

LES BESOINS NON COMBLÉS DE SERVICES MÉDICAUX : UN REFLET DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE?

J.-F. Levesque, R. Pineault, L. Robert, M. Hamel,
D. Roberge, C. Kapetanakis, B. Simard, A. Laugraud

Dans ce cahier thématique, nous présentons des résultats provenant de l'étude **Accessibilité et continuité des services de santé - Une étude sur la première ligne au Québec**⁽¹⁾ qui a eu lieu en 2005 auprès de plus de 9 000 personnes à Montréal et en Montérégie. Notre objectif est de diffuser des informations relatives au thème des besoins non comblés et d'en analyser les premières implications.

Le concept de besoin non comblé (BNC) correspond à la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus⁽²⁾. Une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services médicaux – qu'il s'agisse d'informations de la part d'un professionnel ou d'actes thérapeutiques – mais n'ayant pas obtenu ces services présente donc un besoin non comblé de services de santé. Cette mesure reflète en partie le non accès aux services de santé.

Les hypothèses soulevées dans le présent cahier feront l'objet d'analyses plus poussées dont les résultats seront diffusés ultérieurement. La première section débutera par une description générale du phénomène des besoins non comblés : son ampleur, le profil des personnes déclarant des BNC, la nature des problèmes de santé pour lesquels un BNC est rapporté et les conséquences de ne pas avoir obtenu de service pour la personne. Nous dressons par la suite un portrait des facteurs associés à l'expérience de BNC et terminons par une discussion sur les aspects liés à l'organisation des services de santé.

1. LES BESOINS NON COMBLÉS : UN PHÉNOMÈNE EN CROISSANCE ?

Depuis une dizaine d'années, la proportion de personnes déclarant des besoins non comblés (BNC) est en augmentation. À l'échelle du Canada, la déclaration de BNC est passée de 4 % en 1994-1995 à 6 % en 1998-1999 et à 13 % en 2000-2001 d'après les enquêtes de Statistique Canada⁽³⁾. Dans la présente étude, 18 % des personnes ont rapporté un besoin non comblé au cours des six derniers mois précédant l'enquête.

**18 % des personnes
ont déclaré un besoin non comblé au
cours des 6 derniers mois**

Les données présentées proviennent d'une enquête auprès de 9 206 adultes (4 789 à Montréal et 4 417 en Montérégie) vivant dans la communauté. Cette enquête s'inscrit dans une vaste étude qui vise à mieux comprendre les modèles d'organisation des services de première ligne et leur influence sur l'accessibilité et la continuité des soins. Plus d'information sur le projet est disponible sur le site : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html>

La période de référence de notre étude – soit les 6 derniers mois – diffère de celles de la plupart des autres études où sont généralement considérés les 12 mois précédant l'enquête (voir tableau 1, page 3). La population cible varie aussi légèrement : l'âge minimum de participation à notre enquête étant de 18 ans comparativement à 12 ans dans l'enquête menée par Statistique Canada. S'il est possible de trouver

quelques chiffres sur les BNC, il est beaucoup moins aisé de trouver une définition claire de ce que constitue un besoin non comblé. Beaucoup d'études adoptent une définition fondée sur le concept d'accessibilité⁽⁴⁾ ou de mesurer la difficulté d'accès à cause des coûts des services⁽⁵⁻⁷⁾ ou du fait d'être assuré ou non⁽⁸⁾. Si la barrière financière constitue un élément prépondérant aux États-Unis⁽⁹⁾, elle l'est beaucoup moins au Canada^(10,11) (voir tableau 1, page 3).

La carte suivante (carte 1) présente la proportion de BNC issue de notre enquête selon les territoires de CSSS.

La proportion de personnes ayant déclaré des besoins non comblés est similaire à Montréal (18,4 %) et en Montérégie (17,3 %). Il existe cependant des

disparités au sein des deux régions, entre les territoires de CSSS. Si les taux de déclaration de BNC à Montréal oscillent entre 13 % et 24 %, la variabilité entre ceux de la Montérégie demeure plus faible, les taux étant compris entre 11 % et 19 %. Les territoires de CSSS où les taux de BNC sont supérieurs à la moyenne de l'étude sont Jeanne-Mance, Ahunstic et Montréal-Nord, Cœur-de-l'île, Sud-Ouest-Verdun, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Lucille-Teasdale et la Montagne pour Montréal. Pour la Montérégie, il s'agit de Vaudreuil-Soulanges, Jardins-Roussillon, Champlain, Haute-Yamaska et Richelieu-Yamaska (voir carte 1). Les proportions de BNC plus grandes ou égales à 24 % (en noir dans la carte) ainsi que celles plus petites que 12 % (en blanc) sont statistiquement différentes de la moyenne des BNC pour l'ensemble des territoires.

Carte 1 : Proportion de personnes de 18 ans plus ayant déclaré des BNC au cours des six derniers mois, selon le territoire de CSSS, Montréal et Montérégie, 2005

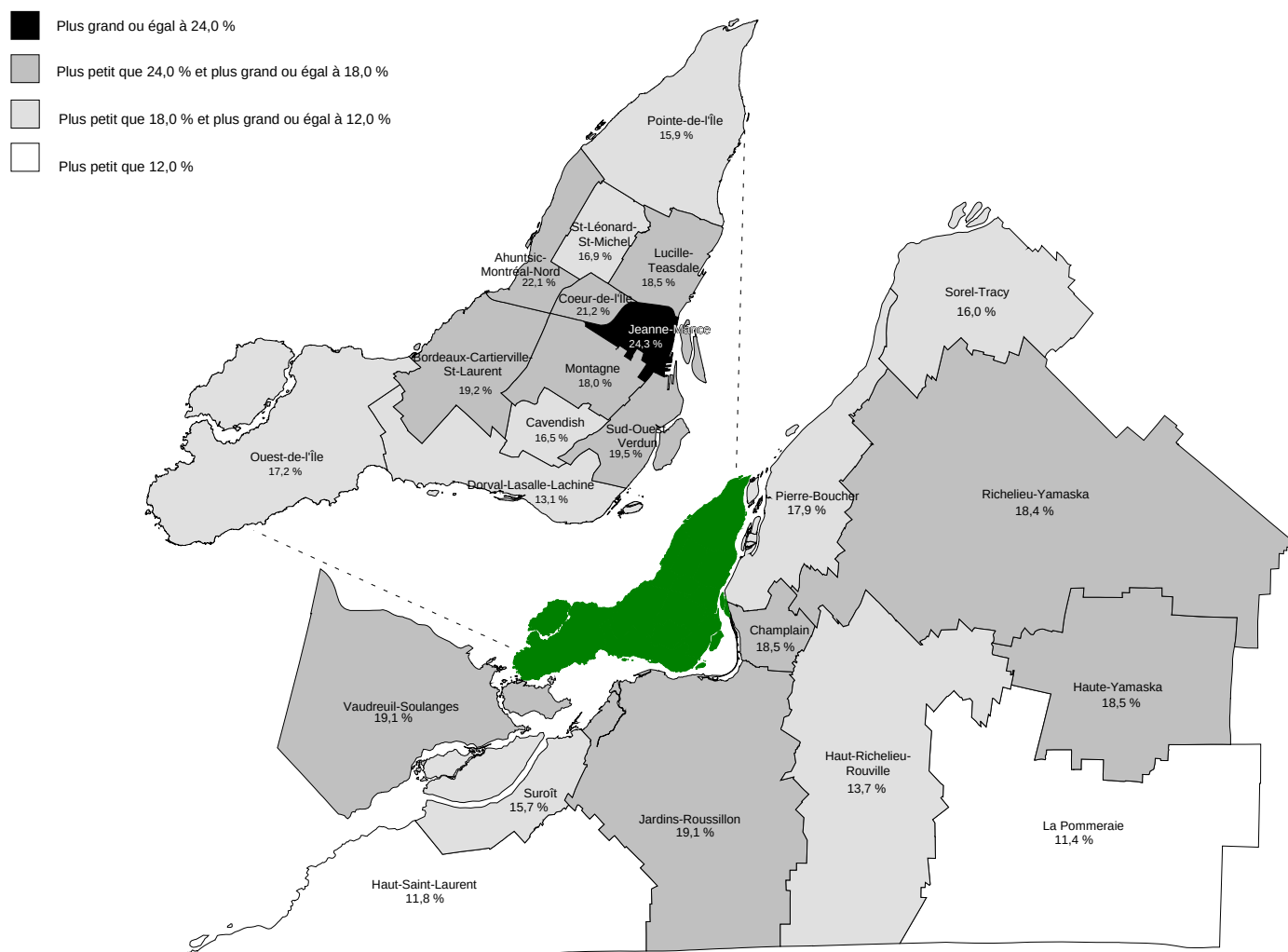


Tableau 1 : Les besoins non comblés dans les études récentes

Source	Période de référence	Population cible et année d'enquête	Proportion
Levesque J-F, Pineault R. et al. (2007) ⁽¹²⁾ . L'expérience de soins de la population - Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie	6 derniers mois	18 ans et plus, 2 régions sociosanitaires, Canada, 2005	18 %
Pagan J et Pauly M (2006) ⁽⁸⁾ . Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults	12 derniers mois	18-64 ans, États-Unis, 2000-2001	Assurés : 7 % Non assurés : 18 %
Shi L et Stevens GD (2005) ⁽⁹⁾ . Vulnerability and unmet health care needs: The influence of multiple risk factors	12 derniers mois	18 ans et plus, États-Unis, 2000	Entre 2 et 20 % selon le nombre de facteurs de risque
Wu Z, Penning MJ et Schimmele CM (2005) ⁽¹³⁾ . Immigrant status and unmet health care needs	12 derniers mois	18 ans et plus, Canada, 2000-2001	11,6 % pour les immigrants et 13,6 % pour les non migrants
Diamant AL, Hays RD et al. (2004) ⁽⁵⁾ . Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system	12 derniers mois	Patients de 18 ans et plus, ayant utilisé des soins de 1 ^{re} ligne, États-Unis, 1999	25 %
Sanmartin C, Houle C et al. (2002) ⁽²⁾ . Besoins non satisfaits de soins de santé: évolution	12 derniers mois	12 ans et plus, Canada, 1994-2001	4,2 % en 1994-95, 5,1 % en 1996-97, 6,3 % en 1998-99, 12,5 % en 2000-01
Donelan K, Blendon RJ et al. (1999) ⁽¹¹⁾ . The cost of health system change: Public discontent in 5 nations	12 derniers mois	18 ans et plus, 5 pays, 1998	Canada : 10 % Australie : 8 % Grande-Bretagne : 10 % Nouvelle-Zélande : 12 %

D'après la recension des écrits scientifiques portant sur la notion de besoins non comblés, la proportion de BNC issue de notre enquête est relativement élevée comparativement aux études antérieures. Toutefois, les études américaines rapportent des prévalences encore au-delà des résultats que nous avons trouvés. Dans ces dernières, l'occurrence des BNC peut être influencée par la couverture d'assurance, un facteur qui ne devrait pas jouer dans un système de santé à couverture universelle. Notre étude révèle des proportions de BNC supérieures aux études

canadiennes récentes^(11,14), ce qui s'inscrit dans une tendance à l'accroissement de la déclaration des BNC au cours des dernières années. Mentionnons aussi que les périodes de rappel et les régions étudiées sont différentes. Notre étude a adopté une période plus courte et par conséquent, moins sujette au biais de mémoire et laissant moins de temps pour répondre au besoin de santé. Il est possible aussi que la proportion soit plus élevée au Québec que dans les autres provinces canadiennes.

Quelles sont les personnes déclarant des besoins non comblés de services de santé?

Le phénomène semble toucher l'ensemble de la population. Cependant, le groupe déclarant des BNC présente certaines caractéristiques le distinguant de la population totale. Tel que détaillé au tableau 2 (page 6), on y retrouve davantage de jeunes adultes, d'immigrants récents, de personnes dont le niveau de scolarité est élevé, de travailleurs et d'étudiants ainsi que de personnes déclarant avoir une moins bonne santé.

Des besoins non comblés pour des problèmes variés

Près de la moitié (48 %) des personnes qui ont rapporté un BNC cherchaient à consulter pour un problème de santé qu'elles considéraient comme non urgent. Par contre, 20 % avaient un problème de santé qu'elles jugeaient urgent. Dans 24 % des cas, la raison pour rencontrer un médecin était de passer un examen de routine et 7 % devaient recevoir des résultats de tests ou faire remplir des formulaires.

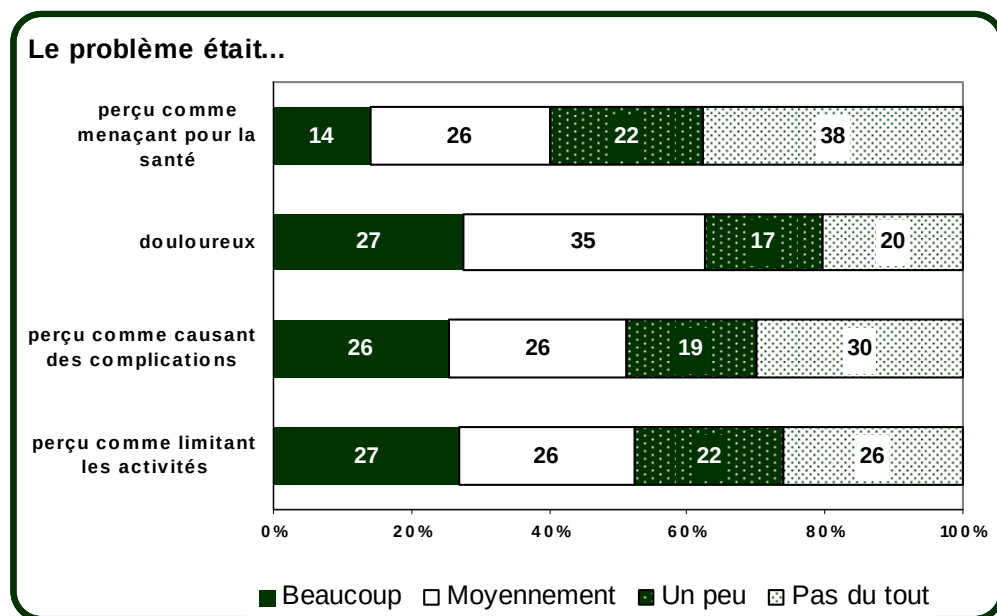
Pour évaluer la nature des problèmes à l'origine des besoins non comblés, il est important de se concentrer

uniquement sur les personnes désirant consulter pour des problèmes de santé, ce qui revient à exclure les examens de routine et les résultats de tests ou renouvellement de prescription.

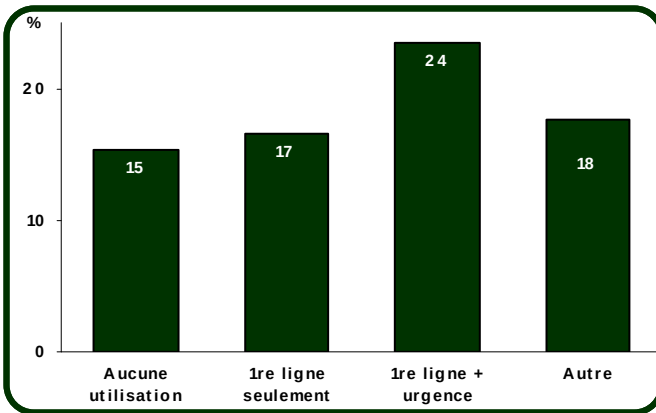
Le graphique 1 présente l'importance des divers facteurs liés à la nature du problème, relativement aux conséquences actuelles et anticipées de ne pas avoir consulté. Le problème était associé avec moyennement ou beaucoup de douleur pour 62 % des personnes qui désiraient consulter pour des problèmes de santé. Pour plus de la moitié des individus ayant déclaré des BNC (53 %), le problème limitait (moyennement ou beaucoup) leurs activités. Le problème était associé (moyennement ou beaucoup) à la peur de subir des complications en absence de traitement dans 52 % des cas et pour 40 % des personnes concernées, il était perçu comme (moyennement ou beaucoup) menaçant pour la santé.

De plus, l'utilisation des différents services de santé faite par les personnes au cours des deux dernières années est également liée à la déclaration de BNC. Les personnes n'ayant eu recours à aucun service de santé et celles ayant une utilisation limitée de la première ligne présentent des proportions plus faibles, avec respectivement 15 % et 17 %, que celles ayant consulté à l'urgence (24 %) ou à des niveaux plus élevés de services (18 %) (graphique 2).

Graphique 1 : Nature du problème à l'origine du besoin non comblé, Montréal et Montérégie, 2005



Graphique 2 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon l'utilisation des services de santé dans les deux dernières années



Des conséquences non négligeables pour les personnes

Ne pas obtenir un service alors que celui-ci est jugé nécessaire peut entraîner des conséquences pour la personne, allant de l'inquiétude à la détérioration du problème de santé. La littérature scientifique

renseigne peu sur les conséquences des BNC et l'information disponible rend principalement compte des conséquences des BNC pour des problèmes spécifiques, comme le manque d'aide dans les activités journalières des personnes âgées⁽¹⁵⁾. Les conséquences analysées le plus souvent sont la diminution de l'autonomie ou la mortalité précoce⁽¹⁶⁾.

Dans notre étude, plus de 45 % des personnes ayant déclaré des BNC ont été par la suite beaucoup ou moyennement inquiètes, beaucoup ou moyennement incommodées par la douleur et près de 40 % ont eu de la difficulté dans leurs activités quotidiennes. Ces résultats méritent une attention particulière puisque dans 42 % des cas, le problème n'était toujours pas résolu au moment de notre enquête et que 17 % des personnes ont jugé que leur santé s'était détériorée beaucoup ou moyennement. Ainsi, ces résultats soulèvent le fait qu'une proportion importante de personnes déclarant des BNC en subissent des conséquences non négligeables.

Le graphique 3 illustre les principales conséquences des BNC mentionnées dans notre étude.

Graphique 3 : Les conséquences des besoins non comblés, Montréal et Montréal, 2005

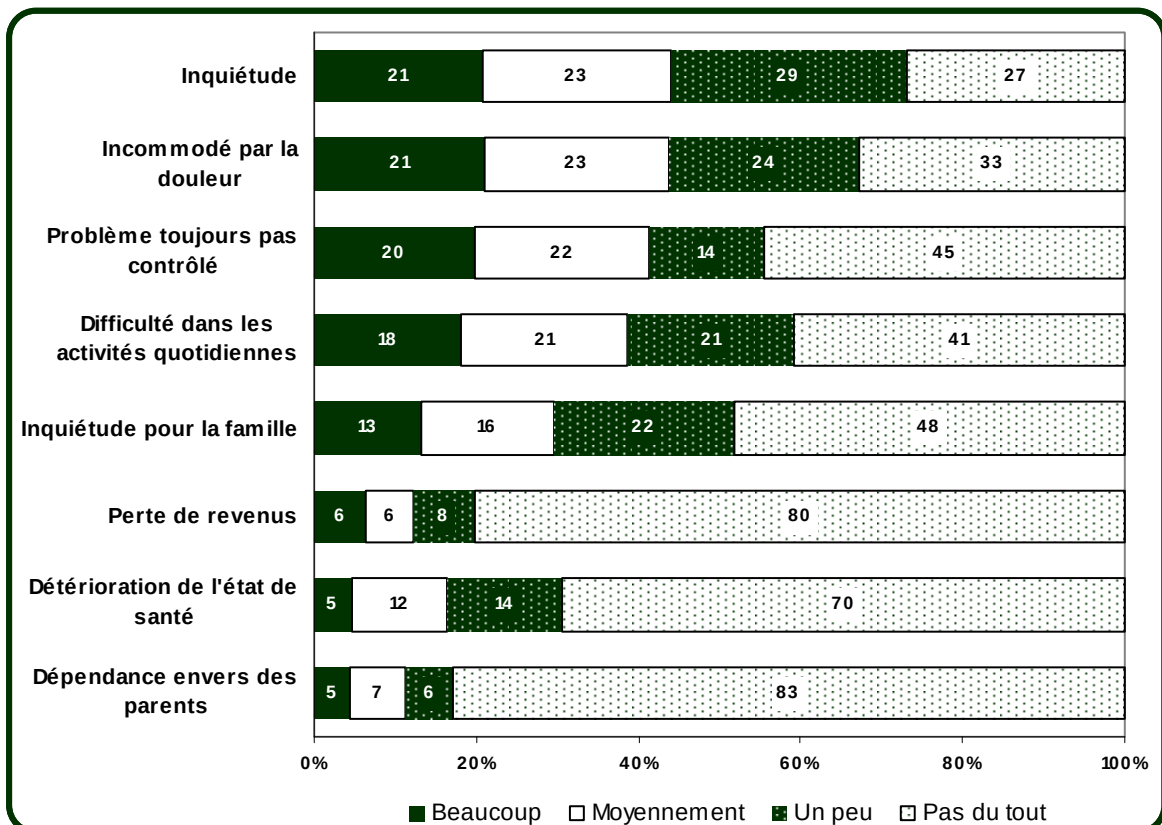


Tableau 2 : Répartition de la population ayant déclaré des BNC (en %) [intervalles de confiance 95 %] selon quelques caractéristiques

	Population déclarant des BNC		Population Totale	
Sexe :				
Homme	46,8	[44,0 ; 49,7]	48,5	[47,3 ; 49,8]
Femme	53,2	[50,3 ; 56,0]	51,5	[50,2 ; 52,7]
Région :				
Montréal	60,4	[57,8 ; 62,9]	58,9	[58,3 ; 59,5]
Montréal	39,6	[37,1 ; 42,2]	41,1	[40,5 ; 41,7]
Groupe d'âge :				
18/44 ans	65,5	[62,7 ; 68,2]	49,0	[47,8 ; 50,3]
45/64 ans	29,6	[27,1 ; 32,3]	33,5	[32,3 ; 34,7]
65 ans et +	4,9	[3,7 ; 6,4]	17,5	[16,5 ; 18,6]
Origine et durée depuis l'établissement au Canada :				
Né au Canada	77,8	[75,3 ; 80,0]	80,5	[79,5 ; 81,4]
Immigrant <5 ans	5,6	[4,5 ; 7,0]	3,5	[3,1 ; 4,0]
Immigrant 5 à 10 ans	3,6	[2,7 ; 4,7]	2,3	[2,0 ; 2,7]
Immigrant >10 ans	13,0	[11,1 ; 15,2]	13,7	[12,9 ; 14,6]
Langue parlée à la maison :				
Français	76,0	[73,6 ; 78,4]	72,8	[71,8 ; 73,8]
Anglais	14,2	[12,3 ; 16,3]	17,9	[17,0 ; 18,9]
Autre langue	9,8	[8,2 ; 11,6]	9,3	[8,6 ; 10,0]
Revenu du ménage :				
<15 000 \$	14,7	[12,6 ; 16,8]	12,8	[12,0 ; 13,7]
15 000 \$ à 34 999 \$	27,1	[24,7 ; 29,6]	30,2	[29,1 ; 31,4]
35 000 \$ à 74 999 \$	35,3	[32,6 ; 38,2]	35,2	[33,9 ; 36,4]
>75 000 \$	22,8	[20,4 ; 25,5]	21,8	[20,7 ; 22,9]
Niveau de scolarité :				
Primaire ou moins	9,8	[8,3 ; 11,6]	15,6	[14,8 ; 16,6]
Secondaire / École de Métiers	29,1	[26,6 ; 31,7]	32,6	[31,5 ; 33,7]
Cécep / Diplôme < au Baccalauréat	27,9	[25,4 ; 30,5]	24,3	[23,2 ; 25,3]
Universitaire	33,2	[30,6 ; 35,9]	27,5	[26,5 ; 28,6]
Occupation :				
En emploi	72,2	[69,6 ; 74,6]	62,1	[60,8 ; 63,3]
Étudiant	12,6	[10,8 ; 14,6]	9,1	[8,4 ; 9,9]
Recherche un emploi / BS	4,1	[3,1 ; 5,3]	3,9	[3,5 ; 4,4]
Inactifs : retraités, bénévoles	11,2	[9,5 ; 13,0]	25,0	[23,9 ; 26,0]
État de santé perçue :				
Excellent	15,8	[13,9 ; 18,0]	20,5	[19,5 ; 21,5]
Très bon	30,0	[27,5 ; 32,7]	34,8	[33,6 ; 36,0]
Bon	31,1	[28,5 ; 33,8]	28,4	[27,3 ; 29,5]
Moyen	19,1	[17 ; 21,3]	13,6	[12,7 ; 14,5]
Mauvais	4,0	[3,0 ; 5,3]	2,8	[2,4 ; 3,2]

2. LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉCLARATION DE BNC

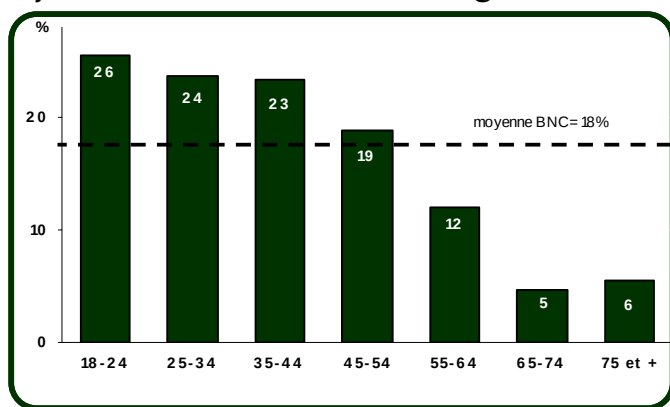
Divers facteurs démographiques, socioéconomiques et liés à la santé des personnes ainsi qu'à leur histoire d'utilisateurs de services de santé peuvent être associés à l'absence d'utilisation malgré un besoin ressenti de service. Dans cette section, nous décrivons un certain nombre de ces facteurs identifiés à l'aide de statistiques descriptives et de régressions multiples.

Facteurs démographiques

D'après la littérature scientifique, les femmes, les personnes plus jeunes, celles présentant un meilleur niveau de scolarité ainsi que les immigrants déclarent plus de besoins non comblés^(2,4,5,7-9,13,17).

Dans notre étude, au cours des six derniers mois, 19 % des femmes ont déclaré un besoin non comblé contre 17 % des hommes. En ce qui a trait à l'âge, il apparaît assez clairement que la déclaration de BNC tend à diminuer à mesure que les personnes vieillissent (graphique 4).

Graphique 4 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon l'âge

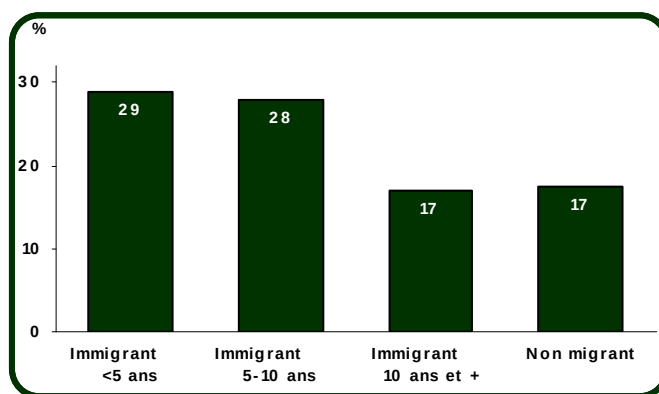


Divers facteurs sont importants à prendre en considération dans cette relation entre l'âge et l'occurrence du BNC. Le fait que le revenu, l'état de santé et l'occupation varient avec l'âge, amène à être prudent dans l'interprétation d'une telle relation. Les personnes âgées bénéficient d'un soutien croissant de

la part du système de santé à mesure que leurs besoins de services augmentent. Elles sont en général très peu nombreuses à ne pas avoir de médecin de famille. Les attentes qu'entretiennent les gens envers le système de santé peuvent aussi varier selon l'âge et les barrières spécifiques à certains groupes d'âge - telles l'acceptabilité des services ou la disponibilité de services complémentaires - ne sont peut être pas captées par le simple concept du besoin non comblé tel que formulé dans notre étude.

Concernant le pays de naissance, si pour Sanmartin et Ross⁽⁴⁾ les non migrants déclarent plus de BNC que les immigrants, d'autres études tendent à montrer l'inverse, surtout s'il s'agit d'une immigration récente^(5,7). Toutefois, pour Wu et al.⁽¹³⁾, la différence n'est pas dans la proportion de BNC rapportés mais dans les raisons de ces BNC. Dans notre étude, les personnes issues de l'immigration depuis moins de 5 ans présentent plus de besoins non comblés que celles nées au Canada (graphique 5). Cela peut paraître paradoxal du fait que les nouveaux immigrants tendent à avoir un bon état de santé, facteur inversement corrélé aux BNC. Le taux de déclaration de BNC plus élevé pourrait partiellement s'expliquer par des barrières relatives au système de soins. En effet, comme le mentionne l'étude de Wu et al.⁽¹³⁾, les nouveaux immigrants peuvent être confrontés à des problèmes de communication, de perception ou, tout simplement, de mauvaise connaissance du système et des droits qu'ils ont quant aux soins.

Graphique 5 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon l'origine et la durée depuis l'établissement au Canada



Par ailleurs, il est intéressant de constater la diminution progressive de la situation avec la durée d'établissement. Les immigrants arrivés depuis plus de 10 ans déclarent des BNC dans des proportions similaires aux Canadiens de naissance.

Toutefois, il est possible que cette tendance soit à la fois le reflet de la durée d'établissement en tant qu'immigrant et de l'effet de l'âge des individus.

Enfin, il apparaît que la proportion de BNC est moins élevée chez les personnes déclarant l'anglais comme langue principale parlée à la maison (tableau 3, page 9). Cette association entre la langue principalement parlée à la maison et la déclaration de BNC pourrait être influencée par le territoire de résidence. En effet, des analyses complémentaires montrent que la proportion de besoins non comblés tend à être plus basse dans les territoires où l'on retrouve les proportions les plus élevées de ménages anglophones. Il demeure par contre que des facteurs culturels peuvent aussi expliquer cette association, les anglophones ayant tendance à déclarer moins de BNC dans l'ensemble des territoires, à l'exception de ceux où la proportion de ménages anglophones est plus faible. Inversement, les proportions de BNC déclarés sont beaucoup plus élevées chez les francophones résidant dans des territoires à plus forte concentration de ménages anglophones.

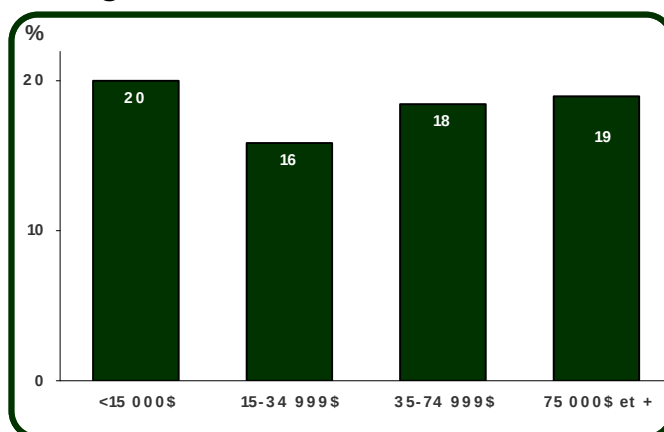
Facteurs socioéconomiques

Dans les pays disposant d'une couverture universelle de santé, où existe en principe une certaine équité d'accès, le revenu n'est pas associé à la déclaration de BNC⁽⁴⁾. Or, notre étude révèle que la proportion de BNC est plus élevée chez les personnes se percevant pauvres ou très pauvres (tableau 3, page 9).

Lorsque mise en relation avec le revenu, la proportion de BNC est plus élevée parmi les personnes ayant de faibles revenus et des revenus élevés (graphique 6). Cette relation persiste si l'on corrige le revenu pour la taille de la famille (données non présentées). Ces différents constats ne sont pas en contradiction; ils peuvent se comprendre par le fait que certaines catégories de personnes, comme les étudiants et les

retraités, qui bien qu'elles aient un revenu relativement faible, ne se perçoivent pas comme pauvres. D'autres études ont cependant démontré la relation positive entre le revenu et l'occurrence de BNC^(8,9).

Graphique 6 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon le revenu du ménage



Le taux de déclaration de BNC chez les personnes ayant fréquenté l'université ou le niveau collégial est le double de celui des personnes ayant un primaire ou moins (graphique 7). Diverses études ont déjà montré que le niveau de scolarité est significativement corrélé avec l'occurrence de besoins non comblés^(4,7,8,17).

Graphique 7 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon le niveau de scolarité

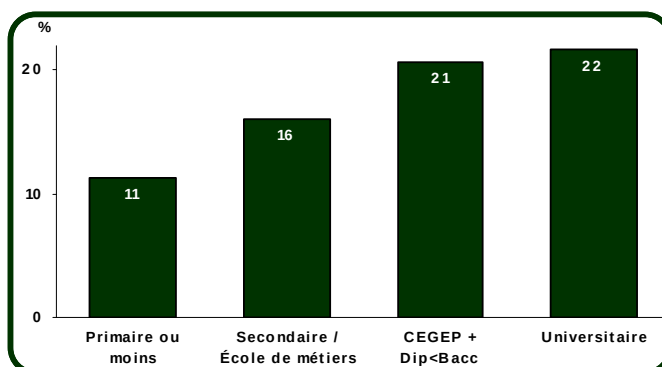


Tableau 3 : Les facteurs associés à la déclaration de besoins non comblés, population de 18 ans et plus, Montréal et Montérégie, 2005

Proportions de répondants ayant déclaré ...		... des BNC dans les 6 mois précédant l'enquête (%)	Signifi- cation statistique*
Sexe :	Homme	17	*
	Femme	19	
Région :	Montréal	18	Exclu
	Montérégie	17	
Groupe d'âge :	18-44 ans	24	*
	45-64 ans	16	
	65 ans et +	5	
Origine et durée depuis l'établissement au Canada :			
	Né au Canada	17	Exclu
	Immigrant <5 ans	29	
	Immigrant 5 à 10 ans	28	
	Immigrant >10 ans	17	
Langue parlée à la maison :	Français	19	*
	Anglais	14	
	Autre	19	
Revenu du ménage :	<15 000 \$	20	Exclu
	15 000 \$ à 34 999 \$	16	
	35 000 \$ à 74 999 \$	18	
	>75 000 \$	19	
Pauvreté perçue :	À l'aise	16	*
	Revenus suffisants	17	
	Pauvre	23	
	Très pauvre	30	
Niveau de scolarité :	Primaire ou moins	11	*
	Secondaire / École de Métiers	16	
	Cégep / Diplôme < Baccalauréat	21	
	Universitaire	22	
Occupation :	En emploi	21	*
	Étudiant	25	
	Recherche un emploi / BS	19	
	Inactifs : retraités, bénévoles	8	
État de santé perçu :	Excellent	14	*
	Très bon	16	
	Bon	20	
	Moyen	25	
	Mauvais	26	
Source habituelle de soins (2 ans) :	Sans source	16	*
	Clinique ou bureau	18	
	CLSC ou Unité de médecine familiale	21	
	Urgence	28	
	Autre type de source	16	
Morbidités et facteur de risque (FR) ‡ :	Aucun problème de santé	16	*
	Facteur de risque seulement	12	
	Morbidité modérée	22	
	Morbidité sévère	22	
	Co-morbidité sévère	21	
Avoir un médecin de famille :	Oui	15	*
	Non	26	

* Variable statistiquement significative à partir des modèles de régression logistique

‡ Facteurs de risque : haute pression, diabète, cholestérol

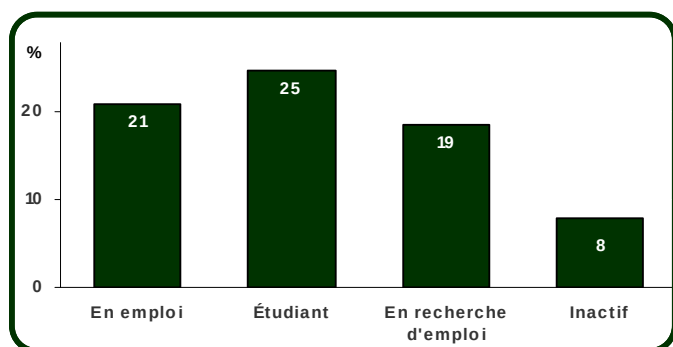
Morbidité modérée : circulation sanguine, problèmes de peau, maux de dos, rhumatisme

Morbidité sévère : problèmes au cœur, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral

Co-morbidité sévère : accumulation des morbidités modérées et sévères

Quant au statut d'emploi, les personnes moins présentes sur le marché du travail (à la recherche d'un emploi et retraitées) rapportent des taux de déclaration de BNC plus faibles que ceux ayant une occupation à temps plein (en emploi et étudiant) (graphique 8). Cependant, il est fort possible qu'il s'agisse également d'un effet d'âge, l'avancement en âge et l'occupation professionnelle étant généralement interreliés.

Graphique 8 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon le statut d'emploi

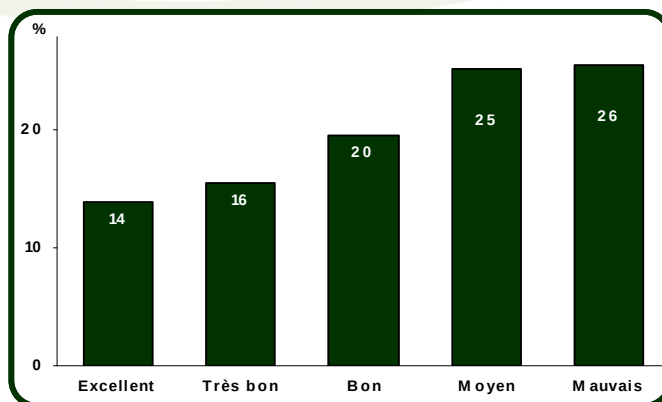


Ainsi, nos analyses ont permis d'identifier que la proportion de besoins non comblés était plus élevée chez les femmes, les jeunes, les immigrants récents et les personnes se percevant comme pauvres ou très pauvres. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation, les personnes inactives et celles utilisant principalement l'anglais à la maison tendent à moins déclarer de besoins non comblés de services de santé.

Facteurs d'état de santé

L'état de santé de la personne est communément rapporté comme un déterminant des BNC. Les personnes se percevant en moins bonne santé et celles atteintes de maladies chroniques déclarent plus de BNC^(5,7,8,17). Dans notre étude, les personnes en meilleure santé ont effectivement moins tendance à déclarer des besoins non comblés que celles qui jugent que leur état de santé est mauvais (graphique 9).

Graphique 9 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon l'état de santé perçu

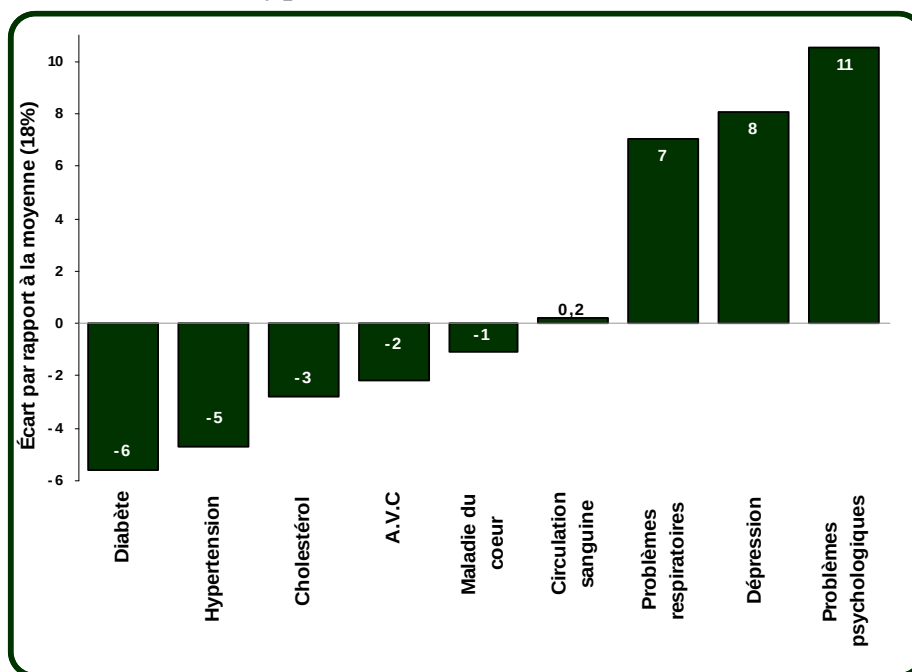


À première vue, cela peut sembler en contradiction avec la relation entre l'âge et la déclaration de BNC présentée précédemment. Généralement, plus les personnes vieillissent, moins elles sont en bonne santé. On devrait donc retrouver plus de BNC avec le vieillissement des personnes. Mais elles déclarent en fait moins de BNC. Cela illustre la relation complexe qui existe entre l'âge, la morbidité et la déclaration de BNC. Divers facteurs associés à la perception des besoins de santé, à la présence de sources régulières de soins et aux attentes des personnes sont probablement à considérer. Néanmoins, dans notre étude, l'état de santé perçu et l'âge sont indépendamment associés à la déclaration de BNC, tout autre facteur pris en compte.

Par ailleurs, il ressort de notre étude que certaines maladies sont associées à une déclaration plus faible de BNC, comme le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, contrairement à d'autres maladies telles que les problèmes respiratoires ou psychologiques (graphique 10).

Il est intéressant de constater une moindre déclaration de BNC chez les personnes souffrant de maladies pour lesquelles un contact avec des professionnels de la santé est essentiel à la connaissance même du diagnostic. En effet, les personnes déclarant avoir du diabète ou de l'hypertension ont jusqu'à 6 points de moins que la moyenne globale, soit 12 % contre 18 % (graphique 10). Elles déclarent même moins de BNC

Graphique 10 : Écart entre la proportion moyenne (18 %) et celles des personnes de 18 ans et plus déclarant des BNC selon le type de morbidité connue dans les deux dernières années

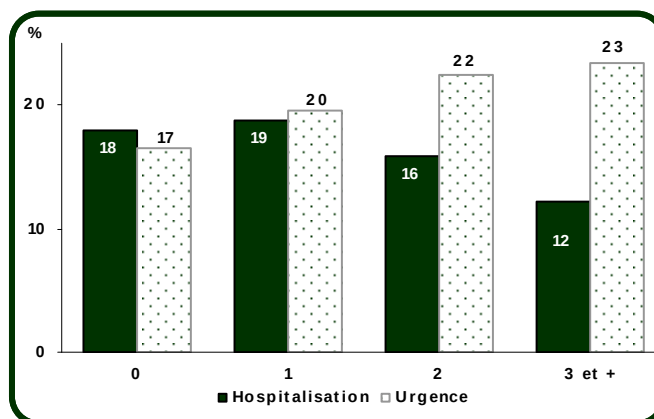


que les personnes sans aucun problème de santé (16 %, tableau 3, page 9). Ainsi, nous pouvons assumer que ce n'est pas l'effet de la maladie en tant que tel, mais le fait de bénéficier d'un suivi médical plus étroit qui réduit la probabilité déclarée des BNC.

À l'inverse, les problèmes de santé où les taux de déclaration de BNC sont supérieurs à la moyenne correspondent à des problèmes pour lesquels entrer en contact avec le système de soins peut s'avérer difficile. Les personnes ayant rapporté des problèmes de santé mentale par le passé présentent en effet 8 à 11 points de plus que la moyenne de l'étude (graphique 10).

Nous pouvons assumer qu'il existe une relation générale entre la morbidité et la déclaration de BNC. En effet, toute chose étant égale par ailleurs, la déclaration de BNC s'accroît avec la gravité de la maladie (données de régression multivariée non montrées). Cette relation suggère que les personnes malades, ayant par conséquent une demande de services de santé plus élevée que les personnes en meilleure santé, ont plus de probabilité de voir leurs besoins non comblés que les personnes qui ont en général moins de besoins.

Graphique 11 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon le nombre d'hospitalisations et de recours à l'urgence dans les deux dernières années



Toutefois, en ce qui a trait à l'utilisation des services de santé (graphique 11), il ressort de l'étude que le fait d'avoir été hospitalisé plusieurs fois au cours des deux dernières années est associé à une plus faible déclaration de BNC. Cela pourrait refléter une plus grande prise en charge des patients, atténuant ainsi l'association entre les BNC et la morbidité vue précédemment. Par contre, il n'en est pas de même

lorsqu'on observe l'effet de la consultation répétée à l'urgence. Celle-ci semble être associée au contraire à une plus forte prévalence de BNC. Cela laisse entrevoir la perception traditionnelle de l'urgence selon laquelle cette source de soins assurerait une moindre prise en charge.

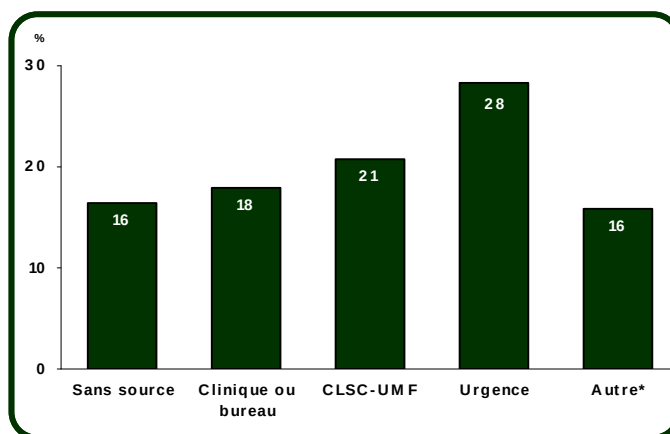
Facteurs du système de santé associés aux BNC

Des études comme celles de Shi et Stevens⁽⁹⁾ ou de Sanmartin et Ross⁽⁴⁾ ont montré le lien entre le fait d'avoir une source habituelle de soins, notamment un médecin de famille, et la déclaration de BNC. La littérature suggère en effet que les personnes n'ayant pas de source habituelle de soins et celles qui n'ont pas de médecin de famille déclarent davantage de BNC. Il ressort de manière évidente de notre étude que le fait de ne pas avoir un médecin de famille est un des facteurs les plus fortement associés à l'occurrence de BNC : 26 % comparativement à 15 % pour ceux qui ont un médecin de famille (tableau 3, page 9). Le fait de ne pas avoir un médecin de famille augmente vraisemblablement les difficultés d'accès aux soins. Par contre, être suivi par un médecin de famille semble être un facteur « protecteur » contre les risques de déclarer des BNC.

À cet égard, la source de soins habituelle semble jouer un rôle des plus importants. Les personnes ne déclarant aucune source représentent une clientèle particulière, plus jeune et ayant peu de besoins de soins. Elles déclarent effectivement peu de BNC (16 %, graphique 12). Celles qui ont un bureau de médecins ou une clinique comme source habituelle de soins déclarent aussi moins de BNC. Les personnes consultant en cabinet privé déclarent des BNC dans 18 % des cas, contre 21 % chez celles consultant en CLSC-UMF et 28 % chez celles consultant à l'urgence. Toutefois, dans les modèles statistiques multiples, la différence entre les utilisateurs de l'urgence et les utilisateurs des autres sources de soins n'est pas statistiquement significative, tout en contrôlant pour les autres facteurs (données non présentées). Enfin, 16 % des personnes identifiant d'autres types de sources habituelles de soins (spécialistes, résidences pour personnes âgées, consultation hors région) ont rapporté des BNC. Ces

dernières présentent probablement des profils de consultation particuliers, dans des contextes spécifiques, comparativement à la population ambulatoire générale. Leur plus faible déclaration de BNC pourrait ainsi être le reflet du fait qu'elles bénéficient d'un suivi médical plus étroit et spécifique à leurs problèmes de santé.

Graphique 12 : Proportion de personnes ayant déclaré des BNC selon la source habituelle de soins des deux dernières années



UMF = Unité de médecine familiale

*Autre source : spécialiste, résidence pour personnes âgées, à l'extérieur des deux régions à l'étude.

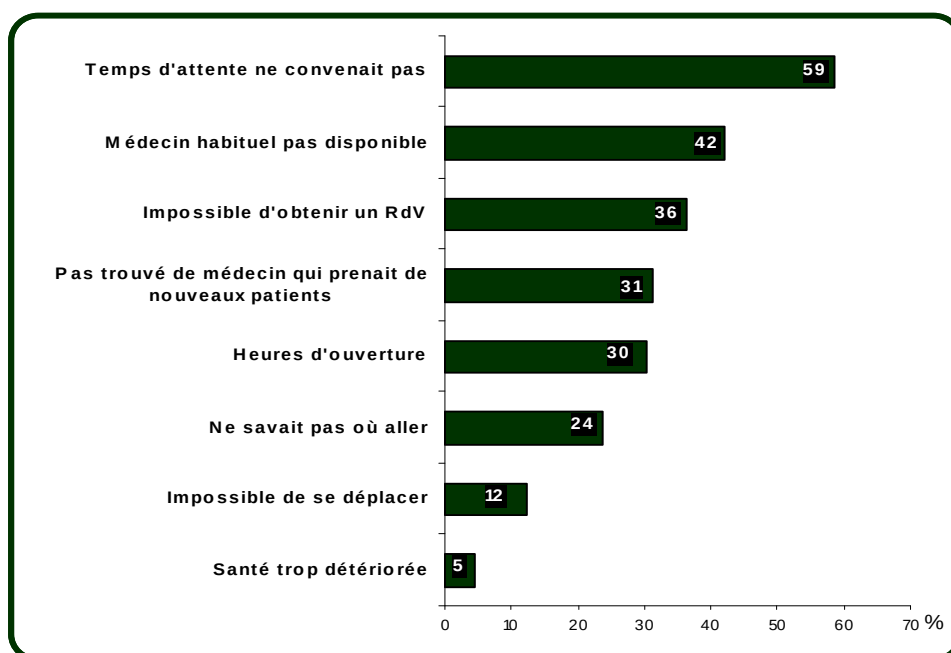
Les personnes qui ont habituellement recours à une clinique ont certainement un suivi médical plus régulier que les personnes qui utilisent l'urgence, généralement pour des besoins ponctuels et plus pressants. Ce dernier constat est encore une fois associé au fait d'avoir ou non un médecin de famille. Les personnes consultant en cabinet rapportent avoir un médecin de famille dans près de 80 % des cas, celles consultant au CLSC dans plus de 68 % des cas alors que celles ayant recours à l'urgence déclarent avoir un médecin de famille seulement dans 31 % des cas (voir cahier thématique à venir sur le médecin de famille).

La lecture du graphique 13 nous permet d'avoir un aperçu des raisons à l'origine des besoins non comblés de soins de santé. Parmi ces raisons, notons la proportion importante de personnes déclarant des facteurs liés à la disponibilité des services : le temps

d'attente trop long pour avoir un rendez-vous (60 % des cas), l'impossibilité de consulter son médecin habituel (42 % des cas) et l'impossibilité de prendre un rendez-vous (36 % des cas). Près du tiers des personnes ayant déclaré des BNC ont également été confrontées à l'impossibilité de consulter un médecin, car ce dernier n'acceptait aucun nouveau patient. D'après Sanmartin et al.⁽²⁾, la proportion de personnes qui ne peuvent consulter en raison d'un temps d'attente trop long a significativement augmenté de 1998 à 2001. Nos résultats suggèrent que l'affiliation au médecin de famille, via l'inscription de clientèle et

la responsabilité populationnelle des sources de services, devrait être encouragée dans le contexte québécois. En effet, si certains facteurs sont liés à l'accessibilité temporelle des services, plusieurs autres soulignent la difficulté de créer un lien avec un médecin de famille. Ce dernier est fortement associé à une déclaration moindre de BNC. Il existe par conséquent une réelle barrière d'accessibilité. Ces raisons constituent pourtant des facteurs modifiables qui ont trait à l'organisation des services de première ligne.

Graphique 13 : Les raisons évoquées quant à la déclaration d'un besoin non comblé



DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés à la déclaration de besoins non comblés dans les six derniers mois. Plus précisément, nous visions à vérifier si les besoins non comblés reflètent l'accessibilité des services médicaux de première ligne.

Les résultats de notre étude mettent en évidence des proportions élevées de déclaration de besoins non comblés pour des problèmes souvent sérieux et impliquant des conséquences non négligeables pour les personnes. Ce phénomène semble en croissance et

pourrait être un reflet de problèmes dans l'organisation des services médicaux de première ligne. En effet, divers facteurs relatifs au système de santé et à l'organisation des soins semblent jouer un rôle important dans la déclaration de besoins non comblés par les personnes participant à l'étude.

Les problèmes d'affiliation à une source de soins de première ligne sont particulièrement associés à ces besoins non comblés. Ne pas avoir un médecin de famille et avoir une source habituelle de soins dans des milieux spécialisés et à l'urgence sont associés à une plus grande déclaration de besoins non comblés, les autres facteurs étant pris en compte. Les organisations

de soins auxquelles les personnes ont accès sont donc déterminantes dans la réponse aux besoins de soins des personnes.

Des caractéristiques individuelles sont associées aux BNC. Les femmes, les jeunes adultes, les immigrants récents, les personnes qui travaillent, celles qui utilisent une autre langue que l'anglais à la maison et celles qui se perçoivent pauvres tendent à déclarer davantage de BNC. Pour mieux comprendre cette relation, des analyses ultérieures permettront d'évaluer si les organisations auxquelles sont affiliées ces groupes de la population diffèrent des autres organisations de soins.

Par ailleurs, il est important de noter que dans la mesure des BNC, il existe une dimension subjective et individuelle qu'est la perception du besoin par l'individu. La perception de la santé et la perception du besoin de soins peuvent toutes deux être influencées par les attentes des personnes, indépendamment de l'état de santé et des besoins réels de services. De plus, certains facteurs culturels ou liés aux différences de perception de l'état de santé entre divers groupes n'ont pu être ici que partiellement pris en considération.

Le fait que la déclaration des BNC soit associée à de moins bons états de santé incite à une amélioration nécessaire du système de soins afin de mieux prendre en charge ces personnes.

Enfin, nos résultats suggèrent que l'amélioration de l'accès aux soins, notamment en favorisant l'affiliation aux médecins de famille, constituent des avenues de solutions à explorer, si on compte réduire les BNC.

Ces derniers points suggèrent par conséquent que les solutions ne passent pas seulement par une augmentation de l'accessibilité, qui pourrait se traduire par une disponibilité plus grande des cliniques sans rendez-vous. Une meilleure organisation de la première ligne médicale, par l'établissement de modèles favorisant la prise en charge et l'inscription de clientèles, est une avenue à explorer pour freiner l'accroissement des BNC dans la population.

MÉTHODOLOGIE

Ce cahier thématique s'inscrit dans le cadre du projet **Accessibilité et continuité des services de santé – Une étude sur la première ligne au Québec** (<http://www.greas.ca> ou <http://www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html>).

Les données proviennent d'une enquête téléphonique qui s'est déroulée de février à juin 2005, auprès d'un échantillon de la population âgée de 18 ans ou plus vivant dans la communauté, dans les régions sociosanitaires de Montréal et de la Montérégie. Pour participer, les répondants devaient pouvoir s'exprimer en français ou en anglais. Le taux de réponse (méthode de l'AIRMS) est de 64,3 % globalement, de 63,0 % à Montréal et de 65,9 % en Montérégie. L'échantillon total est de 9 206 répondants (4 789 à Montréal et 4 417 en Montérégie).

Le questionnaire documente l'utilisation des services de santé au cours des deux années précédant l'enquête, les caractéristiques, l'utilisation, l'appréciation et les résultats des services de la source habituelle de soins ainsi que l'expérience de soins pour le problème de santé le plus important et les soins non comblés de services au cours des six mois précédents.

Les données sont pondérées pour corriger la distribution d'âge, de sexe et de taille du ménage, et pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête (échantillon non proportionnel stratifié par CSSS et sélection aléatoire d'un individu par ménage). Dans le cadre de notre étude, le concept de besoins non comblés a été mesuré à l'aide de la question suivante : « *Au cours des six derniers mois, avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin sans l'avoir fait, c'est-à-dire sans en avoir vu un?* ».

Dans l'ensemble du cahier, les statistiques descriptives sont présentées. Des calculs d'intervalles de confiance au seuil de 95 % et des tests de Chi-carré ($p < 0,05$) ont été réalisés pour évaluer les différences statistiquement significatives. Des modèles de régressions logistiques ont été développés pour

identifier les facteurs associés à la déclaration de BNC contrôlant pour les facteurs de confusion potentiels.

Nous nous basons essentiellement sur les résultats de l'analyse descriptive. Toutefois, afin de vérifier certaines tendances observées, une analyse plus poussée par régression multiple a été utilisée à quelques reprises.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pineault R, Levesque J-F, Tousignant P, Beaulne G, Hamel M, Poirier L-R, Raynault M-F, Bénégeri M, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J, Hanley J, Bergeron P, Dulude S, Marcil M. L'accessibilité et la continuité dans la population : l'influence des modèles d'organisation des services de santé de première ligne. Projet financé par la Fondation Canadienne de Recherche sur les Services de Santé. 2004, FCRSS RC1-1091-05.
2. Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot J-M. Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. Statistique Canada, no 82-003 au catalogue. Rapports sur la santé, mars 2002;13(3):17-24.
3. Chen J, Hou F, Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot JM. Besoins non satisfaits en matière de soins de santé. Dans Tendances sociales canadiennes. Statistique Canada, hiver 2002, n°11-008 au catalogue, p. 21-26.
4. Sanmartin C, Ross N. Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada. Healthcare Policy 2006;1(2):103-119.
5. Diamant AL, Hays RD, Morales LS et al. Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. American Journal of Public Health May 2004;94(5): 783-789.
6. Andrus DP. Access to care is the centerpiece in the elimination of socioeconomic disparities in health. Annals of Internal Medicine 1998;129(5):412-416.
7. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare. European Journal of Public Health 2005; 15(4):361-367.
8. Pagan JA, Pauly MV. Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults. HSR: Health Services Research 2006 June; 41(3):788-803.
9. Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs: The influence of multiple risk factors. J Gen Intern Med 2005;20:148-154.
10. Blendon RJ, Schoen C, DesRoches CM, Osborn R, Zapert K. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in 5 countries. Health Affairs 2003;22(3):106-121.
11. Donelan K, Blendon RJ, Schoen C, Davis K, Binns K. The cost of health system change: Public discontent in 5 nations. Health Affairs 1999;18(3):206-216.
12. Levesque J-F, Pineault R, Simard B, Roberge D, Hamel M, Kapetanakis C, Robert L. L'expérience de soins de la population - Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. L'accessibilité et la continuité des services : une étude sur la première ligne au Québec. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal / Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2007.
13. Wu Z, Penning MJ, Schimmele CM., Immigrant status and unmet health care needs. Canadian Journal of Public Health, Sept/Oct 2005;96(5):CBCA Reference p. 369.
14. Sanmartin C, Berthelot J-M, Ng E, Murphy K, Blackwell DL, Gentleman JF, Martinez ME, Simile CM. Comparing health and health care use in Canada and the United States. Health Affairs, 2006;25(4): 1133-1142.
15. Desai M, Lentzner H, Weeks J. Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults. The Gerontologist February 2001;41(1): 82-88.
16. Alonso J, Orfila F, Ruigómez A, Ferrer M, Antò J. Unmet health care needs and mortality among spanish elderly. American Journal of Public Health March 1997;87(3):365-370.
17. Feng H, Chen J. Unmet needs for health care. Health Reports Jan 2002;13(Iss. 2):23.

EN SOMME...

* La prévalence des besoins non comblés semble en croissance depuis une dizaine d'années et atteint 18 % dans notre étude.

* Les problèmes de santé associés à des besoins non comblés sont jugés urgents chez une personne sur cinq et causent de l'inquiétude, de la douleur et des limitations d'activités pour une grande partie de la population ayant déclaré des BNC.

* Le phénomène touche l'ensemble de la population mais est plus fréquent chez les jeunes adultes, les immigrants récents, les personnes qui travaillent ou étudient, celles présentant un niveau de scolarité élevé et les personnes se déclarant en mauvaise santé.

* Les personnes n'ayant pas de médecin de famille et celles identifiant l'urgence comme source habituelle de services de première ligne présentent des taux nettement plus élevés de besoins non comblés.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheurs principaux :

Raynald Pineault
Jean-Frédéric Levesque
Danièle Roberge

Co-chercheurs :

Marjolaine Hamel, Paul A. Lamarche
Pierre Tousignant, Léo Roch Poirier
Marie-France Raynault, Jeannie Haggerty
James Hanley, Mike Benigeri
Ginette Beaulne, Pierre Bergeron

Analyse et rédaction :

Lauriane Robert, Brigitte Simard
Costas Kapetanakis

Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne?

Auteurs :

Jean-Frédéric Levesque¹, Raynald Pineault¹,
Lauriane Robert¹, Marjolaine Hamel¹,
Danièle Roberge², Costas Kapetanakis¹,
Brigitte Simard¹, Adeline Laugraud¹

¹ ESPSS

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal /
Direction de santé publique
Institut national de santé publique
Québec

² Centre de recherche de l'Hôpital Charles
LeMoine



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

Ce document est disponible sur les sites Internet de la DSP (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html) et de l'INSPQ (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 – 3^e trimestre 2007
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-51104-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-51103-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2007)