Marc-André Fournier, GRIS, Université de Montréal
Jacques Piché, Direction des études et indicateurs, ministère de la Santé et des Services sociaux
Lise Côté, Centre de santé publique de Québec

(1995)

“Recours aux services sociaux et de santé”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Marc-André Fournier, Jacques Piché et Lise Côté

"Recours aux services sociaux et de santé".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 15, pp. 315-339. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 6 août 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Marc-André Fournier, GRIS, Université de Montréal
Jacques Piché, Direction des études et indicateurs,
ministère de la Santé et des Services sociaux
Lise Côté, Centre de santé publique de Québec

“**Recours aux services sociaux et de santé**”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I**. Chapitre 15, pp. 315-339. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

Table des matières

- 15.0 [Introduction](#)
- 15.1 [Aspects méthodologiques](#)
 - 15.1.1 [Indicateurs](#)
 - 15.1.2 [Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987](#)
 - 15.1.3 [Portée et limites des données](#)
- 15.2 [Résultats](#)
 - 15.2.1 [Taux de consultation des professionnels](#)
 - 15.2.2 [Problèmes à l'origine de la dernière consultation](#)
 - 15.2.3 [Lieu de la dernière consultation](#)
 - 15.2.4 [Accessibilité géographique](#)
 - 15.2.5 [Accessibilité financière](#)
- 15.3 [Conclusions](#)
 - 15.3.1 [Synthèse et pistes de recherche](#)
 - 15.3.2 [Éléments de réflexion pour la planification](#)
- 15.4 [Références bibliographiques](#)

Marc-André Fournier, GRIS, Université de Montréal
Jacques Piché, Direction des études et indicateurs,
ministère de la Santé et des Services sociaux
Lise Côté, Centre de santé publique de Québec

"Recours aux services sociaux et de santé".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I**. Chapitre 15, pp. 315-339. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

15.0 Introduction

[Retour à la table des matières](#)

On peut considérer le recours aux services sociaux et de santé comme une conséquence des problèmes qui surviennent dans la vie des individus, ou comme un déterminant de leur état de santé, au même titre que les facteurs biologiques, les habitudes de vie ainsi que l'environnement physique et social (ICRA, 1991).

Cependant, l'utilisation des services ne dépend pas uniquement des besoins des individus, mais aussi des caractéristiques socio-démographiques, des attitudes et de la capacité de ceux-ci de s'offrir des services non assurés ; elle dépend également du mode d'organisation des services qui en conditionne les modalités d'accès, notamment la disponibilité des ressources et leur répartition sur le territoire (Béland, 1994 ; Evans et Stoddart, 1990 ; Andersen et Newman, 1973). Elle repose enfin sur les dispensateurs de services dont l'effectif, la qualification et la formation sont autant de facteurs qui influent sur la pratique des professionnels (Donabedian, 1973). À maints égards, l'offre régit la demande de services (Wennberg, 1993 ; Blais, 1990 et 1989).

Bien qu'elles n'en brossent pas le tableau complet, les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permettent de mieux comprendre un certain nombre de facteurs qui sont associés au recours aux services sociaux et de santé. Elles permettent de comparer le niveau de recours aux services des différents types de professionnels selon les caractéristiques socio-démographiques des individus, leurs conditions de vie, leur état de santé et leur région de résidence. Elles permettent également de connaître les motifs et la durée des problèmes à l'origine des consultations, de même que le lieu de ces consultations.

En plus de porter sur la consultation de professionnels, les données de l'enquête permettent aussi de comparer l'accessibilité financière à d'autres services de santé. Le régime d'assurance-maladie du Québec assure à l'ensemble de la population un accès gratuit à une gamme importante de services, dont l'ensemble des services médicaux et les services en établissement. Par contre, de nombreux services, dont les médicaments et les services dentaires ou d'optométrie, ne sont pas couverts ou ne le sont que partiellement. À cet égard, l'enquête permet de voir si des contraintes financières limitent l'accès à certains services non assurés par le régime d'assurance-maladie.

L'enquête contient ainsi des renseignements sur le recours aux professionnels de services sociaux et de santé que ne peuvent fournir les banques de données provenant de fichiers administratifs. En effet, ceux-ci ne portent que sur certains types de professionnels, presque exclusivement les médecins, et contiennent très peu de renseignements sur les caractéristiques des utilisateurs.

Les données de l'enquête permettent aussi de suivre l'évolution du niveau d'utilisation des services sociaux et de santé depuis l'enquête Santé Québec 1987. De plus, elles contiennent des renseignements absents de l'enquête précédente sur l'accessibilité géographique et financière.

15.1 Aspects méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

Le présent chapitre aborde cinq aspects du recours aux services sociaux et de santé : le taux de consultation de professionnels et les caractéristiques des individus ayant consulté, les motifs et les lieux de la consultation, l'accessibilité géographique ainsi que l'accessibilité financière aux services. Les données relatives à ce chapitre sont tirées de la section III du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI), lequel concernait l'ensemble de la population. Comme c'est généralement le cas pour les questions du QRI, le taux de non-réponse partielle à chacune des questions de cette section est inférieure à 5%.

15.1.1 Indicateurs

[Retour à la table des matières](#)

Le recours aux professionnels des services sociaux et de la santé est mesuré par le fait d'avoir consulté ou non un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. La mesure utilisée est le taux de consultation, soit le pourcentage de la population qui s'est adressée à un professionnel des services sociaux et de la santé. Douze blocs de questions (QRI29 à QRI81) permettent de dresser l'éventail des types de professionnels consultés. Neuf d'entre eux concernent spécifiquement une seule catégorie de professionnels, les trois autres portent sur un regroupement de catégories. Ainsi « les praticiens de médecine non traditionnelle » incluent les chiropraticiens, les acupuncteurs, les sages-femmes, les naturopathes, les ostéopathes et les homéopathes ; les physiothérapeutes et les ergothérapeutes for-

ment un type de professionnels ; un dernier type comprend les professionnels autres que ceux déjà précisés.

Les données relatives au lieu, au motif et à la durée du problème à l'origine de la consultation ne portent que sur la dernière consultation d'un professionnel (QRI82 à QRI85). Le fait de ne considérer que la dernière consultation n'affecte en rien la qualité des résultats, car la très grande majorité des personnes déclarent avoir consulté un seul type de professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Au surplus, la structure des taux de consultation selon le type de professionnel est semblable, qu'il s'agisse du dernier ou de tous les professionnels consultés. Puisque seule la dernière consultation est retenue, le nombre de personnes ayant consulté correspond, aux fins de l'analyse, à un nombre de consultations ; ainsi, le taux de consultation désigne indifféremment les personnes ou les consultations. Il est à noter que les motifs de consultation sont définis selon la Classification internationale des maladies (CIM-9).

L'accessibilité géographique aux services de professionnels est analysée en comparant les taux de consultation de la population des différentes régions du Québec, et la distance parcourue pour effectuer ces consultations. Les questions relatives à l'accessibilité géographique font partie du bloc de questions concernant chacun des types de professionnels (QRI29 à QRI81).

L'accessibilité financière aux services non couverts par l'assurance-maladie du Québec est traitée sous deux aspects. D'une part, on s'intéresse aux personnes « couvertes par une assurance qui défraie, au moins en partie, les dépenses non assurées par l'assurance-maladie du Québec » (QRI88). L'analyse décrit les caractéristiques de ces personnes et compare le taux de consultation de certains professionnels dont les services ne sont pas assurés par l'assurance-maladie du Québec, notamment les dentistes et les praticiens de médecine non traditionnelle, selon que les individus sont couverts ou non par une telle assurance. D'autre part, l'accessibilité financière est évaluée en estimant la

proportion de la population qui, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, n'a pu acheter, à cause de leur coût, des médicaments prescrits par un médecin (QRI86) ou des lunettes, des prothèses ou toutes autres fournitures médicales qu'elle « aurait dû se procurer » (QRI87).

Certaines données portant sur la consultation des professionnels ne sont pas traitées dans ce chapitre. Ainsi, la question visant à déterminer si la consultation est attribuable à une blessure ou à un accident a plutôt fait l'objet d'analyse au chapitre consacré aux accidents et blessures. Par ailleurs, l'analyse des données de mi-enquête concernant les honoraires versés et le nombre d'heures de travail rémunérées perdues pour une consultation amène à conclure qu'il serait préférable de vérifier la validité des résultats, entreprise qui ne pouvait être réalisée dans le cadre du présent rapport.

15.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987

[Retour à la table des matières](#)

La formulation des questions sur le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé est la même que celle de l'enquête Santé Québec 1987. Cependant, des différences sont à noter en ce qui concerne les types de professionnels. Considérés séparément en 1987, le chiropraticien et l'acupuncteur font partie, dans la présente enquête, des praticiens de médecine non traditionnelle. Par ailleurs, la diététiste, classée parmi les « autres professionnels » lors de l'enquête de 1987, est un type de professionnel distinct en 1992-1993. Ces modifications n'affectent pas le taux global de consultation.

Un autre changement par rapport à l'enquête de 1987 concerne le motif de la consultation. Avant de demander le motif précis de la

consultation, le questionnaire de 1992-1993 comprend une question supplémentaire qui invite les gens à classer le problème à l'origine de la consultation selon trois catégories : « problème de santé, problème familial ou social, consultation préventive ou de routine » (QRI84). Il faut garder à l'esprit que la catégorisation des raisons de consultation telles que déclarées par la population ne correspond pas nécessairement à celle qui est basée sur la CIM-9, surtout pour ce qui est de la prévention ou des examens de routine.

15.1.3 Portée et limites des données

[Retour à la table des matières](#)

En ce qui concerne l'interprétation des résultats sur le taux de consultation, il importe de souligner que plusieurs études ont décelé la présence de biais dans la mesure de l'utilisation des services de santé, lorsqu'il faut faire appel à la mémoire des personnes qui participent à une enquête (Camirand *et al.*, 1994 ; Hayes *et al.*, 1990 ; Cleary et Jeté, 1984 ; U.S.D.H.E.W., 1977). Bien que le pourcentage d'erreurs augmente avec la longueur de la période de référence, ce taux peut quand même être important pour une période de référence de deux semaines. En jumelant les données de Santé Québec 1987 au fichier de facturation des médecins de la RAMQ, des chercheurs québécois (Camirand *et al.*, 1994), ont comparé les réponses aux questions de l'enquête portant sur la consultation d'un médecin et les consultations facturées pour les mêmes individus. Les résultats montrent qu'une proportion importante des consultations facturées par les médecins à la RAMQ n'ont pas été déclarées lors de l'enquête, et que cette sous-déclaration est beaucoup plus importante chez les personnes en bonne santé que chez celles en mauvaise santé.

Par contre, le taux de sous-déclaration ne varie pas de façon significative selon les caractéristiques socio-démographiques et le niveau de revenu. La sous-déclaration n'affecterait donc pas la validité des

résultats portant sur le niveau relatif de consultation entre les catégories à l'intérieur de ces variables indépendantes. Toutefois, même si la sous-déclaration peut être compensée, en partie, par une surdéclaration, c'est-à-dire le fait d'avoir mentionné des consultations qui n'ont pas eu lieu au cours de la période, il faut interpréter avec prudence les résultats obtenus en ce qui concerne les écarts selon l'état de santé, lesquels pourraient être surestimés.

Il faut aussi préciser que l'indicateur d'utilisation des services employé ici est le fait d'avoir consulté ou non un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, peu importe la gravité du problème de santé à l'origine de cette consultation et le type de services utilisés. Or, une véritable comparaison du niveau d'utilisation des services entre différentes sous-populations ne doit pas se limiter à la quantité de services, puisqu'elle devrait également tenir compte du fait que la nature des services est très variable : de l'examen ordinaire jusqu'aux actes chirurgicaux les plus complexes. Dans la mesure où l'utilisation faite par les personnes en bonne santé concerne surtout des services simples et peu coûteux, la sous-estimation de leur taux de consultation n'implique pas nécessairement une sous-estimation de leur niveau d'utilisation des services. Compte tenu d'un effet compensatoire, le biais dû aux écarts de sous-déclaration selon l'état de santé n'est peut-être pas aussi problématique qu'il ne le paraît de prime abord.

De façon générale, l'analyse du recours aux services selon le type de professionnel est effectuée en examinant le taux de consultation d'au moins un professionnel, puis en distinguant les médecins des autres professionnels et en précisant le type de professionnel, lorsque cela s'avère pertinent. Les résultats sont analysés selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, et d'après certains indicateurs de l'état de santé de la population.

15.2 Résultats

15.2.1 Taux de consultation des professionnels

Variations selon le sexe et l'âge

[Retour à la table des matières](#)

Une personne sur quatre (25%) a consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 15.1). Parmi les différents types de professionnels, ceux qui sont les plus fréquemment consultés sont les médecins généralistes (11%), les médecins spécialistes (6%) et les dentistes (4%). Globalement, le taux de consultation de professionnels autres que les médecins (14%) est à peine inférieur à celui des médecins (15%).

Parmi l'ensemble des personnes ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, 19% ont vu un type de professionnel, 5% en ont consulté deux, et 1,3%, trois ou plus (tableau 15.2). En somme, environ les trois quarts (77%) des gens ayant consulté durant cette période n'ont vu qu'un seul type de professionnels. La proportion de gens consultant trois types de professionnels ou plus a tendance à augmenter avec l'âge, passant de 0,6% chez les jeunes de 0-14 ans à 2% chez les personnes de 65 ans et plus. De plus, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir consulté trois types de professionnels ou plus (1,7% c. 0,8%).

Tableau 15.1

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de professionnel, population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Types de professionnels	Personnes ayant consulté	
	%	Pe
Médecin généraliste	10,7	757 450
Médecin spécialiste	5,5	386 164
Médecin (généraliste ou spécialiste)	14,7	1 041 114
Dentiste	4,3	305 806
Pharmacien	2,4	170 940
Praticien de médecine non traditionnelle	2,4	170 675
Optométriste ou opticien	2,0	140 379
Infirmière	1,6	110 709
Physiothérapeute ou ergothérapeute	0,9	60 983
Psychologue	0,7	52 488
Travailleur social	0,6	39 436
Dietétiste	0,3	23 169
Autre professionnel	0,7	50 202
Professionnel autre qu'un médecin	14,1	993 699
Au moins un professionnel	24,8	1 753 951

Le tableau 15.3 montre que le groupe des 15-24 ans demeure celui où le pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel est le plus faible (21%), tandis que le pourcentage le plus élevé s'observe chez les personnes de 65 ans et plus (33%). Cependant, la relation entre l'âge et le recours aux services diffère en fonction du type de professionnels consultés. Le recours aux services des médecins est beaucoup plus présent chez les personnes de 65 ans et plus (25%) que parmi les personnes des autres groupes d'âge (de 11% à 16%), alors que la consultation auprès de professionnels autres que médecins varie peu selon l'âge.

Tableau 15.2

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le nombre de types de professionnels consultés, le sexe ou l'âge, population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Nombre de types de professionnels consultés				
	Un	Deux	Trois et plus	Total	
	%	%	%	%	Pe
Sexe					
Hommes	16,3	3,5	0,8	20,7	722 212
Femmes	21,8	5,4	1,7	28,9	1 031 739
Groupe d'âge					
0-14 ans	19,3	3,6	0,6*	23,4	329 369
15-24 ans	16,4	3,5	0,8*	20,7	194 802
25-44 ans	18,5	4,7	1,4	24,5	603 981
45-64 ans	18,9	4,7	1,6	25,1	383 482
65 ans et plus	25,0	6,3	2,1*	33,4	242 317
Total	19,1	4,5	1,3	24,8	1 753 951

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

La proportion de la population ayant consulté au moins un professionnel est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, soit 29% contre 21%. Le taux de consultation des femmes est plus élevé autant en ce qui concerne les médecins (18% c. 12%) que les autres professionnels (16% c. 12%).

Tableau 15.3

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe ou l'âge, population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe /Groupe d'âge	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel %	Médecin %	Professionnel autre qu'un médecin %
Sexe			
Hommes	20,7	11,7	11,8
Femmes	28,9	17,7	16,3
Groupe d'âge			
0-14 ans	23,4	13,1	13,3
15-24 ans	20,7	11,3	12,4
25-44 ans	24,5	13,3	15,2
45-64 ans	25,1	15,8	13,7
65 ans et plus	33,4	25,1	14,6
Total	24,8	14,7	14,1

En 1987, lors de la première enquête, la proportion des personnes qui avaient consulté au moins un professionnel était de 22% (graphique 15.1). La proportion estimée dans la présente enquête, soit 25%, représente une augmentation par rapport à celle de 1987. Chez les hommes, la proportion est passée de 19% à 21% et chez les femmes, de 25% à 29%. Par ailleurs, l'augmentation générale du recours aux professionnels serait surtout attribuable au recours accru aux professionnels autres que les médecins (11% c. 14%), l'augmentation observée du recours aux médecins n'étant pas significative.

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques

Les données selon l'état matrimonial de fait indiquent qu'une forte proportion des personnes veuves, séparées ou divorcées, soit 35%, ont consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 15.4). Cette proportion est de 22% chez les célibataires, de 25% chez les personnes mariées, et de 26% chez les personnes vivant en union de fait. Outre les médecins, les pharmaciens, les psychologues et les travailleurs sociaux sont les types de professionnels pour lesquels le taux de consultation des personnes veuves, séparées ou divorcées est plus élevé que celui des autres groupes (tableau A.15.1). Cette relation entre l'état matrimonial et le recours aux services de professionnels est attribuable en partie à l'âge, qui varie selon l'état matrimonial.

Graphique 15.1

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Les résultats en fonction du statut d'activité indiquent que les personnes retraitées (32%) ainsi que les personnes à la maison (30%) sont celles qui recourent le plus souvent aux services de professionnels. Toutefois, cette distinction ne vaut que pour le recours aux services de médecins, et non pour le recours aux services d'autres professionnels. Ainsi, 24% des personnes à la retraite et 20% des personnes qui tiennent maison ont consulté au moins un médecin au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, contre 17% des personnes sans emploi, 12% de celles qui occupent un emploi, et 10% des étudiants. Ces résultats sont évidemment liés à l'âge et au sexe, qui diffèrent selon le statut d'activité.

En ce qui a trait au recours aux services de professionnels autres que les médecins, l'absence d'une tendance générale cache des résultats propres à certains types de professionnels. À l'inverse de ce que l'on observe pour le recours aux médecins, les retraités sont les personnes qui en proportion recourent le moins aux dentistes et aux praticiens de médecine non traditionnelle, tandis que les personnes occupant un emploi sont celles qui y recourent le plus (tableau A.15.2).

Il n'existe pas de relation significative entre le niveau de revenu et le taux de consultation au regard de l'ensemble des professionnels consultés. Ce résultat global cache des tendances diverses selon le type de professionnels concernés. Ainsi le recours aux médecins augmente lorsque le revenu diminue. En ce qui concerne les professionnels autres que les médecins, le recours aux dentistes et aux praticiens de médecine non traditionnelle croît à mesure que s'élève le revenu, tandis que le phénomène inverse s'observe en ce qui a trait aux travailleurs sociaux (tableau A.15.3).

Tableau 15.4

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel %	Médecin %	Professionnel autre qu'un médecin %
État matrimonial de fait (1)			
Marié	24,6	15,0	13,7
Union de fait	25,7	14,5	14,4
Veuf, séparé ou divorcé	34,7	23,0	18,5
Célibataire	22,1	11,6	13,9
Niveau de revenu (2)			
Très pauvre	27,5	18,5	13,9
Pauvre	24,5	16,1	12,6
Moyen inférieur	24,4	15,0	13,5
Moyen supérieur	24,6	13,8	14,5
Supérieur	25,2	13,2	15,6
Statut d'activité (1) (2 sem.)			
En emploi	23,0	12,1	14,2
Aux études	19,9	9,9	12,8
Tient maison	30,2	20,3	15,9
À la retraite	31,7	24,0	14,0
Sans emploi	25,4	16,5	14,0

- 1 Population de 15 ans et plus.
- 2 Population totale.

*Variations selon certains indicateurs
de l'état de santé*

La perception de l'état de santé est fortement liée au recours aux services des professionnels, notamment aux services médicaux (tableau 1 5.5). Parmi les personnes qui s'estiment en excellente santé, 19% ont consulté au moins un professionnel. Cette proportion augmente évidemment à mesure que se dégrade l'état de santé perçu, et se situe à 60% chez les personnes qui se jugent en mauvaise santé. En ce qui concerne le recours aux services médicaux, 10% des personnes qui se disent en excellente santé ont consulté un médecin comparativement à 49% de celles qui se déclarent en mauvaise santé. Ces proportions sont respectivement de 11% et de 30% pour le recours aux services des professionnels autres que les médecins.

Le fait d'être frappé d'incapacité est également relié étroitement au taux de consultation. Ainsi, les gens qui rapportent avoir limité leurs activités par suite d'un problème de santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête sont proportionnellement plus nombreux à avoir consulté un professionnel que ceux qui ne rapportent pas d'incapacité (62% c. 21%).

Ces proportions sont respectivement de 50% et de 11% pour les consultations d'un médecin, et de 30% et de 12% pour les consultations de professionnels autres que les médecins.

Tableau 15.5

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Indicateurs de santé	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre que médecin
	%	%	%
État de santé perçu (1)			
Excellent	18,8	10,0	11,2
Très bon	22,3	11,8	13,5
Bon	26,2	15,5	14,8
Moyen	40,0	29,2	20,1
Mauvais	60,1	48,9	29,5
Incapacité à court ou à long terme (2)			
Sans incapacité	20,9	10,9	12,4
Avec incapacité	61,6	50,0	29,8
Indice de détresse psychologique (1)			
Niveau faible	23,6	13,9	13,0
Niveau élevé	30,7	17,8	18,4

1 Population de 15 ans et plus.

2 Population totale.

Dans une moindre mesure, la détresse psychologique est un autre facteur qui est associé au recours aux professionnels de services sociaux et de santé. Au total, 31% des personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ont consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, comparativement à 24% du reste de la population. Des taux plus élevés s'observent à la fois pour le recours aux médecins (18% c. 14%) et aux autres professionnels (18% c. 13%). Les psychologues étant plus di-

rectement concernés par ce type de problèmes, les données montrent que les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique les consultent dans une proportion significativement plus grande que celle estimée pour les personnes classées au niveau faible de l'indice, soit 1,9% comparativement à 0,5% (données non présentées).

15.2.2 Problèmes à l'origine de la dernière consultation

[Retour à la table des matières](#)

Six personnes sur dix (59%) ayant consulté un professionnel déclarent l'avoir fait pour des problèmes de santé, 3%, pour des problèmes sociaux ou familiaux, et plus du tiers (38%) à des fins préventives ou pour des examens de routine (tableau 15.6). C'est auprès des optométristes ou opticiens (72%), des dentistes (66%) et des infirmières (65%) que le taux de consultation pour des raisons de prévention ou des examens de routine est le plus élevé, et auprès des physiothérapeutes et des ergothérapeutes qu'il est le plus faible (7%) ; dans le cas des médecins généralistes et spécialistes, les taux de consultation reliés à ces motifs sont de 30% et 32%. Par ailleurs, 78% des consultations d'un travailleur social et 46% de celles d'un psychologue sont effectuées pour des problèmes d'ordre social ou familial.

Lorsque les personnes sont appelées à préciser le motif ou le problème à l'origine de la dernière consultation, c'est 26% des consultations ¹ qui peuvent être associées à des activités de prévention ou à des examens de routine (tableau 15.7). Les autres motifs de consulta-

¹ Il importe de rappeler que dans cette section et la suivante, la mesure utilisée, pourcentage ou taux, s'applique indifféremment aux personnes ayant consulté ou aux consultations, puisque seule la dernière consultation fait l'objet d'une analyse.

tion les plus fréquemment déclarés sont les troubles du système ostéo-articulaire (10%), de l'appareil respiratoire (9%), du système nerveux et des organes des sens (7%), les lésions et accidents (6%), les problèmes de digestion (5%), les symptômes et les signes mal définis (5%).

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes, selon les catégories de problèmes à l'origine des consultations (tableau A.15.4). Par contre, certaines différences apparaissent selon l'âge. Alors que les problèmes reliés à l'appareil circulatoire représentent moins de 2% des motifs de consultation rapportés par les personnes de moins de 45 ans, ils constituent 7% de ceux déclarés par les personnes de 45-64 ans, et 12%, par celles de 65 ans et plus. Exception faite des consultations à des fins de prévention et des examens de routine, les problèmes respiratoires sont la principale cause de consultation chez les moins de 15 ans (15%) et les problèmes ostéo-articulaires, chez les 25 à 64 ans (13% et 14%).

Les motifs de consultation diffèrent selon le professionnel consulté. Ainsi, 23% des consultations d'un médecin généraliste sont liées à des examens de routine ou de prévention, 18%, à des troubles respiratoires et 8%, à des accidents et lésions (tableau A.15.5). Les raisons sont plus diversifiées pour les médecins spécialistes : 18% des consultations concernent les examens de routine et de prévention, 10%, les troubles du système nerveux et des organes des sens, 7%, les problèmes ostéo-articulaires et musculaires, 7%, les accidents et lésions et 6% les troubles de l'appareil respiratoire. La principale raison invoquée pour la consultation d'un pharmacien est un problème de l'appareil respiratoire (21%), alors que le deuxième motif en importance est la prévention (8%), suivent les symptômes mal définis (8%) et les accidents et lésions (7%).

Tableau 15.6

Raison invoquée pour la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Types de professionnels	Raison invoquée pour la dernière consultation			
	Problème de santé %	Problème familial ou social %	Consultation préventive ou de routine %	Total N
Médecin généraliste	69,6	0,5**	30,0	592 823
Médecin spécialiste	66,9	1,5**	31,7	340 772
Dentiste	33,9	0,0**	66,1	263 788
Infirmière	34,6	0,0**	65,4	67 924
Pharmacien	65,6	0,1**	34,3	86 431
Optométriste ou opticien	28,5	0,0**	71,5	114 108
Physiothérapeute ou ergothérapeute	92,4	0,5**	7,1**	45 071
Praticien de médecine non traditionnelle	78,5	0,3**	21,3	144 301
Psychologue	33,0*	46,4	20,6*	39 760
Travailleur social	8,8**	78,0	13,3*	24 365
Diététiste	66,0	2,1**	31,9*	16 298
Autre	55,4	12,3**	32,3*	18 263
Au moins un professionnel	58,9	2,8	38,3	1 753 903

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Quant aux consultations de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes, plus de la moitié (54%) sont motivées par des problèmes ostéo-articulaires et musculaires, et plus du quart (26%), par des accidents et lésions. Plus de la moitié (52%) des consultations de praticiens non traditionnels sont aussi le résultat de problèmes ostéo-articulaires et

musculaires, alors que 15% sont pour des examens de routine ou de prévention, et 7%, pour des maux mal définis.

Une comparaison du motif de la dernière consultation avec les données de Santé Québec 1987 révèle que, parmi les personnes ayant consulté, celles qui rapportent des problèmes liés à l'appareil circulatoire et au système digestif sont proportionnellement moins nombreuses en 1992-1993 qu'en 1987 (4% c. 6% et 5% c. 8%), tandis que la proportion de personnes qui consultent pour des raisons de prévention ou un examen de routine est en hausse (26% c. 21%) (tableau 15.7).

Tableau 15.7

Problème à l'origine de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Problèmes de santé	1987 %	1992-1993 %
Endocrinien et métabolique	2,0	2,7
Troubles mentaux	2,6	3,1
Nerveux et organes des sens	6,4	6,6
Circulatoire	6,1	3,7
Respiratoire	9,5	8,7
Digestif	7,9	5,4
Génito-urinaire	3,0	2,0
Affection cutanée	2,9	2,5
Ostéo-articulaire	9,1	9,7
Symptômes et signes mal définis	6,3	5,3
Lésion et accident	7,0	6,0
Prévention et examen de routine	20,6	25,5
Autres	16,7	19,1
Total	100,0	100,0

Pour 20% des personnes ayant consulté au moins un professionnel, le problème à l'origine de la dernière consultation est présent depuis une semaine ou moins, pour un peu moins de 20%, depuis plus d'une semaine à un mois, pour plus du quart (28%), depuis plus d'un mois à un an, et pour le tiers, depuis plus d'un an (tableau A.15.6). Plus du tiers des problèmes à l'origine des consultations d'un médecin généraliste (34%) ont débuté une semaine ou moins avant l'enquête comparativement à 9% des consultations d'un médecin spécialiste et à 44% de celles d'un pharmacien. Plus de la moitié des personnes qui consultent un praticien de médecine non traditionnelle (58%) le font pour des problèmes qui durent depuis plus d'un an, comparativement à 22% de celles qui consultent un médecin généraliste et à 41% de celles qui s'adressent à un médecin spécialiste.

15.2.3 Lieu de la dernière consultation

[Retour à la table des matières](#)

Les deux tiers des consultations (67%) ont lieu en cabinet privé, 14%, à la clinique externe d'un hôpital, 4%, dans un CLSC, 3%, à l'urgence d'un hôpital, et 3%, à domicile (tableau 15.8). Il y a peu de différence selon le sexe, mais des écarts s'observent entre certains groupes d'âge. Chez les personnes de 65 ans et plus, 10% des consultations ont lieu à domicile comparativement à un peu moins de 2% chez les personnes des autres groupes d'âge (tableau A.15.7). Plus de 6% des consultations effectuées par les jeunes de 0-14 ans et de 15-24 ans ont lieu dans un CLSC comparativement à 3% de celles des personnes de 65 ans et plus.

Tableau 15.8

Lieu de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Lieu	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
Bureau privé	66,0	66,8	1 172 135
CLSC	5,8	4,1	72 251
Urgence-Centre hospitalier	5,7	3,2	55 753
Clinique externe	11,0	13,7	239 950
Centre hospitalier-séjour	2,2	1,6	27 732
Travail	1,5	0,6*	1 1023
École	0,5	1,3*	22 441
Domicile	3,1	2,6	45 504
Téléphone	1,4	1,1*	19 282
Autre	3,0	5,0	87 673
Total	100,0	100,0	1 753 744

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour 1987.

Le lieu de consultation varie aussi selon le niveau de revenu du ménage (tableau A.15.8). Seulement 55% des personnes très pauvres qui consultent le font en cabinet privé comparativement à environ 70% des personnes dont le niveau de revenu est moyen supérieur ou supérieur. Par contre, 8% des consultations des gens très pauvres ont lieu dans un CLSC comparativement à 2% de ceux se situant dans la catégorie de revenu supérieur. Il semble également que la proportion relative des consultations à domicile ou à l'urgence d'un centre hospitalier diminuent quand le niveau de revenu augmente, mais cette association n'est pas significative. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec ceux observés entre le type de professionnels consultés et le niveau de revenu.

Le lieu de consultation varie selon le type de professionnels consultés (tableau A.15.9). Dans plus de 90% des cas, les consultations de dentistes, d'optométristes ou d'opticiens, et de praticiens de médecine non traditionnelle ont lieu en bureau privé comparativement à environ les deux tiers des consultations de médecins généralistes et de psychologues, et à la moitié des consultations de médecins spécialistes, de physiothérapeutes ou d'ergothérapeutes, ou de diététistes. C'est à la clinique externe qu'ont également lieu 32% des consultations d'un médecin spécialiste et 34% des consultations d'un physiothérapeute ou d'un ergothérapeute. Par ailleurs, à peine 5% des consultations de médecins généralistes ont lieu dans un CLSC et 3%, à domicile. Les consultations d'une infirmière ou d'un travailleur social se répartissent principalement entre le CLSC, le milieu scolaire et le domicile ; l'infirmière est aussi consultée en clinique externe et le travailleur social, en bureau privé.

Une comparaison avec les résultats de l'enquête de 1987 montre peu de changements quant au lieu de la dernière consultation (tableau 15.8). Les personnes qui consultent un professionnel sont proportionnellement plus nombreuses à consulter à la clinique externe en 1992-1993 qu'en 1987 (14% c. 11%). Par contre, le pourcentage des consultations à l'urgence d'un centre hospitalier a diminué, passant de 6% à 3%. Bien qu'aucune différence significative n'apparaisse, cette baisse pourrait être attribuée au fait que le recours aux professionnels autres que des médecins ait augmenté (et que ceux-ci n'exercent presque pas à l'urgence) ou que la consultation de médecins à l'urgence ait diminué.

15.2.4 Accessibilité géographique

[Retour à la table des matières](#)

Pour simplifier la comparaison de l'accès aux services de professionnels entre les différentes régions sociosanitaires, celles-ci ont été regroupées en fonction de leur éloignement des grands pôles urbains. Les régions centrales sont formées des régions de Québec, de Montréal-centre et de Laval. Les régions en périphérie des régions centrales sont celles de Chaudière-Appalaches, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie. Les régions intermédiaires comprennent le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie-Bois-Francis, l'Estrie et l'Outaouais. Les régions éloignées se composent de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, et de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.

En considérant globalement la proportion des personnes qui ont consulté au moins un professionnel durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, les données de l'enquête ne révèlent pas d'écarts selon les quatre types de régions (tableau 15.9). Toutefois, des différences apparaissent lorsqu'on distingue le recours aux médecins de celui d'autres professionnels. Le recours aux médecins est plus répandu dans les régions centrales (16%) que dans les autres régions (14% et 13%), tandis qu'on observe le phénomène inverse en ce qui a trait au recours à des professionnels autres que des médecins (13% c. 15%).

Tableau 15.9

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de région, population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Types de régions	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel %	Médecin %	Professionnel autre qu'un médecin %
Centrale	25,0	15,8	12,7
Périphérique	24,8	14,3	15,1
Intermédiaire	24,9	14,0	14,8
Éloignée	23,5	13,0	15,0
Total	24,8	14,7	14,1

Un examen plus approfondi du recours aux services médicaux peut s'avérer particulièrement intéressant, compte tenu du débat sur la répartition géographique des médecins. Une distinction entre l'accès aux services des généralistes et à ceux des spécialistes montre que la proportion des personnes qui ont recours aux services des médecins généralistes ne varie pas de manière significative selon le type de régions (tableau A.15.10). Chez les médecins spécialistes par contre, les variations sont notables. Dans les régions centrales, 7% de la population a eu recours aux services d'un spécialiste au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Cette proportion est de 5% dans les régions intermédiaires et en périphérie des régions centrales, et de 4% dans les régions éloignées.

Les données de l'enquête permettent également de comparer les distances parcourues pour consulter un professionnel. Il s'agit en l'occurrence de la distance à l'aller pour se rendre au lieu de consultation. La distance parcourue peut servir d'indicateur pour cerner l'accessibi-

lité d'un service, mais il faut garder à l'esprit qu'elle n'est pas toujours directement associée à la durée du trajet. Ainsi, à distance égale, le temps de déplacement est généralement plus long dans les zones urbaines qu'il ne l'est ailleurs.

Le seuil de vingt kilomètres a été choisi comme point de démarcation entre un trajet court et un trajet long. En général, on peut estimer qu'un trajet de vingt kilomètres requiert normalement au moins trente minutes, ce qui donne une heure de déplacement, lorsqu'on considère l'aller-retour. Sur cette base, on présume que d'avoir à parcourir une distance de plus de vingt kilomètres peut représenter un obstacle à l'accessibilité.

Une proportion relativement faible des consultations (14%), requièrent un trajet de plus de vingt kilomètres (tableau 15.10). Ce pourcentage est, à peu de chose près, le même pour les consultations de médecins et les consultations de professionnels autres que des médecins. Par contre, les variations régionales sont beaucoup plus fortes pour les médecins que pour les autres professionnels. La proportion des consultations de médecins qui ont nécessité un trajet de plus de vingt kilomètres est de 6% dans les régions centrales et de 29% dans les régions éloignées. Quant aux consultations d'un professionnel autre qu'un médecin, ces proportions sont respectivement de 8% et de 17%.

Tableau 15.10

Consultations ayant nécessité un trajet de plus de 20 kilomètres selon le type de région, consultations auprès d'un professionnel, médecin ou autre, déclarées pour les 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Types de régions	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel %	Médecin %	Professionnel autre qu'un médecin %
Centrale	7,1	6,0	8,4
Périphérique	16,6	17,5	15,8
Intermédiaire	17,5	18,9	16,2
Éloignée	22,3	28,7	17,0
Total	13,5	13,6	13,4

Les distances que les gens doivent parcourir pour consulter un médecin spécialiste sont plus grandes que pour toutes les autres catégories de professionnels (tableau 15.11). Chez les résidents des régions centrales, 10% des consultations de spécialistes requièrent un trajet de plus de vingt kilomètres. Cette proportion est de 35% dans les régions en périphérie des régions centrales, de 33% dans les régions intermédiaires, et de 51% dans les régions éloignées. Lorsqu'il s'agit de consultations nécessitant un trajet de plus de cent kilomètres, la proportion passe de 1% pour les résidents des régions centrales à 8% pour les personnes des régions intermédiaires, et grimpe à 23% pour celles qui habitent les régions éloignées.

15.2.5 Accessibilité financière

Couverture par une assurance complémentaire

[Retour à la table des matières](#)

Au total, plus de la moitié (53%) de la population québécoise est couverte par une assurance privée « qui défraie en tout ou en partie le coût des services non assurés par l'assurance-maladie du Québec » (tableau 15.12). À peu de chose près, cette proportion est la même chez les hommes et les femmes. Toutefois, chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion dépasse à peine le quart de la population (27%). Cette observation doit être interprétée à la lumière du fait que l'assurance-maladie du Québec défraie le coût des médicaments des personnes de 65 ans et plus, moyennant une contribution de quelques dollars par prescription de la part du bénéficiaire. Le besoin d'une assurance privée n'est donc pas le même pour les personnes de 65 ans et plus que pour les personnes des autres groupes d'âge qui ne bénéficient pas d'une couverture aussi complète du régime public.

Tableau 15.11

Consultation d'un médecin spécialiste selon la distance parcourue et le type de région, consultations déclarées pour les 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Types de régions	Distance parcourue		
	20 kilomètres et moins %	21-100 kilomètres %	Plus de 100 kilomètres %
Centrale	89,8	9,4	0,9 **
Périphérique	65,2	33,1	1,8 **
Intermédiaire	67,0	24,7	8,3 *
Éloignée	48,8	28,3*	23,0 *
Total	76,1	20,5	3,4

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

La proportion des personnes qui possèdent une assurance privée varie en fonction du niveau de revenu. Elle est de 12% chez les personnes très pauvres et atteint environ 70% chez les personnes dont le revenu est considéré comme moyen supérieur ou supérieur. Par ailleurs, le fait de posséder ou non une assurance privée est également fortement lié au statut d'activité. Les personnes qui occupent un emploi forment le groupe où l'on retrouve la plus forte proportion d'assurés (67%), alors que les retraités et les sans emploi sont ceux qui présentent la plus faible proportion de personnes possédant une assurance privée (31% et 28%). L'interprétation de ces résultats doit tenir compte du fait que la couverture de l'assurance-maladie du Québec varie selon les groupes sociaux. Ainsi, les bénéficiaires d'aide sociale profitent d'une couverture plus étendue que le reste de la population.

Le fait de posséder une assurance privée n'est pas associé au recours aux services de professionnels, sauf dans le cas des dentistes et

des praticiens de médecine non traditionnelle. Parmi les personnes qui possèdent une assurance privée, 5% ont consulté un dentiste au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, contre 3% pour les personnes ne possédant pas une telle assurance. Quant aux consultations de praticiens de médecine non traditionnelle, ces proportions sont respectivement de 3% et de 1,6% (données non présentées).

Tableau 15.12

Personnes couvertes par une assurance privée selon l'âge ou certaines caractéristiques socio-économiques, population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge / Caractéristiques	Personnes couvertes par une assurance privée	
	%	Pe
Groupe d'âge		
0-14 ans	58,8	816 937
15-24 ans	47,9	444 137
25-44 ans	58,8	1 439 204
45-64 ans	55,8	851 004
65 ans et plus	26,7	193 214
Total	53,4	3 744 496
Niveau de revenu		
Très pauvre	11,5	60 187
Pauvre	21,6	195 245
Moyen inférieur	50,5	1 088 510
Moyen supérieur	70,4	1 820 544
Supérieur	68,6	580 008
Statut d'activité ¹ (2 sem.)		
En emploi	66,7	1 926 923
Aux études	48,1	260 375
Tient maison	40,9	320 064
À la retraite	31,3	232 820
Sans emploi	28,0	186 800

1 Population de 15 ans et plus seulement.

Obstacles à l'acquisition de produits ou services

Une personne sur onze s'est fait prescrire des médicaments au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi ces personnes, 4% affirment s'être privées des médicaments prescrits à cause de leur coût (tableau 15.13). On n'observe aucune différence significative selon le sexe. Par contre, des différences existent entre les groupes d'âge. Ainsi, dans le groupe des 15-24 ans, la proportion de ceux qui disent s'être privés de médicaments prescrits est de 8%, alors qu'elle est de 1,4% chez les 65 ans et plus.

Tableau 15.13

Personnes s'étant privées de médicaments à cause de leur coût, selon l'âge, personnes ayant eu une prescription de médicaments au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge	Personnes s'étant privées de médicaments à cause de leur coût	
	%	Pe
0-14 ans	2,3**	2 075
15-24 ans	7,8**	4 434
25-64 ans	4,5*	14 330
65 ans et plus	1,4**	1 479
Total	3,9	22 318

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Par ailleurs, les données de l'enquête ne révèlent pas de lien significatif entre la privation de médicaments prescrits et le niveau de revenu, le statut d'activité ou le fait de posséder ou non une assurance privée (données non présentées). Cependant, ces résultats portent sur

un petit nombre de cas ; il serait donc prudent de ne pas conclure à l'absence complète de relation.

Parmi les personnes qui, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, auraient dû se procurer des lunettes, des prothèses ou toute autre fourniture médicale, soit environ 3% de la population, 29% affirment s'en être privées à cause de leur coût (tableau 15.14). Les données de l'enquête ne permettent pas d'établir si la privation persiste longtemps après la période de référence de deux semaines. Il faut éviter de conclure qu'il s'agit d'une privation définitive. Comme l'acquisition de lunettes ou de toute autre fourniture médicale représente généralement une dépense importante, il est possible que l'achat en soit retardé pendant un certain temps seulement.

La proportion de personnes qui se sont privées de lunettes, de prothèses ou de toute autre fourniture médicale augmente, lorsque le revenu diminue, passant de 11% à environ 40%. Elle varie également selon le statut d'activité, la privation étant plus fréquente chez les personnes sans emploi (47%). Par contre, la privation de ces produits n'est pas significativement associée avec le sexe, le groupe d'âge, ou le fait de posséder ou non une assurance privée (données non présentées).

Tableau 15.14

Personnes s'étant privées de lunettes, de prothèses ou de toute autre fourniture à cause de leur coût, selon certaines caractéristiques socio-économiques, personnes qui auraient dû se procurer ces produits au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Personnes s'étant privées de lunettes, de prothèses ou de toute autre fourniture médicale à cause de leur coût	
	%	Pe
Niveau de revenu		
Très pauvre	36,3*	6 383
Pauvre	47,5	12 193
Moyen inférieur	29,7*	18 344
Moyen supérieur	23,5*	14 226
Supérieur	11,0**	1 976
Statut d'activité (2 sem.)		
En emploi	27,3	21 252
Aux études	30,4*	3 188
Tient maison	33,6*	9 784
À la retraite	16,8**	4 598
Sans emploi	46,8	10 797
Total	28,9	53 122

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

15.3 Conclusions

15.3.1 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Les résultats de l'enquête montrent que les professionnels autres que les médecins occupent une place importante dans le système de santé. D'une part, ils sont consultés dans la même proportion que le sont les médecins. D'autre part, la comparaison des données de l'enquête de 1992-1993 avec celles de l'enquête Santé Québec 1987 indique une augmentation significative du taux de consultation de professionnels autres que des médecins, alors que ce n'est pas le cas pour ces derniers.

Comme en 1987, les femmes recourent en plus grand nombre aux services de professionnels, médecins ou non. Il en est de même des personnes veuves, séparées ou divorcées, de celles qui souffrent d'incapacité, qui perçoivent leur état de santé comme étant moyen ou mauvais, ou qui ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Par contre, s'il est vrai qu'une plus grande proportion de personnes de 65 ans et plus recourent aux services des médecins, ce n'est cependant pas le cas pour les services des autres professionnels.

L'analyse en fonction du revenu montre que le recours aux services des médecins et des travailleurs sociaux augmente à mesure que diminue le niveau de revenu, alors que le recours aux services des dentistes et des praticiens de médecine non traditionnelle augmente avec le niveau de revenu. Ces résultats corroborent ceux de l'enquête de 1987. Par ailleurs, on a déjà observé l'augmentation du recours aux dentistes en fonction du revenu, à l'échelle du Canada (Birch et Eyles, 1992).

L'état de santé semble être le principal facteur qui influence la consultation d'un professionnel, particulièrement d'un médecin. Béland (1995) a montré aussi, en jumelant les données de l'enquête de 1987 aux fichiers de la RAMQ, que même si l'utilisation de services de médecins est plus élevée chez les personnes à faible revenu, l'écart disparaît en contrôlant pour l'état de santé. Ainsi, les personnes à faible revenu ne surutilisent pas les services médicaux, mais le fait que ces services soient complètement couverts par l'assurance-maladie permettrait une équité d'accès en fonction des besoins de santé. Cet accès serait compromis pour les services non couverts par le régime, comme le laisseraient voir les données de l'enquête.

Les trois quarts des personnes ayant consulté un professionnel l'ont fait en raison de problèmes de santé. Pour le quart des personnes, des examens de routine ou des activités de prévention sont à l'origine de la consultation. Les troubles du système ostéo-articulaire et de l'appareil respiratoire sont ensuite les plus souvent invoqués comme motif de consultation. Les motifs de consultation varient de façon importante selon l'âge. Comparativement aux résultats de l'enquête de 1987, les consultations pour des examens de routine ou des activités de prévention ont augmenté de façon significative. Parmi les personnes ayant consulté un professionnel, une sur cinq l'a fait pour un problème ayant débuté moins d'une semaine auparavant, alors que pour une personne sur trois, le problème à l'origine de la consultation remontait à plus d'un an.

Plus de la moitié des consultations de praticiens de médecine non traditionnelle sont attribuables à un problème survenu il y a plus d'un an. On peut raisonnablement croire que dans la plupart des cas, il s'agit d'un problème que la médecine traditionnelle n'a pas résolu.

Le lieu de la consultation varie selon le type de professionnels consultés et certaines caractéristiques des individus. La très grande majorité des consultations, y compris celles des médecins, ont eu lieu en cabinet privé, alors que les CLSC jouent un rôle marginal même en

ce qui concerne la consultation de première ligne des médecins généralistes. Les CLSC attirent davantage les plus jeunes (moins de 25 ans), alors que les consultations à domicile sont beaucoup plus importantes chez les personnes de 65 ans et plus.

Les données de l'enquête permettent de déceler certains modèles de comportement selon le niveau de revenu. Les personnes des ménages à faible revenu consultent moins en cabinet privé que les personnes dont le revenu est plus élevé ; par contre, elles vont davantage au CLSC, à l'urgence et à la clinique externe d'un hôpital, et ont davantage recours aux visites à domicile. Cela soulève la question du type de services reçus selon le niveau socio-économique. On peut penser que la continuité des soins est plus difficile à assurer pour les personnes qui font un usage plus fréquent des salles d'urgence et des visites d'urgence à domicile que pour celles qui ont une source régulière de soins auprès de leur médecin exerçant en cabinet privé (Béland, 1995).

Des données sur l'accessibilité géographique, deux phénomènes sont à souligner. Le niveau global de consultation est semblable, si l'on compare les quatre types de régions. Cependant, le taux de consultation varie en fonction du type de professionnels. La population des régions centrales utilise davantage les services des médecins et moins ceux des autres professionnels. Le phénomène inverse caractérise l'utilisation des services dans les autres régions. Les régions éloignées sont particulièrement défavorisées au niveau de l'accessibilité aux services de médecins spécialistes. Les données de consommation obtenues de la Régie d'assurance-maladie du Québec confirment ces résultats (MSSS, 1993).

En ce qui concerne l'accessibilité financière, l'Enquête sociale et de santé permet d'estimer que plus de la moitié de la population, soit environ 3 750 000 Québécois, est couverte par une assurance privée complémentaire. Ce nombre se rapproche de celui estimé par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, qui

évalue à un peu plus de quatre millions le nombre de Québécois qui étaient assurés en 1992-1993. L'enquête indique également que ceux qui sont couverts par une telle assurance utilisent davantage les services des dentistes et des praticiens de médecine non traditionnelle.

Parmi les personnes à qui un médicament a été prescrit, 4% affirment s'en être privées à cause de son coût. La privation de médicament serait plus fréquente chez les jeunes de 15 à 24 ans. Parmi les personnes qui, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, auraient dû se procurer des lunettes, des prothèses ou toute autre fourniture médicale, près du tiers déclarent s'en être privées à cause de leur coût. Cette privation est plus fréquente chez les personnes à faible revenu. La durée de cette privation est toutefois inconnue, puisque la période de référence est limitée à deux semaines.

Comme piste de recherche, il serait intéressant de pousser plus loin les résultats de l'enquête en procédant à une analyse multivariée des facteurs associés au recours aux services. Il faudrait distinguer ceux qui, relevant de l'état de santé, sont une manifestation des besoins (âge, perception de l'état de santé, présence d'incapacité, détresse psychologique), de ceux qui caractérisent les conditions de vie (scolarité, revenu, l'état matrimonial, etc.) et les lieux de résidence. Une telle analyse permettrait de faire ressortir les interactions entre les facteurs et de situer l'importance relative des uns et des autres. Elle devrait permettre également de différencier les facteurs déterminants en fonction du type de professionnels consultés et du niveau de couverture par l'assurance-maladie ou un régime complémentaire. Ainsi, l'accessibilité financière semble être un élément associé à l'accès aux services des dentistes, alors que l'accessibilité géographique semble être reliée à l'accès aux services médicaux spécialisés.

De plus, il faudrait analyser les variations du recours aux services selon des variables provenant d'autres volets de l'enquête, comme le soutien social, la consommation de médicaments, le groupe ethnique, etc.

Enfin, il faudrait tenter d'examiner les deux questions de l'enquête qui n'ont pas pu être traitées dans le présent rapport, soit celle sur les honoraires versés aux professionnels et celle sur le nombre d'heures de travail rémunérées perdues pour la consultation. Ces renseignements permettraient de mieux évaluer les coûts directs et indirects associés à l'utilisation de services, et leur effet sur l'accès aux services selon les caractéristiques des individus.

15.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

[Retour à la table des matières](#)

Certains résultats sont révélateurs de facteurs qui, au-delà des besoins, conditionnent le recours aux services. Le type de professionnel consulté varie selon le niveau de revenu et le fait de posséder une assurance complémentaire. Ces résultats montrent aussi que des contraintes financières limitent l'accès aux services non assurés par le régime public. Le groupe le plus vulnérable serait celui des personnes à faible revenu qui ne sont pas bénéficiaires de la sécurité du revenu.

Par ailleurs, la privation de médicaments à cause de contraintes financières semble plus fréquente dans le groupe des 15-24 ans et moins fréquente chez les personnes de 65 ans et plus. Or, les personnes âgées se distinguent du reste de la population par la couverture que leur assure le régime public. Exception faite des bénéficiaires d'aide sociale et de certaines personnes atteintes de maladies particulières, elles sont les seules pour qui l'acquisition de médicaments est couverte par le régime public. Une telle discrimination sur la seule base de l'âge paraît de plus en plus discutable dans le contexte actuel. La précarisation de l'emploi chez les jeunes fait de ceux-ci un groupe plus vulnérable qu'il ne l'était lors de l'implantation du régime public.

Un autre obstacle qui limite l'accès aux services est la distance que les personnes résidant hors des régions centrales doivent parcourir pour consulter un médecin spécialiste. Cela affecte tout particulièrement les résidents des régions éloignées, chez qui le recours aux services de médecins spécialistes est de 40% inférieur à celui des résidents des régions centrales. Malgré les progrès accomplis, la répartition des médecins spécialistes demeure problématique. Si l'universalité et la gratuité des services médicaux ont permis une accessibilité plus équitable entre les groupes socio-économiques, il subsiste des écarts régionaux difficilement conciliables avec le principe d'équité.

15.4 Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Andersen, R. ; NEWMAN, J. (1973). "Societal and individual determinants of medical care utilization", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 51, no 1, pages 95-124.

Béland, F. (1994). « L'accès aux services de santé et les régimes publics d'assurance-maladie », dans Dumont, F. ; Langlois, S. ; Martin, Y. (éd.), *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, pages 843-867.

Béland, F. (1995). "Costs of ambulatory medical care over the long term in the Québec medicare system", *Canadian Review of Aging*, no 14-2 (à paraître).

Birch, S. ; Eyles, J. (1992). "Equity and efficiency in health care delivery : The distribution of health care resources in Canada and its relationship to needs for care", dans : M. Chytil ; G. Duru ; W. Van

Elmeren ; C. Flagle (éd.), *Health Systems - The Challenge of Change*, Prague, Omnipress.

Blais, R. (1989). « L'étude des variations géographiques : point de départ pour la réévaluation des services de santé, I- le phénomène, ses causes, ses implications », *L'Union médicale du Canada*, vol. 118, no 6, pages 226- 234.

Blais, R. (1990). « L'étude des variations géographiques : point de départ pour la réévaluation des services de santé, II- les stratégies d'action », *L'Union médicale du Canada*, vol. 119, no 6, pages 24-30.

Camirand, J. ; Blais, R. ; Béland, F. (1994). « La sous-déclaration des services médicaux dans l'enquête Santé Québec 1987 », 62ième Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal.

Cleary, P.D. ; Jetté, A.M. (1984). "The validity of self-reported physician utilization measures", *Medical Care*, vol. 22, no 9, pages 796-803.

Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

Evans, R.G. ; Stoddart, G.L. (1990). "Producing health, consuming health care, *Social Science and Medicine*, vol. 31, no 12, pages 1347-1363.

Hayes, M.V. ; Taylor, S.M. ; Baine, L.R. ; Poland, B.D. (1990). "Reported versus recorded health services utilization in Grenada, West-Indies", *Social Science and Medicine*, vol. 31, no 4, pages 455-460.

Institut canadien de recherches avancées (1991). *Les déterminants de la santé*, no 5, 39 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux (1993). *L'effectif médical au Québec*, 1993-1996, Plan de répartition, 149 pages.

U.S. Department of Health, Education and Welfare (1977). *A Summary of Studies of Interviewing Methodology*, National Center for Health Statistics, Rockville MD., 74 pages.

Wennberg, J.E. (1993). "Future directions for small area *variations*", *Medical Care*, vol. 31, no 5, supplement, pages YS75-YS80.

Fin du texte