

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

Recours aux services sociaux et de santé

Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
 Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC
 Consommation de médicaments
 Vaccination contre la grippe

Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

Marc-André Fournier

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal

Jacques Piché

Direction de la main-d'œuvre médicale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Le recours aux services de santé peut être considéré comme un déterminant de la santé au même titre que les facteurs biologiques et socioéconomiques, les habitudes de vie ainsi que l'environnement physique et social dans lequel vivent les individus (Andersen et Newman, 1973; Donabedian, 1973; Institut canadien des recherches avancées, 1991; Evans et Stoddart, 1990).

Dans un régime universel d'assurance maladie comme celui dont le Québec s'est doté, on doit alors se demander si les individus ont accès aux services dont ils ont besoin pour faire face à leurs problèmes de santé. Comme les ressources qu'une société consacre aux services sociaux et de santé sont limitées, on doit chercher à ce que celles-ci soient utilisées de la façon la plus équitable possible. En d'autres termes, le niveau et le type de services utilisés doivent dépendre avant tout des besoins de la personne et non pas de ses caractéristiques personnelles et de ses conditions de vie (âge, sexe, revenu, scolarité, etc.), de son lieu de résidence ou des modalités organisationnelles du système de santé (Andersen, 1995).

On doit se demander alors si les transformations qu'a subies notre système de santé au cours des dernières années (virage ambulatoire, etc.) et la réduction du niveau de financement (qui s'est traduite, entre autres, par le départ à la retraite d'un nombre important de professionnels de la santé et des services sociaux) ont eu un impact sur l'accès à ces professionnels. Plus particulièrement, il faut chercher à voir si le taux de consultation de l'ensemble de la population pour

chaque type de professionnels a changé et jusqu'à quel point certaines catégories de personnes auraient été davantage touchées que d'autres.

Le présent chapitre aborde la question de l'accès aux services selon les trois dimensions proposées dans le modèle de Kasper (1998) : le niveau d'équité d'accès aux services, les barrières à l'équité et la perception des usagers sur les barrières à l'accès aux services. La première dimension vise à évaluer si les variations dans l'utilisation des services reflètent les différences dans les besoins des individus et non pas les différences dans les caractéristiques personnelles (revenu, sexe, etc.). On postule alors que différentes mesures (perception de l'état de santé, présence d'un problème de santé, etc.) sont des indicateurs de besoins en services. La deuxième porte sur les contraintes organisationnelles découlant des structures et du mode de fonctionnement du système de santé qui pourraient influencer sur l'équité (distance à parcourir, ressources disponibles, système d'assurance, etc.). Enfin, au-delà des jugements normatifs sur l'accès aux services de santé, la troisième dimension porte sur la perception qu'ont les usagers au sujet de l'accessibilité et de la qualité de ces services.

Bien qu'elles ne présentent pas un tableau complet du recours aux services, les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* apportent un certain éclairage sur la capacité du système de santé et de services sociaux de répondre aux besoins de la population. Elles permettent de comparer le niveau de recours aux services des différents types de professionnels selon

les caractéristiques sociodémographiques des individus, leurs conditions de vie, leur état de santé, leur région de résidence, les motifs et le lieu des consultations. Elles permettent également de mieux connaître les modalités d'accès aux services médicaux (avec ou sans rendez-vous) et la perception des répondants à l'égard du niveau d'acceptabilité de la période de temps écoulé pour obtenir une consultation auprès d'un médecin.

L'enquête contient donc des renseignements sur le recours aux professionnels de la santé et des services sociaux 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 peuvent fournir, aux planificateurs et aux décideurs, un éclairage qui leur permettra de mieux orienter les prises de décision visant à réduire les problèmes d'équité d'accès aux services sociaux et de santé et de s'assurer que les ressources appropriées seront disponibles au cours des prochaines années de manière à répondre aux besoins d'une population croissante et vieillissante. Ces données permettent aussi de suivre l'évolution du niveau d'utilisation des services sociaux et de santé depuis l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Dans le présent chapitre, on analyse le recours aux services de professionnels, de façon générale, 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 professionnels lorsque cela s'avère pertinent. Les résultats sont analysés selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques (sexe, âge, scolarité relative, niveau de revenu, groupe ethnoculturel, type de région) et d'après certains indicateurs de l'état de santé de la population (problèmes de santé, incapacités, détresse psychologique, perception de l'état de santé) ainsi que

selon les modalités d'accès aux services des médecins (consultation avec ou sans rendez-vous, temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin, niveau d'appréciation du temps d'attente) et l'accessibilité géographique (distance parcourue, temps du déplacement pour se rendre à une consultation).

19.1 Aspects méthodologiques

19.1.1 Indicateurs

Les données relatives au présent chapitre sont tirées des sections III (recours aux services de santé ou aux services sociaux) et IX (questions sur les problèmes de santé déclarés) du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), lequel concernait l'ensemble de la population.

La mesure du recours aux professionnels de la santé se fonde principalement sur le fait que les répondants aient consulté ou non un professionnel de la santé 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. Quatorze questions (QRI16 à QRI29) permettent de dresser l'éventail des professionnels consultés. Douze d'entre elles concernent spécifiquement une seule catégorie de professionnels, alors que les deux autres portent sur un regroupement de catégories de professionnels. Ainsi, les « praticiens de médecine non traditionnelle » incluent les sages-femmes, les naturopathes, les ostéopathes et les homéopathes; une dernière catégorie comprend les professionnels autres que ceux déjà précisés dans le questionnaire.

Les données relatives au lieu et au motif du problème à l'origine de la dernière consultation ne portent que sur la dernière consultation d'un professionnel (QRI30 à QRI32). Le fait de ne considérer que la dernière consultation ne nuit en rien à la comparaison des taux des différents types de professionnels consultés. D'une part, la très grande majorité des personnes déclarent avoir consulté un seul type de professionnels au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

D'autre part, la structure des taux de consultation selon le type de professionnels est semblable, qu'il s'agisse du dernier ou de tous les professionnels consultés.

Comme l'information porte sur la dernière consultation seulement, 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. En ce qui concerne les motifs de consultations, ils sont définis selon la Classification internationale des maladies (CIM-9) (Organisation mondiale de la santé, 1977).

On a analysé les modalités d'accès et le niveau d'accessibilité aux services des médecins en comparant la proportion des consultations auprès d'un médecin généraliste (QRI16a à QRI16f) et d'un médecin spécialiste (QRI17a à QRI17f) qui ont eu lieu avec ou sans rendez-vous selon le lieu de consultation, le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation et l'appréciation du temps d'attente entre la prise de rendez-vous et la consultation.

L'analyse des taux et du moment de la consultation pour tous les problèmes de santé déclarés dans les différentes sections du questionnaire provient des données de la section IX du QRI. Les déclarations correspondant aux examens (prévention, dépistage, diagnostic, etc.), qui n'ont pas été codés comme des problèmes de santé, ont été exclues de l'analyse. On compare par ailleurs également le nombre de professionnels consultés selon que le problème à l'origine de la consultation est un problème de santé de longue ou de courte durée. La définition d'un problème de longue ou de courte durée est celle employée au chapitre 13.

On a mesuré l'accessibilité géographique aux services de professionnels en comparant les taux de consultation de la population des différentes régions du Québec, la distance parcourue et le temps de déplacement nécessaire pour se rendre à ces consultations, de même que la durée de l'attente pour obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin et l'opinion exprimée sur l'acceptabilité de la durée de

l'attente. Le seuil de 20 kilomètres (soit 40 kilomètres pour l'aller-retour) a été choisi comme point de démarcation entre un trajet court et un trajet long. Pour ce qui est du temps de déplacement, le seuil a été fixé à 30 minutes (soit 60 minutes pour l'aller-retour).

Afin de simplifier les comparaisons, les régions ont été regroupées en quatre catégories basées sur l'éloignement des pôles urbains de Montréal et de Québec. Les régions centrales comprennent ainsi les régions de Montréal-Centre, de Laval et de Québec. Les régions en périphérie des régions centrales sont formées des régions de Lanaudière, des Laurentides, de la Montérégie et de Chaudière-Appalaches. Les régions intermédiaires sont celles du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Mauricie-Bois-Franc, de l'Estrie et de l'Outaouais. Les régions éloignées se composent de l'Abitibi-Témiscamingue, du Nord-du-Québec, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

19.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

La formulation des questions portant sur le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé est la même que celle des deux enquêtes précédentes. Cependant, des différences sont à noter en ce qui concerne les types de professionnels. Comme dans l'enquête *Santé Québec 1987*, le chiropraticien et l'acupuncteur sont considérés séparément, alors qu'ils faisaient partie des « praticiens non traditionnels » dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Le physiothérapeute et l'ergothérapeute sont également considérés séparément dans la présente enquête alors qu'ils ne constituaient qu'une seule catégorie dans les deux enquêtes précédentes. La diététiste, classée parmi les « autres professionnels » lors de l'enquête de 1987, est un type de professionnel distinct en 1992-1993 et 1998. Ces modifications ne touchent pas le taux global de consultation mais rendent difficile la comparaison par type de professionnels autres que les médecins. Par ailleurs, l'ajout de la catégorie « pharmacie » dans la liste des lieux de consultation rend difficile la comparaison avec les données des deux enquêtes précédentes. Les consultations en

pharmacie étaient incluses alors dans la catégorie « autre » ou « bureau privé ».

Les données de l'enquête contiennent aussi des renseignements absents des deux enquêtes précédentes sur les modalités d'accès aux services des médecins (consultation avec ou sans rendez-vous), le délai pour obtenir un rendez-vous et le niveau d'appréciation du temps d'attente par rapport à ce délai. Elles permettent aussi d'identifier un plus grand nombre de types de professionnels. Comme on l'a déjà mentionné ci-dessus, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ne sont plus regroupés et les chiropraticiens et les acupuncteurs ne sont plus inclus dans la catégorie « autres praticiens de médecine non traditionnelle ». Par ailleurs, jusqu'à trois types de professionnels peuvent être mentionnés dans cette dernière catégorie. Enfin, les données contiennent aussi des informations sur la consultation de professionnels pour les différents problèmes de santé de longue ou de courte durée. Ces données pour les problèmes de santé étaient présentes dans l'enquête *Santé Québec 1987* mais absentes de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Enfin, il faut souligner que les taux obtenus dans les trois enquêtes ne sont pas standardisés, et, par conséquent, ne tiennent pas compte du vieillissement de la population. Or, comme le recours aux services est associé à l'état de santé et que l'état de santé est aussi influencé par l'âge, on devrait s'attendre à ce que le vieillissement de la population entraîne des besoins plus grands.

19.1.3 Portée et limites des données

Comme on l'a mentionné dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, plusieurs études ont décelé la présence de biais dans la mesure de l'utilisation de services de santé lorsque l'on fait appel à la mémoire des personnes qui participent à une enquête (Camirand et autres, 1994; Hayes et autres, 1990; Cleary et Jetté, 1984; U.S. Department of Health, Education and Welfare, 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 l'enquête *Santé Québec 1987* au fichier de facturation des médecins de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Camirand et autres (1994) ont comparé les réponses aux questions de l'enquête portant sur la consultation d'un médecin et les consultations qui ont été facturées pour ces 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 sociodémographiques et le niveau de revenu. La sous-déclaration n'influerait donc pas sur la validité des résultats portant sur le niveau relatif de consultation entre les catégories à l'intérieur de ces variables indépendantes. Toutefois, comme l'ont observé Camirand et autres (1994), même si la sous-déclaration est compensée, en bonne 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 la comparaison des taux selon l'état de santé.

Par ailleurs, le taux de consultation de professionnels ne porte que sur le fait d'avoir eu un contact avec un professionnel. Il ne tient pas compte de la nature des services, qui peut être très variable, allant de l'examen ordinaire aux actes chirurgicaux les plus complexes. Dans la mesure où l'utilisation faite par les personnes en bonne santé est composée surtout de 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 comparativement aux personnes en mauvaise santé. Compte tenu de cet 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 paraît de prime abord.

Le fait d'utiliser la consultation au cours de deux semaines comme mesure du recours aux services

plutôt qu'une période de quatre, six ou douze mois, comme c'est le cas dans plusieurs enquêtes, a l'avantage de réduire les biais de mémoire mais ne permet pas de mesurer l'ensemble de l'utilisation des services au cours d'un épisode de maladie. Par exemple, en comparant les données de l'enquête avec celles de la RAMQ (RAMQ, 1999; Fournier et Contandriopoulos, 1997), on observe que, selon les données de l'enquête, seulement 6 % des consultations de médecins spécialistes ont eu lieu lors d'une hospitalisation alors que, selon les données de la RAMQ, plus de 30 % des contacts avec un médecin spécialiste pour des fins d'examen médical ont lieu lors d'une hospitalisation. Ce pourcentage serait encore plus élevé si on incluait les tests diagnostiques et les actes chirurgicaux. Une des conséquences de ce phénomène est que les données de l'enquête donnent

un portrait qui sous-estime l'importance de la consultation des médecins par rapport aux autres types de professionnels.

Comme c'est généralement le cas pour les questions du QRI, le taux de non-réponse partielle à chacune des questions est inférieur à 5 %.

19.2 Résultats

19.2.1 Taux de consultation des professionnels

Variations selon l'âge et le sexe

Environ une personne sur quatre (25 %) a consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines (tableau 19.1). Parmi les différents types de professionnels, ceux qui sont les plus fréquemment consultés sont les médecins généralistes (11 %), les médecins spécialistes (5 %), les pharmaciens (4,5 %) et les dentistes (4,3 %). Si on considère l'ensemble des professionnels autres que les médecins, on constate qu'ils ont été consultés autant que les médecins (15 %).

Tableau 19.1

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le type de professionnel, population totale, Québec, 1998

	%	Pe '000
Médecin (généraliste ou spécialiste)	14,6	1 047
Médecin généraliste	10,9	781
Médecin spécialiste	5,1	365
Professionnel autre qu'un médecin	15,3	1 094
Pharmacien	4,5	322
Dentiste	4,3	306
Optométriste ou opticien	1,8	125
Infirmière	1,7	120
Chiropraticien	1,3	96
Acupuncteur	0,3	19
Autre praticien de médecine non traditionnelle	0,9	62
Physiothérapeute	0,9	67
Ergothérapeute	0,1	6
Psychologue	0,9	65
Travailleur social	0,7	52
Diététiste	0,3	20
Autre professionnel	0,6	42
Au moins un professionnel	25,2	1 806

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le groupe des 15-24 ans demeure celui dans lequel le pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel est le plus faible (19 %) tandis que le pourcentage le plus élevé est observé chez les personnes de 65 ans et plus (35 %) (tableau 19.2). 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 important chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (17 %) et encore davantage chez celles de 65 ans et plus (24 %) que parmi les personnes de moins de 45 ans (de 10 % à 14 %). La consultation auprès des autres professionnels varie peu selon l'âge.

La proportion des femmes ayant consulté au moins un professionnel est plus élevée que celle des hommes, soit 29 % contre 21 %. Le taux de consultation des femmes est plus élevé en ce qui concerne autant les médecins (17 % c. 12 %) que les autres professionnels (18 % c. 13 %).

Comparaisons avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Alors que la proportion des personnes qui avaient consulté au moins un professionnel était passée de 22 % à 25 % entre l'enquête de 1987 et celle de 1992-1993, on n'observe pas d'augmentation significative entre les résultats de l'enquête de 1992-1993 et ceux de 1998 (tableau 19.3). Le taux de consultation des médecins n'a pas varié de façon

significative entre les trois enquêtes, alors que le recours aux professionnels autres que les médecins a continué à progresser, passant de 11 % en 1987 à 14 % en 1992-1993 puis à 15 % dans la présente enquête. Cependant, la hausse entre 1992-1993 et 1998 semble attribuable uniquement à la consultation de pharmaciens, qui a augmenté de façon significative, passant de 2,4 % à 4,5 %.

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Les résultats de l'enquête montrent qu'il n'y a pas de relation significative entre le niveau de revenu des personnes et leur taux de consultation (tableau 19.4). Contrairement à ce qu'on avait observé dans l'enquête de 1992-1993, le recours aux médecins n'est pas significativement plus élevé chez les personnes dans les catégories pauvres et très pauvres, même si la tendance observée dans le passé semble se maintenir.

Le taux de consultation varie cependant, quoique faiblement, selon le niveau de scolarité, passant de 24 % chez les personnes ayant le plus faible niveau à 28 % pour celles du niveau supérieur. Cet écart semble attribuable à la consultation d'autres professionnels que les médecins, le taux de consultation pour ces deux groupes étant respectivement de 14 % et 19 %. On n'observe pas de différence pour la consultation de médecins.

Tableau 19.2

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998

	Au moins un professionnel		Médecin		Professionnel autre qu'un médecin	
	Pe		Pe		Pe	
	%	'000	%	'000	%	'000
Hommes	21,1	749	12,1	430	12,7	449
Femmes	29,2	1058	17,0	617	17,8	645
Sexes réunis						
0-14 ans	22,5	303	13,7	184	12,6	170
15-24 ans	19,2	187	10,1	98	12,2	119
25-44 ans	23,7	549	12,1	281	16,0	372
45-64 ans	28,5	485	17,0	290	17,0	290
65 ans et plus	34,5	282	23,7	193	17,6	144
Total	25,2	1 806	14,6	1 047	15,3	1 094

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 19.3

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, selon le type de professionnel (lorsque comparable avec les données de 1998), population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
	%		
Médecin (généraliste ou spécialiste)	14,0	14,7	14,6
Médecin généraliste	10,3	10,7	10,9
Médecin spécialiste	4,8	5,5	5,1
Professionnel autre qu'un médecin	11,4	14,1	15,3
Pharmacien	2,6	2,4	4,5
Dentiste	4,2	4,3	4,3
Optométriste ou opticien	1,6	2,0	1,8
Infirmière	1,2	1,6	1,7
Chiropraticien	0,9	..	1,3
Acupuncteur	0,2	..	0,3
Autre praticien de médecine non traditionnelle	0,9
Physiothérapeute	0,9
Ergothérapeute	0,1
Psychologue	0,3	0,7	0,9
Travailleur social	0,3	0,6	0,7
Diététiste	..	0,3	0,3
Autre professionnel	..	0,7	0,6
Au moins un professionnel	22,0	24,8	25,2

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 19.4

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population totale, Québec, 1998

	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin
	%		
Scolarité relative			
Plus faible	23,6	15,3	13,5
Faible	25,3	14,2	15,3
Moyenne	25,6	14,6	15,8
Élevée	27,5	15,4	17,7
Très élevée	28,3	14,7	19,4
Niveau de revenu			
Très pauvre	27,3	16,5	16,2
Pauvre	26,1	16,2	15,2
Moyen inférieur	24,2	14,6	14,1
Moyen supérieur	24,8	13,8	15,4
Supérieur	27,0	14,4	17,8
Groupe ethnoculturel			
Groupe majoritaire	26,3	14,8	16,5
Groupe minoritaire (2 ^e ou 3 ^e génération)	30,8	21,0	16,5
Groupe minoritaire (1 ^{re} génération)	22,1	13,3	11,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le recours aux services varie cependant selon le groupe ethnoculturel d'appartenance. Ce sont les personnes appartenant au groupe minoritaire de première génération qui ont le taux de consultation le plus faible (22 %) et celles du groupe minoritaire de deuxième ou de troisième génération qui ont le taux le plus élevé (31 %). De plus, ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses à consulter les médecins que les personnes appartenant au groupe majoritaire (21 % c. 15 %) et au groupe minoritaire de première génération (21 % c. 13 %). Toutefois, en ce qui concerne le recours à un professionnel autre qu'un médecin, les personnes du groupe minoritaire de deuxième ou de troisième génération semblent, en proportion, aussi nombreuses à consulter que celles du groupe majoritaire (17 %), mais leur taux de consultation est plus élevé que celui des personnes appartenant au groupe minoritaire de première génération (12 %).

Variations selon certains indicateurs de l'état de santé

Comme on peut s'y attendre, le recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux est fortement lié aux différents indicateurs de l'état de

santé (tableau 19.5). Ainsi, 8 % des personnes n'ayant aucun problème de santé de courte ou de longue durée ont consulté un professionnel au cours d'une période de deux semaines, comparativement à 24 % pour celles qui ont un seul problème et à 42 % pour celles qui ont plus d'un problème.

Les personnes ayant un seul ou plus d'un problème semblent consulter autant les médecins que les autres professionnels (environ 13 % pour celles qui ont un seul problème et environ 25 % pour celles qui ont plus d'un problème). Cependant, les personnes n'ayant déclaré aucun problème sont moins portées à consulter des médecins que d'autres professionnels (2,5 % c. 6 %).

Le taux de consultation des personnes ayant des incapacités à court ou à long terme est beaucoup plus élevé que celui des personnes n'ayant pas d'incapacité (49 % c. 23 %). Ces proportions sont respectivement de 33 % et de 13 % pour les consultations auprès d'un médecin et de 31 % et de 14 % pour les consultations de professionnels autres que des médecins.

Tableau 19.5

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec, 1998

	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin
	%		
Nombre de problèmes de santé			
Aucun	7,8	2,5	5,9
Un problème	23,8	13,1	13,7
Plus d'un problème	42,0	26,7	24,8
Incapacité à court ou à long terme			
Sans incapacité	22,7	12,7	13,7
Avec incapacité	49,3	33,2	30,6
Indice de détresse psychologique ¹			
Bas à moyen	24,5	13,7	15,0
Élevé	31,5	18,6	20,0
Perception de l'état de santé ¹			
Excellent	19,2	9,8	12,1
Très bon	22,7	11,7	14,3
Bon	26,9	15,4	16,6
Moyen	41,5	27,8	24,0
Mauvais	57,4	43,1	30,2

1. Population de 15 ans et plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le niveau de détresse psychologique est aussi relié de façon significative au recours aux professionnels. Ainsi, 32 % des personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ont consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, comparativement à 25 % pour le reste de la population. Ces proportions sont respectivement de 19 % et de 14 % pour les consultations auprès d'un médecin, et de 20 % et de 15 % pour les consultations de professionnels autres que les médecins.

C'est cependant selon la perception de l'état de santé qu'on semble observer les plus grands écarts dans l'utilisation de services de professionnels. Ainsi, 19 % des personnes qui s'estiment en excellente santé ont consulté au moins un professionnel, tandis que c'est le cas pour 57 % de celles qui se considèrent en mauvaise santé. L'écart entre les différentes catégories de la perception de l'état de santé est plus grand en ce qui a trait à la consultation de médecins (10 % c. 43 %) que pour celle des autres professionnels (12 % c. 30 %).

19.2.2 Problèmes à l'origine de la dernière consultation

Les résultats de l'enquête révèlent que 23 % de la population qui a consulté un professionnel déclare l'avoir fait à des fins préventives ou pour des examens de routine (tableau 19.6). Les autres motifs ou problèmes à l'origine de la dernière consultation les plus fréquemment mentionnés sont les troubles du système ostéo-articulaire (10 %), les troubles de l'appareil respiratoire (9 %), les troubles du système nerveux et des organes des sens (6 %), les lésions et accidents (6 %), les symptômes et les signes mal définis (5 %) et les problèmes de digestion (4,7 %).

Une comparaison du motif de la dernière consultation avec les données des deux enquêtes précédentes révèle qu'il n'y a pas de différence significative entre les données de l'enquête de 1992-1993 et celles de la présente enquête. Par contre, par rapport aux données de l'enquête de 1987, les données de l'enquête de 1998 confirment une tendance observée dans l'enquête de 1992-1993 : les problèmes liés à l'appareil circulatoire et au système digestif sont proportionnellement moins nombreux en 1998 (6 % pour l'appareil circulatoire et 8 % pour l'appareil digestif en 1987 c. 3,8 % et 4,7 % respectivement en 1998).

Tableau 19.6
Problème à l'origine de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
	%		
Troubles endocriniens et métaboliques	2,0	2,7	2,6
Troubles mentaux	2,6	3,1	3,4
Troubles du système nerveux et des organes des sens	6,4	6,6	5,7
Troubles du système circulatoire	6,1	3,7	3,8
Troubles de l'appareil respiratoire	9,5	8,7	9,2
Troubles digestifs	7,9	5,4	4,7
Problèmes génito-urinaires	3,0	2,0	2,2
Affections cutanées	2,9	2,5	2,4
Problèmes du système ostéo-articulaire	9,1	9,7	10,4
Symptômes et signes mal définis	6,3	5,3	5,4
Lésions et accidents	7,0	6,0	6,3
Prévention et examen de routine	23,6	25,5	23,1
Autres	13,6	19,1	20,9
Total	100,0	100,0	100,0

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

19.2.3 Lieu de la dernière consultation

Près des deux tiers des consultations (64 %) ont lieu dans un cabinet privé, 11 % à la pharmacie, 10 % à la clinique externe d'un hôpital, 5 % dans un CLSC, 3,1 % à l'urgence d'un hôpital et 2,9 % à domicile (tableau 19.7). Par ailleurs, l'ajout de la catégorie « pharmacie » dans la liste des lieux de consultation rend difficile la comparaison avec les données des deux enquêtes précédentes. Les consultations en pharmacie étaient incluses alors dans la catégorie « autre » ou « bureau privé ».

On notera cependant la part importante qu'occupe la pharmacie comme lieu de la dernière consultation (11 %). Ce phénomène n'est peut-être pas aussi étonnant qu'il puisse paraître, car, comme on l'a vu au tableau 19.1, les pharmaciens sont le deuxième type de professionnel le plus fréquemment consulté après les médecins.

Tableau 19.7

Lieu de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998

	%
Bureau privé/clinique privée	64,1
CLSC	4,9
Urgence dans un centre hospitalier	3,1
Clinique externe dans un centre hospitalier	10,1
Centre hospitalier pendant un séjour	1,1
Travail	0,3
École	0,8
Domicile	2,9
Téléphone	1,3
Pharmacie	10,5
Autre	0,9
Total	100,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

19.2.4 Accessibilité aux services des médecins

Selon les données de l'enquête, près des trois quarts (72 %) des consultations de médecins généralistes ont lieu dans un bureau privé, 8 % à l'urgence d'un hôpital, 8 %, à la clinique externe d'un hôpital et 7 % dans un CLSC (tableau 19.8). Seulement 1,2 % des consultations ont eu lieu dans un centre hospitalier pendant une hospitalisation. Quant à la consultation de médecins spécialistes, 47 % a lieu dans un bureau privé, 40 % à la clinique externe et 4,2 % à l'urgence d'un hôpital, mais seulement 6 % lors d'une hospitalisation. Cependant, comme on l'a souligné dans la section sur les aspects méthodologiques, les données de la RAMQ (1999) donnent à penser qu'il y a une sous-estimation du pourcentage des consultations lors d'une hospitalisation.

Tableau 19.8

Lieu de la dernière consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, population ayant consulté un médecin au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998

	Médecin	Médecin
	généraliste	spécialiste
	%	
Bureau privé/clinique privée	72,1	47,0
CLSC	7,4	0,6
Urgence dans un centre hospitalier	7,8	4,2
Clinique externe dans un centre hospitalier	8,4	39,5
Centre hospitalier pendant un séjour	1,2	6,1
Travail	0,2	0,0
École	0,1	0,0
Domicile	1,8	0,1
Téléphone	0,8	2,0
Autre	0,3	0,6
Total	100,0	100,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La question portant sur le fait d'avoir pris un rendez-vous ou non a été posée aux personnes ayant consulté un médecin dans un bureau privé, dans un CLSC ou une clinique externe. À peu près six personnes sur dix (62 %) qui ont vu un médecin généraliste avaient pris rendez-vous (tableau 19.9).

Tableau 19.9

Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste parmi les personnes ayant consulté un médecin avec un rendez-vous au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998

	Avec rendez-vous	Moins d'un jour	Une semaine à moins d'une semaine	Une semaine à moins d'un mois	Un mois à moins de trois mois	Trois mois et plus
	%					
Médecin généraliste						
Bureau privé/ clinique privée	63,5	16,7	35,3	31,0	14,1	2,9
CLSC	48,0	10,5	26,1	41,3	21,9	0,3
Clinique externe dans un centre hospitalier	55,8	10,7	31,7	36,3	16,3	5,1
Total	61,5	15,8	34,4	32,1	14,8	2,9
Médecin spécialiste						
Bureau privé/ clinique privée	92,3	5,2	21,3	36,5	26,5	10,5
Clinique externe dans un centre hospitalier	92,9	5,2	18,7	37,7	25,6	12,9
Total	93,0	5,2	20,0	37,3	26,0	11,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

C'est au CLSC que la consultation de généralistes se fait le moins sur rendez-vous : 48 % comparativement à 64 % pour la consultation dans un bureau privé et à 56 % à la clinique externe. Environ 16 % de la population a consulté un généraliste la même journée que la prise de rendez-vous, un tiers (34 %) après moins d'une semaine et un autre tiers (32 %) entre une semaine et un mois. Le délai a été d'un mois ou plus dans moins de 20 % des cas.

La proportion de consultations avec rendez-vous est beaucoup plus élevée pour la consultation de

spécialistes (92 %) et la période écoulée entre la prise de rendez-vous et la consultation est beaucoup plus longue. Environ le quart (26 %) des consultations ont lieu après moins d'une semaine, 37 % entre une semaine et un mois, 26 % entre un et trois mois et 12 % après trois mois.

Une forte proportion de personnes considèrent comme étant acceptable la longueur du temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation : 87 % pour les consultations de généralistes et 81 % pour la consultation de spécialistes (tableau 19.10).

Tableau 19.10

Appréciation du temps d'attente selon le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, Québec, 1998

	Médecin généraliste			Médecin spécialiste		
	Acceptable	Un peu long	Trop long	Acceptable	Un peu long	Trop long
	%					
Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation						
Moins d'un jour	98,2	1,4	0,4	99,3	0,7	0,0
Un jour à moins d'une semaine	92,2	3,6	4,2	94,3	1,9	3,8
Une semaine à moins d'un mois	84,9	9,3	5,7	88,4	6,9	4,8
Un mois à moins de trois mois	72,0	9,0	18,9	66,7	16,1	17,3
Trois mois et plus	70,9	8,0	21,0	60,6	12,3	27,1
Total	87,2	6,0	6,8	81,3	8,6	10,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Ce niveau d'appréciation varie selon le temps écoulé. Tant pour les généralistes que pour les spécialistes, plus de 90 % des personnes ayant attendu moins d'une semaine pour une consultation considèrent que ce délai est acceptable. Ce pourcentage diminue à environ 70 % dans le cas des consultations de généralistes qui demandent un mois ou plus de délai, à environ 67 % pour les consultations de spécialistes qui demandent un délai d'un à trois mois et à 61 % pour un délai de trois mois ou plus.

19.2.5 Consultations des personnes souffrant d'un problème de santé

Les données de la présente section proviennent de la section IX du QRI et portent sur les problèmes de santé déclarés dans les sections précédentes, qu'ils soient de longue ou de courte durée. Rappelons que les déclarations correspondant aux examens (prévention, dépistage, diagnostic, etc.), qui n'ont pas été codés comme des problèmes de santé, ont été exclues de l'analyse portant sur les problèmes de santé.

Tableau 19.11

Problèmes de santé selon le moment de la dernière consultation, ensemble des problèmes de santé, Québec, 1998

	Moins d'un an	Un an ou plus	Jamais
	%		
Troubles mentaux	81,2	14,1	4,8
Troubles du sommeil	71,7	20,2	8,1
Périodes de grande nervosité	49,1	20,1	30,9
Troubles de la thyroïde	83,9	16,0	0,1
Diabète	93,1	6,5	0,4
Hypercholestérolémie	92,8	7,0	0,3
Anémie	64,9	33,8	1,3
Autres maladies du sang	85,0	14,0	1,0
Maux de tête	26,3	27,4	46,3
Maladies de l'œil	77,2	21,6	1,2
Maladies de l'oreille	84,8	12,3	2,9
Hypertension	92,2	7,0	0,8
Maladies cardiaques	79,0	20,5	0,5
Grippe	34,7	3,3	61,9
Bronchite ou emphysème	68,3	27,3	4,4
Asthme	62,6	36,4	1,0
Rhinite	18,2	55,7	26,1
Autres affections respiratoires	57,9	9,4	32,6
Autres allergies	16,9	65,1	18,0
Ulcères gastriques	52,8	39,3	8,0
Troubles digestifs fonctionnels	48,0	19,4	32,7
Autres troubles digestifs	75,1	20,9	4,1
Allergies cutanées	49,9	41,5	8,7
Arthrite et rhumatisme	55,6	33,8	10,7
Maux de dos	49,1	37,8	13,1
Autres maladies des os	53,5	39,9	6,6
Lésions	81,0	11,1	7,9
Troubles urinaires	76,2	20,3	3,5
Malaise et fatigue	51,5	13,4	35,1
Autres problèmes	73,5	17,6	8,9
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	68,2	25,2	6,6
Total	58,2	27,1	14,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Sur l'ensemble des problèmes de santé déclarés, il y en a 15 % pour lesquels on n'a jamais consulté. Pour plus de la moitié (58 %) des problèmes, la dernière consultation a eu lieu depuis moins de douze mois, et depuis un an ou plus pour 27 % des problèmes de santé déclarés (tableau 19.11). Les problèmes de santé pour lesquels la dernière consultation a eu lieu depuis moins d'un an et qui ont entraîné les taux de consultation les plus élevés sont le diabète (93 %), l'hypercholestérolémie (93 %) et l'hypertension (92 %).

Les données de l'enquête permettent également de voir que les problèmes de santé de courte durée donnent lieu à un taux de consultation plus élevé et à une intensité plus grande de services utilisés. Ainsi, parmi les problèmes de santé qui ont donné lieu à la consultation d'un seul professionnel au cours d'une période de quatre mois, on retrouve environ 44 % de problèmes de courte durée et 34 % de problèmes de longue durée (tableau 19.12). Aussi, environ 7 % des problèmes de courte durée ont entraîné une consultation auprès de deux professionnels ou plus, comparativement à 4,1 % pour les problèmes de longue durée.

Tableau 19.12

Nombre de professionnels consultés au cours d'une période de quatre mois selon que le problème de santé associé à la consultation est de longue ou de courte durée, Québec, 1998

	Aucun	Un	Deux et plus
	%		
Problème de longue durée	52,5	40,9	6,5
Problème de courte durée	61,5	34,8	4,1
Total	58,3	36,8	4,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

19.2.6 Accessibilité géographique

Les résultats de l'enquête témoignent d'écart entre les régions dans le recours aux services. C'est ce que l'on constate en examinant la proportion des personnes qui ont consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines. Cette proportion est de près de 27 % dans les régions centrales, alors qu'elle baisse à 21 % dans les régions éloignées (tableau 19.13).

Le profil de consommation est un peu différent selon qu'il s'agit du recours aux médecins ou du recours aux autres professionnels. En ce qui concerne le taux de consultation des médecins, l'écart le plus important est celui entre le taux des régions centrales (16 %) et le taux des régions éloignées (12 %).

Tableau 19.13

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines selon le type de région, population totale, Québec, 1998

	Types de professionnels consultés			Parmi les médecins	
	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin	Généraliste	Spécialiste
	%				
Régions centrales	26,5	15,8	15,2	11,3	6,1
Régions périphériques	25,3	14,3	16,4	10,9	4,8
Régions intermédiaires	23,8	13,7	14,1	10,6	4,3
Régions éloignées	20,6	11,5	12,9	9,1	3,3*
Total	25,2	14,6	15,3	10,9	5,1

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Pour ce qui est du recours aux autres professionnels, on note une tendance pour l'écart le plus important entre le taux des régions périphériques (16 %) et le taux des régions éloignées (13 %). C'est donc dans les régions éloignées que les taux de consultation sont les plus faibles.

En ce qui a trait aux consultations des médecins, les variations géographiques touchent tout particulièrement les services rendus par les spécialistes. Le taux de consultation des spécialistes est plus élevé dans les régions centrales (6 %) qu'il ne l'est ailleurs, alors qu'il est nettement plus faible dans les régions éloignées (3,3 %).

Les données permettent de constater que les services dispensés par les généralistes sont facilement accessibles pour ce qui est de la distance et du temps de déplacement, quel que soit le type de région (tableau 19.14). Au total, seulement 9 % des consultations ont nécessité un trajet supérieur à 20 kilomètres. C'est dans les régions éloignées que cette proportion est la plus élevée, soit 17 %.

Par ailleurs, les temps de déplacement sont également très courts. Au total, seulement 4,2 % des trajets ont demandé plus de 30 minutes et cette proportion varie très peu entre les types de régions.

Les distances et les temps de déplacement que nécessitent les consultations d'un spécialiste sont de beaucoup supérieures. Au total, 22 % des consultations ont requis un trajet de plus de 20 kilomètres. C'est bien sûr dans les régions centrales que cette proportion est la plus faible (7 %), alors qu'elle est la plus élevée dans les régions éloignées (39 %). Quant à la proportion des consultations qui ont demandé un temps de déplacement de plus de 30 minutes, elle va de 13 % dans les régions centrales à 33 % dans les régions éloignées.

On a également vérifié si des écarts d'accessibilité entre les régions ont un impact sur la période de temps écoulé entre la journée où le patient prend rendez-vous auprès du médecin et le moment où a lieu la consultation. De plus, on a cherché à savoir si ce temps d'attente est considéré comme acceptable ou trop long.

Tableau 19.14

Consultations ayant nécessité un trajet de plus de 20 kilomètres ou un temps de déplacement de plus de 30 minutes (aller simple), selon le type de médecin consulté et le type de région, Québec, 1998

	Un trajet de plus de 20 kilomètres	Un temps de déplacement de plus de 30 minutes
	%	
Consultations auprès d'un généraliste		
Régions centrales	2,7*	3,5*
Régions périphériques	13,3	4,2*
Régions intermédiaires	11,7**	5,1*
Régions éloignées	16,9**	6,2**
Total	9,0	4,2
Consultations auprès d'un spécialiste		
Régions centrales	6,5*	12,7
Régions périphériques	33,9	15,9
Régions intermédiaires	32,6	21,8*
Régions éloignées	39,3**	33,3**
Total	21,5	16,1

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Étonnamment, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes, il n'y a pas d'écarts significatifs entre les types de régions en ce qui a trait à la période de temps écoulé entre la prise du rendez-vous et la consultation (tableaux 19.15 et 19.16). L'opinion émise par les personnes sur la période de temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste montre également qu'il n'y a pas d'écart significatif entre les types de régions.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Pour que les planificateurs puissent répondre aux besoins futurs de la population, il est essentiel de bien connaître l'utilisation actuelle des services sociaux et de santé selon les caractéristiques de la population et de son milieu de vie. Il importe aussi de bien identifier les barrières à l'accès à ces services. Les résultats de l'enquête et la comparaison avec ceux des deux enquêtes précédentes font ressortir certains phénomènes importants.

Tableau 19.15

Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste et l'appréciation du temps d'attente selon le type de régions, Québec, 1998

	Personnes ayant consulté un médecin généraliste					
	Temps écoulé				Appréciation du temps d'attente	
	Moins d'une semaine	D'une semaine à moins d'un mois	Entre un et trois mois	Trois mois ou plus	Acceptable	Un peu ou trop long
	%					
Régions centrales	51,7	31,9	12,6	3,7**	89,1	10,9*
Régions périphériques	51,6	30,7	16,1	1,5**	85,4	14,6
Régions intermédiaires	46,4	32,3	17,9*	3,4**	87,0	13,1*
Régions éloignées	45,3*	41,8*	10,6**	2,3**	84,7	15,3**
Total	50,2	32,1	14,8	2,9*	87,2	12,8

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 19.16

Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin spécialiste et l'appréciation du temps d'attente selon le type de régions, Québec, 1998

	Personnes ayant consulté un médecin spécialiste					
	Temps écoulé				Appréciation du temps d'attente	
	Moins d'une semaine	D'une semaine à moins d'un mois	Entre un et trois mois	Trois mois ou plus	Acceptable	Un peu ou trop long
	%					
Régions centrales	23,2	36,9	28,5	11,4*	82,7	17,3
Régions périphériques	23,5	39,4	25,6	11,6*	80,3	19,7
Régions intermédiaires	33,5	33,9	20,7*	11,9**	80,3	19,7*
Régions éloignées	24,4**	39,1**	26,8**	9,7**	79,7	20,3**
Total	25,2	37,3	26,0	11,5	81,3	18,7

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les résultats de l'enquête révèlent que les professionnels autres que les médecins occupent une place de plus en plus grande dans le réseau des services sociaux et de santé. Pour la première fois, l'enquête de 1998 montre qu'ils sont maintenant plus fréquemment consultés que le sont les médecins. La comparaison des données de 1998 avec celles des deux enquêtes précédentes indique une augmentation significative du taux de consultation des professionnels autres que des médecins, et particulièrement des pharmaciens entre 1992-1993 et 1998, alors que le taux de consultation des médecins est stable. Il faut souligner cependant que cette comparaison des taux de consultation entre les types de professionnels ne tient pas compte de la nature des services offerts ni de l'intensité des services au cours d'un épisode de maladie. Ainsi, lors d'une hospitalisation, on peut voir plusieurs médecins de spécialités différentes, les services reçus pouvant être plus nombreux que lors d'une simple consultation dans un bureau privé.

Le fait que le taux de consultation des médecins n'a pas progressé entre les deux dernières enquêtes alors que celui des pharmaciens a augmenté de façon importante, passant d'environ 2,4 % à 4,5 %, semble révélateur de deux phénomènes qui ont marqué notre système de santé au cours des dernières années. En ce qui concerne les médecins, leur effectif n'a augmenté que de 0,3 % entre 1992 et 1998 (RAMQ, 1993 et 1999), soit bien en deçà de la croissance de la population, de telle sorte que le nombre de médecins par 1 000 habitants a diminué, passant de 1,98 à 1,93 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Cette absence de croissance des effectifs médicaux découle à la fois des politiques gouvernementales adoptées depuis les années 80, visant à réduire le nombre d'étudiants admis dans les facultés de médecine, et des programmes mis en œuvre au milieu des années 90, visant à encourager le départ à la retraite (Fournier et Contandriopoulos, 1997).

Par ailleurs, la hausse du taux de consultation des pharmaciens entre 1992-1993 et 1998 peut être associée à la place de plus en plus grande qu'occupent les médicaments comme mode de

traitement et les pharmaciens comme professionnels consultants auprès de la population.

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à une telle hausse au cours des cinq dernières années. L'implantation du régime universel d'assurance médicaments en 1997 a entraîné une augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'une assurance et, possiblement, du nombre de consommateurs. Avec le vieillissement de la population, il y a croissance de la proportion de la population dont le niveau de consommation de médicaments est élevé. La croissance rapide du recours aux médicaments comme moyen thérapeutique et le fait que ces traitements se font de plus en plus en milieu ambulatoire plutôt que lors d'hospitalisations amènent les patients à consulter davantage les pharmaciens. Enfin, au cours des dernières années, les pharmaciens ont effectué plusieurs campagnes afin de valoriser leur rôle professionnel et d'amener la population à faire davantage appel à leurs services pour des conseils liés à la consommation de médicaments.

En ce qui a trait à la consultation des professionnels, médecins ou autres que médecins, selon les caractéristiques des individus, on peut dire qu'en général les résultats de l'enquête corroborent ceux obtenus dans les deux enquêtes précédentes. L'état de santé, mesuré selon divers indicateurs, est le principal facteur qui influence la consultation d'un professionnel. Ce sont les personnes qui ont un ou plus d'un problème de santé, celles souffrant d'une incapacité et, à un degré moindre, celles ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique qui sont, en proportion, plus nombreuses à consulter. C'est cependant chez les personnes ayant une mauvaise perception de leur état de santé qu'on note un recours aux services plus important, particulièrement auprès des médecins.

La présence d'un problème de santé ne se traduit pas nécessairement par un recours aux services de professionnels. Pour plus de la moitié des problèmes de santé, la dernière consultation a eu lieu depuis moins d'un an, et pour 27 % des problèmes, depuis

un an ou plus. Sur l'ensemble des problèmes, il y en a 15 % pour lesquels on n'a jamais consulté. Les problèmes de santé pour lesquels la dernière consultation a eu lieu depuis moins d'un an et qui ont entraîné les taux de consultation les plus élevés (plus de 85 %) sont le diabète, l'hypercholestérolémie et l'hypertension.

Les résultats de l'enquête montrent, par ailleurs, que la consultation d'un professionnel n'est pas uniquement le lot de ceux qui ont un problème de santé. Ainsi, 8 % des personnes n'ayant aucun problème de santé ont consulté un professionnel au cours d'une période de deux semaines, comparativement à 24 % pour celles qui ont un problème. Ce sont les professionnels autres que les médecins qui sont le plus souvent consultés par ces premières personnes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène : recherche de services de prévention, accidents, recherche de solutions à des problèmes d'inconfort sans que ce soit une maladie, problèmes de santé ou maladies infectieuses sans séquelles permanentes, détérioration normale des conditions biologiques (problèmes de vision, problèmes dentaires, etc.).

Le taux de consultation varie selon les caractéristiques démographiques de la population. Les femmes recourent plus fréquemment aux services de professionnels, médecins ou autres que médecins, et une plus grande proportion de personnes de 65 ans et plus ont recours aux services des médecins. Le taux de consultation de ces dernières est environ deux fois plus élevé que celui des moins de 45 ans. Ici encore, il faut rappeler que la comparaison des taux de consultation sur une période de deux semaines ne permet de mesurer ni la nature, ni l'intensité des services. L'utilisation des données de la RAMQ sur le volume et le type d'actes effectués auprès des patients et des données d'hospitalisation permettent de mieux tenir compte de ces phénomènes si on veut comparer le niveau d'utilisation de services entre différents groupes d'individus.

On observe également des différences entre les groupes ethnoculturels. Les personnes appartenant au groupe minoritaire de deuxième ou de troisième

génération consultent davantage les médecins que celles du groupe majoritaire, alors que les personnes du groupe minoritaire de première génération consultent autant les médecins mais beaucoup moins les autres professionnels. Une analyse plus fine mériterait d'être effectuée afin de mieux comprendre ces différences.

Contrairement aux enquêtes précédentes, en 1998, le recours aux médecins n'est pas statistiquement plus élevé chez les personnes pauvres et très pauvres que chez les personnes dans les catégories de revenu supérieures, quoique la tendance demeure. Les données de l'enquête montrent donc des résultats possiblement préoccupants en ce qui concerne l'accessibilité selon le statut socioéconomique. Les deux enquêtes précédentes ont montré que le recours aux services de médecins et de travailleurs sociaux augmentait à mesure que diminuait le revenu, alors que le recours à des professionnels non couverts par le système public, les dentistes et les praticiens de médecine non traditionnelle, était dans la situation inverse. Ces résultats avaient également été observés à l'échelle du Canada (Birch et Eyles, 1992). Béland (1995) a montré, en jumelant les données de l'enquête *Santé Québec 1987* aux fichiers de la RAMQ, que même si le recours aux services des médecins en ambulatoire chez les personnes à faible revenu est plus élevé, l'écart disparaît lorsqu'on contrôle la variable état de santé. Ainsi, selon Béland (1995), les services médicaux étant entièrement couverts par le régime d'assurance maladie, l'équité d'accès en fonction des besoins de santé s'en trouve améliorée. Par ailleurs, plusieurs études canadiennes ont montré qu'au contraire, à état de santé égal, les gens à faible revenu utilisent moins de services médicaux, particulièrement les services de spécialistes (Birch et Eyles, 1992; Dunlop et autres, 2000; Alter et autres, 1999, Mclsaac et autres, 1997). L'enquête montre que l'association entre le recours aux médecins et le niveau de revenu est moins forte que par le passé, ce qui amène à poser deux hypothèses : soit que les gens à faible revenu ont moins recours aux médecins bien qu'ils aient plus de problèmes de santé (voir le chapitre 13 sur les problèmes de santé), ou bien que la relation inverse entre le revenu et l'état de santé ne tient plus au

Québec, ce qui est fort peu probable. Il y a donc lieu de s'inquiéter au sujet de l'accès aux services médicaux pour les plus défavorisés. On devrait donc procéder à une analyse plus poussée de ces résultats en prenant en compte les caractéristiques des individus, comme les divers indicateurs de l'état de santé.

L'enquête de 1998 fournit certaines informations sur les modalités d'accès aux services médicaux. Dans environ six cas sur dix, la consultation d'un médecin généraliste se fait sur rendez-vous. Cette proportion est de neuf sur dix pour la consultation de spécialistes. Environ la moitié des personnes ayant consulté sur rendez-vous ont pu voir un généraliste en moins d'une semaine, alors que plus du tiers ont pu voir un spécialiste après un mois ou plus.

La grande majorité (environ 85 %) des personnes jugent acceptable le temps d'attente entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste. Même chez les personnes qui ont attendu plus de trois mois, environ les deux tiers jugent ce délai acceptable. Ce pourcentage peut paraître élevé, mais il faut souligner qu'il ne s'agit pas nécessairement de délai ou de temps d'attente pour une première consultation. Dans bien des cas, la prise d'un rendez-vous est planifiée dans le cadre du suivi d'un épisode de soins ou d'un épisode de la maladie. C'est le cas, entre autres, des personnes qui suivent un traitement ou des personnes qui voient régulièrement leur médecin et qui prennent rendez-vous lors d'une visite. Les données de l'enquête ne permettent pas de distinguer les premières demandes de rendez-vous et les rendez-vous pour assurer le suivi d'un traitement.

Quant à l'accessibilité géographique, notons que le niveau global de consultation est semblable si l'on compare les 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 en ce qui a trait à l'accès aux services de médecins spécialistes. Les données de consommation provenant de la RAMQ confirment ces résultats (RAMQ, 1999).

Les services de médecins généralistes sont facilement accessibles dans tous les types de régions pour ce qui est de la distance et du temps de déplacement, alors que ceux des spécialistes le sont beaucoup moins au fur et à mesure qu'on s'éloigne des régions centrales.

Quant au temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation de même qu'à l'appréciation de la durée de cette attente, ils ne varient pas de façon significative entre les régions. En ce qui concerne spécifiquement les spécialistes, ces résultats tranchent avec le sens commun. Malgré la forte concentration des spécialistes dans les régions centrales, le temps nécessaire pour obtenir une consultation ne semble pas plus court dans ces régions que dans les autres régions moins bien pourvues en effectif médical. Même s'il existe certainement un seuil critique en deçà duquel une pénurie de ressources peut créer un goulot d'étranglement, il ne semblerait pas y avoir dans ce cas un lien direct et immédiat entre la quantité de ressources disponibles dans la région et les délais pour avoir accès à ces ressources. Il faut préciser toutefois que la disponibilité moindre des spécialistes dans la plupart des régions peut être compensée, du moins en partie, par la mobilité des patients, qui se déplacent dans les régions centrales pour recevoir des services. Ainsi, 30 % des services fournis par les médecins spécialistes dans la région de Montréal-Centre le sont à des patients des autres régions (RAMQ, 1999) et plus de 40 % des services spécialisés reçus par la population des régions considérées comme éloignées dans le présent chapitre ont été obtenus dans les régions centrales (Fournier et Contandriopoulos, 1997). Or, dans ce dernier cas, il n'y a aucune raison pour que le délai d'obtention d'un rendez-vous diffère selon le lieu de résidence. Il n'en demeure pas moins que le fait que les populations des régions centrales recourent plus fréquemment aux services des spécialistes indique une disponibilité plus grande de ces médecins dans

ces régions. Toutefois, cette plus grande disponibilité ne se traduit pas par des délais d'attente plus courts.

Comme piste de recherche, il faudrait pousser plus loin l'interprétation des résultats de l'enquête en procédant à une analyse multivariée des facteurs associés au recours aux services. Il faudrait distinguer les facteurs qui sont une manifestation des besoins (âge, perception de l'état de santé, présence de problèmes de santé ou d'incapacités, détresse psychologique) de ceux qui caractérisent les conditions de vie (scolarité, niveau de revenu, etc.) et les lieux de résidence. Une telle analyse permettrait de faire ressortir les interactions entre les facteurs et d'évaluer l'importance relative des uns et des autres. Elle devrait permettre également de différencier les facteurs déterminants en fonction de la catégorie de professionnels consultés.

Éléments de réflexion pour la planification

Certains résultats sont révélateurs des facteurs qui, au-delà des besoins, conditionnent le recours aux services. Contrairement à ce qui avait été observé dans les deux enquêtes précédentes, il ne semble pas y avoir de relation significative entre le recours aux services des médecins et le niveau de revenu, même si les personnes à faible revenu sont généralement en moins bonne santé que celles appartenant aux strates de revenu supérieures. Ce résultat est préoccupant car si la tendance observée se poursuit et s'accroît, elle pourrait remettre en cause le principe d'équité d'accès aux services pour les personnes dont le statut socioéconomique est faible. Or, ce principe fait partie du fondement même de notre système de santé. Il faut toutefois préciser que le portrait qui est fourni par l'enquête se limite à la consultation des médecins au cours d'une période de deux semaines et qu'on ne peut extrapoler les résultats à l'ensemble de la consommation médicale.

Il y aurait donc lieu d'investiguer davantage au sujet de l'accessibilité aux services médicaux pour les groupes sociaux défavorisés. Dans un contexte de restrictions budgétaires et de réorganisation des services de santé (virage ambulatoire, etc.) où l'accessibilité est

généralement moins grande qu'auparavant, on pourrait assister à une forme de concurrence qui jouerait à l'encontre des groupes défavorisés.

En ce qui concerne plus particulièrement l'accès aux services médicaux, la croissance du nombre de médecins avait largement dépassé celle de la population depuis la mise en place du régime d'assurance maladie. Or, dans les années 90, le rythme de croissance a considérablement ralenti. Il en résulte que le nombre de médecins est demeuré stable depuis et que la croissance sera très lente au cours des prochaines années. Malgré des besoins croissants, la population doit donc s'adapter à ce phénomène. Cependant, il se trouve que certains groupes sociaux savent mieux composer avec une accessibilité réduite. Même dans un régime universel comme le nôtre, il semble qu'il existe des iniquités d'accès aux services médicaux qui sont en relation avec le statut socioéconomique des individus (Alter et autres, 1999; McIsaac et autres, 1997).

Une contrainte importante qui limite l'accès aux services est celle des distances que les personnes résidant hors des régions centrales ont à parcourir pour consulter un médecin spécialiste. Ces distances touchent tout particulièrement les résidents des régions éloignées, dont l'utilisation des services de médecins spécialistes est nettement inférieure à celle des résidents des régions centrales. Malgré les progrès accomplis, la répartition des spécialistes demeure problématique. Si l'universalité et la gratuité des services médicaux ont permis une plus grande équité d'accès entre les groupes socioéconomiques, il subsiste des écarts régionaux difficilement conciliables avec le principe d'équité.

Il peut paraître surprenant de constater que la période de temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un spécialiste ne soit pas plus longue dans les régions éloignées que dans les régions centrales, alors que la densité de spécialistes est beaucoup plus forte dans ces dernières. Ce résultat montre que le problème des délais de consultation ne se limite pas à la question du nombre de médecins, mais laisse supposer qu'il comporte également une

dimension importante d'organisation des services. Il peut être important pour les planificateurs de considérer que l'augmentation du nombre de médecins n'est probablement pas une réponse suffisante afin de réduire les délais pour obtenir une consultation si l'on ne révisé pas en même temps les modalités qui régissent l'organisation des services.

Enfin, les résultats de l'enquête ont mis particulièrement en lumière la forte relation qui existe entre le recours aux professionnels de la santé et des services sociaux et l'état de santé des individus, quel que soit le type d'indicateur utilisé. Dans le contexte du vieillissement rapide de la population au cours des prochaines années, on doit s'attendre à ce que les besoins envers les services de professionnels et les autres types de services croissent de façon importante. La forte augmentation des taux de consultation des pharmaciens depuis l'enquête de 1992-1993 en est probablement une illustration. Les données de la présente enquête sur la prévalence des problèmes de santé selon les caractéristiques des individus et sur les modalités de recours aux services seront tout particulièrement utiles aux planificateurs pour les aider à mettre en place les ressources requises pour répondre aux besoins variés de la population, sans oublier qu'une part non négligeable des personnes qui consultent un professionnel n'ont pas nécessairement de problèmes de santé mais cherchent plutôt à prévenir ou à soulager des problèmes d'inconfort.

Bibliographie

ALTER, D. A., C. D. NAYLOR, P. AUSTIN et J. V. TU (1999). « Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 18, p. 1359-1367.

ANDERSEN, R. (1995). « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of health and social behavior*, n° 36, p. 1-10.

ANDERSEN, R., et J. NEWMAN (1973). « Societal and individual determinants of medical care utilization », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 1, n° 51, p. 95-124.

BÉLAND, F. (1995). « Costs of ambulatory medical care over the long term in the Québec medicare system », *Canadian Journal of Aging*, vol. 14, n° 2, p. 391-413.

BIRCH, S., et J. EYLES (1992). « Equity and efficiency in health care delivery: The distribution of health-care resources in Canada and its relationship to needs for care » dans CHYTIL, M., G. DURU, W. V. ELMEREN et C. FLAGLE (éd.), *Health Systems-The Challenge of Change*, Prague, Omnipress.

CAMIRAND, J., R. BLAIS et F. BÉLAND (1994). « La sous-déclaration des services médicaux dans l'enquête Santé Québec 1987; », *62^e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences*, Montréal.

CLEARY, P. D., et A. M. JETTÉ (1984). « The validity of self-reported physician utilization measures », *Medical care*, vol. 22, n° 9, p. 796-803.

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

DUNLOP, S., P. C. COYLE et W. MCISAAC (2000). « Socio-economic status and utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, vol. 51, p. 123-133.

EVANS, R. G., et G. L. STODDART (1990). « Producing health, consuming health care », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 12, p. 1347-1363.

FOURNIER, M.-A., et A.-P. CONTANDRIOPOULOS (1997). *Les effectifs médicaux au Québec : Mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir : Situation de 1980 à 1994 et projections pour les années 2000*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 59 p.

HAYES, M. V., S. M. TAYLOR, L. R. BAINE et B. D. POLAND (1990). « Reported versus recorded health services utilization in Grenada, West-Indies », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 4, p. 455-460.

INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES (1991). *Les déterminants de la santé*, n° 5, 39 p.

KASPER, J. D. (1998). « Asking about access: Challenges for surveys in changing health care environment », *Health Services Research*, vol. 33, n° 3, p. 715-740

MCISAAC W., V. GOEL et C. D. NAYLOR (1997). « Socio-economic status and visits to physicians by adults in Ontario, Canada », *Journal of Health Services and Research Policy*, vol. 2, p. 94-102.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Info-serhum*, Direction de la gestion et de l'information.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, vol. 1, (9^e révision), Genève, 783 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1993). *Statistiques annuelles 1992*, Québec, 307 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1999). *Statistiques annuelles 1998*, Québec, 241 p.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE (1977). *A Summary of Studies of Interviewing Methodology*, National Center for Health Statistics, Rockville MD, 74 p.

WENNBERG, J. E. (1993). « Future directions for small area variations », *Medical Care*, vol. 31, n° 5, supplement, p. YS75-YS80.

Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

Lysette Trahan

Pauline Bégin

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Jacques Piché

Direction de la main-d'œuvre médicale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

L'utilisation des services hospitaliers et de la chirurgie d'un jour est intimement liée à l'état de santé des personnes (Andersen, 1968; Benzeval et Judge, 1994). Les caractéristiques socioéconomiques sont également reconnues par plusieurs auteurs comme étant des facteurs influençant le recours à l'hospitalisation (McMahon et autres, 1993; Bindman et autres, 1995; Carlisle et autres, 1995; Hofer et autres, 1998). Ainsi, une scolarité et un revenu plus élevés sont généralement associés à un recours moins fréquent à l'hospitalisation. À état de santé égal, l'effet de ces caractéristiques socioéconomiques serait moins marqué; cependant, l'association avec un recours moins fréquent à l'hospitalisation demeure significatif même lorsqu'on contrôle la variable état de santé. La relation entre le niveau socioéconomique et le recours à l'hospitalisation n'est peut-être pas si simple. Gittelsohn et Powe (1995) ont démontré une relation positive entre un niveau de revenu plus élevé et un recours plus important aux interventions dites plus discrétionnaires et, par contre, une relation négative entre le niveau de revenu et le recours à l'hospitalisation pour des problèmes de santé de longue durée ou davantage liés aux habitudes de vie.

Le recours à l'hospitalisation dépend également du mode d'organisation des services, telles la disponibilité des ressources et leur répartition sur le territoire (Donabedian, 1973; Béland, 1994; Evans et Stoddart, 1990), mais il peut aussi être associé à

d'autres facteurs relevant plutôt des dispensateurs eux-mêmes. En effet, certaines variations considérables dans les taux de chirurgie d'un territoire à l'autre ne peuvent être expliquées ni par l'état de santé, ni par les caractéristiques socioéconomiques, ni par le mode d'organisation des services, mais plutôt par des différences dans les attitudes et les pratiques professionnelles des dispensateurs de services (Clark, 1990; Roos, 1989; Blais, 1993; Blais et autres, 1997).

Dans la foulée des récentes transformations du système de santé et des services sociaux, différentes stratégies ont été mises en place pour faire face à la fois à la croissance des besoins et à la nécessité de contenir les coûts. Dans le secteur hospitalier, les modifications de l'offre de services se sont notamment traduites par une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations et une place plus grande occupée par la chirurgie d'un jour. Les CLSC, pour leur part, ont vu leur clientèle s'accroître et offrent une gamme plus étendue de services (Trahan et autres, 1999). Dans un tel contexte et comme l'ont observé Côté et autres (1998) dans une récente étude, la participation de la famille et des proches à la prestation des services est appelée à s'intensifier au cours des prochaines années.

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* permettent d'identifier certains des facteurs associés au recours à la chirurgie d'un jour, à l'hospitalisation et aux services posthospitaliers. Ainsi, le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation est analysé en fonction des caractéristiques démographiques et

socioéconomiques des individus, de leurs conditions de vie, de leur état de santé et de leur région de résidence, information que d'ailleurs on ne retrouve pas entièrement dans les fichiers administratifs. Les données permettent également d'estimer l'importance du recours aux services à domicile à la sortie de l'hôpital ou après une intervention en chirurgie d'un jour, en distinguant la nature du service requis et la source d'aide à laquelle les personnes ont eu recours, incluant la famille et les proches. Enfin, les données de l'enquête permettent de connaître la perception que les gens ont de la rapidité d'accès à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation, de la suffisance du temps de séjour hospitalier, de l'à-propos du recours à la chirurgie d'un jour et de la suffisance de l'aide à domicile reçue après une intervention.

20.1 Aspects méthodologiques

20.1.1 Indicateurs

Le présent chapitre aborde quatre aspects de l'utilisation des services : le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation, le recours aux services posthospitaliers à domicile, la perception des personnes utilisatrices des services et l'accessibilité géographique. Les questions proviennent des sections VII et VIII du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI).

Le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation est mesuré, dans le premier cas, par la proportion de personnes dans la population qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont été traitées à l'hôpital pour une opération sans y avoir passé la nuit et, dans le second cas, par la proportion de celles qui, au cours de la même période, ont passé au moins une nuit à l'hôpital, quelle que soit la raison (QRI105 et QRI118). Les questions QRI106 et QRI119 permettent de connaître le nombre de fois que la personne a été traitée en chirurgie d'un jour ou hospitalisée.

Le recours aux services posthospitaliers concerne le dernier épisode de chirurgie d'un jour ou la dernière hospitalisation. Il est traité à partir de deux indicateurs. Le premier porte sur le type de services reçus (QRI111, QRI114, QRI126 et QRI129). Il est mesuré à

partir du nombre de répondants qui, à la suite d'une chirurgie d'un jour ou d'une hospitalisation, ont reçu à domicile, soit des traitements (pansement, injection, prise de tension artérielle, etc.), soit de l'aide (pour manger, se déplacer dans la maison, faire le ménage, etc.), étant entendu que les personnes ne recevaient pas ces traitements ou cette aide avant ces événements. Le second indicateur précise qui a donné les traitements ou a fourni l'aide (QRI112, QRI115, QRI127 et QRI130). Il se divise en trois catégories : la famille et les proches exclusivement, habitant ou non avec la personne qui reçoit cette aide, les organismes extérieurs (CLSC, organismes communautaires, agences privées) et les aidants mixtes, soit les proches et les organismes extérieurs.

La perception des personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour ou hospitalisées est examinée selon deux dimensions : l'accès et les services reçus. Dans les deux cas, la mesure porte sur le dernier épisode de chirurgie d'un jour ou la dernière hospitalisation. La satisfaction quant à l'accès est mesurée par la perception que les personnes ont du délai d'attente entre le moment où la personne a été informée de la nécessité d'être traitée en chirurgie d'un jour ou d'être hospitalisée et le moment où ces événements se sont produits (QRI108, QRI109, QRI123 et QRI124). La satisfaction à l'égard des services reçus est mesurée par la perception qu'ont les répondants de l'à-propos, à la suite d'une chirurgie, de passer la première nuit à leur domicile plutôt qu'à l'hôpital, de la suffisance du temps passé à l'hôpital et de l'aide à domicile reçue après la chirurgie d'un jour ou l'hospitalisation (QRI110, QRI117, QRI125 et QRI132).

Enfin, on a analysé l'accessibilité géographique aux services hospitaliers en comparant, entre diverses catégories¹ de régions, les taux d'admissions à l'hôpital et en chirurgie d'un jour, les délais d'attente avant l'admission et la durée du séjour hospitalier, ainsi que l'opinion exprimée au sujet des délais d'attente, de la suffisance du séjour hospitalier et de l'à-propos de la chirurgie d'un jour.

20.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Le recours à l'hospitalisation n'a pas été traité dans l'enquête de 1992-1993. Ce sujet a cependant été abordé en 1987. Toutefois, il n'est pas possible de comparer les données de la présente enquête avec cette dernière, la plupart des questions posées dans la présente enquête l'étant pour la première fois. Quant à celles qui faisaient partie de l'enquête de 1987, leur formulation différente rend toute comparaison impossible. Par ailleurs, le recours à la chirurgie d'un jour est abordé pour la première fois dans les enquêtes de Santé Québec.

20.1.3 Portée et limites des données

Compte tenu des faibles proportions de personnes qui ont été hospitalisées ou traitées en chirurgie d'un jour, les résultats exposés dans le présent chapitre s'appuient sur un échantillon dont la taille est fortement réduite comparativement à celui de l'ensemble des répondants de l'enquête. Il faut donc garder à l'esprit que les marges d'erreur statistique s'accroissent lorsque la taille d'un échantillon diminue. Plus cette taille est faible, plus les écarts entre les sous-groupes doivent être prononcés pour être jugés statistiquement significatifs. Mentionnons, par ailleurs, que le taux de non-réponse partielle est inférieur à 2 % pour toutes

les questions portant sur l'hospitalisation, la chirurgie d'un jour ou les services posthospitaliers.

Lorsque l'on compare les données de l'enquête à celles du fichier MED-ÉCHO en tenant compte du nombre de personnes hospitalisées et de l'ensemble des raisons d'hospitalisation, on constate que la mesure du recours à l'hospitalisation déclaré correspond presque parfaitement à celle du recours observé dans le fichier (6,4 % c. 6,5 %). Il en va de même pour l'estimation de la durée de séjour. La durée moyenne des séjours déclarée est de 7 jours comparativement à 7,3 jours dans le fichier. La mesure ne semble donc pas être touchée par un biais de déclaration, ce qui est possible lorsqu'un indicateur fait appel à la mémoire du répondant (Hayes et autres, 1990).

Par ailleurs, la proportion du recours à la chirurgie d'un jour obtenue dans le cadre de l'enquête est supérieure à celle apparaissant dans le fichier MED-ÉCHO (4,2 % c. 2,7 %). Il se peut cependant que les répondants aient identifié comme chirurgie d'un jour les opérations réalisées en clinique externe, alors que ces dernières ne sont pas considérées au fichier MED-ÉCHO comme étant de la chirurgie d'un jour.

Les données de l'enquête ne permettent pas d'estimer si la mesure de la perception que la population a des services reçus est influencée par un biais relié au délai entre le recours aux services et la date de l'enquête. Ley et autres (1976) ont trouvé que les patients sondés pendant leur séjour ou plusieurs mois après leur sortie exprimaient une plus grande satisfaction que ceux qui avaient reçu leur congé peu de temps avant l'enquête. Le temps pourrait atténuer les irritants vécus au moment de l'hospitalisation ou de la chirurgie d'un jour ou à la suite de ces événements.

En ce qui concerne les délais d'attente, les personnes qui ont besoin d'être admises à l'hôpital ont parfois à subir plusieurs délais avant de l'être effectivement. Il y a d'abord le délai initial lors de la prise de rendez-vous avec le médecin et les délais successifs si le patient est référé à d'autres médecins pour consultation. Il peut y avoir également un délai pour passer certains examens ou tests diagnostics. L'information recueillie

¹ Pour cette analyse, les régions ont été regroupées en quatre catégories, soit les régions centrales (Montréal-Centre, Laval et Québec), les régions périphériques des régions centrales (Lanaudière, Laurentides, Montérégie et Chaudière-Appalaches), les régions intermédiaires (Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-Bois-Franc, Estrie et Outaouais) et, enfin, les régions éloignées (Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec, Côte-Nord et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine).

par l'enquête porte spécifiquement sur le délai entre le moment où le médecin informe le patient qu'il doit être hospitalisé ou inscrit en chirurgie d'un jour et le moment où le patient l'est effectivement.

Bien que les résultats concernant le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation soient présentés dans les mêmes tableaux, il est bon de rappeler que, dans le cas des personnes hospitalisées, l'ensemble des raisons possibles d'hospitalisation sont considérées et non seulement les cas de chirurgie. Il faut donc être prudent lorsque certaines comparaisons sont faites entre la chirurgie d'un jour et l'hospitalisation.

Bien que des études aient démontré que, comparativement à l'hospitalisation, la chirurgie d'un jour offre une plus grande commodité pour les patients, surtout pour les enfants et les personnes âgées, tout en donnant des résultats cliniques comparables (Muller, 1986; Postuma et autres, 1987; Henderson et autres, 1989; Morgan et Beech, 1990), l'enquête ne permet pas de faire une telle comparaison puisque aucune question ne porte directement sur ces dimensions. Et, même si l'information avait été recueillie, le nombre de cas nécessaires pour constituer des groupes comparables pour une intervention donnée aurait été trop faible.

Les données sur l'accessibilité géographique ne révèlent aucune différence significative entre les types de régions, alors que les données administratives du ministère de la Santé (MED-ÉCHO) montrent des taux d'hospitalisation plus élevés en régions éloignées. Quelques raisons peuvent fournir une explication à ce phénomène. Elles peuvent tenir notamment à la marge d'erreur statistique des données de l'enquête et au fait que l'univers de référence est probablement quelque peu différent. De toute manière, l'évolution récente démontre un rétrécissement des écarts des taux d'admissions hospitalières entre les régions (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999). Cependant, une fois standardisées selon l'âge et le sexe, les données de l'enquête portant sur les taux d'hospitalisation présentent la même tendance que dans le fichier MED-ÉCHO.

20.2 Résultats

20.2.1 Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation

Selon les résultats de l'enquête, 4,2 % des Québécois ont été traités en chirurgie au cours d'une période de 12 mois, et 6 % ont été hospitalisés au moins une fois au cours de cette même période (tableau 20.1).

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

La proportion de personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour augmente avec l'âge. En effet, 2,4 % des jeunes de moins de 15 ans l'ont été comparativement à 6 % chez les personnes de 65 ans et plus (tableau 20.1). Par contre, l'enquête ne permet pas d'associer le sexe, la scolarité et le niveau de revenu au recours à la chirurgie d'un jour.

Les gens de moins de 65 ans sont, en proportion, moins nombreux à être hospitalisés que les 65 ans et plus (3,5 % à 6 % c. 14 %). Si les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être hospitalisées que les hommes (8 % c. 5 %), c'est que l'ensemble des hospitalisations est pris en considération, ce qui inclut les accouchements. Enfin, il existe un lien entre le recours à l'hospitalisation et le statut socioéconomique. Les personnes les plus faiblement scolarisées sont davantage hospitalisées que celles qui bénéficient d'une scolarité relative plus élevée (8 % c. 6 %), tout comme celles classées très pauvres et pauvres comparativement aux personnes appartenant aux niveaux de revenu moyen supérieur et supérieur (9 % c. 6 % et 4,2 %).

Qu'il s'agisse du recours à l'hospitalisation ou à la chirurgie d'un jour, il n'y a pas d'écart significatif entre les taux d'admission selon le type de régions (données non présentées).

Tableau 20.1

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation au moins une fois en 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population totale, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	%	Pe	%	Pe
		'000		'000
Hommes	4,0	140	5,2	183
Femmes	4,4	160	7,5	272
Sexes réunis				
0-14 ans	2,4	33	3,5	48
15-24 ans	3,5	34	4,4	43
25-44 ans	4,6	107	6,1	142
45-64 ans	4,7	80	6,4	109
65 ans et plus	5,8	47	13,9	113
Total	4,2	300	6,4	455
Scolarité relative ¹				
Plus faible	5,3	59	8,4	94
Faible, moyenne ou élevée	4,3	153	6,8	245
Plus élevée	4,7	56	5,7	68
Niveau de revenu				
Très pauvre	4,6*	24	9,4	49
Pauvre	4,8	40	8,7	76
Moyen inférieur	4,3	99	6,5	152
Moyen supérieur	5,1	105	5,5	144
Supérieur	4,0	32	4,2	34

1. Population de 15 ans et plus.

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

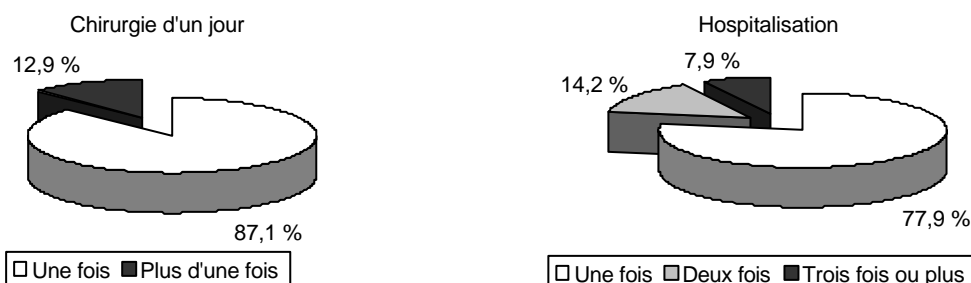
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Comme l'illustre la figure 20.1, 87 % des personnes traitées en chirurgie d'un jour ne l'ont été qu'une seule fois au cours de l'année comparativement à 13 % qui l'ont été plus d'une fois; chez les personnes hospitalisées, ces proportions se chiffrent à 78 % et 22 %, respectivement. Le nombre de fois qu'une personne

est hospitalisée au cours d'une année est associé à l'âge. Les personnes de plus de 44 ans, et donc non seulement celles de 65 ans et plus, se démarquent des autres en étant proportionnellement plus nombreuses à être hospitalisées plus d'une fois (27 % et 31 % c. 14 % à 20 %) (tableau 20.2).

Figure 20.1

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 20.2

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, l'âge et certains indicateurs de santé, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	Une fois	Plus d'une fois	Une fois	Plus d'une fois
	%			
Sexes réunis				
0-14 ans	86,9	13,1**	80,4	19,6*
15-24 ans	90,5	9,5**	84,4	15,6**
25-44 ans	88,7	11,3	86,3	13,7
45-64 ans	87,0	13,0	72,6	27,4
65 ans et plus	81,6	18,4	68,9	31,1
Nombre de problèmes de santé de longue durée				
Aucun problème	91,7	8,3*	90,4	9,6*
Un problème ou plus	84,9	15,1	73,7	26,3
Perception de l'état de santé				
Excellent ou très bon	90,2	9,8*	88,7	11,3*
Bon	87,3	12,7*	77,9	22,2
Moyen	74,1	25,9*	72,3	27,7
Mauvais	85,7	14,3**	52,1	47,9
Total	87,1	12,9	77,9	22,1
Pe '000	261	39	355	101

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Bien que non significatives, certaines différences apparaissent selon le niveau de revenu et la scolarité relative. Ainsi, les personnes plus faiblement scolarisées ou reconnues comme étant très pauvres ont légèrement tendance à être plus souvent hospitalisées (plus d'une fois au cours de l'année) que les autres (24 % c. 21 % et 20 %; 29 % c. 13 % à 24 %) (tableau C.20.1).

(5 % c. 3,0 %) et à l'hospitalisation (9 % c. 3,4 %). De même, les personnes qui perçoivent leur état de santé comme mauvais sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours à la chirurgie d'un jour que celles qui jugent leur état de santé excellent, très bon ou bon (14 % c. 3,8 % et 4,9 %) et plus nombreuses à être hospitalisées que celles qui perçoivent leur état de santé comme moyen (32 % c. 15 %).

Variations selon certains indicateurs de santé

Certains indicateurs de santé tels que la présence ou l'absence de problèmes de santé de longue durée et la perception de l'état de santé sont susceptibles d'influencer le recours à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour. S'y ajoute, dans le cas de l'hospitalisation, le niveau de détresse psychologique.

Le tableau 20.3 montre que le fait de présenter au moins un problème de santé de longue durée est associé à un recours plus élevé à la chirurgie d'un jour

Tableau 20.3

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation au moins une fois en 12 mois selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour	Personnes hospitalisées
	%	
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	3,8	4,7
Bon	4,9	6,9
Moyen	7,0	15,4
Mauvais	14,0*	32,0
Nombre de problèmes de santé de longue durée		
Aucun problème	3,0	3,4
Un problème ou plus	5,3	8,9
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	4,5	6,3
Élevé	4,9	8,3

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En contrepartie, les gens percevant leur état de santé comme excellent ou très bon sont moins nombreux à avoir besoin d'une chirurgie d'un jour que ceux qui le perçoivent comme étant moyen (3,8 % c. 7 %) (tableau 20.3). Aussi, les personnes qui jugent leur état de santé excellent ou très bon, ou bon sont, en proportion, moins nombreuses à être hospitalisées que celles qui qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais (4,7 % et 7 % c. 15 % et 32 %). Les personnes qui rapportent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à recourir à l'hospitalisation que celles qui déclarent un niveau faible ou moyen (8 % c. 6 %).

Non seulement les personnes qui souffrent d'au moins un problème de santé de longue durée sont-elles plus nombreuses en proportion à recourir à l'hospitalisation ou à la chirurgie d'un jour, mais elles sont également

proportionnellement plus nombreuses à y recourir plus d'une fois au cours de l'année.

Ainsi, parmi les personnes ayant recouru à la chirurgie d'un jour, 15 % y ont eu recours plus d'une fois au cours de l'année lorsqu'elles souffrent d'un problème de santé chronique, alors que cette proportion est de 8 % chez les personnes n'ayant aucun problème chronique (tableau 20.2). Chez les personnes hospitalisées, ces proportions sont respectivement de 26 % et de 10 %. Parmi les personnes qui ont été hospitalisées, celles qui perçoivent leur état de santé comme mauvais sont plus nombreuses en proportion à être hospitalisées plus d'une fois au cours d'une même année que celles qui le perçoivent comme excellent ou très bon (48 % c. 11 %).

20.2.2 Raisons de la dernière hospitalisation – problèmes à l'origine de la dernière hospitalisation et de la dernière chirurgie d'un jour

Lorsque les personnes sont appelées à préciser la raison de la dernière hospitalisation, environ le tiers des personnes (32 %) déclarent y avoir été admises pour une chirurgie, 29 % pour passer des tests ou être sous observation, 24 % pour y recevoir des traitements et 15 % pour accoucher (données non présentées).

Si on fait exception de la catégorie « Accouchements et complications de la grossesse et de l'accouchement » (16 %), qui ne constitue pas à proprement parler une catégorie problématique puisque la très grande majorité des cas qui s'y retrouvent sont des accouchements normaux, les problèmes les plus fréquemment mentionnés comme étant à l'origine de la dernière hospitalisation sont les troubles de l'appareil digestif (15 %), de l'appareil circulatoire (11 %), de l'appareil respiratoire (9 %) et les lésions traumatiques (9 %) (tableau 20.4).

Tableau 20.4

Problèmes à l'origine du dernier recours à la chirurgie d'un jour et de la dernière hospitalisation, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	%	Pe '000	%	Pe '000
Tumeurs	7,2	22	3,0	14
Troubles endocriniens ¹	—	—	2,0	9
Problèmes de santé mentale ¹	—	—	2,6	12
Problèmes du système nerveux et des organes des sens	14,2	43	3,9	18
Troubles de l'appareil circulatoire	3,5	11	10,5	48
Troubles de l'appareil respiratoire	6,4	19	9,4	43
Troubles de l'appareil digestif	10,1	30	14,7	67
Problèmes génito-urinaires	7,1	21	7,2	33
Accouchements et complications de la grossesse et de l'accouchement	1,4	4	16,3	74
Maladies de la peau	9,2	28	1,0	4
Problèmes du système ostéo-articulaire	3,4	10	3,7	17
Symptômes mal définis ²	—	—	5,0	23
Lésions traumatiques	10,5	31	8,7	39
Autres	27,1	81	12,2	55

1. Effectifs insuffisants et regroupés dans « Autres » dans le cas des personnes traitées en chirurgie d'un jour.

2. Effectifs insuffisants dans le cas des personnes traitées en chirurgie d'un jour.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Suivent les problèmes génito-urinaires (7 %), les problèmes du système nerveux et des organes des sens (3,9 %) et du système ostéo-articulaire (3,7 %), les tumeurs (3,0 %) et les problèmes de santé mentale (2,6 %).

Les problèmes du système nerveux et des organes des sens (14 %), les lésions traumatiques (11 %), les troubles du système digestif (10 %) et les maladies de la peau (9 %) sont les principaux problèmes ayant été à l'origine d'un recours à la chirurgie d'un jour.

20.2.3 Délais d'attente

Comme le montrent les données du tableau 20.5, les personnes hospitalisées le sont dans des délais beaucoup plus courts que les personnes inscrites en chirurgie d'un jour. Ainsi, près de trois personnes sur quatre ont attendu moins d'une semaine avant d'être hospitalisées, alors que cette proportion est d'environ une sur quatre pour les personnes traitées en chirurgie d'un jour. À l'autre extrême, moins de 7 % des personnes hospitalisées ont attendu au moins trois mois alors que cette proportion atteint 20 % pour les personnes opérées en chirurgie d'un jour.

Tableau 20.5

Durée de l'attente pour être traité en chirurgie d'un jour ou admis à l'hôpital et opinion exprimée sur ce délai, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour	Personnes hospitalisées
	%	
Durée de l'attente		
Moins d'une semaine	23,2	78,4
Une semaine à moins d'un mois	25,8	7,3
Un mois à moins de trois mois	31,1	7,4
Trois mois et plus	20,0	6,9
Opinion exprimée sur la durée de l'attente		
Acceptable	74,8	85,6
Un peu ou trop long	25,2	14,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Toutefois, ces résultats ne sont pas directement comparables puisque la clientèle hospitalisée est différente de celle traitée en chirurgie d'un jour. La clientèle hospitalisée est plus âgée et comporte une proportion importante de cas urgents, alors que la clientèle de la chirurgie d'un jour est composée presque essentiellement de cas électifs. Selon que l'on se rapporte à l'une ou l'autre, le temps d'attente a donc une signification et des conséquences tout à fait différentes.

Il n'en demeure pas moins que les personnes traitées en chirurgie d'un jour considèrent dans une proportion plus élevée que leur durée d'attente a été un peu longue ou trop longue. Elles sont 25 % à exprimer cette opinion contre 14 % pour les personnes hospitalisées (tableau 20.5).

À la fois pour les personnes hospitalisées et celles traitées en chirurgie d'un jour, l'opinion exprimée sur les temps d'attente a été mise en relation avec l'âge des personnes, la perception de leur état de santé, leur scolarité et le fait d'avoir ou non des limitations d'activité. Aucune de ces variables n'est associée à l'opinion que les gens ont sur la durée de l'attente (données non présentées).

Quant aux résultats qui concernent l'accessibilité géographique, les données ne permettent pas de déceler de variations significatives des délais d'attente entre les types de régions. Il en est de même pour l'opinion exprimée sur ces délais (données non présentées).

20.2.4 Temps de séjour des personnes hospitalisées – perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier et de l'à-propos de la chirurgie d'un jour

Le séjour hospitalier a été de trois jours ou moins pour plus de la moitié (54 %) des personnes, de quatre à sept jours pour plus du quart d'entre elles (26 %) et de huit jours ou plus pour environ une personne sur cinq (20 %) (tableau 20.6). La durée de séjour est associée à l'âge, à la perception de l'état de santé ainsi qu'à la raison de l'hospitalisation.

Ainsi, les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses que celles de 0 à 44 ans à séjourner à l'hôpital pendant de courtes périodes (39 % c. 63 % à 67 %) et, en contrepartie, plus nombreuses que les personnes de moins de 45 ans à y passer huit jours ou plus (36 % c. 7 % à 10 %). Les gens qui qualifient leur état de santé de mauvais sont, en proportion, près de cinq fois plus nombreux à passer de longs séjours (huit jours ou plus) comparativement à ceux qui jugent leur état de santé comme excellent ou très bon (49 % c. 9 % et 10 %, respectivement). Enfin, les personnes qui mentionnent un accouchement comme raison d'hospitalisation sont, en proportion, moins nombreuses que les autres à séjourner longtemps à l'hôpital (2,1 % c. 18 % à 30 %).

Tableau 20.6
Durée du séjour hospitalier selon l'âge, la perception de l'état de santé et la raison de l'hospitalisation, population hospitalisée, Québec, 1998

	Trois jours ou moins	Quatre à sept jours	Huit jours ou plus
	%		
Sexes réunis			
0-14 ans	65,5	27,8*	6,7**
15-24 ans	67,0	24,2*	8,8**
25-44 ans	63,0	26,6	10,3*
45-64 ans	49,0	26,0	25,0
65 ans et plus	39,4	24,8	35,8
Perception de l'état de santé			
Excellent	65,9	24,9*	9,3**
Très bon	64,0	26,2	9,8*
Bon	53,2	27,1	19,7
Moyen	43,5	27,8	28,7
Mauvais	32,5*	19,1**	48,5
Raison de l'hospitalisation			
Intervention chirurgicale	52,6	26,2	21,2
Tests et observation	61,6	20,1	18,3
Traitements	41,6	28,3	30,1
Accouchement	65,7	32,2	2,1**
Total	54,4	25,9	19,6
Pe '000	248	118	89

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

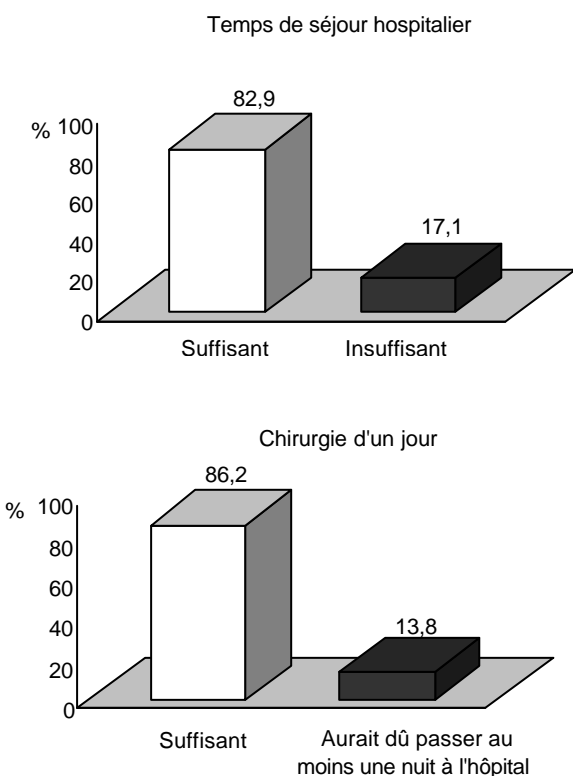
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Parmi les autres variables retenues, certaines tendances apparaissent. Ainsi, les personnes considérées comme étant très pauvres ou plus faiblement scolarisées ont davantage tendance à passer des séjours plus longs que les plus fortement scolarisées ou fortunées (26 % c. 13 % et 22 % c. 16 %) (tableau C.20.2). De même, les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ont tendance à faire de plus longs séjours que celles ayant un niveau bas ou moyen (24 % c. 18 %). Il faut rappeler que ces différences ne sont pas significatives.

Comme l'illustre la figure 20.2, la majorité de la population considère la durée du séjour hospitalier suffisante (83 %) et une proportion aussi élevée (86 %) estime appropriée la chirurgie d'un jour, c'est-à-dire sans avoir eu à passer une seule nuit à l'hôpital.

Figure 20.2
Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier et de l'à-propos du recours à la chirurgie d'un jour, population hospitalisée et population traitée en chirurgie d'un jour, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à mentionner que la durée du séjour hospitalier était insuffisante (26 % c. 15 %) (tableau 20.7), tout comme celles qui souffrent de problèmes de santé de longue durée, comparativement à celles qui n'en déclarent aucun (19 % c. 12 %). L'enquête ne permet toutefois pas d'établir de lien entre le type de régions où résident les personnes et la perception quant à la suffisance du séjour hospitalier.

Encore une fois, parmi les autres variables, certaines tendances se dessinent. Ainsi, la proportion de personnes qui jugent insuffisante la durée de leur séjour est un peu plus élevée chez les 65 ans et plus (22 % c. 9 % à 18 %) ainsi que chez les individus ayant une plus faible scolarité relative (22 % c. 16 %) (tableau C.20.3). Par contre, cette proportion est plus faible chez les gens qui s'estiment en excellente ou en très bonne santé (12 % c. 18 % à 28 %).

Tableau 20.7
Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier selon certains indicateurs de santé, population hospitalisée, Québec, 1998

	Temps de séjour	
	Suffisant	Insuffisant
	%	
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	85,4	14,6
Élevé	73,7	26,3
Nombre de problèmes de santé de longue durée		
Aucun problème	88,5	11,5*
Un problème ou plus	81,0	19,0
Total	82,9	17,1

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre la perception que la population a de l'à-propos de la chirurgie d'un jour et les indicateurs de santé ou les caractéristiques démographiques et socioéconomiques retenus, y compris le type de régions de résidence.

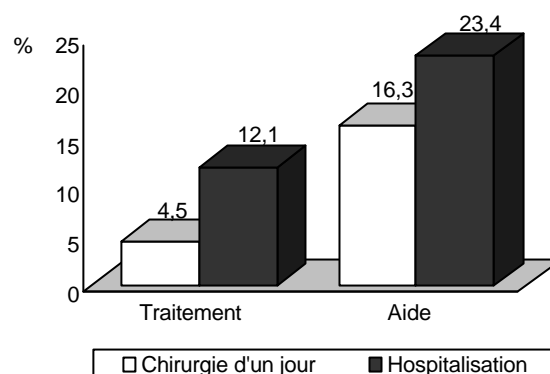
20.2.5 Utilisation des services posthospitaliers et perception quant à leur suffisance

Tel que l'illustre la figure 20.3, parmi les personnes traitées en chirurgie d'un jour qui ne recevaient antérieurement ni traitement (par exemple, pansement, injection, prise de tension artérielle, etc.) ni aide à domicile (par exemple, aide pour manger, se laver, faire le ménage, etc.), seulement 4,5 % ont reçu des traitements et 16 % ont obtenu de l'aide après l'intervention. Ces proportions sont respectivement de 12 % et de 23 % chez les personnes hospitalisées.

Après une chirurgie d'un jour, les proches représentent la principale source d'aide, que ce soit pour les traitements (58 %) ou pour l'aide aux soins personnels ou autres activités du quotidien (96 %) (tableau 20.8). Les organismes extérieurs, principalement les CLSC, sont impliqués auprès de 36 % des personnes recevant des traitements.

Chez les personnes hospitalisées, ce sont surtout les organismes extérieurs (principalement les CLSC) qui leur dispensent des traitements à domicile (69 %).

Figure 20.3
Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*

Les proches sont les soignants dans 15 % des cas et, dans 17 % des cas, l'assistance est mixte, c'est-à-dire qu'elle provient à la fois de la famille et des proches ainsi que des organismes extérieurs (CLSC, organismes privés ou organismes communautaires).

Tableau 20.8

Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services et la source d'aide, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	Pe		Pe	
	%	'000	%	'000
Traitement à domicile				
Famille et proches	57,9*	8	15,0*	8
CLSC, organisme privé ou organisme communautaire	36,4**	5	68,5	38
Mixte ¹	5,7**	1	16,5*	9
Aide à domicile				
Famille et proches	96,3	47	81,2	86
CLSC, organisme privé ou organisme communautaire	2,0**	1	10,5*	11
Mixte ¹	1,7**	1	8,3*	9

1. L'aide est mixte, c'est-à-dire qu'elle provient à la fois de la famille et des proches et du CLSC, d'un organisme privé ou d'un organisme communautaire.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En contrepartie, l'aide à domicile, c'est-à-dire l'aide pour les soins personnels, les tâches domestiques, etc., est surtout sous la responsabilité de la famille et des proches (81 %) (tableau 20.8).

Les données concernant les traitements et l'aide reçus à domicile après l'intervention ont été mises en relation avec plusieurs caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi qu'avec le nombre de problèmes de santé de longue durée et la raison de l'hospitalisation. Étant donné la faible taille de la sous-population qui reçoit ces services, seules les données montrant des différences significatives sont présentées.

Ainsi, en ce qui concerne les traitements à domicile, les personnes seules et les familles monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses à recevoir des traitements à domicile à la suite d'une hospitalisation comparativement à celles vivant en couple, avec ou sans enfants (17 % c. 10 %) (tableau 20.9). Quant à l'aide à domicile, les femmes sont proportion-

nnellement plus nombreuses que les hommes à recevoir ce type de services (sous forme de soins personnels ou autres) tant après une chirurgie d'un jour (21 % c. 11 %) qu'après une hospitalisation (28 % c. 17 %). C'est surtout après un accouchement que la proportion de femmes affirmant avoir reçu de l'aide est la plus élevée, soit 33 % comparativement à 15 % après une hospitalisation pour des tests ou pour observation.

La satisfaction à l'égard de l'aide reçue à domicile est très élevée. Ainsi, 88 % de la population juge suffisante l'aide reçue à la suite d'une chirurgie d'un jour et 85 %, à la suite d'une hospitalisation (figure 20.4).

L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre la perception de la suffisance de l'aide post-hospitalière reçue à domicile et l'ensemble des caractéristiques démographiques et socioéconomiques et indicateurs de santé retenus.

Tableau 20.9

Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services, la situation familiale, le sexe et la raison de l'hospitalisation, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour	Personnes hospitalisées
	%	
Traitements à domicile		
Situation familiale		
Personnes seules ou familles monoparentales	6,2	16,9
Couples avec ou sans enfants	3,7*	10,1
Aide à domicile		
Hommes	10,7	17,2
Femmes	21,2	27,5
Raison de l'hospitalisation ¹		
Intervention chirurgicale	...	29,2
Tests et observation	...	15,2
Traitements	...	19,9
Accouchement	...	33,0

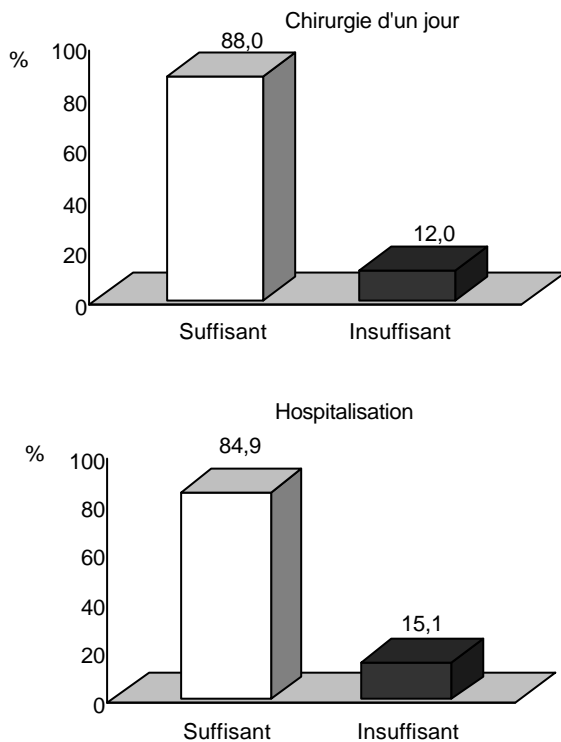
1. S'applique uniquement dans le cas des personnes hospitalisées.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 20.4

Perception de la suffisance de l'aide post-hospitalière reçue à domicile, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête montrent que 6 % de la population québécoise a été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année et que 4,2 % a été traitée en chirurgie d'un jour. L'état de santé est la variable qui influence le plus le recours aux services de santé. L'enquête confirme également les résultats de plusieurs études quant au lien existant entre un recours plus fréquent à l'hospitalisation et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

comme un âge plus avancé, une plus faible scolarisation et un revenu moindre.

Les délais d'attente avant l'admission à l'hôpital sont beaucoup moins longs pour les personnes hospitalisées que pour celles traitées en chirurgie d'un jour. Ces deux types de clientèle ne sont toutefois pas comparables. Une partie importante de la clientèle hospitalisée est constituée des personnes arrivant à l'urgence dans un état de santé qui requiert une hospitalisation immédiate. On ne peut donc pas conclure que les délais d'attente de la chirurgie d'un jour sont pires que ceux de l'hospitalisation. Par ailleurs, on doit souligner que les délais d'attente ne varient pas en fonction de la scolarité, ce qui indique que les personnes moins scolarisées ne subissent pas des délais plus longs que les personnes davantage scolarisées. Il s'agit là d'un aspect de l'équité d'accès aux services auquel notre système de soins semble répondre favorablement. Il faut toutefois interpréter ce résultat avec prudence, compte tenu que la faible taille de l'échantillon des personnes hospitalisées ne permet pas une grande précision statistique.

Les questions portant sur l'utilisation des services à domicile après une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour fournissent des renseignements intéressants à propos de l'aide reçue et des sources d'aide, d'autant plus que, jusqu'à présent, le sujet a été peu couvert par la littérature. Une plus grande proportion de personnes ayant été hospitalisées que de personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour ont recours aux services posthospitaliers à domicile, situation concevable dans la mesure où l'on estime que leur condition physique est plus fragile que celle des individus traités en chirurgie d'un jour, et leur convalescence, un peu plus longue. Dans les deux cas, le recours aux traitements (ex. : pansement, injection, etc.) est moins important que le recours à l'aide (ex. : soins personnels, entretien ménager, etc.).

La famille et les proches sont la source principale d'assistance personnelle tant pour les personnes hospitalisées que pour celles ayant subi une chirurgie d'un jour. Par contre, pour ce qui est des traitements, les proches jouent un rôle important auprès des personnes traitées en chirurgie d'un jour tandis que, chez celles qui ont été hospitalisées, les CLSC participent davantage. Le fait que le patient doit être accompagné par une personne responsable pour être admissible à la chirurgie d'un jour (Brosseau et Héroux, 1995), et que cette personne est le plus souvent un membre de la famille ou un proche, peut sans doute expliquer la participation importante de ces derniers tant aux traitements qu'à l'aide à domicile.

L'enquête n'a pas permis de dégager de lien significatif entre la prévalence des traitements reçus à domicile après une hospitalisation et les variables retenues, exception faite des personnes seules et des familles monoparentales qui sont, en proportion, plus nombreuses que celles vivant en couple, avec ou sans enfants, à en recevoir. Quant à l'aide à domicile, les femmes en reçoivent plus que les hommes, tant après une chirurgie d'un jour qu'après une hospitalisation. Le fait que les femmes qui accouchent reçoivent proportionnellement plus d'aide que les personnes hospitalisées pour toute autre raison peut expliquer en partie un tel résultat.

Une proportion élevée de répondants jugent adéquats les délais d'attente avant d'être admis à l'hôpital ou avant d'être traités en chirurgie d'un jour, tout comme ils estiment suffisant le temps de séjour hospitalier et perçoivent comme suffisante l'aide à domicile reçue après une chirurgie d'un jour ou une hospitalisation. L'interprétation de ces taux de satisfaction pose une difficulté dans la mesure où les attentes préalables ne sont pas connues; si ces dernières étaient très faibles, un taux de satisfaction élevé n'aurait rien de surprenant. De plus, aucun repère ne permet d'affirmer que ces taux sont optimaux ou non. Quoi qu'il en soit, des problèmes demeurent puisque de

12 % à 25 % des personnes expriment une insatisfaction à l'égard de l'un ou l'autre des aspects traités.

Les résultats de l'enquête sur l'accessibilité géographique ne permettent pas d'établir d'écarts significatifs entre les catégories de régions. De manière générale, le fait de résider dans une catégorie de régions plutôt que dans une autre n'a pas d'incidence sur les taux d'admissions et les délais d'attente pour être hospitalisé ou traité en chirurgie d'un jour. Le même constat s'applique à la durée du séjour hospitalier. L'opinion que les personnes concernées expriment lorsqu'on les interroge sur les délais d'attente, la durée du séjour hospitalier et la chirurgie d'un jour ne varie pas non plus de manière significative entre les catégories de régions.

Pour approfondir les résultats, il serait intéressant d'analyser le recours à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour en fonction de variables comme le groupe ethnique et de certains déterminants de l'état de santé comme le tabagisme ou la consommation d'alcool. On pourrait de plus procéder à une analyse multivariée des facteurs associés au recours à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour en distinguant ceux qui sont une manifestation de l'état de santé, ceux qui caractérisent les personnes et leurs conditions de vie ou encore ceux qui relèvent de l'accessibilité aux ressources. Une telle analyse permettrait d'évaluer l'importance relative des uns aux autres.

La prochaine enquête devrait continuer à explorer l'utilisation des services posthospitaliers à domicile, surtout dans le contexte actuel, dans lequel la tendance est à la réduction des séjours et à la complexification des interventions effectuées en chirurgie d'un jour. Une question complémentaire portant sur le besoin potentiel de services, satisfait ou non, pourrait être ajoutée, ce qui permettrait de raffiner l'estimation du besoin de services à domicile à la suite d'une hospitalisation et d'une chirurgie d'un jour.

La satisfaction étant un sentiment qui évolue dans le temps, il serait important de continuer à suivre cette variable dans les futures enquêtes. Une ou deux questions préalables devraient permettre de mieux situer les attentes des gens à propos des dimensions mesurées.

Il serait sans doute possible d'estimer encore plus précisément la proportion de personnes traitées en chirurgie d'un jour si une question visant à distinguer le recours à la chirurgie d'un jour des services reçus en clinique externe était introduite. Afin d'évaluer les conséquences potentiellement négatives du recours à la chirurgie d'un jour, la prochaine enquête pourrait tenter de mieux cerner l'utilisation des services après une chirurgie d'un jour, comme les visites en cabinet privé, les visites à l'urgence, les consultations en clinique ou le recours à Info-Santé CLSC, tout en approfondissant les raisons qui incitent les gens à utiliser ces services.

Enfin, dans les prochaines enquêtes, il sera possible de faire un suivi de l'évolution de la satisfaction générale de la population envers le système de santé. Lors de la présente enquête, 24 % des personnes âgées de 15 ans et plus se sont dites peu ou pas satisfaites des services de santé offerts dans leur région, ce qui représente un taux d'insatisfaction assez élevé. Il sera donc intéressant de suivre l'évolution de ce taux et d'en approfondir les raisons au cours de la prochaine enquête.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'enquête permettent, pour une première fois, d'estimer l'ampleur des services à domicile reçus après une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour. On pourra mettre à profit ces résultats dans la planification et la réorganisation des services à domicile en tenant compte des tendances qui se maintiennent en matière de réduction des séjours hospitaliers et d'augmentation des soins d'un jour.

La participation importante de la famille et des proches à la prise en charge des soins et de l'aide auprès des personnes ayant été hospitalisées ou traitées en chirurgie d'un jour constatée dans l'étude fait ressortir le besoin de mieux appuyer ces aidants, qui sont, selon plusieurs auteurs, très souvent des femmes, surtout dans la perspective que le virage ambulatoire amorcé ces dernières années continue de s'amplifier (Therrien, 1987; Stone et autres, 1987; Garant et Bolduc, 1990; Brody, 1990; Saillant, 1992; Guberman et autres, 1993; Canadian Study of Health and Aging, 1994).

Les femmes représentent un groupe cible à privilégier dans la planification et l'organisation des services posthospitaliers à domicile ou consécutifs à une chirurgie d'un jour. Non seulement sont-elles des aidantes ou des soignantes de premier plan, mais encore elles sont, selon les données de l'enquête, plus nombreuses que les hommes à recevoir de l'aide, surtout à la suite d'un accouchement, ce qui nous amène à penser que leurs besoins sont potentiellement plus grands.

Bibliographie

ANDERSEN, R. M. (1968). *A behavioral model of families' use of health services*, Research series n° 25, Center of Health Administration Studies, University of Chicago.

BÉLAND, F. (1994). « L'accès aux services de santé et les régimes publics d'assurance maladie » dans DUMOND, F., et autres (éd.), *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de la recherche sur la culture, Québec, p. 843-867.

BENZEVAL, M., et K. JUDGE (1994). « The determinants of hospital utilisation: Implications for resource allocation in England », *Health Economics*, vol. 3, n° 2, p. 105-116.

BINDMAN, A. B., et autres (1995). « Preventable hospitalizations and access to health care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 4, p. 305-311.

BLAIS, R. (1993). « Variations in surgical rates in Quebec: Does access to teaching hospitals make a difference », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 148, n° 10, p. 1729-1736.

BLAIS, R., P. BOYLE, R. PINEAULT et D. NADEAU (1997). *Facteurs associés à l'utilisation de la chirurgie d'un jour dans les hôpitaux de courte durée du Québec*, Rapport du GRIS n° 97-07, Université de Montréal.

BRODY, E. M. (1990). *Women in the middle: Their parent-care years*, New York, Springer Publishing Company.

BROSSEAU, P., et M. HÉROUX (1995). *La chirurgie d'un jour et son organisation*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 71 p.

CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING (1994). « Patterns of caring for persons with dementia in Canada », *Canadian Journal on Aging*, vol. 13, n°4, p. 470-487.

CARLISLE, D. M., et autres (1995). « Geographic variations in rates of selected surgical procedures within Los Angeles County », *Health Services Research*, vol. 30, n° 1, p. 27-42.

CLARK, J. D. (1990). « Variation in hospital use rates: Do physician and hospital characteristics provide the explanation? », *Society and Science Medicine*, vol. 3, p. 67-82.

CÔTÉ, D., E. GAGNON, C. GILBERT, N. GUBERMAN, F. SAILLANT, N. THIVIERGE et M. TREMBLAY (1998). *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Condition féminine, Gouvernement du Canada, 134 p.

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

EVANS, R. G., et G. L. STODDART (1990). « Producing health, consuming health care », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 12, p. 1347-1363.

GARANT, L., et M. BOLDUC (1990). *L'aide par les proches : Mythes et réalités*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 157 p.

GITTELSON, A., et N. R. POWE (1995). « Small area variations in health care delivery in Maryland », *Health Services Research*, vol. 30, n° 2, p. 295-317.

GUBERMAN, N., P. MAHEU et C. MAILLÉ (1993). *Travail et soins aux proches dépendants*, Montréal, Remue-Ménage.

HAYES, M. V., et autres (1990). « Reported versus recorded health service utilization in Grenada, West Indies », *Social science and Medicine*, vol. 31, n° 4, p. 455-460.

HENDERSON, J., et autres (1989). « Day care surgery: Geographical variation trends and readmission rates », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 43, p. 301-305.

HOFER, T. P., et autres (1998). « Use of community versus individual socioeconomic data in predicting variation in hospital use », *Health Services Research*, vol. 33, n° 2, p. 243-259.

LEY, P. J., et autres (1976). « Increasing patients' satisfaction with communications », *British Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 15, p. 403.

MCMAHON, L. F., et autres (1993). « Socioeconomic influence on small area hospital utilization », *Medical Care*, vol. 31, n° 5, supplément (mai), p. YS29-36.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Suivi des résultats de la transformation du réseau, Sommaire*, Comité MSSS-Régies régionales sur le suivi de la transformation.

MORGAN, M., et R. BEECH (1990). « Variations in lengths of stay and rates of day care surgery: Implications for the efficiency of surgical management », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 44, p.90-105.

MULLER, C. (1986). « Outpatient surgery: Are we satisfied? », *American Journal of Public Health*, vol. 76, p. 1086-1087.

POSTUMA, R., et autres (1987). « Pediatric day-care surgery: A 30-year hospital experience », *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 22, n° 4, p. 304-307.

ROOS, L. L. (1989). « Nonexperimental data systems in surgery », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 5, n° 3, p. 341-356.

SAILLANT, F. (1992). « La part des femmes dans les soins de santé », *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 28, n° 68, p. 95-105.

STONE, R., G. L. CAFFERATA et J. SANGL (1987). « Caregivers of the frail elderly: A national profile », *The Gerontologist*, vol. 27, n° 5, p. 616-626.

THERRIEN, R. (1987). *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), Québec.

TRAHAN, L., P. BÉGIN, M. DEMERS et P. LAFONTAINE (1999). *Évolution des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires — Ensemble du Québec*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 119 p.

Tableaux complémentaires

Tableau C.20.1

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, le niveau de revenu et la scolarité relative, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	Une fois	Plus d'une fois	Une fois	Plus d'une fois
	%			
Niveau de revenu				
Très pauvre	84,9	15,1**	71,3	28,7*
Pauvre	86,4	13,7**	76,2	23,8*
Moyen inférieur	86,4	13,6*	79,2	20,8
Moyen supérieur	87,4	12,6*	77,5	22,5
Supérieur	91,0	9,0**	87,2	12,8**
Scolarité relative ¹				
Plus faible	84,8	15,2*	76,3	23,7
Faible, moyenne ou élevée	87,7	12,3*	79,4	20,6
Plus élevée	85,0	15,0*	79,8	20,2*

1. Population de 15 ans et plus.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.20.2

Durée du séjour hospitalier selon le niveau de revenu, la scolarité et l'indice de détresse psychologique, population hospitalisée, Québec, 1998

	Trois jours ou moins	Quatre à sept jours	Huit jours ou plus
	%		
Niveau de revenu			
Très pauvre	46,4	27,6*	26,0*
Pauvre	49,2	26,1	24,8*
Moyen inférieur	52,7	27,3	20,1
Moyen supérieur	59,4	24,6	16,0
Supérieur	64,6	23,0*	12,5**
Scolarité relative ¹			
Plus faible	51,2	26,8	22,0
Faible, moyenne ou élevée	52,8	26,8	20,3
Plus élevée	60,0	24,2*	15,9*
Indice de détresse psychologique			
Bas ou moyen	57,1	24,8	18,2
Élevé	49,4	27,1	23,5

1. Population de 15 ans et plus.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.20.3

Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier selon l'âge, la scolarité relative et la perception de l'état de santé, population hospitalisée, Québec, 1998

	Temps de séjour	
	Suffisant	Insuffisant
	%	
Sexes réunis		
0-14 ans	91,0	9,0**
15-24 ans	84,2	15,8*
25-44 ans	82,0	18,1
45-64 ans	84,6	15,4*
65 ans et plus	78,4	21,6
Scolarité relative ¹		
Plus faible	78,5	21,5*
Faible, moyenne ou élevée	83,7	16,3
Plus élevée	84,0	16,0*
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	88,3	11,7*
Bon	80,8	19,2
Moyen	82,3	17,8*
Mauvais	72,4	27,6*

1. Population de 15 ans et plus.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 21

Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Lise Dunnigan

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Info-Santé CLSC est un service téléphonique qui permet à l'ensemble de la population de communiquer avec des infirmières 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour obtenir de l'information et des conseils au sujet de toute question reliée à la santé et au bien-être. Au besoin, l'infirmière oriente la personne qui appelle vers la ressource sociosanitaire la plus appropriée, qu'elle soit publique, privée ou communautaire. Ce service est dispensé par les CLSC dans tout le Québec depuis 1995, à l'exception des régions nordiques. Le système de santé québécois a été le premier en Amérique du Nord à mettre en place un tel service dans la plus grande partie de son territoire et Info-Santé CLSC se classe aujourd'hui comme un chef de file dans le domaine des soins infirmiers téléphoniques. Au cours de l'exercice financier 1998-1999, ce service a traité plus de 2,5 millions d'appels, soit 348 appels pour 1000 Québécois.

Les services Info-Santé CLSC ont fait l'objet d'une évaluation provinciale portant sur les cinq premières années d'implantation (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999). Dans le cadre de cette évaluation, une enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998) a montré que les interventions des infirmières apportent un soutien efficace à la prise en charge des problèmes soumis par les usagers, qu'elles contribuent à l'acquisition ou au renforcement des connaissances de ceux-ci et qu'elles permettent, dans bien des cas, d'éviter des consultations non appropriées au cabinet du médecin ou à la salle d'urgence. La clientèle est composée à 85 % de femmes et la moitié des appels concernent une tierce personne, bien souvent un enfant. Cette étude a fait ressortir la contribution de ce service à l'utilisation

judicieuse des ressources du réseau et au renforcement de l'autonomie des individus dans la prise en charge de leur santé et de celle de leurs proches; son rôle est donc lié étroitement aux stratégies proposées dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992).

Le rapport final de l'évaluation des services Info-Santé CLSC conclut qu'il y aurait avantage, du point de vue tant de la population que du système de santé, à faire en sorte que ce service soit plus largement connu et utilisé. Il recommande entre autres d'en améliorer l'accessibilité en réduisant les délais d'attente et de mieux rejoindre certains des groupes initialement ciblés, notamment les personnes âgées et les personnes d'expression anglaise (MSSS, 1999).

Les objectifs poursuivis dans le cadre de la présente enquête sont donc de mesurer la notoriété d'Info-Santé CLSC (soit la proportion de gens qui connaissent son existence) et de décrire l'utilisation du service dans l'ensemble de la population. L'analyse permettra de comparer les caractéristiques des personnes qui connaissent ce service et qui l'utilisent à celles du reste de la population. Un autre objectif consiste à identifier les personnes qui ont tenté sans succès de faire appel à Info-Santé CLSC afin de savoir quelles démarches ces dernières ont choisi d'entreprendre devant cette situation. Les résultats permettront de mieux orienter les activités de recherche, de développement et de communication afin d'augmenter l'impact du service.

21.1 Aspects méthodologiques

21.1.1 Indicateurs

Les cinq questions portant sur le service téléphonique Info-Santé CLSC figurent à la section XIV du questionnaire autoadministré (QAA). La section débute par la question « Savez-vous s'il existe un service téléphonique Info-Santé dans votre région? » (QAA194). Cette question, créée pour la présente enquête, a aussi été utilisée lors d'un sondage réalisé au cours de l'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC (SOM, 1998a et 1998b). Dans ce sondage, elle faisait suite à une autre question plus générale et dont les résultats ont été largement rapportés, mais qui ne faisait pas explicitement référence à la région du répondant.

Les deux questions suivantes permettent de connaître la proportion de gens qui ont déjà utilisé le service au moins une fois au cours de leur vie (QAA195) et la fréquence d'utilisation au cours des 12 derniers mois (QAA196). Des questions semblables, mais non identiques, se retrouvaient dans le sondage mentionné plus haut, tandis que la deuxième question faisait aussi partie de l'enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998).

La question QAA197 permet d'identifier les gens qui n'ont pas pu parler à l'infirmière la dernière fois qu'ils ont tenté de rejoindre le service. Finalement, une dernière question a pour but de décrire les démarches que ces personnes ont dû effectuer auprès d'une autre ressource pour obtenir de l'aide, soit par téléphone ou en se déplaçant (QAA198). Ces deux questions s'inspirent de celles posées lors de l'enquête auprès de la clientèle, mais plutôt que de présenter une situation hypothétique (« Si Info-Santé n'avait pas existé, diriez-vous que... »), elles se rapportent cette fois à un événement réel.

Les questions sur le service Info-Santé CLSC apparaissent pour la première fois dans l'enquête sociale et de santé et ne font donc pas l'objet de comparaisons avec les enquêtes précédentes. On présente d'abord succinctement les données se

rapportant à l'utilisation du service en utilisant la population totale comme dénominateur. Viennent ensuite les analyses plus détaillées, qui ont été effectuées en établissant les proportions sur la base des personnes qui connaissent l'existence du service, de façon à supprimer les écarts découlant de cette connaissance du service et à mieux faire ressortir les différences entre les personnes qui utilisent le service et celles qui ne l'utilisent pas. Le profil de la population qui utilise Info-Santé CLSC est aussi décrit en comparaison avec le reste de la population qui dit connaître l'existence du service mais qui ne l'utilise pas. Le recours au service au moins une fois au cours des 12 derniers mois a été retenu pour définir la population qui a récemment utilisé Info-Santé CLSC.

21.1.2 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle aux questions 194 à 197 varie de 0,9 % à 2,4 %. D'autre part, il est possible que certaines personnes au sujet desquelles un appel a été fait par l'entremise d'un tiers aient inclus cet appel dans leurs réponses aux questions portant sur l'utilisation du service (QAA195 et QAA196); les taux d'utilisation pourraient ainsi être surestimés, tant dans la présente enquête que dans les études précédentes. Les questions portant sur la fréquence d'utilisation au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA196) et sur les difficultés d'accès lors du dernier appel (QAA197) portent sur une période assez longue pour comporter un biais de mémoire. Par ailleurs, étant donné les faibles effectifs obtenus, les choix de réponse concernant la fréquence d'utilisation ont été regroupés en deux catégories pour obtenir de meilleures estimations (une ou deux fois, trois fois et plus). Enfin, la question portant sur les démarches effectuées auprès d'une autre ressource (QAA198) a récolté des effectifs insuffisants pour permettre une analyse détaillée. Le taux de non-réponse à cette question est de 7,8 %. Une partie de la non-réponse est attribuable aux personnes qui n'ont pas utilisé le service depuis 12 mois; on l'a donc examinée en ne prenant en compte que les personnes qui ont fait une utilisation récente d'Info-Santé CLSC, pour lesquelles le taux de non-réponse partielle ne dépasse pas 5,5 %.

La taille de l'échantillon de la présente enquête et la quantité importante de variables se rapportant à l'état de santé et aux caractéristiques sociodémographiques des répondants permettent d'effectuer une analyse plus complète de la notoriété du service que ne l'ont fait les études précédentes. Par ailleurs, les renseignements sur la population qui utilise le service et sur la fréquence d'utilisation ne sont pas disponibles dans le système d'information du service Info-Santé CLSC, puisque ce dernier ne fournit que des statistiques basées sur les appels traités et non sur les personnes qui l'utilisent; de plus, ce système ne fournit aucune information sur les caractéristiques de la personne qui appelle (lorsqu'il s'agit d'un tiers) et très peu sur celles de la personne qui fait l'objet de l'appel.

21.2 Résultats

21.2.1 Connaissance de l'existence du service Info-Santé CLSC

Parmi la population de 15 ans et plus, on estime que 75 % des gens savent qu'il existe un service téléphonique Info-Santé CLSC dans leur région (tableau 21.1).

Tableau 21.1
Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Pe	
	%	'000
Hommes		
15-24 ans	60,8	302
25-44 ans	72,0	845
45-64 ans	67,5	568
65 ans et plus	73,7	256
Total	68,9	1 972
Femmes		
15-24 ans	80,9	385
25-44 ans	84,1	966
45-64 ans	76,5	664
65 ans et plus	75,7	355
Total	80,1	2 370
Sexes réunis		
15-24 ans	70,7	687
25-44 ans	77,9	1811
45-64 ans	72,0	1232
65 ans et plus	74,8	612
Total	74,6	4 342

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La notoriété est plus élevée chez les femmes (80 % c. 69 % chez les hommes) et chez les personnes de 25 à 44 ans (78 %). Parmi toutes les catégories d'âge et de sexe, la proportion de personnes qui connaissent l'existence de ce service est la plus faible chez les hommes de 15 à 24 ans (61 %).

L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre la scolarité et la notoriété du service, mais cette dernière tend à être un peu moins élevée chez les personnes très pauvres et chez les personnes de niveau de revenu supérieur (70 % dans les deux cas) (tableau 21.2). L'existence de ce service est, en proportion, nettement moins connue parmi les personnes de langue maternelle anglaise (59 %) ou autre (61 %) que chez les francophones (78 %).

Tableau 21.2
Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le niveau de revenu et la langue maternelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Pe	
	%	'000
Niveau de revenu		
Très pauvre	69,8	274
Pauvre	75,2	478
Moyen inférieur	75,6	1 431
Moyen supérieur	75,8	1 679
Supérieur	69,9	480
Langue maternelle		
Français	77,5	3 759
Anglais	58,9	239
Autre	61,4	354

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Parmi toutes les variables étudiées, la notoriété d'Info-Santé CLSC atteint son niveau le plus élevé chez les personnes vivant dans un ménage où le plus jeune enfant est âgé de deux ans ou moins (90 %), en particulier chez les femmes (94 %) (tableau 21.3). Elle diminue chez les deux sexes à mesure que l'âge de l'enfant augmente.

Enfin, la notoriété d'Info-Santé CLSC ne varie pas statistiquement selon la perception de l'état de santé ou le niveau à l'échelle de détresse psychologique (données non présentées)

Tableau 21.3

Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon l'âge du plus jeune enfant dans le ménage, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur, Québec, 1998

Âge du plus jeune enfant dans le ménage	Pe	
	%	'000
Chez les hommes		
0-2 ans	84,9	190
3-5 ans	74,8	112
6-11 ans	73,1	206
12-17 ans	64,0	281
Total	72,1	789
Chez les femmes		
0-2 ans	94,0	232
3-5 ans	85,0	157
6-11 ans	84,4	249
12-17 ans	78,5	359
Total	84,2	997
Sexes réunis		
0-2 ans	89,7	422
3-5 ans	80,5	269
6-11 ans	78,9	454
12-17 ans	71,4	641
Total	78,4	1 786

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Toutefois, les personnes qui ont été hospitalisées au cours d'une période de 12 mois et celles qui ont consulté un médecin au cours d'une période de 2 semaines sont proportionnellement un peu plus nombreuses à en connaître l'existence (respectivement 80 % et 77 %) que celles qui n'ont pas été hospitalisées ou qui n'ont pas consulté un

médecin au cours de ces périodes (74 % dans les deux cas) (tableau 21.4). Les personnes qui ont subi une chirurgie d'un jour montrent une tendance semblable sans toutefois atteindre le seuil de signification retenu (données non présentées).

Tableau 21.4

Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le fait d'avoir été hospitalisé ou d'avoir consulté un médecin, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Pe	
	%	'000
Hospitalisation (au cours d'une période de 12 mois)		
Oui	79,9	325
Non	74,2	4 017
Consultation d'un médecin (au cours d'une période de 2 semaines)		
Oui	77,4	672
Non	74,1	3 670

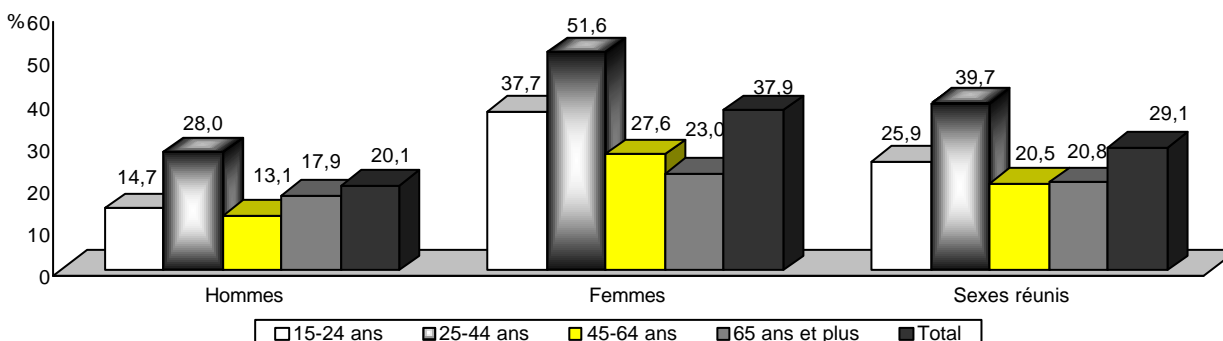
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

21.2.2 Utilisation à vie du service Info-Santé CLSC

Dans l'ensemble de la population, 29 % des personnes de 15 ans et plus déclarent avoir déjà obtenu un conseil ou une information du service Info-Santé CLSC au moins une fois au cours de leur vie (figure 21.1). Ce pourcentage est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes (38 % c. 20 %) ainsi que dans le groupe des 25 à 44 ans comparé aux groupes plus âgés (40 % c. 21 % pour les personnes de 45 à 64 ans et pour celles de 65 ans et plus).

Figure 21.1

Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

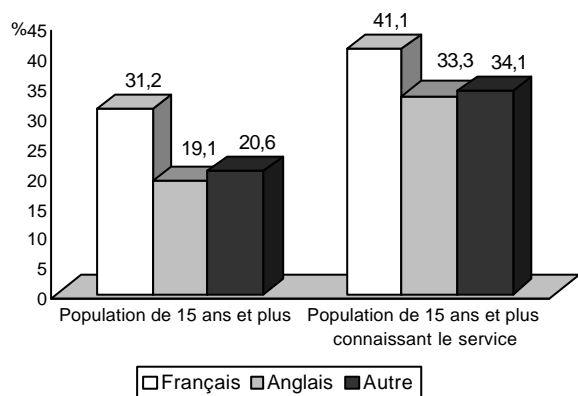


Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Si on se limite aux personnes qui connaissent l'existence du service, le taux d'utilisation à vie s'élève à 40 % avec, encore une fois, une proportion plus élevée chez les femmes (49 %) et chez les personnes de 25 à 44 ans (51 %) (tableau C.21.1).

Dans l'ensemble de la population, les personnes de langue maternelle anglaise ou autre que le français sont proportionnellement moins nombreuses à avoir déjà utilisé Info-Santé CLSC (19 % et 21 % respectivement) (figure 21.2); bien qu'il soit moins marqué, cet écart s'observe aussi à l'intérieur de la population informée de l'existence du service.

Figure 21.2
Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon la langue maternelle, population de 15 ans et plus et population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

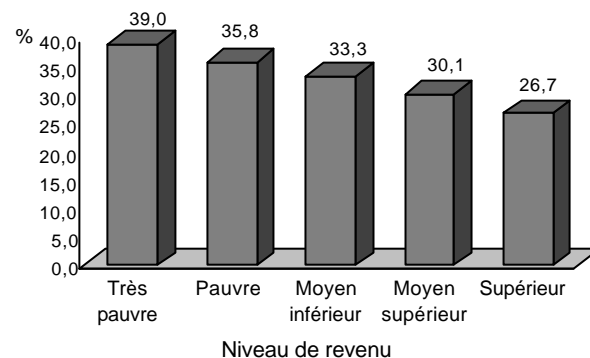
21.2.3 Utilisation du service Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois

Dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus, 23 % des gens déclarent avoir utilisé Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois. Cette proportion s'élève à 32 % lorsque l'on ne considère que les personnes qui connaissent l'existence du service (tableau C.21.2).

Parmi les personnes qui connaissent l'existence du service, la proportion d'utilisateurs récents présente des variations semblables à celles observées dans la proportion d'utilisateurs à vie en ce qui a trait au sexe,

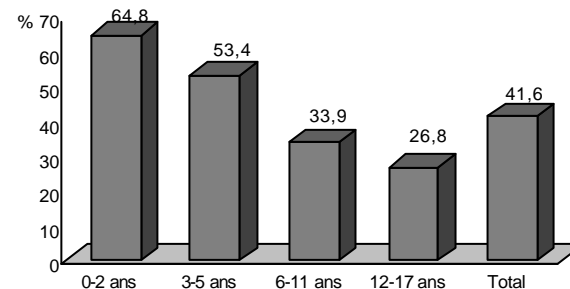
à l'âge et à la langue maternelle. L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre l'utilisation au cours d'une période de 12 mois et le niveau de scolarité (données non présentées); la proportion d'utilisateurs varie cependant avec le niveau de revenu, allant de 39 % chez les personnes très pauvres à 27 % chez celles ayant un niveau de revenu supérieur (figure 21.3). L'utilisation est plus marquée chez les personnes appartenant à des ménages où vit un enfant mineur (42 %) et elle varie avec l'âge du plus jeune enfant, atteignant 65 % dans les cas où ce dernier est âgé de 0 à 2 ans comparativement à 27 % lorsque les enfants sont âgés entre 12 et 17 ans (figure 21.4).

Figure 21.3
Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 21.4
Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon l'âge du plus jeune enfant, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur et connaissant l'existence du service, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

On tend à trouver un peu moins d'utilisateurs parmi les personnes de 15 à 64 ans vivant dans des ménages qui comptent une personne de 65 ans ou plus, sans toutefois que soit atteint le seuil de signification retenu (27 %) (tableau 21.5). La proportion d'utilisateurs récents augmente avec la détérioration de la perception de l'état de santé et plus encore avec le niveau de détresse psychologique. On observe des variations dans le même sens relativement à la présence de limitations d'activité à long terme et à l'utilisation des services médicaux et hospitaliers (consultation d'un médecin au cours d'une période de 2 semaines, hospitalisation ou chirurgie d'un jour au cours d'une période de 12 mois). Finalement, on trouve aussi une plus grande proportion d'utilisateurs récents chez les personnes vivant dans un ménage où une autre personne a été hospitalisée ou a subi une chirurgie d'un jour au cours d'une telle période, sans avoir vécu elles-mêmes l'une ou l'autre de ces deux situations.

21.2.4 Fréquence d'utilisation du service Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois

Parmi les personnes qui ont utilisé Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, la majorité (74 %) déclare avoir appelé une ou deux fois au cours de cette période (tableau C.21.3). Une personne sur cinq (20 %) aurait appelé entre trois et cinq fois et une minorité (6 %) déclare avoir appelé plus de cinq fois.

La proportion de personnes qui ont appelé Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois est plus élevée chez les femmes (28 % c. 23 % chez les hommes) et elle est nettement plus élevée chez les moins de 45 ans (29 %) que dans les autres groupes d'âge (tableau 21.6).

Tableau 21.5

Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec 1998

	%	Pe '000
Caractéristiques démographiques		
Vivre dans un ménage comptant un enfant mineur	41,6	743
Avoir de 15 à 64 ans et vivre dans un ménage comptant une personne de 65 ans et plus	27,1	47
Caractéristiques socioéconomiques		
Niveau de scolarité relative plus faible	31,6	253
Niveau de revenu très pauvre	39,0	105
Caractéristiques sanitaires		
Perception de l'état de santé (moyen ou mauvais)	36,9	176
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique	42,0	358
Limitations d'activité à long terme	38,7	179
Consultation d'un médecin au cours d'une période de 2 semaines	39,9	267
Hospitalisation au cours d'une période de 12 mois	49,8	160
Chirurgie d'un jour au cours d'une période de 12 mois	41,9	88
Ne pas avoir été hospitalisé au cours d'une période de 12 mois, mais vivre dans un ménage comptant une autre personne qui l'a été	41,7	159
Ne pas avoir subi de chirurgie d'un jour au cours d'une période de 12 mois, mais vivre dans un ménage comptant une autre personne qui en a subi une	38,0	101
Ensemble de la population connaissant l'existence du service	32,0	1 381

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 21.6

Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes	23,1	107
Femmes	27,5	251
Sexes réunis		
15-24 ans	29,3	66
25-44 ans	29,1	221
45-64 ans	16,4	43
65 ans et plus	21,3	29
Total	26,0	358

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois tend à diminuer avec l'augmentation de la scolarité, allant de 32 % chez les personnes moins scolarisées à 22 % chez les plus scolarisées (tableau 21.7). On observe les mêmes écarts en fonction du niveau de revenu, l'utilisation selon cette fréquence allant de 32 % chez les personnes très pauvres à 21 % chez les personnes à niveau de revenu supérieur.

Tableau 21.7

Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	%	Pe '000
Scolarité relative		
Plus faible	31,7	80
Faible	28,6	83
Moyenne	24,0	67
Élevée	24,3	66
Plus élevée	21,7	62
Niveau de revenu		
Très pauvre	31,5	33
Pauvre	32,8	56
Moyen inférieur	25,7	122
Moyen supérieur	24,3	122
Supérieur	20,5	26
Ensemble de la population ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois	26,0	358

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La présence et l'âge d'un enfant mineur dans le ménage sont les caractéristiques les plus étroitement associées à la fréquence d'utilisation : la proportion de personnes ayant appelé trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois va de 48 % parmi les personnes vivant dans un ménage où le plus jeune enfant est âgé de 0 à 2 ans, à 16 % dans le cas où le plus jeune enfant est âgé de 12 à 17 ans (tableau 21.8). L'utilisation du service à cette fréquence par les personnes de 15 à 64 ans vivant dans les ménages comptant une personne de 65 ans et plus ne diffère pas significativement de l'ensemble (données non présentées).

Tableau 21.8

Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon l'âge du plus jeune enfant dans le ménage, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur et ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	%	Pe '000
Âge du plus jeune enfant dans le ménage		
0-2 ans	48,4	132
3-5 ans	31,3	45
6-11 ans	20,4	31
12-17 ans	16,1	28
Total	31,8	236

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les caractéristiques sanitaires associées à l'utilisation du service trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois sont le fait d'avoir été hospitalisé (43 %), de vivre avec une personne qui a été hospitalisée au cours de cette même période de 12 mois, mais sans l'avoir été soi-même (35 %), d'être limité dans ses activités (34 %) et de présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (30 %) (tableau 21.9). L'utilisation à cette fréquence tend également à être plus élevée parmi les personnes qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais (33 %).

Tableau 21.9

Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sanitaires, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	%	Pe '000
Caractéristiques sanitaires		
Perception de l'état de santé (moyen ou mauvais)	32,9	59
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique	29,9	107
Limitations d'activité à long terme	33,6	60
Hospitalisation au cours d'une période de 12 mois	42,5	68
Ne pas avoir été hospitalisé au cours d'une période de 12 mois, mais vivre dans un ménage comptant une autre personne qui l'a été	34,8	55
Ensemble de la population ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois	26,0	358

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

21.2.5 Démarches en cas de difficulté d'accès au service Info-Santé CLSC

Lors de leur dernier appel à Info-Santé CLSC, seulement 5,4 % des personnes n'ont pas pu parler à une infirmière (tableau C.21.4). Les hommes sont proportionnellement un peu plus nombreux que les femmes à rapporter cette difficulté (7 % c. 4,6%) et les personnes de 25 à 44 ans, un peu moins nombreuses que celles des autres groupes d'âge (3,9 % c. 7% à 9%).

Les effectifs obtenus à la question, portant sur les démarches entreprises par les personnes qui n'ont pas eu accès au service, sont encore plus faibles, ce qui rend les estimations peu précises. On peut néanmoins signaler que parmi les personnes qui ont utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, environ 41 % de celles qui n'ont pas pu parler à une infirmière disent s'être rendues à l'urgence, au cabinet du médecin ou à une clinique médicale pour obtenir l'aide dont elles avaient besoin, alors que 51 % ont choisi d'effectuer une autre démarche et que 9 % n'ont rien fait (données non présentées; total dépassant 100 % en raison de l'arrondissement des décimales).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

La connaissance de l'existence du service Info-Santé CLSC dans la région habitée se situe à 75 % parmi la population de 15 ans et plus. Ce résultat apparaît meilleur que celui obtenu dans le cadre du sondage réalisé pour le compte du MSSS en janvier 1998, alors que 75 % des gens avaient déjà entendu parler d'Info-Santé CLSC, mais que seulement 46 % croyaient que ce service était disponible « dans leur région » (SOM, 1998b). Cependant, cette distinction a peut-être une portée négligeable puisque les taux d'utilisation rapportés dans les deux enquêtes sont comparables : celui obtenu dans la présente enquête s'élève à 29 %, comparé à 28 % dans le sondage de janvier 1998. On doit souligner ici que 60 % des personnes qui ont entendu parler d'Info-Santé CLSC n'ont jamais utilisé ce service.

Le taux d'utilisation au cours d'une période de 12 mois est de 23 % parmi l'ensemble de la population et de 32 % lorsqu'on ne considère que les personnes qui connaissent l'existence d'Info-Santé CLSC. Parmi les personnes ayant utilisé ce service au cours d'une telle période, 74 % des gens disent avoir appelé une ou deux fois, alors qu'en janvier 1998, cette proportion était de 67 % (SOM, 1998b); environ 20 % disent avoir appelé entre trois et cinq fois et 6 %, plus de cinq fois. Ces données indiquent que la majorité des personnes

qui utilisent Info-Santé CLSC le font de manière occasionnelle.

La proportion de gens qui n'ont pu parler à une infirmière lors de leur dernier appel est faible (5 %) et se compare à celle mesurée au début de 1998 (SOM, 1998a). Environ 41 % de ces personnes déclarent s'être rendues à l'urgence, au cabinet du médecin ou à une clinique médicale pour obtenir l'aide dont elles avaient besoin à ce moment. Bien que peu précise en raison des faibles effectifs obtenus, cette estimation semble moins élevée que ce que suggéraient les résultats de l'enquête auprès de la clientèle à partir d'une situation hypothétique de non-accès au service (Hagan et autres, 1998).

Si on s'intéresse aux différents sous-groupes de population, on remarque d'abord que les femmes et les personnes de 25 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses à connaître l'existence du service et à l'utiliser. Cependant, le groupe qui se démarque le plus à la fois au plan de la notoriété (90 %), de l'utilisation au cours d'une période de 12 mois (65 %) et de la fréquence des appels (48 % ont appelé trois fois ou plus) est celui des personnes qui vivent avec un jeune enfant, en particulier avec un enfant de deux ans ou moins.

Quant aux personnes de 65 ans et plus, elles ne se démarquent pas de l'ensemble au plan de la notoriété, alors que dans le sondage de janvier 1998, même si les questions différaient de celles utilisées pour la présente enquête, elles ressortaient parmi toutes les variables analysées comme le groupe ayant la plus faible proportion d'individus connaissant ce service (55 %). On y trouve par ailleurs, comme chez les 45-64 ans, une plus faible proportion de personnes ayant déjà utilisé le service au moins une fois au cours de leur vie (21 %), ce qui semble marquer un progrès par rapport aux résultats obtenus dans le sondage de janvier 1998 (13 %) (SOM, 1998a).

Bien que l'enquête ne permette pas de détecter d'association entre la scolarité et la connaissance ou l'utilisation d'Info-Santé CLSC, on note que les personnes moins scolarisées rapportent une plus grande fréquence d'utilisation. On remarque par

ailleurs que la proportion d'utilisateurs et la fréquence des appels augmentent à mesure que le revenu diminue; ce phénomène peut être attribuable en partie à la concentration de jeunes parents parmi les couches plus pauvres de la population. On peut néanmoins se réjouir du fait qu'Info-Santé CLSC rejoint bien les personnes des milieux défavorisés, étant donné leur état de santé moins favorable, leur utilisation plus importante des services médicaux et les obstacles plus grands qu'elles rencontrent généralement dans l'accès aux ressources appropriées.

Par ailleurs, un groupe qu'Info-Santé CLSC semble moins bien rejoindre est celui des personnes de langue maternelle autre que le français. Seulement 59 % des personnes de langue maternelle anglaise et 61 % des personnes de langue maternelle « autre » connaissent l'existence du service. Leurs taux d'utilisation à vie sont de 19 % et de 21 % respectivement. Ces données ne diffèrent pas de celles enregistrées lors du sondage de 1998 en ce qui concerne la population anglophone, tandis que le petit nombre de personnes de langue maternelle « autre » n'avait pas révélé d'écart significatif (SOM, 1998a et 1998b). Lorsqu'on examine les taux d'utilisation au cours d'une période de 12 mois en considérant uniquement les personnes qui connaissent l'existence du service, les écarts entre les groupes linguistiques demeurent significatifs mais sont moins importants. Les efforts à déployer pour mieux rejoindre ces groupes devraient donc porter, dans un premier temps, sur la notoriété du service.

Enfin, les personnes qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais, qui ont un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique ou qui ont une limitation d'activités à long terme ne sont pas plus nombreuses à connaître l'existence d'Info-Santé CLSC, mais elles sont plus nombreuses à y faire appel. Les personnes qui ont été hospitalisées au cours d'une période de 12 mois comptent un peu plus de personnes qui connaissent l'existence du service et elles sont proportionnellement plus nombreuses à l'avoir utilisé au cours d'une période de 12 mois et à avoir appelé trois fois ou plus au cours de cette période. Parmi la population ayant utilisé ce service au

cours d'une période de 12 mois, on compte aussi plus de personnes ayant consulté un médecin depuis 2 semaines ou ayant subi une chirurgie d'un jour. On trouve également plus de gens vivant avec une tierce personne qui a été hospitalisée ou qui a subi une chirurgie d'un jour, ce qui concorde avec le fait que la moitié environ de la clientèle d'Info-Santé CLSC appelle au sujet d'une personne de l'entourage (Hagan et autres, 1998).

Éléments de réflexion pour la planification

Dans l'ensemble, ces données confirment l'utilité d'Info-Santé CLSC pour les groupes qui rencontrent des problèmes de santé ou qui doivent utiliser le système de soins et de services, mais elles montrent également que des progrès peuvent encore être accomplis pour accroître la pénétration et l'impact du service. Les groupes auprès desquels il y aurait lieu de mieux faire connaître Info-Santé CLSC et d'encourager son utilisation sont les hommes, surtout ceux de 15 à 24 ans, et les personnes de langue maternelle anglaise ou autre que le français. Il y aurait lieu aussi d'identifier les facteurs susceptibles d'encourager et de faciliter l'utilisation du service chez les personnes qui en connaissent l'existence mais qui ne l'ont jamais utilisé, en particulier chez les 45 ans et plus. Cependant, ces actions ne devraient pas être entreprises avant que les ressources nécessaires soient allouées pour assurer l'accès au service dans un délai d'attente acceptable pour la population.

Bibliographie

HAGAN, L., D. MORIN et R. LÉPINE (1998). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC – Perception des utilisateurs*, Faculté des sciences infirmières, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec, 163 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Accessibilité continue 24/7 – Service téléphonique*, Gouvernement du Québec, Québec, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC – Rapport final 1994-1999*, Gouvernement du Québec, Québec, 59 p.

SOM INC. (1998a). *Étude de la notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC*, Québec, 44 p.

SOM INC. (1998b). *Étude de la notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC (Tableaux détaillés)*, Québec, (calculs effectués à l'aide des tableaux Q5 et Q15).

Tableaux complémentaires

Tableau C.21.1

Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998

	%
Hommes	
15-24 ans	24,9
25-44 ans	39,3
45-64 ans	19,9
65 ans et plus	25,9
Total	29,9
Femmes	
15-24 ans	47,2
25-44 ans	62,1
45-64 ans	37,1
65 ans et plus	33,7
Total	48,7
Sexes réunis	
15-24 ans	37,5
25-44 ans	51,4
45-64 ans	29,2
65 ans et plus	30,3
Total	40,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.21.2

Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la langue maternelle, population de 15 ans et plus et population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998

	Population de 15 ans et plus	Population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service
	%	
Hommes		
15-24 ans	12,5	21,2
25-44 ans	22,4	31,4
45-64 ans	9,7	14,7
65 ans et plus	13,7	19,7
Total	15,9	23,6
Femmes		
15-24 ans	33,3	41,6
25-44 ans	42,5	51,1
45-64 ans	20,2	27,1
65 ans et plus	16,3	23,5
Total	30,3	38,9
Sexes réunis		
15-24 ans	22,7	32,7
25-44 ans	32,3	41,9
45-64 ans	15,0	21,4
65 ans et plus	15,2	21,9
Total	23,2	32,0
Langue maternelle		
Français	25,0	32,9
Anglais	14,4	25,0
Autre	16,9	27,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.21.3

Fréquence d'utilisation selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant utilisé Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	%
Hommes	
1 ou 2 fois	76,9
3 à 5 fois	18,6
6 fois et plus	4,5*
Femmes	
1 ou 2 fois	72,6
3 à 5 fois	20,2
6 fois et plus	7,3
Sexes réunis	
1 ou 2 fois	74,0
3 à 5 fois	19,7
6 fois et plus	6,3

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.21.4

Accès à l'infirmière lors du dernier appel à Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant déjà utilisé le service, Québec, 1998

	Oui	Non
	%	
Hommes	93,1	6,9
Femmes	95,4	4,6
Sexes réunis		
15-24 ans	93,4	6,6*
25-44 ans	96,1	3,9
45-64 ans	93,2	6,8*
65 ans et plus	91,3	8,7*
Total	94,6	5,4

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 22

Consommation de médicaments

Marie-Josée Papillon

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Claudine Laurier

Faculté de pharmacie
Université de Montréal

Louise Barnard

Julien Baril

Service de l'analyse des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec

Introduction

Aujourd'hui, les médicaments sont de plus en plus nombreux en vue de répondre aux différents besoins de santé des individus. Ils constituent des agents particulièrement efficaces pour prévenir la maladie, soulager ses effets ou guérir l'individu atteint. Une utilisation optimale des médicaments, c'est-à-dire qui maximise les avantages pour la santé tout en diminuant les risques et les coûts, peut contribuer à l'atteinte de différents objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). Ainsi, l'utilisation appropriée des médicaments peut contribuer à l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité par maladie cardiovasculaire, de contrôle des maladies infectieuses et de diminution des incapacités liées aux douleurs de l'appareil locomoteur. La PSBE vise également la réduction de la surconsommation de psychotropes, notamment chez les personnes âgées.

Par ailleurs, bien qu'ils possèdent un potentiel préventif et curatif des plus intéressants, les médicaments peuvent conduire à des problèmes sérieux, nécessitant parfois l'hospitalisation (Einarson, 1993; Grenier-Gosselin, 1991; Manasse, 1989a; 1989b). Ces problèmes sont souvent liés à une utilisation non optimale.

Le processus menant à l'utilisation des médicaments peut suivre deux voies. D'une part, l'individu ressentant un malaise peut recourir à la médication de

son propre chef ou sous l'influence de son entourage. On parle alors d'automédication sans recommandation d'un professionnel de la santé. Ces médicaments sont désignés dans le présent chapitre par « médicaments non prescrits ». D'autre part, la consommation de médicaments peut survenir à la suite d'une recommandation d'un médecin ou d'un dentiste. Ces médicaments sont appelés ici « médicaments prescrits ».

Une kyrielle de déterminants influencent l'utilisation de médicaments. Parmi ceux-ci se retrouvent le sexe, l'âge, l'état matrimonial, les habitudes de vie, le niveau de revenu, le niveau de scolarité, la perception de l'état de santé ainsi que l'accès aux soins et aux médicaments.

Depuis la réalisation de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, certaines interventions sont susceptibles d'avoir modifié le portrait de l'utilisation des médicaments. Depuis janvier 1997, grâce à la *Loi sur l'assurance médicaments*, tous les Québécois bénéficient d'une assurance, puisque cette loi a permis au million et demi de personnes, jusqu'alors non assurées, de bénéficier d'une couverture. Par ailleurs, la *Loi sur l'assurance médicaments* a majoré la contribution des personnes âgées et de la majorité des prestataires de la Sécurité du revenu au moment de l'achat de médicaments prescrits.

Comme dans les enquêtes précédentes, les données recueillies permettent de documenter l'utilisation des médicaments prescrits ou non prescrits, et de vérifier

l'existence de relations entre leur utilisation et certaines caractéristiques individuelles. Ainsi, les proportions d'utilisateurs d'au moins un médicament et de plus de trois médicaments, qu'ils soient prescrits ou non, sont présentées selon le sexe et l'âge. De façon plus spécifique, les proportions d'utilisateurs de médicaments prescrits et non prescrits sont analysées selon le sexe, l'âge, le niveau de revenu, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel. De plus, le nombre de médicaments consommés est analysé en fonction de la perception de l'état de santé et de l'indice de détresse psychologique. Finalement, le recours à au moins un médicament est présenté selon le sexe et l'âge en fonction des différentes classes de produits consommés. Enfin, les médicaments consommés sont présentés dans leur ensemble selon la classe à laquelle ils appartiennent et selon certaines caractéristiques de leur utilisation.

22.1 Aspects méthodologiques

22.1.1 Indicateurs

Les données relatives aux médicaments recueillies dans le cadre de cette enquête proviennent de la section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). La question principale et la liste des classes de médicaments qui font l'objet du présent chapitre (QRI33 à QRI45) ont été reprises des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, tout comme les sous-questions visant à identifier le médicament, à déterminer si celui-ci avait été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste et à préciser le problème de santé pour lequel la personne l'avait consommé. Inspirées de questions semblables de l'enquête de 1992-1993, des sous-questions permettent de mieux rendre compte de la fréquence de consommation, c'est-à-dire de façon régulière ou occasionnelle, et de la durée d'utilisation.

Par ailleurs, trois nouvelles questions ont été ajoutées dans la présente enquête afin de documenter la consommation de remèdes contre l'asthme et le rhume des foins de même que le recours au vaccin contre la grippe au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. La consommation de remèdes contre

l'asthme et le rhume des foins n'est pas abordée ici, ayant fait l'objet de demandes spécifiques relativement à la problématique de l'air intérieur à la maison. Les données sur la vaccination contre la grippe sont présentées au chapitre 23.

La question principale posée au répondant du ménage est la suivante : « Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants ? »; treize classes de substances médicamenteuses sont ensuite énumérées. Les douze premières classes comprennent les analgésiques, les tranquillisants (incluant les sédatifs ou somnifères), les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (pression sanguine), les antibiotiques, les remèdes ou médicaments pour l'estomac, les laxatifs, les remèdes contre la toux ou le rhume, les onguents pour la peau, les vitamines ou minéraux, les suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc., les stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral et la pilule contraceptive (chez les femmes de 12 ans et plus uniquement). La treizième classe regroupe tout autre médicament non compris dans les douze classes précédentes. Lors de l'entrevue, l'intervieweur devait identifier le produit exact en recourant à l'étiquette au besoin. Plus d'un médicament pouvait être déclaré dans une même classe. Pour chaque médicament, il fallait ensuite préciser si celui-ci avait été obtenu ou non sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste¹, si sa consommation était régulière (tous les jours ou quelques fois par semaine) ou non, quelle était la durée de son utilisation (moins d'un mois, d'un mois à moins de six mois, de six mois à moins d'un an ou d'un an et plus) de même que le principal problème de santé pour lequel la personne avait pris ce médicament. Tout

1. À des fins de simplicité, les médicaments obtenus sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste sont désignés dans le texte qui suit par l'expression « médicaments prescrits », qu'il y ait eu ou non rédaction explicite d'une ordonnance. De même, les médicaments obtenus sans l'avis d'un médecin ou d'un dentiste sont désignés par l'expression « médicaments non prescrits ». Dans le présent chapitre, lorsque le vocable « médicament » est utilisé sans spécification, il désigne les produits médicamenteux aussi bien prescrits que non prescrits.

comme dans les rapports d'enquête précédents, certains résultats présentés ici sont le fruit de regroupements. Par exemple, pour des fins de comparaison avec les enquêtes précédentes, on a établi, pour l'ensemble des médicaments prescrits et non prescrits, les proportions d'utilisateurs d'au moins un médicament et de trois médicaments ou plus dans chacun des groupes d'âge.

22.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

La presque totalité des questions sur les médicaments ayant été empruntées aux enquêtes de 1987 et de 1992-1993, il est possible d'établir des comparaisons entre ces dernières et l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Rappelons toutefois que la fréquence de consommation, telle qu'elle est définie en 1998, n'est pas disponible pour 1987, pas plus que l'information sur la durée d'utilisation.

22.1.3 Portée et limites des données

L'enquête vise à dresser un portrait évolutif de la consommation médicamenteuse des Québécois en établissant des comparaisons avec les résultats des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Les résultats exposés dans le présent chapitre portent sur l'utilisation et non sur l'acquisition de médicaments. De ce fait, ils permettent d'étudier un aspect qui ne peut pas être documenté à partir des chiffres d'affaires des pharmacies ou des banques de données administratives, comme celle de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

De manière à minimiser le biais de mémoire, la consommation de médicaments se limite aux deux jours ayant précédé l'enquête. L'énumération de différentes classes de médicaments visait à permettre au répondant du ménage de dresser une liste exhaustive des produits consommés, incluant ceux qu'il n'aurait peut-être pas mentionnés d'emblée. Cette approche peut néanmoins avoir entraîné une mauvaise classification des produits par le répondant. Par exemple, il est possible que des produits comme

les « vitamines ou minéraux » aient été classés avec les « stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral », ou l'inverse. Il se peut aussi que le répondant n'ait pu associer un produit à l'une des classes précisées et ait omis d'en rapporter la consommation. La validité des résultats peut en outre être entachée par la tendance des individus à répondre de façon socialement désirable ou du fait de leur méconnaissance de l'ensemble des médicaments consommés par les autres membres de leur ménage.

Les données recueillies dans cette enquête ne permettent pas de faire une analyse qualitative de l'usage de médicaments. On ne pourra donc conclure à l'utilisation judicieuse ou non de la pharmacopée puisqu'il est impossible de juger, à partir de ces données, de certains paramètres, par exemple l'indication thérapeutique ou l'observance du traitement.

22.2 Résultats

22.2.1 Utilisation de médicaments dans la population

Variations selon le sexe et l'âge

Un peu plus de la moitié (53 %) de la population à l'étude déclare avoir consommé au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours (tableau 22.1). Cette proportion croît en fonction de l'âge, passant de 36 % chez les individus de 0 à 14 ans à près de 83 % chez ceux de 65 ans et plus. Dans l'ensemble, la proportion de personnes ayant rapporté l'usage d'au moins un médicament tend à être plus élevée en 1998 qu'en 1992-1993, mais cette différence n'atteint pas tout à fait le seuil de signification retenu. L'augmentation n'est statistiquement significative que pour le groupe d'individus de 45 à 64 ans. Cela contraste avec les résultats publiés dans le rapport de l'enquête de 1992-1993, dans lequel la comparaison avec 1987 montrait une augmentation significative pour la majorité des groupes d'âge.

Tableau 22.1

Personnes ayant pris au moins un médicament et personnes ayant pris trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Au moins un médicament				Trois médicaments ou plus			
	1987	1992-1993	1998	Pe	1987	1992-1993	1998	Pe
	%			'000	%			'000
Hommes								
0-14 ans	34,9	40,0	35,7	246	2,2*	3,3	3,6	25
15-24 ans	23,6	28,7	24,9	124	1,7**	2,7*	3,1*	16
25-44 ans	26,9	34,6	35,3	415	2,4	5,2	7,0	83
45-64 ans	42,9	49,2	55,1	464	8,2	14,1	17,9	151
65 ans et plus	66,8	72,2	77,4	269	23,3	38,1	45,6	158
Total	34,5	41,4	42,8	1 519	5,1	9,2	12,2	433
Femmes								
0-14 ans	37,1	42,6	36,4	240	2,0*	4,6	3,2*	21
15-24 ans	56,1	60,2	61,7	293	5,3	8,7	8,2	39
25-44 ans	52,5	58,2	60,3	692	8,1	11,7	13,2	152
45-64 ans	63,1	70,0	75,9	660	19,0	28,5	35,9	312
65 ans et plus	76,4	86,8	86,4	405	33,6	49,4	56,1	263
Total	54,7	61,4	63,2	2 291	11,5	18,0	21,7	787
Sexes réunis								
0-14 ans	36,0	41,3	36,0	486	2,1	3,9	3,4	46
15-24 ans	39,6	44,1	42,9	418	3,5	5,6	5,6	55
25-44 ans	39,8	46,4	47,7	1 108	5,3	8,4	10,1	234
45-64 ans	53,3	59,8	65,7	1 124	13,7	21,4	27,1	463
65 ans et plus	72,4	80,6	82,5	674	29,3	44,6	51,6	422
Total	44,7	51,5	53,1	3 809	8,3	13,7	17,0	1 219

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En proportion, les femmes sont plus nombreuses à consommer au moins un médicament : 63 % des femmes comparativement à 43 % des hommes. Tout comme lors de la précédente enquête, les différences entre les sexes selon le groupe d'âge sont significatives à compter de 15 ans. L'écart le plus important se retrouve chez les individus de 15 à 24 ans et décroît par la suite.

Par rapport à l'enquête de 1992-1993, on note une augmentation significative de la proportion de personnes ayant consommé trois médicaments ou plus parmi la population générale, ainsi que chez les groupes d'âge supérieurs à celui des 15-24 ans. Aussi, une plus large proportion de femmes que d'hommes s'inscrivent parmi les utilisateurs de trois médicaments

ou plus. Depuis 1987, la proportion de la population ayant consommé trois médicaments semble avoir plus que doublé, passant de 8 % à 17 %. Chez les personnes de 65 ans et plus, cette proportion est passée de 29 % à 52 % durant cette période.

En 1998, un peu plus du tiers (34 %) de la population a consommé au moins un médicament prescrit (tableau 22.2). Cela constitue une augmentation statistiquement significative par rapport aux résultats de l'enquête précédente. Les proportions varient en fonction du sexe et de l'âge. À partir de 25 ans, les proportions d'utilisateurs de médicaments prescrits augmentent de façon significative avec le groupe d'âge. Sauf pour les filles de moins de 14 ans, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses

que les hommes à recourir aux médicaments prescrits. Toujours au chapitre des médicaments prescrits, les augmentations observées chez l'ensemble des hommes et chez l'ensemble des femmes de même que chez les individus de 45 à 64 ans sont statistiquement significatives par rapport aux résultats de l'enquête de 1992-1993. En outre, la comparaison des données de consommation de médicaments prescrits des enquêtes de 1987, de 1992-1993 et de 1998 indique une tendance à la hausse.

Tout comme lors de la dernière enquête, un peu moins du tiers de la population rapporte avoir utilisé au moins un médicament non prescrit durant la période de référence. Comme pour les médicaments prescrits, les

femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à consommer des médicaments non prescrits (37 % c. 26 %). La proportion d'utilisateurs de médicaments non prescrits ne varie pas systématiquement en fonction du groupe d'âge, bien que les différences observées entre les groupes soient significatives. Alors que, dans l'ensemble, la consommation de médicaments non prescrits a augmenté entre les enquêtes de 1987 et de 1992-1993, les données de l'enquête de 1998 ne permettent pas de détecter de différence statistiquement significative par rapport à celles de l'enquête de 1992-1993, à l'exception d'une augmentation chez l'ensemble des individus de 45 à 64 ans.

Tableau 22.2

Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit et personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Médicaments prescrits				Médicaments non prescrits			
	1987	1992-1993	1998	Pe	1987	1992-1993	1998	Pe
	%			'000	%			'000
Hommes								
0-14 ans	16,1	15,2	14,7	101	22,6	29,3	25,7	177
15-24 ans	8,4	9,6	8,2	41	16,7	21,5	19,8	98
25-44 ans	11,0	13,5	14,0	165	18,4	25,2	25,8	303
45-64 ans	30,6	31,8	37,3	314	17,8	25,7	28,9	243
65 ans et plus	56,6	64,3	67,9	236	20,3	26,8	30,9	107
Total	19,2	21,7	24,1	856	19,0	25,8	26,2	929
Femmes								
0-14 ans	16,5	16,7	13,4	89	23,7	31,1	26,8	177
15-24 ans	42,5	46,8	49,9	237	23,9	29,0	26,8	128
25-44 ans	32,7	33,2	36,3	417	29,4	37,1	39,1	449
45-64 ans	46,2	52,5	56,6	491	31,2	39,7	45,0	390
65 ans et plus	67,1	76,2	78,5	368	25,7	36,4	39,0	183
Total	37,4	41,0	44,3	1 603	27,4	35,4	36,6	1 327
Sexes réunis								
0-14 ans	16,3	15,9	14,1	190	23,1	30,2	26,2	353
15-24 ans	25,2	27,8	28,5	278	20,2	25,2	23,2	226
25-44 ans	21,9	23,3	25,0	582	23,9	31,1	32,4	752
45-64 ans	38,6	42,3	47,1	805	24,7	32,8	37,0	634
65 ans et plus	62,7	71,2	74,0	604	23,4	32,4	35,5	290
Total	28,5	31,4	34,3	2 459	23,3	30,6	31,4	2 255

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon des caractéristiques socioéconomiques

Le niveau de revenu est faiblement, mais significativement, lié à la consommation de l'ensemble des médicaments, qu'ils soient prescrits ou non (tableau C.22.1). Le lien n'est pas constant, mais semble opposer les personnes possédant un revenu supérieur à l'ensemble des autres. Les données ne permettent cependant pas de détecter de différence significative entre la consommation de médicaments prescrits et le niveau de revenu. Toutefois, les individus ayant un niveau de revenu supérieur consomment légèrement plus de médicaments non prescrits que les autres.

L'utilisation de l'ensemble des médicaments varie peu, mais significativement, en fonction du niveau de scolarité relative (tableau C.22.1). En effet, 55 % des individus possédant un niveau de scolarité plus faible consomment des médicaments, alors que 62 % des personnes de scolarité plus élevée le font. La proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits varie légèrement en fonction du niveau de scolarité relative : on retrouve une proportion plus grande d'utilisateurs de médicaments prescrits parmi les individus de scolarité moyenne, tandis que les individus de scolarité plus élevée sont proportionnellement plus nombreux à consommer des médicaments non prescrits.

Par ailleurs, la consommation de médicaments chez les personnes de 15 ans et plus varie de façon significative selon le groupe ethnoculturel (tableau C.22.1). Les individus du groupe ethnoculturel majoritaire et ceux du groupe minoritaire de 2^e ou de 3^e génération sont proportionnellement plus enclins à recourir aux médicaments que ceux du groupe ethnoculturel minoritaire de 1^{re} génération (59 % et 60 % c. 49 %).

Variations selon certains indicateurs de santé

Chez les individus de 15 ans et plus, la proportion d'utilisateurs de médicaments varie en fonction de la perception de l'état de santé (tableau 22.3). En effet, à mesure que celle-ci s'améliore, la proportion de personnes qui ne consomment aucun médicament

augmente. Le recours à trois médicaments ou plus varie aussi en fonction de la perception de l'état de santé. Alors que seulement 11 % des individus percevant leur santé comme excellente consomment trois médicaments ou plus, cette proportion grimpe à 73 % chez les gens qui perçoivent leur santé comme mauvaise. D'autre part, la consommation de médicaments est faiblement, mais significativement, liée au niveau de détresse psychologique. En effet, 44 % des individus présentant un faible niveau de détresse psychologique n'ont consommé aucun médicament, alors que cette proportion est de 39 % chez les individus présentant un niveau élevé de détresse psychologique.

Tableau 22.3

Répartition des personnes selon le nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, pris au cours d'une période de deux jours et selon la perception de l'état de santé et l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus
	%		
Perception de l'état de santé			
Excellent	54,5	34,6	10,9
Très bon	46,1	39,9	14,0
Bon	38,3	38,7	22,9
Moyen	22,4	30,8	46,7
Mauvais	8,5*	19,0	72,5
Indice de détresse psychologique			
Faible	43,6	37,5	18,9
Élevé	38,8	38,4	22,9

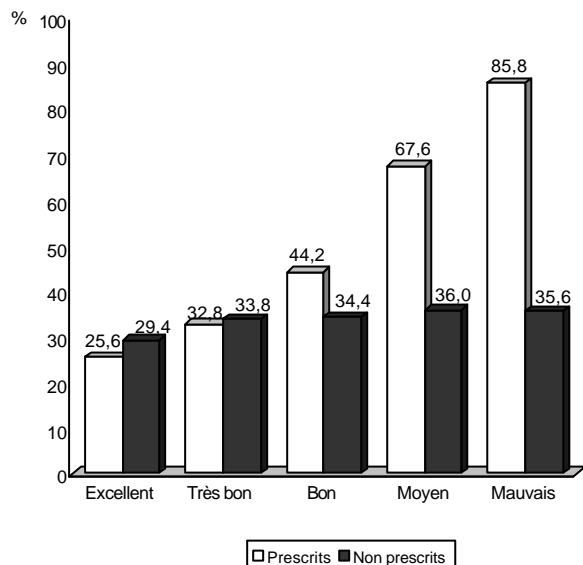
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tout comme lors de la précédente enquête, la consommation de médicaments prescrits est davantage liée à la perception de l'état de santé que ne l'est celle de médicaments non prescrits (figure 22.1). En effet, 26 % des individus se percevant en excellente santé ont consommé des médicaments prescrits, alors que 86 % des individus se percevant en mauvaise santé l'ont fait. Ces proportions sont de 29 % et de 36 % pour les médicaments non prescrits.

Figure 22.1

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

22.2.2 Classes de médicaments consommés

Comme dans les enquêtes précédentes, les classes de médicaments consommés par la plus grande proportion de personnes sont les vitamines ou minéraux, les analgésiques, les médicaments « autres » et les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (tableau 22.4). L'utilisation des contraceptifs oraux a été rapportée par 17 % des femmes de 12 à 49 ans. En 1998, les proportions de consommateurs d'analgésiques, de stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral ou bien des médicaments regroupés dans la classe « tout autre médicament » sont statistiquement plus élevées que celles obtenues en 1987 et en 1992-1993. Il existe aussi une différence significative entre 1987 et 1998 en ce qui concerne les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, les remèdes ou médicaments pour l'estomac et les vitamines ou minéraux, plus de personnes ayant consommé ces trois classes de produits en 1998. Cependant, la proportion de consommateurs de remèdes contre la toux ou le rhume et de suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc., a diminué par rapport aux données de 1987 et de 1992-1993.

Tableau 22.4

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe
	%			'000
Analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine	10,2	14,0	15,7	1 123
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	5,1	4,5	4,4	313
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (pression sanguine)	7,3	8,5	9,3	668
Antibiotiques	2,0	2,4	2,2	157
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	2,3	2,9	3,3	235
Laxatifs	1,9	1,5	1,1	82
Remèdes contre la toux ou le rhume	4,4	4,7	3,6	259
Onguents pour la peau	4,0	5,1	4,6	332
Vitamines ou minéraux	17,4	21,6	22,1	1 585
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	3,1	3,5	2,3	162
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	0,6	0,7	1,3	93
Pilule contraceptive (femmes de 12 à 49 ans)	16,4	14,7	16,8	341
Autres	6,8	12,7	16,5	1 187

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La figure 22.2 présente la proportion d'utilisateurs de médicaments au cours d'une période de deux jours selon le sexe et selon les diverses classes de médicaments. Pour toutes les classes de médicaments, les proportions d'utilisateurs sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes sauf en ce qui a trait aux antibiotiques, pour lesquels la différence n'est pas statistiquement significative. Lorsque l'analyse est stratifiée en fonction des groupes d'âge, le faible nombre d'utilisateurs dans certains groupes rend les comparaisons plus difficiles, mais le recours plus fréquent chez les femmes demeure significatif pour la majorité des groupes d'âge dans le cas des analgésiques, des tranquillisants, des onguents, des vitamines et des médicaments « autres » (tableau C.22.2).

Le tableau 22.5 révèle que, pour la plupart des classes de médicaments, les proportions d'utilisateurs augmentent avec le groupe d'âge. Ce n'est cependant pas le cas pour les antibiotiques, les remèdes contre la toux ou le rhume, les onguents pour la peau et les vitamines ou minéraux.

22.2.3 Fréquence et durée d'utilisation des médicaments consommés

On constate que la proportion de médicaments pris de façon régulière, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine, a diminué entre 1992-1993 et 1998 dans toutes les classes de médicaments, sauf dans celle des médicaments pour le cœur ou la tension artérielle et celle des médicaments « autres » (tableau 22.6). Par exemple, la proportion de remèdes contre la toux et le rhume consommés régulièrement a diminué de 22 points de pourcentage par rapport aux données de 1992-1993.

Tableau 22.5
Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments et l'âge, population totale, Québec, 1998

	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%				
Analgésiques	5,5	9,3	16,4	21,3	25,9
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	0,2**	0,5**	2,5	6,4	17,1
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	0,0**	0,3**	1,9	15,7	43,3
Antibiotiques	3,6	1,8*	1,8	1,9	2,2*
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	0,2**	0,7**	2,4	5,2	9,9
Laxatifs	0,3**	0,1**	0,6*	1,4	4,9
Remèdes contre la toux ou le rhume	5,7	3,1	2,6	3,3	4,2
Onguents pour la peau	4,9	4,6	4,5	4,6	4,8
Vitamines et minéraux	21,3	14,5	19,6	26,7	29,9
Suppléments alimentaires (levure de bière, algue, poudre d'os, etc.)	0,8*	1,0*	2,3	3,5	3,4
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	0,1**	1,0*	1,7	1,8	1,6*
Autres	4,0	5,4	10,3	28,7	42,7

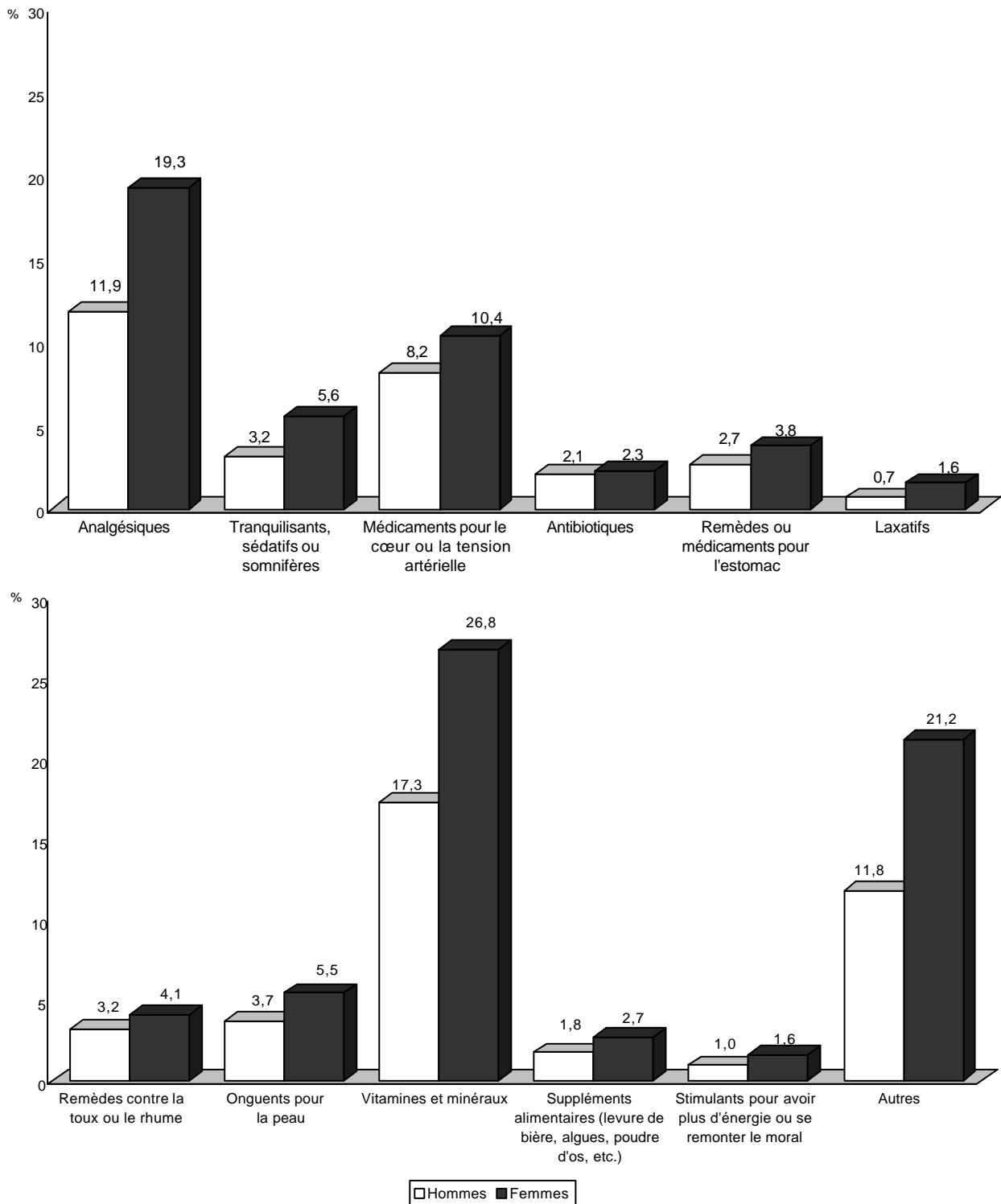
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 22.2

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments et le sexe, population totale, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les seules classes où les diminutions ne sont pas significatives sont celles des tranquillisants, sédatifs ou somnifères, des remèdes ou médicaments pour l'estomac, des laxatifs et des stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral.

Tableau 22.6
Médicaments, prescrits ou non prescrits, pris de façon régulière selon la classe, ensemble des médicaments de la classe, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998
Médicaments pris de façon régulière ¹	%	
Analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine	49,6	41,0
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	91,2	88,1
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	98,1	98,9
Antibiotiques	96,6	87,7
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	77,9	76,7
Laxatifs	78,3	72,7
Remèdes contre la toux ou le rhume	69,3	47,8
Onguents pour la peau	83,3	74,9
Vitamines ou minéraux	97,4	95,5
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	97,6	87,7
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	94,0	91,0
Pilule contraceptive (femmes de 12 à 49 ans)	99,2	99,8
Autres	93,3	94,3

1. Tous les jours ou quelques fois par semaine.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Par ailleurs, la durée d'utilisation des médicaments pris de façon régulière varie selon la classe de médicaments. Ainsi, les tranquillisants, sédatifs ou somnifères, les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, la pilule contraceptive et les médicaments « autres » sont pris dans une plus forte proportion (plus de 70 %) depuis un an et plus (tableau 22.7).

Tableau 22.7
Médicaments, prescrits ou non prescrits, pris de façon régulière selon la durée d'utilisation et la classe, ensemble des médicaments de la classe, Québec, 1998

	Moins d'un mois	Un an et plus
	%	
Analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine	23,5	58,1
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	9,5	70,9
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	2,8	81,8
Antibiotiques	83,2	...
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	13,5	62,7
Laxatifs	12,9*	62,8
Remèdes contre la toux ou le rhume	77,0	...
Onguents pour la peau	29,4	39,3
Vitamines ou minéraux	12,9	52,7
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	20,7	46,6
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	20,0*	38,8
Pilule contraceptive (femmes de 12 à 49 ans)	2,9*	74,9
Autres	7,1	75,4

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

L'*Enquête sociale et de santé 1998* révèle que plus d'une personne sur deux a consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours. Il en était de même en 1992-1993. La proportion d'utilisateurs de trois médicaments et plus au sein de la population est significativement plus élevée en 1998 qu'en 1992-1993. En 1998, 17 % de la population a signalé avoir utilisé au moins trois médicaments; ce pourcentage atteint près de 52 % chez les personnes de 65 ans et plus. Ce dernier résultat est plus élevé que celui obtenu dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1994-1995, dans laquelle 29 %

des personnes de 65 ans et plus et 37 % des personnes de 75 ans et plus déclaraient avoir consommé trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours (Millar, 1998).

On retrouve, en 1998, une proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits un peu plus élevée qu'en 1992-1993 (34 % c. 31 %). En 1998, comme dans les enquêtes précédentes, la proportion des femmes qui ont consommé des médicaments est plus élevée que celle des hommes, autant en ce qui concerne les médicaments prescrits que les médicaments non prescrits. Ce phénomène s'explique sans doute en partie par l'utilisation de contraceptifs ou d'hormones de remplacement à la ménopause. Cependant, l'analyse de la consommation de médicaments par classe révèle que l'usage est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, même pour des classes de médicaments non exclusives aux femmes. En outre, une étude a montré que la consommation de médicaments visant à traiter des conditions touchant spécifiquement les femmes n'explique pas en totalité la différence de consommation entre les hommes et les femmes (Zadoroznyj, 1990).

Comme il a été noté dans les enquêtes antérieures, l'utilisation d'un médicament prescrit augmente de façon significative avec le groupe d'âge à compter de 25 ans. Les données de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ, 1997) vont d'ailleurs dans le même sens. Tout comme lors de l'enquête de 1992-1993, les données de 1998 n'indiquent pas de lien marqué entre l'âge et l'utilisation de médicaments non prescrits.

L'utilisation des médicaments dans leur ensemble est liée de façon significative, quoique faiblement, au niveau de revenu. Il en est de même pour les médicaments non prescrits : les personnes jouissant d'un revenu supérieur tendent à recourir à ces produits plus souvent. La popularité grandissante des approches alternatives en santé pourrait contribuer à creuser le fossé entre cette catégorie de personnes et les autres en ce qui concerne la consommation de

médicaments non prescrits, entre autres parce qu'ils sont à l'entière charge des consommateurs. Les associations entre l'utilisation de médicaments et le niveau de scolarité relative suivent les mêmes tendances que les associations entre l'utilisation de médicaments et le niveau de revenu. Cette similitude ne surprend guère, compte tenu que le revenu augmente généralement avec le niveau de scolarité.

Une plus faible proportion de personnes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire de 1^{re} génération rapportent faire usage de médicaments, comparativement aux personnes appartenant aux groupes ethnoculturels majoritaire et minoritaire de 2^e et de 3^e génération, comme c'était le cas dans les enquêtes précédentes. Il serait intéressant d'explorer davantage l'influence des caractéristiques culturelles sur le recours aux médicaments.

La consommation de médicaments prescrits est fortement liée à la perception de l'état de santé et, plus faiblement, au niveau de détresse psychologique. Toutefois, les données ne permettent pas de détecter de différence significative en ce qui concerne la perception de l'état de santé et la consommation de médicaments non prescrits.

La popularité relative des différentes classes de médicaments en 1998 est tout à fait comparable à celle des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. La classe des vitamines et minéraux arrive au premier rang, suivie des analgésiques, puis des médicaments pour le cœur ou la tension artérielle. Par rapport aux résultats obtenus en 1992-1993, on note une augmentation statistiquement significative d'utilisateurs d'analgésiques, de stimulants et des médicaments regroupés sous la rubrique « autres ». Enfin, le recours aux remèdes contre la toux ou le rhume et l'utilisation de suppléments alimentaires a diminué.

Éléments de réflexion pour la planification

De plus en plus de personnes reçoivent des thérapies médicamenteuses complexes, ainsi qu'en témoigne le nombre croissant d'utilisateurs de trois médicaments ou plus. Bien que, dans nombre de cas, le recours à

plusieurs médicaments permette d'améliorer divers problèmes de santé, il augmente toutefois le risque d'interactions et d'effets indésirables. Soulignons que ce risque s'accroît lorsque les ordonnances proviennent de plus d'un médecin de première ligne (Tamblyn, 1996). Il est de plus en plus nécessaire de favoriser un bon suivi de ces régimes complexes.

Dans certaines classes de médicaments, on observe une consommation « régulière » (tous les jours ou quelques fois par semaine) chez un bon nombre d'individus. Alors que cette régularité est indiquée dans le cas d'affections chroniques comme les maladies cardiaques, une consommation aussi fréquente s'étalant sur un an et plus est problématique en ce qui concerne les tranquillisants, les médicaments pour l'estomac, les laxatifs et les stimulants. Enfin, l'augmentation importante de la proportion de la population utilisant les médicaments de la classe « autres » donne à penser qu'il faudrait ajouter des classes au questionnaire de la prochaine enquête, par exemple pour les médicaments contre l'asthme ou le diabète. Ces nouvelles catégories permettraient non seulement de décrire plus en détail la consommation de médicaments, mais aussi d'établir plus facilement des liens avec l'état de santé de la population.

Bibliographie

EINARSON, T. R. (1993). « Drug-related hospital admissions », *Annals of Pharmacotherapy*, vol.27, n° 7-8, p.832-840.

GRENIER-GOSSELIN, L. (1991). « Médicaments, motif important d'hospitalisation des personnes âgées », *Québec Pharmacie*, vol. 38, p. 536-538.

MANASSE, H. R. Jr. (1989a). « Medication use in an imperfect world: Drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1 », *American Journal of Hospital Pharmacy*, vol.45, n° 5, p. 929-944.

MANASSE, H. R. Jr. (1989b). « Medication use in an imperfect world: Drug misadventuring as an issue of public policy, Part 2 », *American Journal of Hospital Pharmacy*, vol.46, n° 6, p. 1141-1152.

MILLAR, W. J. (1998). « La polymédication chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol.9, n° 4, p. 11-18.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1998). *Statistiques annuelles 1997*, Québec, 243 p.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C.BELLEROSE, C.LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol.1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

TAMBLYN, M. R., et autres (1996). « Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n° 8, p. 1177-1184.

ZADOROZNY, J. M., et B. L. SVARSTAD (1990). « Gender, employment and medication use », *Social Science and Medicine*, vol.31, n° 9, p. 971-978.

Tableaux complémentaires

Tableau C.22.1

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon le niveau de revenu, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel, population totale, Québec, 1998

	Médicaments prescrits	Médicaments non prescrits	Ensemble des médicaments
	%		
Niveau de revenu			
Très pauvre	35,8	30,2	52,5
Pauvre	37,1	28,3	53,2
Moyen inférieur	34,3	31,3	52,6
Moyen supérieur	33,3	31,4	52,3
Supérieur	33,5	36,3	57,4
Total	34,3	31,4	53,1
Scolarité relative ¹			
Plus faible	38,7	28,9	54,8
Faible	37,3	31,2	55,0
Moyenne	42,7	32,6	59,7
Élevée	38,6	34,5	57,5
Plus élevée	39,3	39,6	61,7
Total	39,3	33,4	57,8
Groupe ethnoculturel ¹			
Majoritaire	40,0	33,8	58,5
Minoritaire (2 ^e ou 3 ^e génération)	36,5	37,0	60,0
Minoritaire (1 ^{re} génération)	31,9	28,8	49,0
Total	39,2	33,5	57,7

1. Population de 15 ans et plus seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.22.2

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon le sexe, l'âge et la classe de médicaments, population totale, Québec, 1998

	0 - 14 ans		15 - 24 ans		25 - 44 ans		45 - 64 ans		65 ans et plus	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
%										
Analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine	5,5	5,5	6,6	12,2	11,6	21,3	17,1	25,5	21,0	29,6
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	0,3**	0,0**	0,5**	0,6**	1,9	3,0	4,8	7,9	13,0	20,2
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (pression sanguine)	0,0**	0,0**	0,2**	0,3**	1,8*	1,9	16,1	15,4	38,3	46,9
Antibiotiques	3,4	3,8	1,5**	2,0*	1,6*	2,0	1,8*	2,0*	2,6*	1,9*
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	0,1**	0,3**	0,7**	0,6**	2,2	2,7	4,5	6,0	8,6	10,8
Laxatifs	0,2**	0,3**	0,1**	0,1**	0,1**	1,0*	0,7**	2,0*	4,0*	5,6
Remèdes contre la toux ou le rhume	4,9	6,5	2,9	3,3	2,2*	3,1*	2,6	4,0	4,3*	4,1*
Onguents pour la peau	4,7	5,1	3,4*	5,9	3,1	5,9	3,5	5,6	4,6*	4,9
Vitamines ou minéraux	21,7	21,0	11,7	17,4	14,7	24,7	18,1	35,0	23,5	34,7
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	0,6**	1,0**	1,1**	1,0**	1,8*	2,8	2,7	4,3	2,5*	4,1*
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	0,1**	0,1**	1,0**	1,0**	1,1*	2,3	1,3*	2,2*	1,1**	1,9*
Autres	4,9	3,2*	4,1*	6,7	7,8	12,8	17,5	39,6	36,5	47,4

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 23

Vaccination contre la grippe

Maryse Guay
Philippe De Wals

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
et
Département des sciences de la santé communautaire
Université de Sherbrooke

Introduction

L'influenza, communément appelée la grippe, est une infection virale des voies respiratoires qui survient à chaque année, en général à la fin de l'automne et pendant les mois d'hiver, sous forme d'éclousions et d'épidémies d'évolution rapide (Comité consultatif national de l'immunisation ([CCNI], 1998). Il s'agit de la principale affection respiratoire pour laquelle la population adulte consulte le médecin (Elford et Tarrant, 1994). L'influenza peut engendrer une morbidité importante et des complications sérieuses, voire le décès, en particulier chez les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées (CCNI, 1998 et 1999; Advisory Committee on Immunization Practices ([ACIP], 1999).

La vaccination est la mesure la plus efficace pour prévenir et atténuer les effets néfastes de l'influenza (CCNI, 1999; ACIP, 1999). Étant donné les variations antigéniques du virus de l'influenza, la vaccination doit être répétée annuellement. L'efficacité du vaccin dépend ainsi du degré de similitude entre les souches incluses au vaccin et celles qui circulent durant la saison grippale (Ministère de la Santé et des Services sociaux ([MSSS], 1999a; CCNI, 1998 et 1999).

Au Québec, il existe un programme d'immunisation gratuite qui vise tout d'abord les personnes à risque élevé de présenter des complications de la grippe, c'est-à-dire les personnes âgées de six mois et plus, atteintes de maladies chroniques, principalement cardiaques ou pulmonaires, les personnes hébergées et les personnes de 65 ans et plus. Le programme vise aussi les personnes susceptibles de transmettre l'influenza à des personnes à risque élevé, c'est-à-dire

les membres du personnel soignant en contact avec les personnes faisant partie du premier groupe et les proches de sujets à risque élevé ne pouvant être vaccinés ou qui ne répondraient pas adéquatement à la vaccination (MSSS, 1999a). La vaccination des travailleurs de la santé des centres de soins de longue durée a d'ailleurs été démontrée efficace pour diminuer la mortalité des bénéficiaires de ces centres (Potter et autres, 1997). De plus, d'autres personnes, non visées par le programme provincial gratuit, peuvent recevoir le vaccin antigrippal en déboursant pour acheter le vaccin. Certains employeurs fournissent également le vaccin à leurs employés.

La *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) (MSSS, 1992) indique explicitement que la vaccination contre l'influenza peut contribuer à la réduction de la mortalité par maladie du système respiratoire. Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997) visent à atteindre des résultats élevés en matière de couverture vaccinale antigrippale. En effet, il est souhaité que 80 % des personnes âgées vivant en institution et que 60 % de la population des 65 ans et plus vivant en milieu ouvert soient immunisées d'ici 2002.

Actuellement, le monitoring du programme de vaccination contre l'influenza est essentiellement basé sur un retour d'information des multiples vaccinés concernant le nombre de personnes immunisées selon certains groupes visés. Cependant, la validité et la fiabilité de ces données sont variables (MSSS, 1998). De plus, pour certaines populations, dont les

personnes atteintes de maladies chroniques, il est difficile de déterminer précisément le nombre de personnes réellement visées. Pour remédier à cette situation, l'*Enquête sociale et de santé 1998* offre la possibilité d'obtenir des estimations plus valides de couverture vaccinale contre la grippe.

Ainsi, les objectifs du présent chapitre sont de présenter les estimations de couverture vaccinale des différentes populations visées par le programme provincial, de même que celles d'autres groupes pouvant également bénéficier de la vaccination annuelle. Par ailleurs, comme la plupart des comportements préventifs, l'immunisation contre la grippe est influencée par de nombreux déterminants. Outre les facteurs individuels, la recommandation faite par le médecin joue un rôle primordial dans la décision de se faire vacciner ou non (CCNI, 1999). C'est pourquoi ce chapitre vise aussi à vérifier si un médecin a recommandé la vaccination aux personnes immunisées contre la grippe. Pour ce faire, après avoir expliqué les aspects méthodologiques qui concernent l'analyse, la section des résultats présente les estimations de couverture vaccinale antigrippale selon le sexe et l'âge de la population en général et de certains groupes considérés à risque par le programme d'immunisation provincial. Plus loin, on examine, parmi la population qui s'est fait vacciner, la proportion de personnes qui l'ont fait sur recommandation du médecin, et ce, en fonction également du sexe et de l'âge.

23.1 Aspects méthodologiques

23.1.1 Indicateurs

L'information relative à la vaccination contre la grippe est obtenue à partir de questions conçues expressément pour les besoins de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Ces questions sont incluses dans la section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) qui porte sur la consommation de médicaments. La principale question (QRI48) a été adressée au répondant clé du ménage et demandait si quelqu'un du foyer avait reçu le vaccin contre la grippe au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. À partir de cette question, des couvertures vaccinales sont déterminées en estimant la proportion des personnes vaccinées

parmi celles faisant partie des groupes visés. Une sous-question (QRI48a) ne concernait ensuite que les personnes qui avaient été vaccinées contre la grippe dans la dernière année et cherchait à vérifier si un médecin leur avait recommandé de recevoir ce vaccin.

Les classes d'âge utilisées pour présenter les données dans ce chapitre tiennent compte des populations ciblées par le programme d'immunisation provincial. Ainsi, seuls deux groupes sont analysés, soit les 0 à 64 ans et les 65 ans et plus.

Afin de pouvoir évaluer la couverture vaccinale de différents groupes ciblés par le programme d'immunisation provincial, une analyse a été réalisée selon la présence de certains problèmes de santé de longue durée (maladies chroniques) mentionnés au questionnaire, soit le cancer (QRI79), le diabète (QRI81), l'emphysème (QRI82a), la bronchite chronique (QRI82b), l'asthme (QRI82d) et la maladie du cœur (QRI87). En plus, afin de pouvoir estimer une couverture vaccinale pour l'ensemble des personnes atteintes de ces problèmes de santé, la proportion de personnes vaccinées a été déterminée parmi celles qui ont dit souffrir d'au moins un de ces problèmes énumérés. Même si tous les problèmes de santé pour lesquels la vaccination est indiquée dans le cadre du programme provincial ne sont pas couverts par les questions sélectionnées, ils constituent cependant la majeure partie de ces indications.

La proportion de personnes vaccinées chez les travailleurs de la santé a aussi été estimée en sélectionnant, parmi les personnes de 15 ans ou plus qui occupaient un emploi au moment de l'enquête (QRI161), celles qui faisaient partie à la fois du groupe « Services de soins de santé et services sociaux » de la classification du type d'industries (QRI166) et du groupe « Médecine et santé » de la classification du type de professions (QRI165).

23.1.2 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle pour les deux questions relatives à l'immunisation anti-influenza est très faible, soit moins de 0,4 %, ce qui minimise la possibilité d'un biais secondaire à la non-réponse.

La période de référence mentionnée au répondant pour rapporter une vaccination contre la grippe était les 12 mois ayant précédé l'enquête. Ce rappel d'un an peut entraîner un biais de mémoire, et, conséquemment, une réponse imprécise, surtout chez les personnes âgées. Cette période a cependant été utilisée en accord avec la période mentionnée dans trois enquêtes transversales sur le même sujet. Par contre, ces études faisaient référence à la vaccination d'une seule campagne de vaccination contre l'influenza qui s'effectue généralement à l'automne de chaque année (Statistique Canada, 1994 et 1999; Duclos et autres, 1996). Pour la présente enquête, la collecte des données s'est déroulée de janvier à décembre 1998 en quatre vagues successives de trois mois chacune. L'enquête chevauchait ainsi deux campagnes d'immunisation, soit celle de l'automne 1997, et celle de l'automne 1998 pour les personnes interviewées au dernier trimestre de 1998. Cette situation, en plus de donner un portrait de la couverture vaccinale des deux campagnes d'immunisation, a pu faire que le biais de rappel mentionné précédemment a varié dans le temps. En effet, ce biais de rappel pouvait aller en s'accroissant pour les réponses obtenues lors des trois premières vagues de collecte, mais n'être que peu présent lors de la quatrième vague de collecte. Une analyse sommaire des estimations de la couverture vaccinale selon les différentes vagues n'a toutefois pas démontré de variations marquées, ce qui porte à croire que l'effet de ce biais semble peu important.

On peut également suspecter un biais de désirabilité sociale dans les réponses. La validité de l'information recueillie sur la vaccination contre la grippe par interrogatoire a été étudiée antérieurement, en faisant référence à celle retrouvée dans le dossier médical de la personne interrogée. La concordance s'est avérée excellente, avec un coefficient Kappa de plus de 90 % (Carbonneau et autres, 1992). Toutefois, dans la présente enquête, les estimations de couverture vaccinale sont tirées des réponses fournies par un tiers et, selon la littérature consultée, la validité de cette approche n'a jamais été évaluée. Afin de vérifier si la réponse d'un tiers pouvait engendrer des estimations erronées de la couverture vaccinale, les estimations pour l'ensemble des membres du ménage

évalués ici ont été comparées à celles des seuls répondants clés du ménage. Comme la couverture vaccinale de ces deux populations était relativement comparable, il semble que les réponses fournies par un tiers n'aient pas engendré de biais systématique dans les estimations de couverture vaccinale.

23.2 Résultats

23.2.1 Couverture vaccinale contre la grippe

Au total, on estime que 8 % de la population a reçu le vaccin contre la grippe au cours d'une période de 12 mois, cette proportion étant plus élevée chez les femmes que chez les hommes (9 % c. 7 %) (tableau 23.1). Pour les personnes de 65 ans et plus, la proportion des personnes vaccinées contre la grippe durant cette période serait d'environ 38 %, et de 3,9 % pour les gens de moins de 65 ans.

Tableau 23.1
Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes	6,6	235
Femmes	9,0	327
Sexes réunis		
0-64 ans	3,9	250
65 ans et plus	38,2	312
Total	7,8	562

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Au total, on estime que 12 % des Québécois souffrent d'au moins un des problèmes de santé de longue durée sélectionnés pour lesquels la vaccination antigrippale est indiquée (données non présentées). La proportion de personnes vaccinées dans ce groupe au cours d'une période de 12 mois a été estimée à 26 % avec une plus grande proportion de vaccination chez les personnes de 65 ans et plus (49 %) que chez celles de 64 ans et moins (14 %) (tableau 23.2). Seulement 2,9 % de la population de 64 ans et moins ne souffrant pas des problèmes de santé de longue durée sélectionnés aurait été vaccinée contre l'influenza au cours d'une période de 12 mois.

Tableau 23.2

Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon la présence ou l'absence d'au moins un problème de santé de longue durée sélectionné¹ et selon l'âge, population totale, Québec, 1998

	Pe	
	%	'000
Présence d'au moins un problème de santé de longue durée sélectionné		
0-64 ans	13,9	79
65 ans et plus	49,2	141
Total	25,7	220
Absence de problème de santé de longue durée sélectionné		
0-64 ans	2,9	170
65 ans et plus	32,4	172
Total	5,4	342

1. Problème de santé de longue durée pour lequel la vaccination antigrippale est indiquée.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Si on examine plus spécifiquement la couverture vaccinale estimée pour chacun des groupes de personnes, selon le problème de santé ciblé, ce sont les personnes souffrant d'emphysème qui auraient la couverture la plus élevée avec une proportion d'environ 47 %, tandis qu'approximativement 20 % des asthmatiques auraient été immunisés durant cette période de 12 mois (tableau 23.3).

Tableau 23.3

Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le problème de santé, population ayant déclaré souffrir d'au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 1998

	Pe	
	%	'000
Problème de santé de longue durée		
Emphysème	47,3	17
Maladie du cœur	35,9	97
Bronchite chronique	31,4	36
Diabète	29,3	58
Cancer	28,4	23
Asthme	19,5	64

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

D'autre part, la proportion de travailleurs de la santé est estimée à 5 % de l'ensemble des travailleurs québécois (données non présentées). La couverture vaccinale de ce groupe de travailleurs est d'environ 11 %

au cours d'une période de 12 mois (tableau 23.4). Il faut cependant user de prudence avec cette estimation étant donné son imprécision.

Tableau 23.4

Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi dans le domaine de la santé, Québec, 1998

	Pe	
	%	'000
Travailleurs du domaine de la santé	10,9*	17

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

23.2.2 Vaccination antigrippale sur recommandation d'un médecin

Pour la majorité des personnes vaccinées, soit pour environ 77 % d'entre elles, on estime que le vaccin contre la grippe a été recommandé par un médecin (tableau 23.5), cette proportion ayant tendance à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes, sans toutefois varier de façon significative. Malgré que les estimations soient imprécises pour le groupe des 15-24 ans, la proportion des personnes ayant reçu la recommandation du médecin augmente avec l'âge pour atteindre environ 86 % chez les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 23.5

Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois sur recommandation d'un médecin selon le sexe et l'âge, population ayant reçu le vaccin contre la grippe, Québec, 1998

	Pe	
	%	'000
Hommes	74,4	175
Femmes	79,6	260
Sexes réunis		
0-14 ans	76,3	13
15-24 ans	48,2*	6
25-44 ans	49,7	35
45-64 ans	74,6	111
65 ans et plus	86,3	269
Total	77,4	435

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Au Québec, les meilleures estimations sur la couverture vaccinale contre la grippe disponibles jusqu'à maintenant ne concernaient que les personnes de 65 ans et plus et provenaient de sources administratives ou de résultats d'enquêtes. Tout d'abord, les données de gestion du programme provincial ont montré une couverture vaccinale, en 1997-1998, de 44 % pour les personnes de ce groupe d'âge vivant en milieu ouvert (MSSS, 1999b). D'autre part, trois études transversales ont estimé la couverture vaccinale des Québécois de 65 ans et plus : l'*Enquête sociale générale de 1991* de Statistique Canada (1994) a observé, parmi cette population, une proportion de personnes vaccinées de 37 % pour la saison 1990-1991; une enquête téléphonique auprès d'un échantillon d'adultes, réalisée le 30 mai 1996, qui a estimé la couverture vaccinale des 65 ans et plus à 40 % (Duclos et autres, 1996); et, plus récemment, l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada en 1996-1997, qui a estimé la couverture vaccinale chez les Québécois de 65 ans et plus à 34 % au cours d'une période d'un an (Statistique Canada, 1999). Il est à noter que cette dernière proportion est nettement inférieure à celles obtenues dans toutes les autres provinces canadiennes. En effet, dans les autres provinces, la proportion estimée des personnes de 65 ans et plus qui ont été immunisées contre la grippe dans la dernière année variait de 48 % à 60 %.

Les données obtenues ici estiment que la couverture vaccinale des personnes de 65 ans et plus, soit le plus important groupe cible du programme d'immunisation québécois contre l'influenza, est d'environ 38 %, ce qui est nettement inférieur à l'objectif de 60 % déterminé dans les *Priorités nationales de santé publique* pour les personnes âgées vivant en milieu ouvert. Il faut toujours être prudent en comparant des données de différentes enquêtes dont les méthodologies ne sont pas strictement similaires. Rien n'indique cependant qu'il y ait eu une progression sensible du taux de couverture de ce groupe durant la dernière décennie (Statistique Canada, 1994 et 1999; Duclos et

autres, 1996). Même si le nombre de doses de vaccin distribuées dans le cadre du programme d'immunisation provincial a augmenté graduellement avec le temps pour atteindre 700 000 doses en 1997-1998 (Nadine Tremblay, MSSS, communication personnelle), cette augmentation aurait plutôt contribué à combler l'accroissement rapide de la taille de la population cible résultant de l'évolution démographique au Québec.

Par ailleurs, en transposant le nombre estimé de personnes vaccinées (8 % des Québécois, soit environ 560 000 personnes) au nombre de doses distribuées, on remarque une différence de plus de 100 000 doses qui ne peut être expliquée que partiellement par le nombre de doses utilisées pour les personnes vaccinées en milieu fermé. Le reste des doses est probablement perdu à cause, entre autres, de la présentation des vaccins en fiole de 10 doses. Comme la vaccination est réalisée par de nombreux vaccinateurs au Québec, une perte de quelques doses pour chacun d'entre eux peut, pour l'ensemble du Québec, représenter des pertes importantes.

La couverture vaccinale, tous âges confondus, semble légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes – ce qui a aussi été observé dans les deux études de Statistique Canada (1994 et 1999) – mais cela pourrait être dû à une différence dans la distribution par âge des deux groupes.

Pour les autres populations visées par le programme provincial d'immunisation contre la grippe, il est beaucoup plus difficile d'évaluer une couverture vaccinale et les estimations produites par l'*Enquête sociale et de santé 1998* constituent des données précieuses. La couverture vaccinale estimée chez les personnes souffrant de certains problèmes de santé de longue durée pour lesquels la vaccination antigrippale est indiquée est également très faible. Cela pourrait s'expliquer partiellement par le fait que certaines personnes atteintes plus légèrement, qui ne sont pas visées par le programme provincial, ont été incluses dans les estimations produites ici. Cela pourrait être le cas, par exemple, des personnes souffrant d'un asthme bénin, qui ne bénéficient pas d'un suivi régulier.

Bien qu'imprécise, la très basse couverture vaccinale estimée chez les travailleurs de la santé (11 %) est tout de même cohérente avec l'estimation de 18 % faite par Duclos et Hatcher (1993), à partir des données de l'enquête de Statistique Canada de 1991. Comme pour les personnes souffrant des problèmes de santé de longue durée sélectionnés pour la présente analyse, la proportion du personnel soignant immunisé contre la grippe qui est observée ici peut être sous-estimée. En effet, des travailleurs de la santé non visés par le programme d'immunisation provincial ont pu être inclus au dénominateur des estimations, le programme de vaccination du Québec ne ciblant que les travailleurs de la santé qui ont de nombreux contacts avec des personnes atteintes des problèmes de santé de longue durée énumérés précédemment. Pour le reste de la population, on estime que seulement 2,9 % des Québécois seraient vaccinés contre la grippe, ce qui n'est pas surprenant puisque aucun programme spécifique ne s'adresse à la population en général.

Pour expliquer les faibles résultats de couverture vaccinale pour toutes les populations évaluées ici, il faudrait chercher à comprendre pourquoi les Québécois n'adhèrent pas à cette mesure préventive efficace, alors que le reste des Canadiens semblent l'accepter davantage. Même si la majorité des personnes vaccinées ont été incitées à le faire par leur médecin, il serait intéressant de vérifier si les médecins québécois recommandent moins fréquemment la vaccination contre l'influenza que leurs collègues des autres provinces, si la recommandation est moins bien faite ou si c'est le degré d'observance qui varie. D'autres études sont nécessaires pour connaître de façon plus précise les obstacles à l'immunisation au Québec et les meilleures stratégies pour rejoindre et convaincre les personnes visées par le programme (Briss et autres, 2000).

Éléments de réflexion pour la planification

Dans le contexte actuel, les enquêtes transversales, comme l'*Enquête sociale et de santé 1998*, restent un des moyens les plus efficaces pour évaluer les taux de couverture vaccinale. En effet, présentement au Québec, aucun système d'enregistrement systé-

matique des vaccinations n'existe à l'échelle provinciale. Des projets pilotes ont été implantés dans quelques régions, mais l'enregistrement des actes vaccinaux réalisés dans les cliniques médicales reste problématique. Des discussions sont en cours, tant au niveau provincial qu'au niveau fédéral, pour développer des systèmes informatisés qui permettraient d'enregistrer de façon exhaustive les actes vaccinaux réalisés sur le plan individuel, tout en respectant la confidentialité.

Dans le futur, l'utilité de l'*Enquête sociale et de santé* pourrait être améliorée afin d'estimer de façon plus précise la couverture vaccinale contre la grippe et de mieux comprendre la place de la recommandation du médecin dans la décision d'obtenir la vaccination. Cela pourrait se faire en spécifiant si les personnes vaccinées ou non étaient vraiment visées par le programme (ex. : travailleurs de la santé ayant des contacts avec des malades ou personnes ayant une maladie chronique nécessitant un suivi régulier), ou en modifiant la question sur la recommandation du médecin afin qu'elle s'adresse également aux personnes non vaccinées. De plus, des questions concernant d'autres immunisations pourraient être ajoutées : par exemple, la vaccination contre les infections causées par le pneumocoque qui fera l'objet d'un programme pleinement implanté dès l'automne 2000.

Bibliographie

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (ACIP) (1999). * Prevention and control of influenza +, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 48, n° RR-4, April 30, p.1-28.

BRISS, P. A., et autres (2000). * Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults +, *American Journal of Preventive Medicine*, vol.18(1S), January, p.97-140.

CARBONNEAU, M., P. DE WALS et H. PAYETTE (1992). * Évaluation des avantages d'un programme de vaccination contre l'influenza chez les personnes âgées vivant en milieu ouvert +, *Rapport technique de l'étude pilote*, Sherbrooke, Département de santé communautaire, 33 p. et annexes.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI) (1998). *Guide canadien d'immunisation*, 5^e édition, Ottawa, Santé Canada, 237 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI) (1999). * Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1999-2000 +, *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 25, n° DDC-2, p. 1-14.

DUCLOS, P., et J. HATCHER (1993). * Epidemiology of influenza vaccination in Canada +, *Journal canadien de santé publique*, vol. 84, n° 5, septembre-octobre, p. 311-315.

DUCLOS, P., et autres (1996). * Enquête sur l'immunisation de la population adulte non institutionnalisée-Québec (au 30 mai 1996) +, *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 22, n° 21, novembre, p. 177-181.

ELFORD, R. W., et M. TARRANT (1994). * Prévention de la grippe + dans GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, p. 844-853.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Gouvernement du Québec,, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Vers l'atteinte des résultats attendus : évaluation des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 - An 1 - Fiche technique*, Gouvernement du Québec, Québec, 81 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999a). *Protocole d'immunisation*, 3^e édition, Gouvernement du Québec, Québec, 391 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999b). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 - Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan*, Gouvernement du Québec,, Québec, 146 p.

POTTER, J., et autres (1997). * Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients +, *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 175, January, p. 1-6.

STATISTIQUE CANADA (1994). *L'état de santé des Canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 179 p.

STATISTIQUE CANADA (1999). * Immunisation +, dans *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Gouvernement du Canada, p. 79-82.

