	8,7	12,1	11,4	11,8
Études post-secondaires partielles	5,1	7,2	6,6	7,1	7,2
Diplôme d'études post-secondaires	60,8	69,8	65,3	54,7	56,8
Revenu du ménage					
Quartile inférieur	11,5	11,4	14,6	12,1	12,0
Quartile Inférieur-moyen	20,1	15,4	19,4	18,6	19,0
Quartile moyen – supérieur	33,1	31,5	29,4	28,3	28,7
Quartile supérieur	23,3	33,2	26,0	24,4	24,7
Non déclaré	12,0	8,5	10,7	16,7	15,6
Revenu du ménage					
Faible revenu	11,5	11,4	14,6	12,1	12,0
Moyen ou élevé	79,0	81,8	76,2	73,8	74,9
Non déclaré	9,6	6,9	9,2	14,2	13,2
État de santé perçu					
Excellent	22,1	24,5	24,5	23,6	23,4
Très bon	33,6	31,9	33,8	33,8	33,8
Bon	28,9	31,1	32,6	30,5	30,2
Passable	13,3	10,7	7,9	9,4	9,8
Mauvais	2,1	1,8	1,2	2,7	2,8
Problèmes de santé chroniques					
Aucun	29,5	29,2	31,7	35,3	34,4
Un	26,5	29,8	32,8	25,2	25,1
Deux	16,7	19,3	18,1	16,7	17,1
Trois ou plus	27,3	21,7	17,4	22,8	23,5
Zone homologue					
Urbaine	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source des données *:*
** Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003.*
*** Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes, 2003.*