

# Chapitre 12

## Utilisation des services de santé et des services sociaux

Serge Chevalier  
Sylvie Gravel

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

---

### Introduction

Il a été clairement montré que l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux favorise le maintien de la santé ou, le cas échéant, le retour à un état de santé optimal. Inversement, on peut faire valoir que l'inaccessibilité à ces mêmes services entraîne une détérioration de la santé des personnes (Evans et Stoddard, 1990; Fournier et Piché, 2000). L'accessibilité aux services représente ainsi un des éléments à partir desquels peuvent s'établir des iniquités entre différents sous-groupes d'une population et, ce faisant, s'actualiser des vulnérabilités liées à l'immigration.

Ces dernières années, au Québec, les préoccupations en matière d'accessibilité ont plutôt été orientées vers les groupes vulnérables, incluant les communautés culturelles et, encore plus spécifiquement, les groupes d'immigration récente. Plusieurs documents officiels adoptent des positions témoignant de l'évolution des perspectives relatives à l'accessibilité, afin de se doter de moyens pour documenter les conditions de vie de ces groupes, d'établir le partage des responsabilités institutionnelles à l'égard de ces groupes et d'inscrire l'accessibilité aux services en tant que prémisses à la citoyenneté.

En 1992, *La politique de la santé et du bien-être* du ministère de la Santé et des Services sociaux amorce officiellement le virage. On y établit qu'il faut « agir pour et avec les groupes vulnérables », les communautés culturelles d'immigration récente étant identifiées en tant que groupe vulnérable à des problèmes d'adaptation étant donné les facteurs de

risque auxquels elles sont exposées : difficulté d'intégration sociale et professionnelle, perturbation de l'environnement et stress économique (MSSS, 1992).

En 1994, le MSSS, par le biais du Bureau des services aux communautés culturelles, retient six orientations relatives à l'amélioration de l'accessibilité des services aux personnes issues des communautés ethnoculturelles du Québec. Le document établit des responsabilités partagées par différentes directions du Ministère, parmi lesquelles on retrouve la Direction générale de la santé publique (MSSS, 1994).

Malgré les énoncés du MSSS en 1994, on ne retrouve, dans les priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997), aucune référence aux communautés culturelles.

Par ailleurs, cette même préoccupation d'accessibilité s'avère très présente dans la région de Montréal-Centre. Le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 décrète le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population (RRSSS de Montréal-Centre, 1998).

Tout récemment, le plan stratégique du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI, 2001) a repris l'énoncé selon lequel l'accessibilité aux services est une condition essentielle pour les individus afin de participer à la société comme citoyens à part entière.

Bref, les récentes politiques, orientations et priorités incluent, le plus souvent à tout le moins, une préoccupation sinon un parti pris clair en faveur des communautés culturelles. Ces efforts commencent-ils à porter fruit?

Dans ce chapitre, on vise à répondre à des questions de trois ordres. On cherche à savoir quel est le profil de consommation des services sociaux et des services de santé : quels sont les professionnels consultés et où ont lieu les consultations. On examine aussi le profil des consommateurs – que l'on compare au profil de ceux qui ne consomment pas de services. Enfin, on compare la consommation de services de chacune des communautés retenues dans l'étude avec celle de la population en général de la région métropolitaine (Montréal-Centre, Montérégie et Laval). Les comparaisons avec la région métropolitaine s'avèrent plus pertinentes que celles avec la population de l'ensemble du Québec parce que l'offre de services de santé et de services sociaux varie notablement d'une région à une autre.

## 12.1 Aspects méthodologiques

### 12.1.1 Indicateurs

Les résultats présentés dans ce chapitre sont obtenus à partir d'une série de questions administrées par un intervieweur (les questions 18 à 39 du QRI). Les questions sont adressées à une personne adulte qui répond pour chacun des membres du ménage sélectionné.

Les questions visent à vérifier si l'une ou l'autre personne du ménage a consulté, au cours des deux semaines précédant l'entrevue, certains professionnels de la santé. Les questions concernent nommément les omnipraticiens, les médecins spécialistes, les dentistes, les infirmiers, les pharmaciens, les optométristes ou opticiens, les physiothérapeutes ou ergothérapeutes, les chiropraticiens, les acupuncteurs, les praticiens de médecine non traditionnelle (médecine douce), les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététistes ou diététiciens. Une question supplémentaire sert à

déterminer si d'autres personnes auraient été consultées.

Dans le cas des omnipraticiens et des médecins spécialistes, des questions subsidiaires établissent le lieu de consultation, si un rendez-vous a été pris, le cas échéant, la durée d'attente avant l'obtention du rendez-vous et une évaluation de l'acceptabilité de cette durée d'attente.

Pour chaque personne du ménage qui a consulté, on identifie le dernier professionnel consulté, le problème à l'origine de la consultation, le lieu de la consultation et, s'il s'agit d'un médecin ou d'un dentiste, si des médicaments ont été prescrits.

Les indicateurs retenus incluent le type de professionnels, la nature du problème et le lieu de consultation. Trois indices ont été construits permettant d'établir si une personne a consulté 1) un médecin (omnipraticien ou spécialiste), 2) un professionnel autre que médecin et 3) un professionnel de la santé quel qu'il soit.

Une dernière question incluse dans le questionnaire autoadministré (QAA238, qui n'est disponible que pour les personnes âgées de 15 ans et plus) permet de mesurer la satisfaction de la population quant aux services sociaux et aux services de santé qu'elle reçoit.

Les données sont comparables à celles obtenues auprès de la population en général de la région métropolitaine lors de l'*Enquête sociale et de santé 1998* de Santé Québec (données standardisées). Les questions des deux études sont presque identiques.

### 12.2.1 Portée et limites des données

Les données portent seulement sur les deux semaines précédant l'entrevue. Cette période de référence s'avère assez longue pour obtenir des données probantes et suffisamment courte pour réduire les biais de mémoire et de télescopage (ceux par lesquels les répondants incluent des événements antérieurs au moment de référence ou excluent des consultations

ayant eu lieu après l'ancrage temporel). Les questions sont adressées à une seule personne qui doit répondre pour l'ensemble des membres du ménage. Un tel procédé est susceptible de créer un biais. En effet, la personne qui répond peut ne pas détenir toute l'information. Ce biais est cependant minimisé puisqu'il s'avère que ce sont surtout les femmes qui sont répondantes principales et qu'elles sont, le plus souvent, responsables des questions sanitaires dans un ménage. Le cas échéant, les sous-déclarations seraient surtout dues à l'omission d'événements de moindre importance.

Les questions QRI33 à QRI37 ont un taux de non-réponse partielle supérieur à 10 %. Ces questions portent sur : le lieu de la dernière consultation, s'être fait prescrire un médicament par un médecin ou un dentiste, s'être fait prescrire des lunettes, des prothèses ou d'autres fourniture médicales, et avoir une assurance maladie privée. Cependant, aucune association significative n'a été décelée entre la non-réponse partielle à chacune de ces questions et les variables de communauté, de classe d'âge, de sexe et de statut d'activité au cours des 12 derniers mois.

## 12.2 Résultats

Les résultats obtenus montrent qu'environ 20 % des personnes de l'ensemble des communautés visées ont consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue. Dans la population de la région métropolitaine en général, c'est plutôt 24 % qui ont consulté au cours de la même période. Bien que l'ordre de grandeur soit comparable, la différence s'avère statistiquement significative. L'ensemble des membres des communautés culturelles consulte tout autant les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) que l'ensemble de la population de la région métropolitaine (données standardisées). C'est au chapitre des autres professionnels que les différences sont plus éloquentes : 9 % des personnes des communautés culturelles visées ont consulté un professionnel de la santé autre que médecin pendant les deux semaines précédant l'entrevue alors que dans la population en général de la région métropolitaine

cette proportion s'élève à 15 %. Les dentistes sont tout autant consultés par les uns et les autres; les pharmaciens le sont moins par les personnes de l'ensemble des communautés culturelles visées, lesquelles consulteraient également moins les optométristes et opticiens.

### ▪ Médecins

Environ 13 % de l'ensemble des personnes des communautés culturelles visées ont consulté un médecin au cours des deux semaines précédant l'entrevue; 10 % ont consulté un omnipraticien et 4 % un médecin spécialiste, la spécialité la plus mise à contribution étant la pédiatrie. En effet, environ le tiers (34 %) des personnes qui ont consulté un médecin spécialiste ont consulté un pédiatre.

Près des deux tiers de la population des communautés culturelles (61 %) ont consulté leur omnipraticien en clinique privée. Parmi les personnes qui ont consulté, près de la moitié ont pris rendez-vous avant de se présenter. Parmi ces dernières, la moitié (51 %) ont obtenu un rendez-vous au cours de la semaine suivant l'appel de prise de rendez-vous. Une faible portion de la population des communautés culturelles a dû attendre jusqu'à six mois. Approximativement les deux tiers (66 %) des personnes qui ont pris rendez-vous estiment que le temps d'attente demeure acceptable.

Dans le cas des personnes des communautés culturelles qui ont consulté un médecin spécialiste, 69 % ont vu le professionnel en cabinet ou clinique privés; 88 % ont pris rendez-vous; 39 % de ceux-ci ont obtenu leur rendez-vous dans la semaine suivant l'appel et 66 % jugent les délais acceptables.

Tableau 12.1

**Utilisation des services de santé et des services sociaux, communautés culturelles 1998-1999 et population en général de la région métropolitaine 1998**

	Communautés culturelles	Population en général
	%	
Un ou l'autre des professionnels	19,9	23,7
Médecin (omnipraticien ou spécialiste)	13,3	13,5
Autres professionnels	9,2	14,6
Omnipraticien	10,0	10,1
Spécialiste	4,2	4,5
Dentiste	5,1	4,6
Infirmière	1,0 *	1,5
Pharmacien	1,2 *	3,9
Optométriste/opticien	0,9 *	1,6
Physiothérapeute/ergothérapeute	0,6 **	0,9
Chiropraticien	0,3 **	1,2
Acupuncteur	0,0 **	0,2 *
Praticiens de médecine non traditionnelle	0,4 **	0,5
Psychologue	0,2 **	1,0
Travailleur social	0,1 **	0,8
Diététiste/diététicien	0,3 **	0,2 *
Autres	0,0 **	0,0 **

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

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Professionnels de la santé autres que médecins

Environ 5,1 % de la population des communautés culturelles visées ont visité un dentiste au cours des deux semaines précédant l'entrevue et environ 1 % ont eu recours respectivement aux services de pharmaciens, d'infirmières ou infirmiers ou d'optométristes (ou d'opticiens). On ne peut rien conclure à propos de la consultation des autres professionnels, les résultats étant basés sur des effectifs trop restreints.

- Dernière consultation

Le plus souvent, la dernière consultation en date a été faite auprès d'un omnipraticien (43 %), d'un dentiste (23 %) ou d'un médecin spécialiste (19 %). Les personnes des communautés culturelles visées ont, toutes proportions gardées, plus souvent fait appel à chacun de ces professionnels que les personnes de la population en général de la région métropolitaine (respectivement 33 %, 17 % et 14 %). Autant pour les

communautés culturelles que dans la population en général, la dernière consultation a le plus souvent eu lieu en cabinet privé. La prévention s'avère le motif principal de consultation dans les deux populations.

- Comparaisons par communauté

Les comparaisons entre chacune des communautés visées et la population en général de la région métropolitaine montrent des différences dans la proportion de personnes qui ont consulté, sauf en ce qui concerne les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient. Il appert cependant que tous consultent autant les omnipraticiens mais que la population en général fait plus souvent appel aux professionnels autres que médecins. Les lieux de consultation privilégiés varient aussi selon la communauté. Par ailleurs, on n'observe aucune différence quant au motif de consultation évoqué. Dans la même population en général, le motif le plus fréquemment mentionné reste la prévention. Les taux

observés dans les communautés ne diffèrent pas de celui calculé dans la population en général.

Proportionnellement, les immigrants d'origine chinoise ont moins consulté que la population en général. Ils ont moins consulté au total; plus précisément, ils consultent moins de médecins (les spécialistes en particulier) et moins les autres professionnels de la santé. La dernière consultation a eu lieu plus souvent, en proportion, en cabinet privé.

Les immigrants récents haïtiens consultent moins que la population en général. La différence la plus marquée est en rapport avec la consultation de professionnels autres que médecins. Environ un Haïtien sur vingt (4,5 %) a consulté de tels professionnels alors qu'environ une personne sur sept (15 %) dans la population en général de la région métropolitaine a fait de même.

Les immigrants originaires du Maghreb et du Moyen-Orient consultent tout autant, dans l'ensemble, que la population en général, mais eux aussi consultent moins de professionnels autres que médecins (11 % contre 15 % dans l'ensemble de la population de la région métropolitaine).

La population originaire des pays hispanophones consulte moins les professionnels de la santé (autres que médecins) que la population en général de la région métropolitaine (10 % contre 14 % dans la population en général). Les hispanophones (76 %) sont aussi proportionnellement plus nombreux que les résidents de la région métropolitaine (66 %) à consulter en cabinet privé.

Tableau 12.2

**Différents indicateurs d'utilisation des services de santé et des services sociaux selon la région d'origine, communautés culturelles 1998-1999 et population en général de la région métropolitaine 1998 (données standardisées)**

	Comm. culturelles	Pop. gén. <sup>1</sup>	Chine	Pop. gén.	Haïti	Pop. gén.	Maghreb et M.-O.	Pop. gén.	Pays hispano.	Pop. gén.
	%									
A consulté	19,9	23,7	16,7	24,5	14,6	24,1	22,5	23,6	20,0	23,5
Médecin	13,3	13,5	10,1	14,0	11,9	13,8	15,2	13,3	12,2	13,3
Professionnel autre que médecin	9,2	14,6	8,5	15,0	4,5*	14,7	10,7	14,5	10,0	14,4
Omnipraticien	10,1	10,1	8,0	10,4	8,2	10,3	11,7	10,0	9,5	9,9
Spécialiste	4,2	4,5	2,6*	4,9	4,5*	4,6	5,0*	4,4	3,4*	4,4
Dentiste	5,1	4,6	4,5*	4,4	1,6**	4,6	6,5	4,6	5,2*	4,6
Dernier professionnel										
Omnipraticien	42,8	33,0	43,8	32,7	50,6	33,3	42,2	32,9	40,0	33,0
Spécialiste	18,7	13,6	12,0**	14,0	28,3*	13,7	18,7*	13,5	16,8*	13,5
Dentiste	23,0	16,7	25,7*	15,2	9,7**	16,7	25,1	16,8	24,2	17,1
Dernière consultation										
bureau privé	71,1	65,4	80,1	64,6	74,3	65,4	66,0	65,5	75,9	65,7
Motif (prévention)	23,1	22,1	25,5*	22,7	13,8**	22,2	25,5*	22,0	21,5*	21,8
Fait prescrire	26,4	..	17,9*	..	38,7	..	25,4*	..	26,1	..

1 Les valeurs pour la population en général sont multiples parce qu'elles sont standardisées pour l'âge et le sexe de chacune des régions d'origine.

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

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

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

▪ Date d'arrivée au Canada

L'utilisation des services de l'un ou l'autre des professionnels de la santé pour l'ensemble des communautés culturelles visées ne varie pas selon la date d'arrivée au Canada : 20 % des personnes récemment arrivées (moins de cinq ans) ont consulté, 19 % des personnes arrivées plus tôt (cinq ans et plus) ont fait de même et les personnes nées au Canada ont consulté dans une proportion de 24 % (rappelons que ce sont surtout des enfants mineurs qui constituent la catégorie des personnes nées au Canada) (tableau 12.3). Nous n'observons aucune différence quant à la proportion de personnes qui consultent un professionnel autre que médecin. En fait, la seule différence significative est celle observée quant à la

consultation des médecins. Les personnes nées au Canada consultent plus (18 %) que celles nées à l'extérieur du Canada (indépendamment de la date d'arrivée). On n'observe cependant pas de différence entre la proportion de personnes qui consultent un omnipraticien ou un spécialiste. On peut émettre l'hypothèse que cette consommation de services supérieure est essentiellement due à l'âge.

Le lieu de consultation ne varie pas selon la date d'arrivée au Canada (tableau 12.5).

Tableau 12.3

**Utilisation des services de professionnels de la santé selon le type de professionnels et certaines variables culturelles, population totale, communautés culturelles 1998-1999**

	Un ou l'autre	Médecin	Omnipraticien	Spécialiste	Autres professionnels
	%				
<b>Date d'arrivée</b>					
Moins de 5 ans	20,0	12,2*	8,5*	4,5**	9,9*
5 ans et plus	19,0	11,9	9,5	3,7	9,6
Né au Canada	23,5	18,2	13,1	5,7*	8,4*
<b>Statut</b>					
Indépendant	18,2	11,1	8,6	3,5*	9,0
Autres	21,3	15,1	11,3	4,9	9,4
<b>Sexe</b>					
Masculin	18,0	11,7	9,7	2,7*	8,8
Féminin	21,8	14,9	10,6	5,7	9,6
<b>Âge</b>					
0-14 ans	21,4	15,0	10,7	4,6*	9,0
15-24 ans	15,9	10,2*	8,9*	1,9**	7,0*
25-44 ans	19,8	12,0	9,0	4,3*	10,6
45 ans et plus	20,5	15,1	12,3	5,3*	8,7*
<b>Intégration linguistique</b>					
Français ou anglais	20,2	...	...	...	...
Ni français ni anglais	19,0	...	...	...	...

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Statut d'immigrant

Le statut d'immigrant est aussi associé à la consultation, plus particulièrement à celle des médecins (11 % des immigrants indépendants ont consulté un médecin comparativement à 15 % des personnes d'autres statuts) et plus spécifiquement encore des omnipraticiens (9 % des immigrants indépendants ont consulté un omnipraticien contre 11 % des personnes d'autres statuts) (tableau 12.3).

Le lieu de consultation ne varie pas selon le statut d'immigrant (tableau 12.5).

- Intégration linguistique

Les personnes déclarant ne connaître ni le français ni l'anglais ne semblent pas présenter de façon significative de différences d'accès aux services. Ni la consultation d'un professionnel de la santé, ni le lieu de consultation privilégié ne semblent associés à la connaissance du français ou de l'anglais.

- Sexe

Les hommes consultent moins que les femmes en ce qui a trait à l'ensemble des professionnels de la santé. Les femmes consultent plus les médecins (15 %

d'entre elles l'ont fait au cours des deux semaines précédant l'entrevue contre 12 % des hommes) et plus particulièrement les médecins spécialistes (6 % des femmes contre 3 % des hommes) (tableau 12.4).

Comparativement à la population en général de la région métropolitaine, les femmes de l'ensemble des communautés culturelles visées consultent moins l'un ou l'autre des professionnels de la santé (22 %) que celles de la population en général (27 %). Autant les hommes que les femmes des communautés culturelles consultent moins les professionnels de la santé autres que médecins.

Les hommes des communautés culturelles visées par l'étude consultent plus dans un cabinet privé, un CLSC ou une clinique externe que les hommes de la population en général. Les femmes des communautés culturelles consultent plus, en proportion, dans ces mêmes lieux (93 %) que les femmes de la population en général (80 %).

Tableau 12.4

**Utilisation des services de professionnels de la santé selon le type de professionnels, le sexe et l'âge, population en général de la région métropolitaine 1998 (données standardisées)**

	Médecin	Autres professionnels %	Un ou l'autre
<b>Sexe</b>			
Masculin	11,5	12,3	20,3
Féminin	15,5	16,9	27,2
<b>Âge</b>			
0-14 ans	13,7	12,6	22,5
15-24 ans	10,2	12,4	19,5
25-44 ans	12,2	16,1	23,8
45 ans et plus	18,3	17,0	29,6

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Âge

Au chapitre des consultations, dans l'ensemble des groupes d'immigrants récents visés par l'étude, on n'observe aucune différence selon l'âge. Des différences sont cependant notables entre les membres des communautés culturelles visées et la population en général. Les personnes les plus âgées (45 ans et plus) des communautés culturelles sont proportionnellement moins nombreuses (21 %) à consulter l'un ou l'autre des professionnels de la santé que celles de la population en général (30 %). À tous les âges, les personnes des communautés culturelles s'avèrent moins susceptibles de consulter un professionnel de la santé autre que médecin.

Les personnes âgées de 25 ans et plus des communautés culturelles s'avèrent proportionnellement plus nombreuses que celles de la population en général de la région métropolitaine à consulter dans un cabinet privé, un CLSC ou une clinique externe.

- Scolarité

La consultation d'un professionnel de la santé ne varie pas significativement selon la scolarité. Le lieu de la dernière consultation n'est pas, non plus, associé à la scolarité (données non présentées).

- Prescription d'un médicament

Environ une personne sur quatre (26 %) ayant consulté, et pour qui le dernier professionnel vu est un médecin (omnipraticien ou spécialiste) ou un dentiste, s'est fait prescrire un médicament (tableau 12.6). La plupart des personnes dans cette situation (89 %) ont pu assumer le coût du médicament (données non présentées).

On n'observe pas de différence significative selon la date d'arrivée au Canada ni selon le statut d'immigrant.

Tableau 12.5

**Pourcentage des consultations qui ont lieu en cabinet privé, CLSC ou clinique externe selon la date d'arrivée au Canada, le statut d'immigrant, le sexe, l'âge et l'intégration, communautés culturelles 1998-1999 et population en général de la région métropolitaine 1998 (données standardisées)**

	Communautés culturelles	Population en général
	%	
<b>Total</b>	<b>90,8</b>	<b>80,4</b>
Date d'arrivée		
Moins de 5 ans	94,5	...
5 ans et plus	91,0	...
Né au Canada	89,1	...
Statut		
Indépendant	91,5	...
Autres	90,4	...
Sexe		
Masculin	87,9	80,8
Féminin	93,2	80,1
Âge		
0-14 ans	91,2	82,7
15-24 ans	86,4	77,8
25-44 ans	90,2	80,6
45 ans et plus	94,7	78,1
Intégration linguistique		
Français ou anglais	92,2	...
Ni français ni anglais	92,8	...

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 12.6

**Prescription d'un médicament aux personnes pour lesquelles le dernier professionnel consulté est médecin (omnipraticien ou spécialiste) ou dentiste, communautés culturelles 1998-1999**

	%
<b>Total</b>	<b>26,4</b>
Région d'origine	
Chine	17,9 *
Haïti	38,7
Maghreb et Moyen-Orient	25,4 *
Pays hispanophones	26,1
Date d'arrivée	
Moins de 5 ans	26,5 **
5 ans et plus	27,1
Né au Canada	25,2 *
Statut	
Indépendant	23,5
Autres	28,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.



- Satisfaction quant aux services sociaux et de santé

La question portant sur la satisfaction quant aux services sociaux et aux services de santé ne présume pas que les personnes ont reçu des services dans les deux semaines précédant l'entrevue. Elles peuvent, à la limite, n'avoir jamais eu recours aux services depuis leur arrivée. Le taux de satisfaction s'avère relativement élevé puisque 68 % de la population immigrante s'estime satisfaite (très satisfaite ou assez satisfaite). Ce taux diffère toutefois, sur le plan statistique, de celui observé dans la population en général de la région métropolitaine (75 %). La satisfaction n'est pas associée à la date d'arrivée au Canada ni au statut d'immigrant. Il ne semble pas y avoir de lien non plus avec l'intégration linguistique.

La satisfaction varie selon le sexe. Les hommes (64 %) des communautés culturelles sont proportionnellement moins nombreux à juger les services satisfaisants que les femmes (71 %). Ces taux de satisfaction sont inférieurs à ceux de la population en général de la région métropolitaine qui sont de 74 % chez les hommes et de 77 % chez les femmes. La satisfaction varie aussi significativement selon l'âge. Chez les personnes âgées de 25 à 44 ans, environ 61 % se disent satisfaites des services. C'est d'ailleurs pour cette seule catégorie d'âge qu'on note une différence significative par rapport au taux de satisfaction observé dans la population en général (74 % des personnes sont satisfaites).

Tableau 12.7

**Satisfaction quant aux services sociaux et aux services de santé (très satisfait ou assez satisfait), communautés culturelles 1998-1999 et population en général de la région métropolitaine 1998 (données standardisées)**

	Communautés culturelles %	Population en général
<b>Total</b>	<b>67,5</b>	<b>75,4</b>
Date d'arrivée		
Moins de 5 ans	67,8	...
5 ans et plus	67,3	...
Statut		
Indépendant	67,5	...
Autres	67,6	...
Sexe		
Masculin	64,2	74,3
Féminin	70,7	76,5
Âge		
15-24 ans	78,1	79,5
25-44 ans	61,4	73,7
45 ans et plus	71,0	75,6
Intégration linguistique		
Français ou l'anglais	66,4	...
Ni français ni anglais	67,1	...

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

### 12.3 Discussion

Les résultats de l'étude auprès des communautés culturelles confirment certaines des hypothèses de travail de départ. Ainsi, il n'est pas étonnant de constater que les personnes issues des communautés culturelles visées utilisent moins les services de santé et sociaux (20 %) que celles issues de la population en général de la région métropolitaine (24 %). Il était également attendu que les personnes issues des communautés culturelles consultent davantage le médecin en cabinet privé (71 %) que l'ensemble de la population (65 %). Toutefois, cette préférence pour la consultation en cabinet privé est étonnamment marquée chez les immigrants récents d'origine chinoise (80 %) et hispanophone (76 %).

La plus grande surprise est sans aucun doute qu'il n'y a pas de lien entre l'utilisation des services de santé et sociaux et la durée de séjour au Canada. Compte tenu du fait que l'utilisation des services est étroitement liée à la connaissance des réseaux et que l'immigrant récent est justement en reconstruction de ses réseaux dans ses premières années d'installation, il est surprenant qu'il n'y ait pas de différence significative. En fait, la différence n'est significative que dans la distinction entre ceux nés au Canada et ceux nés à l'étranger, sans égard au statut d'immigration (réfugié, indépendant et parrainé).

Ces faits saillants de l'étude correspondent à des résultats d'autres études menées sur le sujet à une période similaire. Au même moment où s'élabore l'étude auprès des communautés culturelles, soit en 1994-1995, se dessine un courant de préoccupations sur l'accessibilité et l'adéquation des services aux personnes immigrantes et de communautés culturelles. Ainsi, pour la même période à Montréal, il y a une première enquête sur l'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes qui étudie le recours aux services dans les 12 mois précédant l'enquête (Heneman et autres, 1994). Une deuxième étude porte sur l'utilisation des services de santé, dont les services de santé mentale, par la population d'un quartier à forte concentration d'immigrants, et ce, pour une même période rétrospective de 12 mois (Kirmayer et autres, 1996). Et finalement, à la même époque, le Manitoba et l'Alberta mènent conjointement une vaste étude rétrospective à partir des fichiers médicaux sur les consultations médicales et les hospitalisations en 1996 pour la population immigrante récente recensée par le Conseil canadien sur l'immigration (Kliewer et Kazanjan, 2000). Ces trois études rétrospectives se réfèrent à une période de 12 mois contrairement à la présente étude qui s'en tient, pour l'utilisation des services, aux deux semaines antérieures à l'étude. Malgré cette différence dans la période de référence, la comparaison des résultats entre ces enquêtes demeure pertinente.

La première étude citée, celle de Heneman et autres (1994), se centre sur l'adéquation des services en exploitant les concepts d'accessibilité des services (géographique, économique, linguistique et culturelle), de la disponibilité des services (existence et proximité) et finalement, de la compatibilité des services (interprétation et compréhension des problèmes, communication, attente, jugement professionnel et relation entre patient et intervenant). La deuxième étude mentionnée, celle de Kirmayer et autres (1996), analyse le recours aux services de santé en général et aux services en santé mentale pour les individus souffrant de symptômes de dépression, d'anxiété, de somatisation ou éprouvant des problèmes sociaux récents, et ce, selon l'appartenance ethnoculturelle et le type d'acculturation (intégration, assimilation,

séparation et marginalisation). Quant à la troisième étude citée, celle de Kliewer et Kazanjan (2000), elle étudie les motifs de consultation médicale et les hospitalisations chez les adultes immigrants au cours de leur première année de résidence au Canada, selon leur statut d'immigration et selon d'autres caractéristiques sociodémographiques. Bien que ces trois études abordent des concepts différents de l'utilisation des services de santé et sociaux et bien que les méthodologies soient également fort différentes, plusieurs des résultats présentent certaines similitudes avec ceux de la présente étude.

Selon les résultats de l'étude de Kirmayer et autres (1996), les personnes immigrantes ont, en une année, recours de la même façon aux services de santé et sociaux que les personnes non immigrantes (78 % contre 76 %) alors que dans l'étude auprès des communautés culturelles, le taux d'utilisation des services au cours des deux dernières semaines est de 20 % chez la population immigrante et de 24 % chez celle non immigrante. Qu'est-ce qui peut expliquer cette différence? On n'en sait trop rien, si ce n'est que chez les immigrants récents, on note une sous-utilisation des services. Dans la population visée par l'étude, la durée moyenne de séjour est de moins de 10 ans alors que dans l'enquête de Kirmayer et autres (1996) la durée moyenne de séjour est de 15 ans. On peut mentionner qu'au cours de la première année d'installation, les consultations médicales chez les personnes immigrantes sont de 40 % inférieures à celles de la population non immigrante et les hospitalisations sont de 60 % inférieures (Kliewer et Kazanjan, 2000). Après une première année, les taux de consultation ont tendance à augmenter surtout chez les femmes en raison des grossesses.

Qu'il y ait moins de consultations et d'hospitalisations au cours des premières années, cela semble attribuable d'une part à la méconnaissance des services et, d'autre part, à un meilleur état de santé chez la population récemment immigrée (Chen et autres, 1996). Outre ces deux raisons, il semble également y avoir une sous-déclaration des problèmes de santé, dont une sous-déclaration plus marquée des problèmes de santé mentale.

La méconnaissance des services est un aspect très souvent mentionné dans l'analyse de l'accessibilité des services, surtout pour des services d'ordre psychosocial, ou encore, pour une spécialité peu répandue dans les pays en développement comme l'ergothérapie.

Comme l'ont démontré Chen et ses collaborateurs (1996), les personnes résidant au Canada depuis moins de dix ans sont généralement en meilleure santé que les Canadiens de naissance. Après dix ans d'exposition aux facteurs de risque spécifiques à l'environnement canadien, les personnes immigrantes développeraient les mêmes problèmes respiratoires, cardiovasculaires et allergiques que les non immigrants.

Quant à la sous-déclaration des problèmes de santé, Kirmayer et ses collaborateurs (1996) notent dans leur étude que les taux d'utilisation des services de soins pour les problèmes de détresse psychologique sont significativement inférieurs chez les personnes immigrantes (5,5 % contre 14,7 %). Même en contrôlant pour le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'emploi, le niveau de détresse et les événements stressants, il semble que seuls les facteurs culturels liés à la compréhension et à l'interprétation des symptômes de détresse soient déterminants dans l'utilisation des services (Kirmayer et autres, 1996, p. 11). Cela va dans le même sens que les résultats de la présente étude où le recours à des ressources spécialisées en santé mentale, tel un psychologue, est de moins de 1 %.

En fait, les médecins les plus consultés sont l'omnipraticien et le pédiatre, tant selon les données de l'étude auprès des communautés culturelles que selon celles de l'étude sur l'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes (Heneman et autres, 1994). Dans cette dernière étude, les familles sont interrogées sur les problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Même si les problèmes de santé de la mère tels que la nervosité, l'anxiété ou le stress sont plus fréquemment mentionnés, les familles consultent pour les problèmes de santé des enfants (otites, fièvre, etc.) (Gravel et Legault, 1996).

Tant dans la présente étude que dans celle de Kliewer et Kazanjan (2000), menée auprès des immigrants récents, le statut est déterminant sur les taux d'utilisation des services. Ainsi dans la présente étude, les personnes ayant un statut de réfugié ou de parrainé consultent dans 15 % des cas comparativement à 11 % chez les immigrants indépendants. Dans l'étude de Kliewer et Kazanjan, les hommes réfugiés résidant au Manitoba consultent dans 6,7 % des cas alors que les immigrants investisseurs ne consultent que dans 1,8 % des cas (p. 13). Il faut ici comprendre que la condition initiale de santé du réfugié est très différente de celle de l'immigrant indépendant. Il en est tout autant des conditions de vie lors de la période d'installation dans la société d'accueil.

Si le statut semble être déterminant sur les taux d'utilisation des services, il n'en est pas de même pour la durée de séjour au Canada. Tant dans l'étude auprès des communautés culturelles que dans celle sur les services de santé mentale (Kirmayer et autres, 1996), la durée de séjour, même analysée sous l'angle des types d'acculturation, n'est pas significative. L'effet de la durée de séjour sur les taux de consultation n'est perceptible que sur une courte période d'immigration comme l'ont démontré Kliewer et Kazanjan (2000). De plus, il faut prendre en considération que dans cette dernière étude, l'augmentation des consultations est attribuable aux grossesses qui surviennent surtout après une première année d'installation des immigrants. Indépendamment du statut et de la durée de séjour au Canada, tant dans la population immigrante que dans la population en général, les consultations périnatales et pédiatriques sont importantes.

Outre les consultations pédiatriques et périnatales, la population immigrante consulte beaucoup pour des maladies infectieuses telles que la tuberculose, la rubéole, l'hépatite B et la malaria. Lorsque la population non immigrante consulte pour des maladies infectieuses, c'est surtout pour des maladies transmises sexuellement (Kliewer et Kazanjan, 2000). Les motifs d'hospitalisation chez les hommes, qu'ils soient immigrants ou non, sont essentiellement des problèmes respiratoires et digestifs. Toutefois, il y a un

taux important de chirurgie des yeux pour les hommes immigrants (Kliewer et Kazanjan, 2000).

Tant la présente étude que celle sur l'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes démontrent que les personnes immigrantes consultent davantage en cabinet privé qu'à l'urgence.

Quant à la satisfaction, les résultats de la présente étude vont dans le même sens que ceux de l'enquête sur l'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes. Dans l'étude auprès des communautés culturelles, 64 % des hommes des communautés culturelles et 71 % des femmes se disent satisfaits des services reçus. Ces taux sont légèrement inférieurs à ceux de la population en général de la région métropolitaine, soit 74 % chez les hommes et 77 % chez les femmes. Cependant, si l'on prend les différentes dimensions de la satisfaction telles qu'elles sont traitées dans l'enquête auprès des jeunes familles immigrantes, la satisfaction globale est assez importante puisque 94 % des personnes ne manifestent pas le besoin d'un interprète lors de la consultation, 90 % se sentent bien comprises par les intervenants, 85 % considèrent avoir suffisamment de temps pour expliquer leur problème lors de la consultation, 47 % se disent confortables avec la différence culturelle entre elles et l'intervenant, 96 % ne sont pas dérangées par l'écart d'âge ni par la différence de sexe (97 %) entre elles et l'intervenant, et finalement, 83 % se disent confiantes quant au jugement professionnel de l'intervenant pour ce qui est du traitement choisi (Gravel et Legault, 1996). Au chapitre des insatisfactions, les améliorations souhaitées par les jeunes familles immigrantes sont, par ordre d'importance : de diminuer le temps d'attente lors des consultations et pour l'obtention d'un rendez-vous, d'accorder la priorité aux enfants dans les urgences et d'assurer un meilleur accès aux services d'interprétation et de traduction (Heneman et autres, 1994), ce qui correspond aux mêmes constats que ceux faits dans la présente étude où 34 % des personnes immigrantes déplorent le temps d'attente lors des consultations.

En résumé, les résultats de l'étude auprès des communautés culturelles vont dans le même sens que ceux des autres études, à savoir que les personnes immigrantes utilisent dans une moindre proportion les services de santé et sociaux en comparaison des personnes non immigrantes, et que la satisfaction est relativement semblable pour les deux groupes. Toutefois, la compréhension de l'utilisation des services de santé et sociaux par la population immigrante prend davantage de sens lorsqu'elle s'inscrit dans une analyse des réseaux formel et informel (Kobayashi et autres, 1998) et encore plus lorsque les problèmes d'ordre psychologique sont abordés. Ce dernier aspect pourrait être examiné dans des analyses subséquentes des données de la présente étude.

## Conclusion

À la lumière des résultats de la présente étude et de ceux de la littérature, une étude longitudinale de l'utilisation des services de santé et sociaux par les populations immigrantes selon les cycles d'intégration (Berry et autres, 1987) apporterait probablement un éclairage nouveau sur le sujet. Un protocole d'enquête sur 10 ans, centré sur l'utilisation des services à des périodes charnières de l'intégration, soit après la première année d'arrivée, à la cinquième et à la dixième année, et ce, pour les 12 mois précédant le moment de collecte des données, donnerait des résultats plus probants. Outre les variables liées à l'utilisation des services, l'étude devrait documenter les différentes composantes de l'intégration : l'intégration économique et professionnelle (réseau de travail, chômage, reconnaissance de la formation et des expériences et déqualification), l'intégration linguistique (langue utilisée au travail, dans les services, à la maison et dans les loisirs) et l'intégration sociale (appartenance ethnique des réseaux, du voisinage et des collègues) (Gravel et Battaglini, 2000). Une telle étude permettrait de voir au cours des années à la fois l'évolution de l'état de santé physique et psychologique et des besoins des personnes immigrantes et l'adéquation des services auxquels elles ont recours.

## Bibliographie

BERRY, J., U. KIM et P. BOSKI (1987). « Psychological Acculturation of Immigrants », *Cross-Cultural Adaptation: Current Approches, International and Intercultural Communication Annual*, vol. XI, p. 62-89.

CHEN, J., E. NG et R. WILKINS (1996). « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol.7, n° 4, p. 37-50.

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

FOURNIER, M.-A., et J. PICHÉ (2000). « Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux » dans DAVELUY, C. et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 19, p. 387-407.

GRAVEL, S., et A. BATTAGLINI (2000). *Culture, santé et ethnicité: vers une santé publique pluraliste*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie Régionale des services sociaux et de santé de Montréal-Centre, 243 p.

GRAVEL, S., et G. LEGAULT (1996). « Adéquation des services de santé aux jeunes familles immigrantes », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, n° 3, p. 152-158.

HENEMAN, B., G. LEGAULT, S. GRAVEL, S. FORTIN et E. ALAVARADO (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre et École de service social de l'Université de Montréal, 1 vol. (pag. multiple).

IASENZA, I. et F. MUCCI (1994). *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles. Orientations et plan d'action 1994-1997*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 68 p.

KIRMAYER, L. J., G. GALBAUD DU FORT, A. YOUNG, M. WEINFELF et J. C. CLASRY (1996). *Pathways and Barriers to Mental Health Care in an Urban Multicultural Milieu: An Epidemiological and Ethnographic Study*, Montréal, Culture and Mental Health Research Unit, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital, 144 p. (Collection « Culture & Mental Health Research Unit report », n° 6 (Part 1)).

KLIEWER, E., et A. KAZANJAN (2000). *The Health Status and Medical Services Utilization of Recent Immigrants to Manitoba and British Columbia: A pilot Study*, Vancouver, BC Office of Health Technology Assessment, 49 p.

KOBAYASHI, A., E. MOORE et M. ROSENBERG (1998). *Healthy Immigrant Children: A Demographic and Geographic Analysis*, Ottawa, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique et Développement des ressources humaines Canada, 45 p.

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*, rédigé par H. Valentini, Direction générale de la santé publique, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION (2001). *Plan stratégique 2001-2004*, Québec, gouvernement du Québec, 34 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux (1998-2002) – Défi de l'accès*, Montréal, RRSS de Montréal-Centre, 128 p.

