

2M11.2670.11

Université de Montréal

Perception de l'accessibilité par la population dans le contexte de réforme des services de santé dans la région de Montréal-Centre.

Par

Véronic Ouellette

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en administration de la santé

août, 1998

© Véronic Ouellette, 1998



WA
525
U58
1999
V.001

1999-05-11

Intégration de l'accès à Internet par la population dans le contexte de réforme des services de santé dans la région de Montréal-Ést.

Dr. J. L. Lavoie
Chercheur principal

Département d'épidémiologie de la santé
École de médecine

Équipe de recherche en santé publique et en santé communautaire
Université de Montréal, 1010, Avenue de la Montagne, Montréal, QC H3T 1J4



1999-05-11

1999-05-11

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:
Perception de l'accessibilité par la population dans le contexte de réforme des
services de santé dans la région de Montréal-Centre.

présenté par:
Véronic Ouellette

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

*Claude Licotte
Raymond Pineault
Régis Blais*

MÉMOIRE ACCEPTÉ LE: *11 mai 1999*.....

SOMMAIRE

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a entrepris en 1995 une réforme majeure des services de santé dispensés sur son territoire. Cette réforme touchait autant aux ressources financières qu'à l'organisation des services et risquait ainsi d'affecter l'accessibilité aux soins. Or l'accessibilité constitue une valeur fondamentale du système de soins de santé. Elle se situe à l'interface entre les besoins ressentis par la population et l'apport du système de soins pour répondre à ces besoins par l'utilisation des services. Ce mémoire porte sur les perceptions de l'accessibilité en complémentarité avec une étude de la Direction de la santé publique concernant des indicateurs d'accessibilité réelle. Les perceptions sont importantes sur le plan politique et cet aspect permet de discuter de la concordance entre accessibilité perçue et accessibilité réelle.

Il semble y avoir divergence entre l'hypothèse de la Régie régionale à l'effet que l'accessibilité soit préservée et la couverture médiatique de la réforme qui s'avère plus critique. Cette étude fut conduite afin de déterminer quelle était la perception de l'accessibilité par la population et les facteurs qui l'influençaient. Nous désirions savoir si le fait d'avoir un contact avec le système de santé, d'accorder de l'importance aux médias et de considérer l'opinion des professionnels de la santé influençaient les perceptions en plus des sources d'influence comme l'entourage et les caractéristiques personnelles.

Un devis d'étude transversale fut utilisé. Les données ont été collectées sous forme de sondage téléphonique, en avril 1997, auprès d'un échantillon aléatoire de 2102 répondants représentatifs de la population non-institutionnalisée de l'Île de Montréal et pouvant s'exprimer en français ou en anglais. Le taux de réponse a été de 60,4%. Le questionnaire a été élaboré par un groupe d'experts puis pré-testé. Nous avons introduit un élément rétrospectif en questionnant la perception d'un changement de l'accessibilité entre 1996 et 1997. Nous ne disposons pas de groupe témoin valide car

le phénomène de réforme est généralisé dans les grandes villes canadiennes et les systèmes de santé des différents pays sont difficilement comparables.

Dans l'ensemble, cette étude appuie la thèse que l'opinion publique sur le système de santé et l'accessibilité est reliée aux médias (principalement la télévision), à l'entourage et aux caractéristiques personnelles, soit l'âge, le revenu et le sexe, mais non par la langue parlée à la maison. Nos résultats ne montrent pas d'impact direct de l'importance accordée aux professionnels ou aux documents de la Régie et du Ministère, mais n'exclut pas un impact indirect. Quant au contact avec le système de santé, il n'influence pas les répondants à considérer que l'accessibilité s'est détériorée. Il semble que le fait d'avoir un contact avec le système de santé n'a d'influence que pour ceux qui ont un faible revenu et tendrait à les rassurer. Ces résultats vont à l'encontre de la littérature à l'effet que les pauvres risquaient plus de subir une détérioration de l'accessibilité réelle. Ceux qui ont un faible revenu et n'ont pas eu de contact avec le système de santé au cours des deux mois précédents le sondage ont une perception plus négative de l'accessibilité.

Ces résultats impliquent que, bien que la population se considère bien informée, la Régie Régionale n'a pas réussi à la rassurer quant au maintien de l'accessibilité. Ce qui nous amène à suggérer de rassurer la population quant à l'accessibilité réelle et à l'origine des perceptions, sur la base des études qui montrent les secteurs où l'accessibilité ne s'est pas détériorée. La télévision s'avère un média de choix pour diffuser l'information sur les changements passés et à venir ainsi que leurs impacts. De même, il s'avère important de gagner l'appui des professionnels qui sont considérés comme les experts dans leur domaine et jouissent par là d'un impact sur l'opinion publique.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
CHAPITRE 1. PROBLÈME ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	1
1.1 INTRODUCTION.....	1
1.2 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	6
CHAPITRE 2. L'ACCESSIBILITÉ ET SA PERCEPTION;	
ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL.....	7
2.1 L'ACCESSIBILITÉ	7
2.1.1 <i>Les besoins de soins de santé et la disponibilité.....</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Barrières financières</i>	<i>15</i>
2.1.3 <i>Barrières spatio-temporelles.....</i>	<i>16</i>
2.1.4 <i>Barrières organisationnelles.....</i>	<i>17</i>
2.1.5 <i>Barrières psychosociales</i>	<i>20</i>
2.1.6 <i>Résultats obtenus par l'équipe de recherche de la Santé publique</i>	<i>21</i>
2.1.7 <i>Accessibilité perçue</i>	<i>25</i>
2.1.8 <i>Conclusion</i>	<i>26</i>
2.2 LA COMMUNICATION.....	28
2.2.1 <i>Fonctions des médias et pessimisme.....</i>	<i>30</i>
2.2.2 <i>La perception sélective</i>	<i>33</i>
2.2.3 <i>Conditions pour percevoir un phénomène.....</i>	<i>35</i>
2.2.4 <i>Les analyses de contenu et l'impact des médias</i>	<i>35</i>
2.2.5 <i>Les médias de masse et l'entourage.....</i>	<i>40</i>
2.2.6 <i>Résumé.....</i>	<i>42</i>
2.3 CADRE CONCEPTUEL	44
2.3.1 <i>L'expérience avec le système de santé.....</i>	<i>44</i>
2.3.2 <i>L'influence des professionnels de la santé.....</i>	<i>45</i>
2.3.3 <i>Les médias de masse et l'accessibilité</i>	<i>47</i>
2.3.3.1 <i>Le Gouvernement et la Régie régionale de Montréal-Centre</i>	<i>48</i>
2.3.3.2 <i>La couverture médiatique</i>	<i>48</i>
2.3.4 <i>L'entourage.....</i>	<i>49</i>
2.3.5 <i>Caractéristiques personnelles.....</i>	<i>49</i>
2.3.6 <i>Cadre conceptuel retenu.....</i>	<i>50</i>
CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE	52
3.1 LA POPULATION À L'ÉTUDE	52
3.2 LES VARIABLES À L'ÉTUDE.....	53
3.2.1 <i>La variable dépendante</i>	<i>53</i>
3.2.2 <i>Les variables indépendantes.....</i>	<i>53</i>
3.2.3 <i>Les variables contrôles</i>	<i>54</i>
3.3 COLLECTE DES DONNÉES	54
3.4 DEVIS DE RECHERCHE	56
3.4.1 <i>Validité du devis de recherche.....</i>	<i>56</i>
3.5 ANALYSE DES DONNÉES	57

3.5.1	<i>La régression logistique</i>	58
3.5.2	<i>Les critères d'exclusion</i>	60
3.5.3	<i>Recodification</i>	61
3.5.4	<i>Construction des modèles de régression</i>	68
CHAPITRE 4. RÉSULTATS		69
4.1	RÉSULTATS DESCRIPTIFS SOMMAIRES	69
4.2	LES FACTEURS D'INFLUENCE DE LA PERCEPTION DE L'ACCESSIBILITÉ	72
4.3	EFFET RELATIF DES VARIABLES SUR LA PERCEPTION DE L'ACCESSIBILITÉ GÉNÉRALE	76
4.3.1	<i>Les différents modèles</i>	76
4.3.2	<i>Les termes d'interaction</i>	78
4.3.3	<i>L'ajustement du modèle</i>	79
CHAPITRE 5. DISCUSSION		87
5.1	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS EN RELATION AVEC LA REVUE DE LITTÉRATURE	87
5.1.1	<i>Les médias</i>	87
5.1.2	<i>L'entourage</i>	89
5.1.3	<i>Professionnels de la santé</i>	90
5.1.4	<i>Documents de la Régie ou du Ministère</i>	90
5.1.5	<i>Interaction entre le revenu et le contact avec le système de santé</i>	91
5.1.6	<i>Variables de contrôle</i>	94
5.2	VALIDITÉ DE L'ÉTUDE	94
5.2.1	<i>Validité statistique</i>	94
5.2.2	<i>Validité Interne</i>	97
5.2.3	<i>Validité de construit</i>	99
5.2.4	<i>Validité externe</i>	104
5.3	CONCLUSION	106
BIBLIOGRAPHIE		114
ANNEXE 1: Taux de réponse		ix
ANNEXE 2: Matrice de corrélation		xi
ANNEXE 3: Association entre les médias		xv
ANNEXE 4: Population de la région de Montréal-Centre lors du recensement de 1996		xix
ANNEXE 5: Questionnaire		xxi

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES DÉPENDANTES ET INDÉPENDANTES.....	65
TABLEAU 2: OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES INDÉPENDANTES, SUITE.....	66
TABLEAU 3: OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES CONTRÔLES.....	67
TABLEAU 4: CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'ÉCHANTILLON RETENU.....	71
TABLEAU 5: EFFET DES DIVERSES SOURCES D'INFORMATION SUR LA PERCEPTION DE L'ACCESSIBILITÉ, RÉGRESSION LOGISTIQUE SIMPLE.....	74
TABLEAU 6: EFFET DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES SUR LA PERCEPTION DE L'ACCESSIBILITÉ, RÉGRESSION LOGISTIQUE SIMPLE.....	75
TABLEAU 7: EFFETS RELATIFS DE LA PERCEPTION DES JOURNAUX ET DES AUTRES FACTEURS RETENUS, MODÈLE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE MULTIPLE.....	80
TABLEAU 8: INTERACTION ENTRE LE REVENU ET LE CONTACT AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ, MODÈLE POUR LES JOURNAUX.....	81
TABLEAU 9: EFFETS RELATIFS DE LA PERCEPTION DE LA RADIO ET DES AUTRES FACTEURS RETENUS, MODÈLE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE MULTIPLE.....	82
TABLEAU 10: INTERACTION ENTRE LE REVENU ET LE CONTACT AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ, MODÈLE POUR LA RADIO.....	83
TABLEAU 11: EFFETS RELATIFS DE LA PERCEPTION DE LA TÉLÉVISION ET DES AUTRES FACTEURS RETENUS, MODÈLE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE MULTIPLE.....	84
TABLEAU 12: INTERACTION ENTRE LE REVENU ET LE CONTACT AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ, MODÈLE FINAL.....	85
TABLEAU 13: AJUSTEMENT DES DIFFÉRENTS MODÈLES MULTIPLES.....	86
TABLEAU 14: TAUX DE RÉPONSE.....	x
TABLEAU 15: MATRICE DE CORRÉLATION.....	xii
TABLEAU 16: MATRICE DE CORRÉLATION (SUITE).....	xiii
TABLEAU 17: MATRICE DE CORRÉLATION (SUITE).....	xiv
TABLEAU 18: MATRICE DE CORRÉLATION (SUITE).....	xiv
TABLEAU 19: ASSOCIATION ENTRE LA PERCEPTION DES JOURNAUX ET DE LA TÉLÉVISION.....	xvi
TABLEAU 20: ASSOCIATION ENTRE LA PERCEPTION DE LA RADIO ET DE LA TÉLÉVISION.....	xvii
TABLEAU 21: ASSOCIATION ENTRE LA PERCEPTION DES JOURNAUX ET DE LA RADIO.....	xviii

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: Cadre conceptuel de l'étude.....51

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce à une multitude de personnes qui m'ont apporté autant soutien technique et grâce aux divers organismes subventionnaires qui ont fourni le support financier.

Je tiens à remercier très chaleureusement mon directeur de recherche, M. Raynald Pineault, pour m'avoir permis d'insérer ce projet de recherche qui m'intéressait particulièrement dans une étude déjà en cours et de m'avoir aidée à trouver le financement nécessaire. J'ai toujours senti qu'il m'accordait sa confiance et qu'il tentait de m'aider au mieux de ses capacités et des ressources dont il disposait, ce qui a beaucoup facilité la réalisation du projet. Je le remercie aussi de la flexibilité dont il a fait preuve qui a permis de combiner la maîtrise et la médecine. Je remercie aussi M. André Lafrance du département de communication qui a accepté de collaborer à la réalisation du projet.

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce à M. André-Pierre Contandriopoulos, qui m'a témoigné beaucoup de gentillesse et qui m'a acceptée à la maîtrise malgré le caractère particulier de ma candidature en tant qu'étudiante qui venait de terminer sa première année de médecine.

Je souligne aussi l'accueil chaleureux et la disponibilité du personnel de la Direction de la santé publique. Je remercie tout particulièrement l'apport de Léo-Roch Poirier et de Jean-François Labadie qui ont collaboré au projet du début à la fin. J'ai également bénéficié des commentaires de M. Pierre Tousignant qui a bien voulu relire le mémoire en tant que personne externe au projet, et ce malgré ses nombreuses occupations. Au niveau de l'analyse statistique, je remercie Lise Goulet, Gilles Lavoie, Garbis Meshefiddjian et Brigitte Simard qui ont toujours répondu à mes questions avec empressement. J'ajoute un petit mot pour remercier tous ceux à qui

j'ai demandé des conseils ou de petits services et qui l'ont fait avec le sourire. Je ne vous oublie pas.

Je ne peux terminer ces remerciements sans souligner l'important support dont j'ai bénéficié des personnes qui me sont chères: Stéphanie Caron, Philippe Savard, Vincent Dumont-Mackay, Josiane Roulez, Magdalena Duniewiczw, Thuy-Mai Luu et Renée-Ann Blais. Je tiens aussi à mentionner les personnes qui m'ont inspirée, leur modèle m'incitant à ne pas abandonner: Steven Guilbault et Laure Waridel. Un remerciement tout spécial à ma mère Danielle Rondeau qui, par sa vivacité d'esprit, son humanisme et son courage, m'a toujours poussée à me dépasser et m'a toujours soutenue dans mes projets.

Finalement, je remercie les organismes subventionnaires qui ont financé le projet:

PNRDS, # 6605-5124-012 subvention pour l'ensemble du projet;

FCAR, bourse pour un étudiant au sein d'une équipe de recherche;

CRM, bourse d'été en recherche;

American College of Healthcare Executive, bourse Foster G. Mac Gaw.

1. Problème et objectifs de recherche

1.1 Introduction

Le Canada, comme plusieurs autres pays, s'engage dans une restructuration majeure de son système de soins de santé pour répondre à plusieurs crises, dont la crise budgétaire et la crise des connaissances (Contandriopoulos, 1994). Ces reconfigurations, observables notamment à Montréal et dans plusieurs autres grandes villes canadiennes, fournissent l'occasion de porter notre attention sur l'organisation des soins de santé et son impact sur la population.

Parmi l'ensemble des phénomènes à étudier, nous privilégions ceux qui modulent la relation entre les besoins de santé et l'état de santé. Ces variables intermédiaires sont essentiellement l'accessibilité, la continuité des soins et la globalité des soins. Ce choix repose en partie sur la difficulté à mesurer l'effet des réformes sur l'état de santé des populations touchées (Docteur, Colby et Gold, 1996). Parmi ces trois variables intermédiaires, nous avons choisi de focaliser sur l'accessibilité. Celle-ci s'avère particulièrement intéressante quand il s'agit d'évaluer l'impact d'une réforme des soins de santé car elle représente l'interface entre les besoins de santé et la réponse du système de soins à ce besoin qui s'exprime par l'utilisation des services (Penchansky et Thomas, 1981; Donnabedian, 1973; Aday, Begley, Lairson et Slater, 1993; Docteur, Colby et Gold, 1996). L'accessibilité se situe en amont des deux autres phénomènes (continuité et globalité) et constitue pour ainsi dire une condition nécessaire à leur expression de sorte que dans le cas d'une diminution de l'accessibilité, le système de soins ne pourra jouer son rôle adéquatement même si la globalité ou la continuité restent inchangées.

Ce sujet de recherche tire son importance du fait qu'une réforme de cette ampleur survient rarement dans un système de santé. Le contexte qu'elle suscite représente une opportunité riche en informations qu'il ne faut pas manquer vu la carence de

l'état des connaissances sur le sujet dans le contexte canadien (Forum national sur la santé, 1996). En effet, les études concernant les réformes et l'accessibilité proviennent en majorité des États-Unis où la couverture publique restreinte (autant en terme de populations couvertes que de gamme de services inclus dans ces couvertures) rendent les conclusions difficilement généralisables au contexte canadien et à d'autres comparables. Dans la même veine, le Forum national sur la santé insiste sur l'importance de prendre des décisions sur la base de données probantes, données qui n'existent pas actuellement dans le contexte canadien. Il est trop tard pour la réforme actuelle mais ces données pourront être disponibles pour les réformes à venir.

Il s'avère important de vérifier l'hypothèse avancée par la Régie Régionale de Montréal-Centre à l'effet que l'accessibilité ne sera pas diminuée par les changements de la réforme (RRSSS 1995) d'autant plus que l'accessibilité est un des principes fondamentaux de la loi canadienne sur la santé et de la loi sur les services de santé et services sociaux (RRSSS 1995). Dans les réformes des systèmes de santé, il y a un consensus de plus en plus grand à l'effet qu'elles doivent être réorientées vers les citoyens et qu'elles doivent se préoccuper de leurs points de vue.

Ainsi, le Forum national sur la santé souligne que les Canadiens sont préoccupés par l'avenir du système de santé à cause de ce qu'ils entendent dans les médias concernant la diminution de l'accessibilité, la privatisation des soins et la diminution de la qualité des soins. Le Forum national recommande de rassurer les citoyens en leur fournissant l'information démontrant la faisabilité des réformes tout en préservant l'intégralité du système de santé (Forum national sur la santé, 1996). Cette position du Forum rappelle l'importance de l'impact de l'information sur l'opinion publique. Ainsi, parmi les divers aspects de l'accessibilité, celui de la perception de l'accessibilité par la population revêt une importance particulière.

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la réforme actuelle qui vise à replacer le citoyen au coeur du système. D'ailleurs, l'information adéquate de la population

constitue une préoccupation de la Régie (RRSSS, 1995). En outre, la loi sur les services de santé et les services sociaux énonce à l'article 3, "que l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse".

L'objectif général de notre étude est donc d'analyser la perception de l'accessibilité par la population suite à la réforme des services de santé dans la région de Montréal-Centre et d'essayer de comprendre certains phénomènes qui y sont associés.

1.2 Problématique

L'accessibilité a jusqu'à maintenant été étudiée tantôt pour prédire l'utilisation et la morbidité tantôt comme phénomène à expliquer. La problématique de cette étude prend en compte l'écart entre ce qui résulte réellement de la réforme en terme d'accessibilité et ce qui est perçu (Nadeau et Léger, 1998; Venne, 1998). Nous nous intéressons aussi à savoir ce qui détermine cette perception. Nous suspectons l'influence, sur l'accessibilité perçue par la population, de plusieurs autres sources d'informations que le processus menant à l'utilisation des services, sans toutefois exclure ce dernier de l'analyse. Nous étudions donc les sources d'informations recensées dans la littérature tel les médias ou l'entourage qui peuvent influencer les perceptions de l'accessibilité et le processus de recours aux soins. Il semble exister un écart entre les prévisions de la Régie Régionale de Montréal-Centre à l'effet que l'accessibilité soit préservée et le contenu de la couverture médiatique de la réforme qui semble de nature à soulever les inquiétudes de la population (Forum national sur la santé, 1996). Ainsi, même si l'expérience personnelle d'accessibilité n'est pas modifiée suite à la réforme, selon l'hypothèse de la Régie Régionale de Montréal-Centre, la population pourrait rapporter une diminution de l'accessibilité résultant de l'influence des autres sources d'information (Beauchamps et coll., 1991; Krech et coll., 1974; Page et coll., 1987; Godefroid, 1991; Willett, 1992).

Pour bien saisir le contexte dans lequel se situe le projet de recherche, il est important de comprendre les grandes lignes de la réforme de Montréal-Centre et ses fondements. La croissance des coûts dans le système de santé et les soucis de rationalisation des dépenses ont conduit à la réalisation de plusieurs études. Ces études indiquent qu'il semble possible de réaliser des coupures importantes dans le système de santé sans en diminuer la qualité (Forum National, 1996; Angus et coll., 1995; Contandriopoulos, 1994). Les recommandations du rapport synthèse de recherche économique des Universités d'Ottawa et Queen's portent sur des modes de prestations de soins moins coûteux (fermeture de lits, accroissement des soins dans la communauté, diminution de la durée de séjour). Ces modes de prestations nécessitent une plus grande continuité des soins et un contrôle de la rémunération des professionnels (Angus et coll. 1995).

Plusieurs provinces canadiennes ont déjà procédé à des transformations. En Colombie-Britannique, un virage vers des modes de pratique axés sur les soins communautaires, le guichet unique, la gestion de cas, l'administration unique des hôpitaux et une classification cohérente des niveaux de soins a permis une utilisation plus efficace des installations de soins (Angus et coll. 1995).

Au Québec, les coupures dans le budget de la santé sont de l'ordre de 350 à 400 millions de dollars par an de 1995-98 (AHQ, 1995). La réforme proposée par la RRSSS-MC en 1995 tente de répondre aux objectifs de compressions du ministère de la santé mais aussi d'actualiser le système. Ainsi la Régie Régionale de Montréal-Centre, dans le domaine de la santé physique, vise des réductions récurrentes de 280,8 millions de dollars mais en réallouant 52,5 millions de dollars pour faciliter la transformation du réseau entre 1995 et 1997. La Régie gère une enveloppe globale de 3 130 millions de dollars (RRSSS-MC, 1995).

Pour que la Régie Régionale atteigne son objectif d'améliorer l'accessibilité aux services, elle se propose d'effectuer simultanément le transfert vers l'ambulatoire et

l'intégration des soins. Les mesures prévues à cet effet au plan de la santé physique sont d'augmenter les soins d'un jour, d'accroître les services post-hospitaliers en CLSC, d'améliorer l'accessibilité des services de santé de première ligne, d'améliorer l'articulation entre les centres hospitaliers, les CLSC et les médecins en clinique et de maintenir la capacité des services d'urgence. Une autre mesure vise à augmenter les chirurgies d'un jour à 45% en 1997-98 et à diminuer les durées de séjour de 20% (RRSSS-MC, 1995). Les mesures présentées dans le secteur de la santé physique qui peuvent diminuer l'accessibilité sont la fermeture de sept hôpitaux, le changement de mission et la conversion en lits de soins de longue durée de deux hôpitaux, ce qui amène, au 1^{er} avril 1997, la fermeture de 1 224 lits de courte durée de façon permanente dans la région de Montréal-Centre. Il est également prévu une diminution de 20% du budget des centres de réadaptation, la fermeture de 156 lits de longue durée (réalisée au 1^{er} février 1997), de 379 lits de longue durée pour personnes en perte d'autonomie et de 200 lits de courte durée en psychiatrie.

La transformation du réseau devrait générer des changements dans la façon de fournir les services aux usagers. Ces changements pourront avoir des effets positifs ou négatifs sur l'accessibilité réelle et perçue des usagers. Les connaissances actuelles ne permettent pas d'appréhender dans le contexte québécois les effets réels de la réforme sur l'accessibilité (Forum national sur la santé, 1996).

Ainsi l'analyse de l'accessibilité perçue par la population permettra à la Régie Régionale de mieux comprendre l'impact de sa réforme sur un des principes fondamentaux du système de soins canadien. Rappelons que l'intérêt de connaître ces perceptions se situe dans l'optique de placer le citoyen au coeur de la réforme et de l'informer adéquatement. Cette étude s'inscrit d'ailleurs dans le processus d'évaluation de la réforme par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre qui comprend d'autres angles d'approche de l'accessibilité mais aussi d'autres thèmes que l'accessibilité.

Donc la perception de l'accessibilité constitue un enjeu à surveiller dans cette réforme et se forme par le recours aux services mais probablement aussi par la couverture qu'en font les médias et les autres sources d'informations.

De cette problématique découle le choix de l'accessibilité générale perçue comme variable dépendante et, comme variables indépendantes, les sources d'information telles les médias, l'entourage, l'usage du système de santé, les professionnels de la santé, les documents de la Régie Régionale de Montréal-Centre et ceux du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

1.3 Objectifs de la recherche

Ce mémoire présente les résultats d'une recherche ayant comme but d'identifier les diverses sources d'informations qui influencent l'accessibilité perçue dans le contexte de réforme des soins de santé. Ainsi les objectifs de la recherche sont:

1. Décrire la perception de la population de Montréal-Centre concernant l'accessibilité aux services de santé (variable dépendante);
2. Déterminer l'association, avec l'accessibilité perçue, de chacune des sources d'information y compris l'information résultant de l'expérience personnelle d'utilisation, des médias, des professionnels de la santé et de la Régie Régionale ou du Ministère (variables indépendantes).

La suite du mémoire présente successivement les éléments essentiels d'une étude scientifique soit l'état des connaissances concernant l'accessibilité et les médias suivi du modèle théorique. Ensuite, nous présentons la méthodologie et les résultats obtenus que nous interprétons dans la discussion où nous débattons également de la validité de l'étude. Nous terminons par une brève conclusion des apports théoriques et pratiques de la présente étude ainsi que des pistes de recherches à poursuivre.

2. L'accessibilité et sa perception; état des connaissances et cadre conceptuel.

Pour étudier le phénomène de la perception de l'accessibilité, il est important de déterminer ce qu'on entend par accessibilité. Ensuite, les éléments qui influencent l'accessibilité devraient en toute logique influencer aussi la perception de cette accessibilité. Nous recensons donc ces divers facteurs. Finalement, nous rapportons les autres sources d'influence des perceptions tirées du domaine des communications. À partir de là nous élaborons le cadre conceptuel de l'étude.

2.1 L'accessibilité

La littérature sur l'accessibilité aux soins de santé constitue un domaine très vaste mais incomplet. Trois lacunes importantes existent dans les connaissances actuelles concernant l'accessibilité. D'abord, les recherches actuelles portent principalement sur le système américain, où le contexte très différent rend la comparaison difficile avec la réforme de Montréal. (Roemer, 1991). Une autre lacune provient d'un manque de distinction entre les concepts de disponibilité, d'utilisation et d'accessibilité aux services de santé, de sorte qu'ils sont utilisés et mesurés de façon interchangeable, rendant difficile la généralisation et la comparaison des résultats entre les différentes études (Frenk, 1992; Béland, 1994; Penchansky et Thomas, 1981; Stewart, 1990). L'apport du système de soins à l'amélioration de la santé est peu documenté, qu'il y ait une bonne accessibilité ou non. Les déterminants de la santé des populations connus actuellement se situent au niveau des conditions socio-économiques, des habitudes de vie et de l'environnement (Evans, 1996). Et finalement, peu d'études dans le domaine de l'accessibilité ont cherché à comprendre ce qui influence l'accessibilité telle que rapportée par la population. Nous diviserons donc la recension des écrits en débutant par les diverses dimensions couvertes par ce concept puis nous poursuivrons en élaborant chacune des dimensions retenues.

Aday, Gretchen et Andersen (1984) divisent l'accessibilité en deux catégories: l'accès potentiel et l'accès réalisé. *L'accès potentiel* correspond aux caractéristiques du système soit les types de soins, leur organisation et leur qualité. Les auteurs incluent dans cette catégorie le fait d'avoir une source usuelle de soins et les délais pour voir un professionnel de la santé. *L'accès réalisé* comprend les indicateurs d'utilisation des services tels le nombre moyen de visites médicales par année, le pourcentage de gens hospitalisés, la durée moyenne de séjour à l'hôpital... L'accès réalisé comprend aussi la satisfaction de la clientèle face à ces soins (Aday, Gretchen et Andersen, 1984). Les auteurs cherchent à déterminer si les différents groupes de la population ont un accès équitable aux soins, c'est à dire si l'accès découle du besoin de santé et non de caractéristiques personnelles telles que l'origine ethnique, le revenu, le sexe ou le lieu de domicile. Pour ce faire, ils comparent les taux des divers indicateurs de chacun de ces groupes. Et c'est là qu'une énorme confusion existe entre accessibilité et utilisation.

Dans leurs études subséquentes, Aday et coll. (1993) distinguent deux composantes principales du concept d'accessibilité, soit celle du système de santé et celle de la population. La composante du système de soins comprend la disponibilité des services, l'organisation de ces services et leur financement. La composante relative à la population comprend les facteurs prédisposants (âge, sexe, éducation), les facteurs facilitants (avoir une source régulière de soins, être couvert par une assurance), les besoins, l'utilisation et la satisfaction (référant à l'opinion publique sur le système de santé et l'appréciation de l'utilisation). L'accessibilité réfère alors à l'adéquation entre les caractéristiques de l'utilisateur potentiel et les caractéristiques du système de soins.

Parallèlement au développement du modèle de Aday et coll., plusieurs auteurs définissent aussi l'accessibilité comme l'interface entre les caractéristiques de la population et celles du système. L'accessibilité renvoie alors à la capacité de la

population à franchir les différentes barrières à l'entrée dans le système de soins. Cette définition dérive de celle utilisée par Donabedian (1973) et a été adoptée par Frenk (1992), Penchansky et Thomas (1981), Stewart (1990) et Long (1994).

Stewart (1990) identifie trois types de barrières à l'accessibilité: les barrières financières, les barrières spatio-temporelles (le temps ou la distance à parcourir pour se rendre au lieu de dispensation des soins) et les barrières psychosociales (langue, distance culturelle, connaissance du système).

Penchansky et Thomas (1981) tentent de recenser l'ensemble des facteurs influençant l'accès au système. Ils en arrivent au regroupement suivant:

la disponibilité des ressources est la relation entre le type et le volume de services offerts et ceux dont la population a besoin;

l'accessibilité est la relation entre le lieu de l'offre de service et les facilités de transport de la population;

l'accommodation est la relation entre la façon dont sont organisées les ressources (système de prise de rendez-vous, heures d'opération, services téléphoniques) et le caractère approprié de cette organisation pour la population;

le prix des ressources est la relation entre le coût des services et les revenus ou la couverture par une assurance;

L'acceptabilité est la relation entre les attitudes, les croyances, les valeurs et les habitudes de la population et celles des professionnels de la santé (religions, culture, age, sexe...).

Cette classification de Penchansky et Thomas complète celle de Stewart. Ainsi, aux barrières financières, spatio-temporelles et psychosociales, nous ajouterons la disponibilité des ressources et les composantes organisationnelles (accommodation). Les catégories acceptabilité et prix des ressources entrent respectivement dans les catégories psychosociales et financières de Stewart. D'autres auteurs se limitent à certaines dimensions de l'accessibilité, qui recourent celles présentées précédemment

(Grytten, Rogen et Sorensen, 1995; Rosengerg et Hanlon, 1996; Berk, Schur et Cantor, 1995; Taylor, 1994; Contandriopoulos et coll., 1993; Denis, 1984).

Docteur¹, Colby et Gold, (1996) proposent cependant un changement de paradigme dans la recherche sur l'accessibilité pour tenir compte d'un contexte où les pressions financières sont importantes, en s'inspirant du modèle présenté par l'"*Institute of Medecine*" (IOM). Ce n'est pas l'accessibilité en terme de contact avec le système qui est recherchée, mais l'accessibilité au plein potentiel du système et aux meilleurs résultats. Les barrières à l'accès diminuent l'utilisation des services. Mais les effets sur la santé de l'utilisation des services sont modulés par l'efficacité, la qualité, le caractère approprié du traitement et la "compliance" du patient. **L'accessibilité fait alors référence à l'accès aux soins de santé appropriés au moment opportun pour atteindre les meilleurs résultats possibles** (Docteur, Colby et Gold, 1996). Plutôt que de tenter de séparer les concepts d'accessibilité, d'utilisation et de qualité, les auteurs les modélisent de façon intimement reliée dans le processus de recherche et de dispensation de soins. Ainsi les facteurs médiateurs entre l'utilisation des services et les résultats de cette utilisation font partie des composantes à évaluer dans l'atteinte de l'accessibilité aux soins de santé. Aday et coll. (1993) se dirigent également vers ce genre d'approche pour évaluer l'équité d'accès. Ils mentionnent qu'un système où l'accès est équitable doit fournir la même opportunité non seulement d'obtenir des soins mais ces soins doivent être adéquats et efficaces.

Ce changement d'optique origine des préoccupations concernant l'efficacité des systèmes qui désirent contenir leurs coûts tout en fournissant des soins accessibles, appropriés et de qualité (Docteur, Colby et Gold, 1996; Aday, Begley, Lairson et Slater, 1993). Ainsi, les réformes et le «managed care», qui visent à diminuer les actes médicaux discrétionnaires et à augmenter les actes pertinents sans nuire à l'accessibilité, cadrent bien dans ce modèle théorique (Docteur, Colby et Gold, 1996).

¹ Docteur ici correspond au nom propre du premier auteur de l'article et ne signifie pas le détenteur d'un M.D.

Pour uniformiser les études et simplifier les comparaisons, Frenk (1992) propose que la meilleure façon d'étudier l'accessibilité passe par une réduction de l'étendue du concept. Un concept trop large, comme celui proposé par Docteur, Colby et Gold (1996), risque de devenir flou et très difficile à opérationnaliser dans toutes ses composantes. Il faut donc une vaste étude pour utiliser ce modèle, comme celle proposée par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. L'équipe de recherche de la Santé publique s'inspire justement de ce modèle car l'objectif est d'évaluer l'impact de la réforme dans son ensemble et parce que ce modèle englobe des éléments qui risquent d'être affectés par les restrictions budgétaires qui ne seraient pas pris en compte dans le modèle de Penchansky et Thomas. Pour les fins de cette étude, nous limitons le concept d'accessibilité à l'accessibilité aux soins rapportée par la population en relation avec les diverses sources d'information.

Maintenant que les diverses dimensions du concept d'accessibilité ont été recensées, nous les reprenons plus précisément en les mettant en relation avec les résultats des différentes études.

2.1.1 Les besoins de soins de santé et la disponibilité

Rappelons brièvement que la disponibilité met en relation le type et le volume de services offerts avec ceux dont la population a besoin (Penchansky et Thomas, 1981). Ainsi nous regroupons dans cette catégorie les résultats concernant les besoins non-comblés en rapport avec les effectifs médicaux et les services dispensés.

Bien qu'il n'existe pas d'étude québécoise d'accessibilité mettant en relation la disponibilité et les besoins, nous pouvons relater le type et le volume de services offerts et nous référer à un rapport sur l'équité d'allocation des ressources dans le champ de la santé physique. Nous nous rabattons ensuite sur les études des autres pays pour traiter du lien entre les besoins et la disponibilité.

En 1995, on observe un ratio de 504,5 personnes par médecins actifs au Québec soit 1 013 personnes par omnipraticien et 1 005 personnes par spécialiste, en augmentation respectivement de 15% et 24% comparé à 1984. Il y a trois régions au Québec qui ont plus de médecins par capita que la moyenne, soit les trois régions où il y a des facultés de médecine et une concentration de soins spécialisés qui desservent une population extra-régionale (MSSS, 1997). Selon le rapport final sur l'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique, la région de Montréal-Centre consomme 8,7% moins d'hospitalisations en fonction de ses besoins que le reste de la population québécoise une fois prises en considération ses caractéristiques d'âge, de sexe et d'état de santé (Comité Tripartite, 1994). Le même écart se reproduit pour l'ensemble des services. Cependant le Comité Tripartite met un bémol sur ces résultats en arguant qu'il se peut fort bien que la population de Montréal-Centre accède à des services de qualité supérieure à la moyenne dont la nature et la composition sont davantage adaptées à ses besoins.

Il est documenté qu'une faible disponibilité de la médecine de première ligne résulte en un plus grand taux d'hospitalisation pour l'hypertension incontrôlée (Schea et coll., 1992). Une des conséquences d'un mauvais accès aux soins consiste en une augmentation des hospitalisations évitables (Bindman et coll., 1995). Cela met en relief l'importance de l'objectif de la Régie Régionale d'augmenter l'accessibilité à la première ligne pour maintenir l'accessibilité tout en fermant des lits.

Pour ce qui est des besoins de santé, qu'ils soient définis par les professionnels de la santé ou par la population, ce sont les meilleurs prédicteurs du volume de services consommés (Aday et coll. 1994). Les sondages sur l'accès aux services de santé de la Robert Wood Johnson Foundation de 1994, 1986 et 1984 montrent qu'environ 6 % de la population aux États-Unis dit ne pas avoir reçu de services médicaux ou chirurgicaux lorsqu'ils en avaient besoin (Berk, Schur, Cantor, 1995). En ajoutant les gens qui disent ne pas avoir reçu les services dentaires, les prescriptions de médicaments, les soins psychiatriques et les services d'optométrie, le taux s'élève à

16 % (donnée disponible uniquement pour 1994). Les adultes relatent plus fréquemment que les enfants des besoins de santé non comblés (21,4% pour les femmes, 15,3 pour les hommes et 9,6 pour les enfants). Les noirs (24%), les hispaniques (18%), les pauvres (24,4%), les non-assurés (33,7%), les personnes sans source régulière de soins (22,1%) et les personnes qui se considèrent en mauvaise santé rapportent des taux plus élevés de besoins de santé non comblés. Cependant, contrairement aux sondages précédents de la Robert Wood Johnson Foundation, les différences entre les régions rurales et urbaines dans les taux de répondants qui mentionnent des besoins de santé non comblés ne se révèlent pas significatives dans celui de 1994 (Berk, Schur, Cantor, 1995).

Au lieu de questionner directement la population, une autre façon d'évaluer les besoins de santé non comblés consiste à comparer les taux d'utilisation des services pour différents groupes et à les mettre en relation avec les niveaux de besoins mesurés par des échelles validées (Aday, Flemming et Andersen, 1984). Ainsi, si deux groupes utilisent le même volume de soins mais que les besoins de l'un des groupes surpassent ceux de l'autre, il y a une iniquité d'accès. Aux États-Unis, bien qu'il n'y ait pas de différence d'utilisation significative selon les revenus ou l'origine ethnique, puisqu'il y a des différences significatives dans les niveaux de besoins de santé², il y a une iniquité d'accès pour les pauvres et les minorités ethniques (Aday, Flemming et Andersen, 1984). Les auteurs rapportent aussi une iniquité entre les habitants des régions rurales, qui consomment moins de services médicaux, que les habitants des régions urbaines mais qui démontrent le même niveau de besoins. Le groupe qui consomme le moins les services de santé, proportionnellement à ses besoins, est celui des non assurés (Aday, Flemming et Andersen, 1984).

² Cette absence de différence dans les niveaux d'utilisation est considérée comme une iniquité d'accès en fonction des besoins puisque les pauvres présentent de plus grands besoins de santé qui devraient se traduire par une plus grande utilisation des services en l'absence de barrières à l'accessibilité (Aday et coll., 1993; Gryten, Rongen, Sorensen 1995)

Concernant les pauvres, Aday et coll., (1993) documentent un problème de disponibilité des services par rapport aux besoins suite à la fermeture de nombreux hôpitaux situés dans des quartiers défavorisés et à la diminution du nombre de praticiens qui acceptent de traiter les patients couverts par Medicaid ou Medicare. Les auteurs expliquent que les médecins qui acceptent de participer à Medicaid et Medicare se font rares car les montants remboursés par le Gouvernement sont inférieurs aux honoraires versés par le réseau privé. Ces résultats sont peu transférables au système de soins de santé canadien vu la couverture publique universelle des services médicaux. Cependant, même dans un pays (l'Australie) où le système de santé est comparable au système canadien selon Roemer (1991), les municipalités plus riches possèdent une plus grande proportion de médecins que les municipalités plus pauvres (Grytten, Rongen, Sorensen, 1995). Toutefois, les taux d'utilisation des services ne sont affectés qu'à partir du moment où le nombre de médecins descend de façon à ce que le nombre de patient par médecin dépasse 2 000 personnes, ce qui est très peu fréquent (Grytten, Rongen, Sorensen, 1995). D'après les données exposées précédemment, la région de Montréal-Centre se situe loin de ce seuil critique.

Il ressort de ces études, d'une part, que les minorités ethniques, les pauvres, les non-assurés et les gens des régions rurales constituent des populations pour qui la disponibilité des services en fonction des besoins est la moins bonne. Aday et coll. recommandent de surveiller particulièrement ces populations lors des réformes puisqu'elles éprouvent déjà des difficultés à combler leurs besoins de soins de santé et que les réformes pourraient engendrer des barrières supplémentaires que la population en général franchirait aisément mais qui constitueraient des obstacles pour ces sous-populations. D'autre part, la disponibilité de la première ligne favorise un meilleur accès aux soins tout en diminuant les hospitalisations évitables. Nous retiendrons donc l'idée de porter attention aux groupes plus à risque de souffrir d'une diminution de l'accessibilité (selon la langue et revenu) et le fait que l'accessibilité de la première ligne est importante pour effectuer un véritable virage ambulatoire.

2.1.2 Barrières financières

Aux États-Unis, 24% des personnes pauvres n'obtiennent pas les services médicaux nécessaires contre 17% dans la classe moyenne et 8% de celles dont les revenus sont supérieurs à 50 000\$ (Berk, Schur, Cantor, 1995). La même étude révèle que dans 50% des cas où un besoin de santé n'est pas comblé, les gens invoquent un motif financier, incluant celui de ne pas trouver de docteur qui accepte les tarifs payés par Medicare ou Medicaid. Mais, bien que le revenu détermine une partie de l'accès, il y a tout de même 45 % des gens aux États-Unis présentant des problèmes d'accès qui ne sont pas pauvres (Berk, Schur, Cantor, 1995). Parmi les personnes ayant visité un médecin durant l'année précédente aux États-Unis, 40% disent ne pas être complètement satisfaites des coûts (Aday, Flemming et Andersen, 1984).

Durant les années 1980, les efforts de réduction des coûts ont engendré une augmentation de la proportion des coûts défrayés par les consommateurs (Aday, Flemming et Andersen, 1984). L'élévation du copaiement (ou de tickets modérateurs) engendre une diminution de l'utilisation des services, particulièrement pour les enfants, les pauvres et les malades chroniques (Aday, Flemming et Andersen, 1984).

Selon une étude australienne réalisée par la méthode des groupes de discussion (*focus group*) (Taylor, 1994), les barrières financières, principalement le coût des médicaments, sont les plus fréquemment invoquées comme source de difficulté d'accès pour les familles pauvres, même dans un système de santé semblable à celui du Canada (Roemer, 1991). Des frais de 2,50\$ par prescription représentent un coût significatif pour les familles à faible revenu. Certaines mères de famille éprouvent un malaise à demander de changer la prescription lorsque le médecin prescrit un médicament qui n'est pas sur la liste des médicaments remboursables. D'autres participants mentionnent le coût de la médication non couverte, par exemple les sirops contre la toux, comme cause de difficulté financière.

Une comparaison des taux de survies entre le Canada et les États-Unis montre une meilleure survie à 1 et 5 ans parmi la population défavorisée économiquement au Canada pour 13 des 15 types de cancers inclus dans l'étude. Une telle différence ne s'observe pas pour la classe moyenne ou supérieure (Gorey et coll., 1997). Les auteurs attribuent cette différence à la couverture médicale universelle prévalant au Canada qui assure un meilleur accès aux traitements coûteux du cancer. Il s'agit d'un lien intéressant entre état de santé, niveau socio-économique et accessibilité. Les études sur l'accessibilité se rendent rarement jusqu'à ses conséquences sur les états de santé des populations.

Toutefois la pauvreté ne se manifeste pas seulement comme barrière financière mais aussi dans les autres dimensions. En effet, des problèmes de disponibilité ont été mentionnés pour les populations défavorisées, la pauvreté créant aussi une distance culturelle et un manque de ressources pour pallier aux autres dimensions de l'accessibilité (Taylor, 1994). Ainsi, les considérations de niveau socio-économique se retrouvent également dans les prochaines dimensions.

Nous pouvons conclure que même de petites augmentations de frais médicaux peuvent constituer une barrière à l'accessibilité surtout pour les plus défavorisés. Dans le cadre de la présente réforme, les franchises à déboursier pour les médicaments ou la facturation par les professionnels de certains services qui étaient couverts avant peuvent causer des problèmes pour les plus pauvres, les enfants et les malades chroniques.

2.1.3 Barrières spatio-temporelles

Cette catégorie fait référence à la distance à parcourir, au temps nécessaire ou à l'effort consenti pour se rendre au lieu de dispensation des soins. Lorsque le coût du

transport est utilisé comme mesure de l'effort, les dimensions financières et spatio-temporelles se confondent.

Une étude populationnelle norvégienne suggère que le temps de transport importe peu dans l'accessibilité, cette variable n'étant pas significative, jusqu'à ce que le temps de transport atteigne le point critique d'une heure. Ces cas demeurent rares en Norvège (Grytten, Rongen, Sorensen, 1995). Aux États-Unis, parmi les gens ayant eu une visite médicale au cours de l'année, 21 % des gens disent ne pas être complètement satisfaits du temps de transport (Aday, Flemming et Andersen, 1984). Cette étude ne recueillait pas le temps de transport en heure mais il semble peu probable que 24% des gens aient à se déplacer plus d'une heure aux États-Unis. L'accessibilité pourrait donc être menacée même en deçà d'un temps de transport d'une heure. C'est ce qu'appuie d'ailleurs une approche centrée sur un groupe à risque qui met en lumière que même une petite distance, comme quelques coins de rues, constitue parfois un obstacle à l'accès pour la population à faible revenu (Taylor, 1994). Par exemple, cette distance devient difficile à parcourir pour une mère pauvre (sans automobile) qui doit amener à pied ou en transport en commun, non seulement l'enfant malade mais ses frères et sœurs, faute de pouvoir se payer une gardienne. Elle perçoit ce déplacement comme une barrière surtout quand elle sait qu'une fois rendue sur place elle devra attendre avec toute sa marmaille (Taylor, 1994).

Nous retiendrons, encore une fois, que l'accessibilité pour la population en générale peut demeurer stable mais que celle d'un groupe à risque peut diminuer lorsqu'on augmente la distance à parcourir pour se rendre au lieu de dispensation de soins. La fermeture de certains hôpitaux risque d'augmenter le temps de transport des gens qui résident à proximité de ces centres. Mais cela risque d'être difficile à mesurer car la clientèle de ces hôpitaux n'est pas nécessairement située dans les quartiers avoisinants.

2.1.4 Barrières organisationnelles

L'accessibilité au niveau de l'organisation des services comprend les heures de rendez-vous hors des heures de travail, les délais avant d'obtenir une consultation et les temps d'attente une fois rendu sur place, l'organisation en système public ou privé, l'usage d'une source régulière de soins, etc.

Aday, Flemming et Andersen (1984) montrent, comme le confirment leurs études précédentes, que le fait d'avoir une source régulière de soins prédit une meilleure accessibilité, une meilleure continuité, une meilleure globalité des soins et une meilleure satisfaction. Cependant si la source usuelle de soins consiste en une clinique externe ou en une urgence d'un hôpital, la relation ne tient plus (Aday, Flemming et Andersen, 1984). Les catégories de gens les plus susceptibles de ne pas avoir de sources régulières de soins sont les noirs, les pauvres et les non assurés. Les cliniques externes et les urgences des hôpitaux sont plus utilisées par les groupes n'ayant pas de source régulière de soins (Aday, Flemming et Andersen, 1984; RRSSS, 1995). C'est pour cette raison que la réforme de Montréal-Centre et celle du système de soins de santé aux États-Unis visent à substituer l'utilisation des urgences et des cliniques externes des hôpitaux par des soins offerts par la première ligne qui coûtent moins cher.

Le contexte des années quatre-vingts aux États-Unis, décrit par Aday, Flemming et Andersen (1984), se compare au contexte actuel au Canada. En effet, les auteurs décrivent un climat de préoccupation concernant la croissance des coûts avec une crainte de faillite du système d'assurance publique due à une trop forte augmentation des dépenses. Ainsi plusieurs programmes de réduction des coûts sont expérimentés à la fin des années 1970 et au début des années 1980, comme le développement de traitements ambulatoires et les mécanismes de compétition entre les hôpitaux (Aday, Flemming et Andersen, 1984).

Durant les années 80, les efforts de réduction des coûts ont engendré des changements organisationnels diminuant l'accès. Ces changements organisationnels sont une

diminution de la couverture en services autant publics que privés, des critères d'éligibilité plus sévères, une augmentation de la proportion de services payés par les consommateurs et des systèmes de remboursement à prix fixes pour diverses conditions médicales (*diagnosis related group: DRG*) servant dans des plans de soins pré-définis (*managed care*) (Aday et coll. 1994). Le système de DRG et les plans de soins ont engendré une diminution des admissions et de la durée de séjour. Cela a engendré des impacts négatifs sur la mortalité post-hospitalisation chez les personnes âgées (Aday et coll. 1994). Les auteurs mentionnent l'absence de mécanismes intégrés de suivi post-hospitalisation, le manque de soins dans la communauté et la surcharge de travail pour les aidants naturels (Aday et coll. 1994).

Un autre changement majeur aux États-Unis est l'accroissement des "*Health maintenance organisation*" (HMO) (Aday et coll., 1994). Les HMO rejoignent peu de clientèle pauvre ou âgée. Ces clientèles ne bénéficient donc pas de la réduction du temps d'attente associée aux HMO. Ils fréquentent les cliniques d'état dont les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous et pour voir le médecin une fois rendu sur place sont plus élevés (Aday et coll. 1994).

Les temps d'attente constituent un bon indicateur d'accès potentiel pour deux raisons. Premièrement, il s'agit d'un des aspects particulièrement sensibles pour le patient (Aday, Flemming et Andersen, 1984). Deuxièmement, les temps d'attente sont tributaires de l'efficacité du système, caractéristique de plus en plus visée par les politiques publiques (Aday, Flemming et Andersen, 1984). Aux États-Unis, 83% des gens n'attendaient pas plus de 30 minutes, 12% attendaient entre 30 et 60 minutes et 5% attendaient plus de 60 minutes. Les pauvres et les minorités ethniques attendent plus longtemps, 28% des pauvres appartenant à une minorité ethnique attendent plus de 30 minutes contre 14 % des non pauvres blancs. Il s'agit de la dimension pour laquelle le taux d'insatisfaits est le plus élevé après les coûts: 31 % des gens disent ne pas être complètement satisfaits des temps d'attente (Aday, Flemming et Andersen, 1984).

Nous retiendrons de ces études que les temps d'attente constituent une dimension sensible de l'accessibilité. Nous retiendrons également que les durées de séjour réduite et la diminution des admissions ont engendré des difficultés accrues pour les personnes âgées qui forment donc un groupe à risque pour la présente réforme. La réforme de Montréal-Centre vise à substituer les cliniques privées et les CLSC aux urgences et cliniques externes des hôpitaux comme sources de soins. Cette mesure devrait améliorer l'accessibilité à moins que le transfert soit de clientèle, soit de ressources, ne s'effectue pas ou pas aussi rapidement que prévu. Il sera intéressant de comparer dans le temps les taux d'utilisation de ces divers lieux de dispensation de services.

2.1.5 Barrières psychosociales

Les barrières au niveau psychosocial comprennent les difficultés reliées à la langue, à la distance culturelle et à la conception de la maladie entre les travailleurs de la santé et les différents groupes de la population (groupes ethniques et classes sociales) (Paquet, 1989). Plusieurs études démontrent des liens entre les statuts socio-économiques ou culturels défavorisés et (1) des délais d'attente trop longs entre la perception d'un besoin et l'utilisation de services pour le satisfaire, (2) des difficultés reliées au transport et la proximité des services (St-Peter et coll., 1992) (Taylor, 1994) (Shannon et coll., 1978). Cette vulnérabilité socio-économique et/ou culturelle pourrait expliquer un accès différentiel aux soins (Schwartz et coll., 1990), incluant le maintien à domicile (Wallace, 1990), les soins en institution de longue durée (Falcone et Broyle, 1994) et les services psychiatriques (Ruiz, 1993).

L'une des barrières à l'accessibilité pour les familles bénéficiant de l'aide sociale ou pour les personnes âgées provient de la gêne ressentie lorsqu'elles doivent demander à leur médecin de modifier leur prescription pour substituer un médicament non couvert par un autre dont le coût est couvert par le gouvernement (Taylor, 1994). Une

autre barrière origine de la langue ou du niveau de langage utilisé par les professionnels de la santé qui peuvent ne pas être compris par les patients (Taylor, 1994).

L'éducation et l'âge jouent un rôle important dans l'utilisation des services préventifs (Aday et coll. 1994). Le manque d'éducation constitue une barrière à l'utilisation des services préventifs.

Ainsi la dimension psychosociale agit comme une variable de confusion par rapport aux dimensions financière, spatio-temporelle et organisationnelle de l'accessibilité. Cette dimension de l'accessibilité ne devrait pas être affectée directement par la réforme qui ne modifie pas les caractéristiques psychosociales ni des travailleurs de la santé ni de la population. Cependant, d'autres changements concomitants dans la société pourraient influencer cette dimension comme l'appauvrissement, l'afflux d'immigrants et le décrochage scolaire.

Nous retiendrons que les caractéristiques socio-économiques (langue, revenu, éducation, âge et compréhension du système de soins) reflètent des caractéristiques psychosociales qui peuvent être vues comme des barrières à l'accessibilité. Ainsi, ce ne serait pas seulement à cause d'une plus grande pauvreté mais aussi à cause d'un autre modèle explicatif de la maladie ou d'une autre perception du corps et du système de soins de santé que les gens plus défavorisés, moins éduqués ou d'autres origines ethniques utiliseraient moins les services.

2.1.6 Résultats obtenus par l'équipe de recherche de la Santé publique

Ces analyses sont effectuées avec la même banque de données que celle utilisée dans le présent mémoire. Nous présentons les résultats sur l'accessibilité mais l'enquête porte sur plusieurs autres aspects. Cette enquête se base sur un sondage répété en trois temps différents soit en mars et avril, 1996, 1997 et 1998. Les résultats sommaires

présentés ici ne concernent que 1996 et 1997, l'analyse de ceux de 1998 n'étant pas complétée.

Concernant l'accessibilité organisationnelle, les analyses démontrent que la proportion de personnes ayant perdu des heures de travail pour une visite médicale a diminué entre mars 1996 et avril 1997. La distribution des moments de consultation n'a pas varié, mais une proportion significativement moins grande de répondants étaient insatisfaits du moment où ils ont obtenu leur dernière consultation (6,5% à 1,9%).

En ce qui a trait à l'accessibilité économique, les proportions de gens ayant été obligés de payer des honoraires professionnels (7,3% en 1996 et 4,4% en 1997), de déboursier un montant d'argent pour des médicaments ou pour des tests de laboratoire qui n'étaient pas remboursés par une assurance sont demeurées inchangées. Il semble donc que du point de vue économique l'accessibilité n'a pas été modifiée.

Sur le plan de l'accessibilité spatio-temporelle, pour leur dernière consultation, les gens consultent en majorité avec rendez-vous (67% en 1996 et 68% en 1997) ce qui prédit un meilleur accès (Aday et coll., 1991). Au total (il n'y a pas de différence entre les deux années), 13% ont obtenu leur rendez-vous en une journée, 38% en moins d'une semaine, 31% entre une semaine et un mois et finalement 18,2% en plus d'un mois. Plus de quatre répondants sur cinq dans les deux années (80% et 84%) ont estimé que ce délai d'attente était raisonnable. Une fois rendus sur les lieux de consultation, la majorité des répondants a attendu moins de 30 minutes. La majorité (74,1% au total pour les deux années) a estimé que ce temps d'attente était raisonnable. Encore une fois, il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour les deux années. Le moyen de transport privilégié par près de 60% des répondants pour se rendre à la consultation était l'automobile pour les deux années. Plus de 80% des répondants ont pris moins de 30 minutes pour se rendre à la consultation, sans qu'il y ait de différence significative entre les deux années.

L'utilisation nous renseigne sur le résultat de l'accessibilité au système. Entre 1996 et 1997, le type de professionnels consultés ne s'est pas modifié (63% en 1996 avaient consulté un généraliste, un spécialiste, une infirmière ou un pharmacien contre 66% en 1997). Le généraliste et le pharmacien sont les deux professionnels les plus consultés par la population. La comparaison avec les données d'autres enquêtes est difficile étant donné un critère de temps différent soit 2 mois dans la présente enquête et 2 semaines pour les enquêtes de Santé Québec. Cette dernière enquête établissait ce taux de consultation à 25% pour les deux dernières semaines. Cependant lors du sondage de la première vague, 28% avaient consulté dans les deux dernières semaines mais cette question a été enlevée pour réduire le temps de l'entrevue téléphonique.

Le type de services de santé utilisé s'est quand à lui modifié avec une augmentation de la proportion des consultations en CLSC (9 à 14%) et en clinique ou polyclinique (25 à 29%). Il n'y a pas eu de modification de la proportion de gens ayant consulté l'urgence d'un hôpital (14 et 15%) ou la clinique externe de l'hôpital (16% et 17%), ni de celle des gens ayant été hospitalisés (7% à 5%). On remarque en fait que la proportion de personnes ayant visité l'un ou l'autre des services a augmenté d'une façon significative entre le temps un et le temps deux en passant de 42,6% à 49,6%. Compte tenu que l'état de santé (mesuré par une question sur l'état de santé perçu, question 1, annexe 5) ne s'est pas réellement modifié au cours de l'année, il semble que l'augmentation de la disponibilité des services sans rendez-vous a simplement permis à un plus grand nombre de personnes de consulter les services de santé mais n'a pas eu l'impact voulu sur les urgences.

Les modalités générales de consultation n'ont pas changé au cours des deux années, près de 70% des personnes, consultent un généraliste avec rendez-vous, un peu plus de 20% consultent sans rendez-vous et moins de 10% choisissent selon la situation. On note cependant que les répondants les plus jeunes, les hommes et ceux qui travaillent ont davantage tendance à consulter sans rendez-vous. Les auteurs

concluent que l'utilisation des services, telle que mesurée dans leur étude, n'a pas été négativement atteinte par la transformation du réseau. L'utilisation des services étant la résultante de l'accessibilité, il n'y aurait pas eu de diminution de l'accessibilité aux différents types de professionnels, ni aux divers établissements, ni aux divers services questionnés par l'étude.

Il y aurait cependant eu des changements de perception. Le rapport, en plus de traiter de l'accessibilité, aborde les sujets de la confiance dans le système de santé, de l'état de santé et de l'utilisation. La confiance dans le système de santé a diminué de façon significative passant de 33% à 16% de 1996 à 1997. Les gens font moins confiance aux hôpitaux (la proportion de gens qui leur font confiance est de 40% en 1996 et de 30% en 1997) et aux cliniques (37% en 1996 contre 31% en 1997). Mais la confiance dans les CLSC ne s'est pas modifiée. Une plus grande proportion de gens se dit préoccupée par la réforme (31% en 1996 contre 38,7% en 1997). Et la proportion de personnes favorables à cette réforme a diminué de façon significative (8% en 1996 à 4,5% en 1997). Il y a une plus grande proportion de gens qui affirme être en désaccord avec l'idée qu'il soit normal de fermer des hôpitaux compte tenu des compressions budgétaires dans le domaine de la santé (le désaccord est passé de 20% en 1996 à 25% en 1997). La proportion de personnes qui ne s'objecteraient pas à une privatisation des services de santé a diminué de 26% à 21%. En d'autres mots, il y a plus de gens qui s'objecteraient à la privatisation du système de santé. Le constat de ce rapport est que l'opinion générale des gens par rapport à la réforme est devenue plus négative entre 1996 et 1997.

Donc l'accessibilité réelle ne semble pas avoir été affectée par la réforme contrairement aux diverses perceptions, ce qui vient renforcer la pertinence de la présente étude qui cherche à comprendre les sources d'influence de ces perceptions.

2.1.7 Accessibilité perçue

Maintenant que nous avons présenté la littérature concernant l'accessibilité réelle, attardons-nous à celle relative à l'accessibilité perçue. Car l'accessibilité perçue est celle qui a une influence sur les opinions politiques, sur les positions de la population concernant les réformes et sur les comportements. En effet, les gens agissent en fonction de leur perception et non en fonction de la réalité, même en ce qui a trait aux comportements d'utilisation des services (Docteur, Colby et Gold, 1996; Cosnier, 1988; Huot, 1994).

La perception de l'accessibilité se subdivise en divers niveaux d'après la littérature (Aday et coll., 1984; Aday et coll., 1993; Culbertson et Stempel, 1985). Il existe d'abord une distinction entre une perception du système de soins de santé par rapport aux besoins de la société et une perception des services reçus pour ses besoins personnels (Culbertson et Stempel, 1985). La perception de la société consiste en une perception sur l'accès des gens en général au système de soins de santé et non sur l'expérience propre du sujet avec le système. Il s'agit de ses croyances par rapport à la façon dont l'ensemble de la population expérimente l'accessibilité aux services de santé. La perception personnelle fait plutôt référence à la façon dont l'individu expérimente sa propre interaction avec le système de santé au niveau de l'accessibilité. Ces deux niveaux d'accessibilité (de la société et personnelle) peuvent porter sur les diverses dimensions du concept d'accessibilité présenté auparavant ou sur l'accessibilité en général (Aday et coll., 1984).

En moyenne, aux États-unis, pour l'année 1982, 6% trouvent l'accès plus difficile que par les années passées et 5% trouvent l'accès plus facile. Mais si le support financier majeur de la famille est sans emploi, le taux de gens qui évaluent l'accès comme plus difficile s'élève à 17% (Aday, Flemming et Andersen, 1984). Rappelons que le contexte du début des années quatre-vingts aux États-Unis, décrit par Aday, Flemming et Andersen (1984), se compare en partie au contexte actuel au Canada

(crainte d'une trop forte augmentation des coûts dans le système public et expérimentation de divers réforme pour contrôler ce phénomène).

Nous retiendrons que l'accessibilité perçue comprend un niveau sociétal et un niveau personnel, qu'on peut évaluer de façon globale ou plus spécifique en se référant aux temps d'attente, aux coûts etc. Mais, l'accessibilité aux services de santé a été principalement étudiée en questionnant la population concernant les différentes dimensions de l'accessibilité qu'elle expérimente avec le système et sur l'accessibilité perçue en générale sans élaborer sur les déterminants de ces perceptions autres que les barrières réelles à l'accessibilité. Et, les perceptions se forment selon des mécanismes complexes qui ne prennent pas seulement en compte l'expérimentation réelle (Docteur, Colby et Gold, 1996; Cosnier, 1988; Huot, 1994). D'où notre choix d'étudier plus en profondeur cette perception de l'accessibilité et d'utiliser un concept aussi large que l'accessibilité générale car celui-ci intègre d'autres phénomènes que l'accessibilité réelle (Aday, Flemming et Andersen, 1984), de là aussi la nécessité de faire appel aux connaissances du domaine des communications.

2.1.8 Conclusion

En résumé, actuellement, aux États-Unis, d'importantes iniquités d'accès persistent malgré l'entrée en vigueur de *Medicare* et *Medicaid* pour les personnes plus âgées, les plus pauvres, les minorités ethniques, les non assurées et les autres groupes à risque définis précédemment, que l'accès soit évalué par la population en terme de besoins de santé non comblés, de difficulté à obtenir des soins ou de niveau d'utilisation selon les besoins (Berk, Schur, Cantor, 1995; Aday, Flemming et Andersen, 1984; Aday et coll., 1993). Cet accès s'est tout de même amélioré par l'entrée en vigueur, dans les années 1960, des programmes de couvertures publiques des soins de santé. Mais il semble potentiellement diminué par les vagues de restrictions budgétaires des années 1980-90 semblables à celles vécues au Canada actuellement (Aday et coll., 1993). L'impact du contrôle des coûts se ressent donc particulièrement par l'absence

d'investissements supplémentaires nécessaires pour diminuer les importantes iniquités d'accès persistantes malgré *Medicaid* et *Medicare*. Les auteurs renvoient alors le débat à savoir si ces iniquités sont acceptables ou non sur les plans éthique et politique.

En Norvège, pays ayant une couverture universelle des soins de santé, ni les barrières financières, ni les barrières spatio-temporelles ni les barrières psychosociales ne semblent avoir d'impact sur l'accessibilité aux services pour les populations pauvres (Grytten, Rongen, Sorensen, 1995). Les populations pauvres sont plus malades, ce qui se traduit par une plus grande utilisation des services. Ainsi, les pauvres utiliseraient les services réellement selon leurs besoins sans que des barrières interviennent comme aux États-Unis où les pauvres présentent de plus grands besoins de santé que les riches mais ils n'utilisent pas plus (Aday, Flemming et Andersen, 1984). Il en résulte un niveau de besoins non comblés beaucoup plus élevé pour les pauvres que pour les riches. Les auteurs norvégiens concluent que le système de soins de santé de leur pays a atteint l'équité d'accès.

Au Canada, bien que les soins médicalement nécessaires soient couverts par l'assurance maladie diminuant ainsi de beaucoup les barrières financières, les barrières associées au lieu, au temps, à l'attitude, au langage et aux valeurs persistent pour les populations défavorisées (Stewart, 1990).

Dans la région de Montréal-Centre, au plan spatio-temporel et organisationnel, il est possible que les fermetures d'établissements, les changements de vocation d'établissement et la réorganisation du réseau affectent les délais pour l'obtention d'un rendez-vous, le temps entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous, l'attente une fois rendu sur les lieux des services, le temps de transport et les plages horaires de disponibilité des services.

L'accessibilité financière aux services pourrait être influencée si les coupures budgétaires entraînent une augmentation de la facturation de différents types de fournitures médicales ou de différents honoraires professionnels. Une augmentation du coût de transport pourrait résulter de l'éloignement de la source de soins suite aux fermetures d'établissements. Une augmentation des temps d'attente pourrait occasionner plus de frais de garde. Quant à l'introduction du régime d'assurance médicament, elle pourrait faciliter l'accessibilité financière pour les catégories qui ne disposaient d'aucune assurance. Par ailleurs, les personnes âgées, les assistés sociaux et les malades³, devront déboursier des montants supplémentaires ce qui risque de diminuer leur accessibilité financière. Or, nous savons que ces groupes sont à risque au plan de l'accessibilité et que même des frais peu importants peuvent constituer pour eux un obstacle à l'accessibilité.

On trouve cependant peu d'études sur l'impact d'autres sources d'information que l'expérience avec le système de santé sur la perception de l'accessibilité, ni même sur les liens entre l'accessibilité de la société et l'accessibilité personnelle. Par contre la revue de littérature du domaine des communications apporte certaines informations complémentaires qui sont utiles pour mieux comprendre ces phénomènes.

2.2 La communication

Nous tentons par cette étude de comprendre les éléments qui influencent la perception de l'accessibilité au système de santé suite à la réforme puisque cette réforme peut inquiéter la population.

L'étude d'impact des médias de masse se concentre aujourd'hui sur deux champs (Lorimer 1994). Le premier champ analyse la capacité des médias d'encourager ou de cultiver une position positive ou négative concernant certains enjeux sociaux

³Certains programmes gouvernementaux fournissaient la médication pour plusieurs malades sans assurance lorsqu'il s'agissait de traitements coûteux et efficaces. Les patients hospitalisés aussi

("cultivation analysis"). Le deuxième champ étudie l'impact des médias sur la détermination des sujets qui constituent les enjeux sociaux et ne s'attarde pas à ce que les gens pensent de ces sujets. Il s'agit du phénomène d'"agenda setting". Nous concentrerons nos efforts sur la question des positions positives ou négatives car la question ici n'est pas de déterminer si la réforme du système de santé constitue un enjeu social mais de savoir si elle est perçue positivement ou négativement. Cependant nous traiterons brièvement de l'"agenda setting" car les groupes qui amènent les sujets sur la place publique ont tendance à structurer le débat autour des questions qui les touchent directement et qui ne touchent pas nécessairement tous les enjeux soulevés par un problème (Lorimer 1994).

Pour bien cerner le sujet, nous examinons d'abord les fonctions des médias et le pessimisme social qu'il peut en résulter. Nous poursuivons avec le phénomène de la perception sélective des stimuli. Nous en venons ensuite aux analyses de contenu des médias et à leur impact sur l'auditoire. Les limites de ces conceptions de la relation entre médias et auditoire nous amènent à concevoir l'interaction entre les deux comme un phénomène complexe et récursif, dans lequel intervient l'entourage. Nous terminons alors cette section par la mise en relation de l'influence des médias et de l'entourage. Suite à cela, nous appliquons ces concepts au cas de l'accessibilité aux services de santé dans un contexte de réforme.

2.2.1 Fonctions des médias et pessimisme

En regard de certains sujets d'intérêt, les médias de masse peuvent engendrer un certain pessimisme dans la perception de la société (Beauchamps et coll., 1991; Culbertson et Stempel, 1985; Bouchard et Renaud, 1991). Les médias de masse remplissent quatre fonctions principales (Bouchard et Renaud, 1991):

1. Chien de garde de l'environnement (bien que cette dénomination soit celle des auteurs nous préférons le terme vigie, que nous utiliserons par la suite): avertir des dangers potentiels, de la déviance par rapport à la normalité et donner de l'information instrumentale sur l'environnement pour pouvoir mieux fonctionner dans la société;
2. Interprète: sélectionner dans la multitude d'informations celles jugées pertinentes pour la société, l'évaluer et l'interpréter par sa mise en relation avec les autres informations;
3. Vente: vivre en grande partie des publicités implique de se vendre pour récolter un auditoire et de vendre les produits annoncés sinon la publicité ne constituerait pas un investissement rentable, de sorte que les pressions économiques exercent une influence sur le contenu de ces médias.
4. Divertissement: distraire la population et diffuser la culture.

La fonction de vigie concorde avec l'hypothèse d'un pessimisme de la société. En effet, en avertissant des dangers et en focalisant sur ceux-ci, la couverture médiatique tend vers la critique et se concentre sur les points faibles de la société.

Les fonctions des médias peuvent se voir de bien d'autres façons. Beauchamps et al, (1991) subdivisent plus finement, mais de façon très semblable, les fonctions des médias. Ils en arrivent aussi à la conclusion que les médias, qui focalisent sur certains aspects, comme les positions extrêmes et les conflits, peuvent influencer l'opinion publique vers une perception pessimiste des événements (Beauchamps et coll. 1991).

Voici les six fonctions qu'ils proposent:

1. fournir de l'information relative au débat public,
2. éclairer le public de telle sorte qu'il soit en mesure de se gouverner,
3. sauvegarder les droits individuels reconnus,
4. vivifier le système économique,
5. divertir,
6. assurer l'autonomie financière.

L'étude de Culbertson et Stempel (1985) s'intéresse aux explications plausibles de l'apparente contradiction entre d'une part les perceptions pessimistes concernant divers aspects de la société américaine et d'autre part un optimisme concernant sa vie personnelle. Ils testent l'hypothèse que les perceptions de la société sont influencées par la couverture médiatique mais que les perceptions individuelles proviennent principalement de l'expérience personnelle. L'étude porte sur un échantillon aléatoire de 415 sujets issus de la population de l'Ohio. Les questions abordent la perception de la société et la perception personnelle des thèmes suivant:

- la capacité des médecins à traiter les gens comme des personnes entières,
- la relation patient-médecin,
- la disponibilité des services,
- le système de santé en général.

Voici un exemple de perception personnelle versus de la société utilisé par Culbertson et Stempel (1985):

Perception de la société: «*Excellence of the american health care system as a whole*»;

Perception individuelle: «*Excellence of health care received in past five years by respondent and family*».

Les auteurs questionnent aussi les répondants sur leur perception de la couverture médiatique dans le domaine de la santé. Ils ont vérifié les corrélations entre la perception individuelle, la perception de la société et la couverture médiatique. Les auteurs ont décelé des corrélations significatives au seuil de $p=0,01$ entre la

perception individuelle et la perception des médias pour tous les thèmes sauf celui de la capacité des médecins à traiter les individus comme des personnes entières. Ces corrélations étaient plus fortes entre les perceptions des médias et les perceptions de la société; elles étaient significatives pour les quatre thèmes abordés (r de 0,13 à 0,23). Les perceptions au niveau sociétal se sont révélées plus négatives que les perceptions individuelles. Mais étant donné les faibles coefficients de corrélation entre la perception de la couverture médiatique et les perceptions des différents thèmes, les auteurs concluent à l'observation d'un faible effet de pessimisme engendré par les médias au niveau sociétal.

Plusieurs critiques peuvent être adressées à cet article. D'abord, la formulation différente des questions pour les perceptions de la société et les perceptions individuelles engendre un biais dans la comparaison des réponses de ces deux niveaux. Ensuite, ils ne testent que la moitié de leur hypothèse. Ils ne vérifient pas dans quelle mesure ces perceptions sont associées à l'expérience personnelle ou au contact avec le système de santé. Finalement, l'effet de pessimisme des médias n'est pas directement relié au contenu des médias mais bien à la perception qu'ont les gens de ce contenu médiatique. Or cette perception des médias est soumise au phénomène de perception sélective dont nous parlerons plus loin.

Nous retiendrons qu'il serait intéressant de vérifier l'impact du contact avec le système de santé et l'expérience personnelle dans la détermination de l'impact des médias et des autres sources d'information. Nous retenons l'hypothèse d'explication de l'apparente contradiction entre les niveaux de perception de la société et personnelle par l'effet des médias. Mais il faudra également tenir compte des phénomènes de perception sélective que nous abordons dans la section suivante.

2.2.2 La perception sélective

Le phénomène de perception sélective fait en sorte que les gens ont tendance à sélectionner des informations conformes à leurs attentes, à leurs représentations, à leurs intérêts, à leurs humeurs, à leurs valeurs, à leurs souvenirs et à leurs expériences ainsi que des informations répondant à leurs besoins. Ce phénomène origine de l'impossibilité pour le cerveau de traiter l'ensemble des stimuli car ils se présentent en trop grand nombre (Godefroid, 1991; Kassarian et coll., 1981; Beauchamps, 1991; Milio, 1990). Cela peut nous aider à comprendre pourquoi deux personnes, bien qu'ayant assisté au même événement, auront deux versions différentes des faits, chaque personne ayant sélectionné certains éléments du contexte global pour ensuite généraliser. En plus de ne percevoir que ce qu'ils sélectionnent, les individus s'exposent volontairement à certains stimuli qui répondent à leurs attentes, à leurs intérêts, à leurs besoins... Ce phénomène se nomme l'exposition défensive (Beauchamps, 1991; Milio, 1990). Ainsi, même si la couverture médiatique est plutôt neutre, les gens ne la perçoivent pas neutre à moins qu'eux même adoptent une position de neutralité sur le sujet.

Pour contrôler en partie ce processus de perception sélective et d'exposition défensive dans l'étude de Culbertson et Stempel, les perceptions individuelles ont servi de variables contrôle dans la corrélation entre les perceptions de la société et les médias. Les perceptions de la société constituaient également un contrôle dans la relation entre la perception individuelle et les médias. Ce mécanisme de contrôle demeure très limité dans la mesure où les auteurs postulent qu'il s'agit de deux perceptions différentes. En effet, les attentes qui filtrent ces perceptions par rapport à son propre médecin et celles par rapport au système de santé dans la société diffèrent. Les perceptions au niveau personnel sont teintées d'une relation avec des professionnels à qui l'on délègue une part de pouvoir sur soi-même, à qui l'on confie la responsabilité d'agir en son nom ou de décider ce qui est le mieux pour soi, ce qui demande un

minimum de confiance et d'attente de résultat. La relation avec la société ne correspond pas à ce type de relation personnelle.

D'autre part, ce mécanisme ne contrôle pas vraiment pour l'effet de la perception sélective puisqu'il est impossible de déterminer le point de départ de la formation de l'opinion. Il est impossible de déterminer si les médias ont engendré une perception sélective des expériences personnelles vécues ou si ce sont ces expériences personnelles qui ont engendré une sélection particulière d'informations dans les médias.

En fait le mécanisme de contrôle proposé intervient au niveau de l'effet halo et de la généralisation. Par l'effet halo, une impression générale teinte l'évaluation de traits particuliers (Kassarjian et coll. 1981; Benadou et coll. 1994). La généralisation consiste par ailleurs à utiliser des cas particuliers pour tirer des conclusions générales (Kassarjian et coll. 1981; Benadou et coll. 1994). Ces effets se retrouvent dans l'étude de Culbertson et Stempel. L'évaluation de la société devrait teinter l'évaluation dans la vie personnelle. Et les traits spécifiques dans la vie personnelle devraient engendrer une généralisation à la société en général. Mais encore là, il est impossible de déterminer le point de départ de ces influences réciproques. Les corrélations entre la perception de la société et les perceptions individuelles dans l'étude de Culbertson et Stempel (1985) sont de 0,26 pour le système de santé, de 0,29 pour la relation patient-médecin, de 0,03 pour la disponibilité des services et de - 0,18 pour la préoccupation de la personne entière. L'effet halo et/ou la généralisation interviendraient dans la perception du système de santé et dans la perception de la relation patient-médecin mais n'apparaîtraient pas dans la perception de la disponibilité des services ni dans la perception de la préoccupation de la personne entière.

Il semble donc plutôt illusoire de contrôler ces phénomènes de perceptions sélectives, d'exposition défensive, de généralisation et de halo. Il aurait été préférable que les auteurs argumentent premièrement sur les conditions pour qu'un phénomène soit

perçu et deuxièmement sur les études qui associent directement le contenu des médias à l'opinion publique plutôt que de relier la perception des médias par la population à la perception d'un enjeu.

2.2.3 Conditions pour percevoir un phénomène

Pour qu'un événement soit perçu, il faut qu'il soit capable de déclencher ou de maintenir une réaction d'orientation permettant à l'individu de concentrer ses sens sur lui. Sans *attention*, il ne peut y avoir perception. Notre attention est attirée par la *nouveauté*, la *complexité* ou l'*intensité* d'un événement (Godefroid, 1991). L'effet de *répétition* est également bien connu (ex: message publicitaire). La réforme du système de santé répond à ces trois caractéristiques qui attirent l'attention. Il s'agit d'une réforme qui se déroule actuellement (nouveauté). La réforme se veut une restructuration en profondeur par les sommes impliquées et par le nombre et l'importance des acteurs engagés (fermeture d'hôpitaux, transfert vers les CLSC, fusion des hôpitaux universitaires, diminution des ressources humaines...) (RRSSS-MC, 1995). Cette réforme constitue donc un phénomène complexe et intense dont les nouveaux développements engendrent une répétition de ce sujet dans l'actualité.

Maintenant que la réforme répond aux caractéristiques de la mobilisation de l'attention, nous pouvons nous intéresser à l'analyse des contenus médiatiques et à l'impact des médias.

2.2.4 Les analyses de contenu et l'impact des médias

Beauchamps et coll. (1991) identifient trois sources de stimuli qui influencent l'opinion: l'expérience, la socialisation et les médias de masse. Énoncé différemment, Godefroid (1991), mentionne qu'il s'agit d'un processus continu qui dépend de nos expériences personnelles mais aussi beaucoup de la communication avec

l'environnement. Selon Bouchard et Renaud (1991), pour que les médias engendrent un impact, trois conditions sont nécessaires. Premièrement, la population doit être exposée aux médias. Deuxièmement, elle doit s'intéresser et comprendre l'information. Et finalement, le contenu des médias doit provoquer un changement au niveau des connaissances, des attitudes ou des comportements. Il s'avère donc intéressant dans la recherche d'impact, de tester chacune de ces conditions.

Une étude réalisée par Jordan (1993) nous apprend qu'un seul texte modérément favorable concernant un enjeu donné, provenant d'un éditorialiste ou d'un commentateur de nouvelles⁴ du New York Times, peut être associé de façon significative au seuil de 0,05 à un changement de 1% de l'opinion publique aux États-Unis. Dans le cas des déclarations d'un expert, un texte modérément favorable s'associe à un changement de 2 % de l'opinion publique. La méthodologie employée pour arriver à cette conclusion consiste à utiliser les résultats de sondages effectués par les maisons de sondages américaines⁵ sur 33 questions de politique intérieure et 18 questions de politique externe. L'intervalle auquel les maisons de sondage ont répété leurs questions variait de 1 à 6 mois. L'opinion au temps un sert de contrôle pour l'opinion au temps deux. Le contenu du New York Times est analysé durant toute cette période et l'analyse couvre même les deux mois avant le premier sondage. Ce devis permet d'associer des changements dans l'opinion publique à des changements dans la couverture médiatique.

Dans une étude similaire à celle de Jordan mais concernant l'impact des nouvelles télévisées, Page, Shapiro et Dempsey (1987) associent une seule nouvelle favorable d'un commentateur de nouvelles ou d'un expert avec un changement respectivement de 4 et de 3,5 pourcent de l'opinion publique. Les résultats de ces deux études montrent également que les déclarations des membres de l'administration publique,

⁴ Les termes éditorialistes et commentateurs de nouvelles constituent la traduction libre de «news commentary et network commentators», terme utilisé dans la version originale de l'article en langue anglaise.

⁵ Ces sondages proviennent de Harris, Gallup, NBC, CBC, New York Times.

des partisans, des parties de l'opposition, des groupes d'intérêts, des événements rapportés et des pays étrangers ne sont pas corrélées avec les changements de l'opinion publique (Jordan, 1993; Page, Shapiro et Dempsey, 1987). Cependant pour une catégorie, celle des déclarations du président, leurs résultats diffèrent. Il est possible que l'impact des déclarations du président varie selon la popularité de ce président et que l'influence d'une déclaration du président se prête à la télévision qui met plus d'emphasis sur la personnalité que les médias écrits (Jordan, 1993).

Cette étude comporte des limites. L'auteur ne discute pas des facteurs d'influence des diverses sources étudiées. La crédibilité, l'attrait et l'autorité sont des attributs de la source qui jouent tous de façon à aider la persuasion du public (Beauchamps et coll., 1991). La crédibilité explique sans doute la capacité d'influence des experts et des commentateurs de nouvelles, tandis que pour le président s'ajoute l'attrait et l'autorité. L'autorité correspond au pouvoir de sanction. Le gouvernement, qui élabore les lois, détient une partie de ce pouvoir (Beauchamps et coll., 1991). Mais la crédibilité du président varie selon les mandats et selon les sujets.

Jordan (1993) analyse l'impact des médias en fonction de la source et de l'attitude qu'ils projettent mais ne tient pas compte du niveau d'argumentation (rationnel versus émotif). Or, les messages axés sur un contenu émotif d'un sujet persuadent d'avantage que les messages rationnels (Beauchamps et coll., 1991).

Une autre limite origine, encore une fois, de l'interférence de la perception sélective et de l'exposition défensive. Étant donnée que la fonction des médias est de se vendre et que les opinions qui répondent aux attentes de la population sont plus populaires (comme il a été expliqué précédemment), il se peut que les changements dans la couverture médiatique reflètent un changement dans l'opinion publique plutôt que l'inverse. En effet, les journaux et les médias adopteraient l'opinion conforme à un groupe donné pour créer et conserver cet auditoire. Le processus de perception sélective et d'exposition défensive permet aux médias de masse d'augmenter leur

auditoire en reflétant intentionnellement les attentes de cet auditoire. Milio (1990) le formule ainsi:

«Media may gear the presentation of news to the preferences of certain audiences, for example, in order to develop a particular consumership for advertisers.»

Cependant l'opinion publique au temps un n'est pas corrélée avec les commentaires des éditorialistes, des commentateurs ou des experts au temps deux. Ce fait réfute en partie l'argument d'une adaptation des attitudes véhiculées dans les médias par les commentateurs ou les experts en fonction des attentes de l'opinion publique et amène à constater l'impact de l'"agenda setting".

L'impact de l'"agenda setting" passe par le mécanisme de réduction-extention, qui consiste à focaliser sur un élément dans l'ensemble global des informations et des faits disponibles. Ce focus découle de la capacité limitée de traitement de l'information et de la multitude de stimuli présents. Ensuite, l'événement est à nouveau étendu pour le présenter. Ce phénomène correspond à ce qui se produit lorsqu'on utilise un télescope: on réduit l'étendue du champs de vision pour grossir un éléments qui occultent tous les autres dans le champs de vision réduit (Bouchard et Renaud, 1991). Le processus de réduction-extension fournit au média le pouvoir de sélectionner les éléments autour desquels il y aura débat (Beauchamp et coll., 1991; Bouchard et Renaud, 1991).

Par exemple, lors d'une étude portant sur l'impact d'une campagne de prévention des maladies cardio-vasculaires, la couverture médiatique a essentiellement mis l'accent sur les facteurs individuels et les habitudes de vie défavorables alors que pratiquement aucune mention n'a été faite des facteurs tel le chômage bien que ces facteurs aient fait l'objet de conférences de presse par les médecins (Brännström et coll. 1994). De là plusieurs auteurs mentionnent que les médias de masse influencent principalement par le choix des sujets discutés, par le phénomène d'"agenda setting"

(Payne, Scott et Bankus, 1989; Milio 1990). Voilà un autre exemple: une proposition de réforme majeure du système de santé aux États-Unis développée par l'Université de Harvard et lancée lors d'une importante conférence de presse n'a fait l'objet d'une mention que dans 5% des journaux nationaux. Ainsi, la fonction de réduction-extension peut occulter au yeux du public des éléments importants pour la formation d'une opinion. Les médias, en agissant de la sorte, fixent les paramètres du problème et sa définition. Ces paramètres et cette définition proviennent fréquemment directement des sources des journalistes (Milio, 1990), d'où l'intérêt de plusieurs types d'intervenant en santé de tenter d'influencer le débat en se rapprochant des journalistes (Bouchard et Renaud, 1990). De là l'inclusion dans le modèle conceptuel de l'importance accordée aux discussions avec les professionnels de la santé.

Dans le cas de l'accessibilité aux services de santé, un accent particulier mis sur les fermetures d'hôpitaux, les coupures budgétaires et les diminutions de ressources humaines qui peuvent constituer des dangers et qui sont amenées sur la place publique par les divers professionnels touchés par ces mesures pourraient occulter les mesures pour favoriser l'accessibilité. Ainsi, il pourrait être intéressant de vérifier ce que la population connaît des mesures de cette réforme. Dans cette optique, la Régie Régionale effectue une campagne de publicité donnant des informations sur les services accessibles à proximité des hôpitaux fermés et sur les nouveaux services offerts tel Info-Santé et les services médicaux dans les CLSC (RRSSS, 1995). En plus, la Régie postule que l'accessibilité ne diminuera pas. L'importance accordée à cette source devrait donc entrer dans le modèle des déterminants des perceptions de l'accessibilité.

Ainsi la relation entre les médias et l'auditoire s'avère très complexe. Lorimer (1994, p.158) résume la situation dans le passage suivant:

«...while the media and the audience may affect one another, they do not account for one another because the interaction is always complex,

multidimensional, and mediated by a choice process, which is complex in itself being affected by both situational and historical contexts.»

Cette complexité rend difficile l'étude de l'impact des médias de sorte que ce champ d'études est soumis à plusieurs critiques. La critique principale concerne l'impossibilité de séparer l'influence des médias de la multitude d'autres sources d'influence de l'environnement (Lorimer, 1994). Cette impossibilité limite le contrôle pour les phénomènes de perceptions sélectives et d'expositions défensives et oblige à mettre en relation les médias aux autres sources d'influence (Lorimer, 1994). L'influence des médias de masse demeure très petite comparée à l'influence des pairs ou de l'environnement (Beauchamps et coll., 1991). Cependant, comme les médias de masse rejoignent une importante quantité de personnes, même s'ils n'influencent qu'une faible proportion de ces personnes, l'impact existe réellement (Beauchamps et coll., 1991). Cela nous amène à nous questionner sur l'impact de l'entourage par rapport à l'impact des médias.

2.2.5 Les médias de masse et l'entourage

Le modèle de Katz et Lazarsfeld (Willett, 1992) relie ces deux sources d'influence. Ce modèle origine de la critique du modèle classique où le public se représente par une masse atomisée de millions de lecteurs, d'auditeurs, ou de spectateurs. Dans ce modèle classique, le message est un stimulus direct sur l'individu et provoque une réponse immédiate. Willett (1992, p.327) explique ce modèle de la sorte:

«Les médias sont considérés comme une nouvelle force (un système nerveux simplifié) reliée directement à tous les yeux et à toutes les oreilles, dans une société caractérisée par une organisation sociale peu structurée et des relations interpersonnelles anémiées.»

Katz et Lazarsfeld corrigent certaines lacunes de ce modèle par un modèle en séquence. Dans un premier temps, les médias diffusent un message reçu par les

leaders d'opinion. Dans un deuxième temps, les leaders d'opinion retransmettent ce message à chacun des membres passifs de l'auditoire avec lesquels ils entrent en contact direct. Ainsi, la réception du message n'engendre pas automatiquement de réaction. De même, la non réception n'implique pas l'absence de réaction. La réaction peut être secondaire, suite à un contact personnel.

Une critique adressée à ce modèle concerne la dichotomie individus passifs et leaders d'opinion. En effet, un individu passif concernant un certain enjeu peut être un leader d'opinion sur une autre question. Le modèle ne renseigne pas non plus sur les intentions du leader d'opinion dans le processus de retransmission de l'information (Willett, 1992). Ce modèle ne considère en rien le type de nouvelles transmises par les pairs et celles transmises par les médias, phénomène auquel s'est intéressé Greenberg.

Le modèle de Greenberg provient d'une étude sur la diffusion de 18 nouvelles (Willett, 1992). Les nouvelles de type 1 traitent d'un événement général d'intérêt très limité mais sont d'une grande importance pour un petit nombre d'individus. Ces nouvelles étaient connues de moins de 20% des gens. Près de la moitié de ce groupe de 20 % en ont été informés d'abord par leurs relations interpersonnelles. Les nouvelles de type 2 concernent des événements d'un intérêt moyen (contenu habituel d'un bulletin de nouvelles). Il s'agit des nouvelles connues par environ de 40 à 90% des gens. Les relations interpersonnelles comptent pour très peu dans la connaissance de ce type événement (moins de 5% de la population ont appris par un contact interpersonnel une nouvelle connue de 40% de la population). La connaissance de ces nouvelles dans la population croît avec l'importance de la nouvelle. Cela nous amène au dernier type de nouvelles, celles de type 3. Ces nouvelles relèvent d'une extrême importance pour l'ensemble de la population, comme l'assassinat du président Kennedy à l'époque. Pour ce type de nouvelles, une personne sur deux a d'abord été informée par un contact interpersonnel. Greenberg en tire les conclusions suivantes:

- Les nouvelles qui n'intéressent presque personne mais dont l'information est importante pour ce petit groupe ainsi que les nouvelles qui prennent la proportion de drame se transmettent par l'entourage pour environ la moitié des gens qui connaissent la nouvelle.
- Les masses médias sont la première source d'information pour les nouvelles intermédiaires.

Dans le domaine des soins de santé, Friedson met également l'emphase sur l'entourage comme source de référence concernant les comportements. Il distingue plusieurs structures sociales qui portent plus ou moins à se référer à la famille. La société occidentale, avec ses valeurs d'individualisme, incite moins à utiliser la famille comme système de référence mais il note tout de même que l'entourage influence l'interaction avec le système de santé en regard des décisions d'utilisation (Friedson, 1970). Cela appuie l'inclusion dans le modèle de l'entourage comme variable.

2.2.6 Résumé

En résumé, la fonction de vigie des médias fait en sorte qu'ils se concentrent sur les événements dangereux et sur la critique, ce qui appuie l'hypothèse d'un pessimisme sociétal originant des médias mais qui affecte moins les perceptions des expériences personnelles (Beauchamps et al, 1991; Culbertson et Stempel, 1985; Bouchard et Renaud, 1991).

Le contenu des médias est structuré par les groupes qui leurs servent de sources d'information (Beauchamps et coll., 1991). Cet information modulera l'impact de ces derniers sur l'opinion publique. Ainsi, les professionnels de la santé peuvent monopoliser les aspects couverts par les médias puisqu'ils sont une source d'information critique. De plus, en tant qu'experts, leur opinion aurait, selon la littérature, plus d'influence que celle de la Régie Régionale ou du Ministère qui sont

considérés comme des constituants de l'administration publique (Jordan, 1993; Page, Shapiro et Dempsey, 1987).

Concernant l'entourage, deux éléments sont centraux. Premièrement, le peu d'impact des médias est souvent attribué à l'effet de l'entourage sur l'opinion des gens. Deuxièmement, l'impact des médias peut être indirect et passer par l'entourage selon le modèle de Katz et Lazarsfeld (Willett, 1992).

Il faut faire attention dans l'étude d'impact des médias aux phénomènes de généralisation, de perception sélective et de halo qui rendent la relation entre l'opinion et les médias récursive (Godefroid, 1991; Kassarian et coll., 1981; Beauchamps, 1991; Milio, 1990). Les conditions pour que l'information influence l'opinion publique comprennent une exposition à cette information. L'impact est maximisé si les gens accordent de l'importance à la source d'information (Bouchard et Renaud, 1991; Godefroid, 1991). Le modèle de Greenberg appuie l'idée que l'information sur la réforme sera principalement véhiculée par les médias ou partagée entre les médias et l'entourage dépendant de l'importance du sujet (Willett, 1992). Ainsi, nous devons nous assurer que les gens se considèrent informés et le cas échéant, identifier quelle source d'information est importante pour eux. Ensuite, nous devons savoir comment ils perçoivent cette source d'information. Notons que l'impact relatif d'un contact avec le système de santé et celui des autres sources d'information n'a pas été testé dans ces études. Il nous sera possible de le faire dans la présente étude.

2.3 Cadre conceptuel

La littérature sur la relation entre les perceptions et les médias ne concerne pas spécifiquement le domaine de la réforme des systèmes de santé ni de l'accessibilité. Ainsi, un travail d'adaptation et de mise en contexte est nécessaire pour construire le cadre conceptuel.

L'élaboration du cadre conceptuel spécifique à la relation entre les diverses sources d'information et la perception de l'accessibilité sert à déterminer les liens entre les variables qui seront testés par le plan d'analyse.

Nous pouvons dégager de la section précédente les sources principales qui devraient influencer la perception de l'accessibilité aux niveaux personnel et sociétal: l'expérience du système de santé, l'entourage, les professionnels de la santé, les médias de masse (information de la Régie et du gouvernement ainsi que les journaux, la télévision et la radio) et les caractéristiques personnelles. Nous les traiterons successivement dans les sections suivantes.

2.3.1 L'expérience avec le système de santé

Un contact avec un système de soins qui a été modifié peut influencer l'accessibilité rapportée. Pour expliquer une accessibilité rapportée qui demeure stable ou s'améliore, les barrières au contact avec le système ne doivent pas varier ou doivent diminuer tel que postulé par la Régie.

Si une diminution de l'accessibilité est rapportée, trois hypothèses sont alors plausibles. Soit les barrières à l'utilisation ont augmenté, soit l'appréciation des gens de ces barrières s'est modifiée sans modification des barrières, soit les deux phénomènes surviennent simultanément. Par exemple, dans le cas de la deuxième

hypothèse, les délais resteraient stables mais les gens les qualifiaient en plus grande proportion comme étant beaucoup trop longs. Aday et ses collaborateurs tout comme les études du domaine des communications, mentionnent une meilleure évaluation du contact personnel avec le système et une évaluation plus négative du système en général (Aday et coll., 1993; Beauchamps et al, 1991; Culbertson et Stempel, 1985; Bouchard et Renaud, 1991). Ce changement d'appréciation sans modification de délais réels s'expliquerait alors par l'influence des autres sources d'information (discussion avec le professionnel de la santé, entourage, médias, Régie et Gouvernement).

En effet, un contact avec un professionnel de la santé, qui vit les impacts de la réforme et qui la critique, pourrait rendre le répondant plus critique face à l'accessibilité. Cette dernière éventualité revient à dire qu'il pourrait ne pas y avoir de différence entre ceux qui ont eu un contact avec le système et ceux qui n'en ont pas même si le contact tendrait à montrer une accessibilité stable ou améliorée. Nous ne pouvons alors écarter la possibilité d'une interaction entre le fait d'avoir un contact et le fait d'accorder de l'importance aux discussions des professionnels de la santé.

L'accessibilité au système de santé est modulée par le revenu, les pauvres étant un groupe particulièrement à risque de souffrir d'une diminution de l'accessibilité tel que rapporté dans la section de revue de la littérature. Ainsi, il se peut que selon leur revenu, les gens ne perçoivent pas leur contact avec le système de santé de la même façon et que leur perception de l'accessibilité en soit modifiée. Lorsqu'un tel phénomène se produit entre deux variables, il s'agit d'une interaction qui doit être testée dans les analyses.

2.3.2 L'influence des professionnels de la santé

Lors d'un contact avec le système de santé, il s'agit très souvent d'un contact avec un professionnel de la santé. Les discussions avec le professionnel de la santé constituent

une source d'information qui peut influencer différemment l'accessibilité que le temps d'attente, le délai de consultation, la distance à parcourir ou de la disponibilité des services expérimentés par le répondant ou son entourage.

En tant qu'experts des soins de santé, les professionnels risquent d'avoir une influence notable sur les individus (Beauchamps et coll., 1991; Jordan, 1993; Page, Shapiro et Dempsey, 1987). Certains éléments amènent à penser que les professionnels peuvent avoir une position défavorable face à la réforme. Dans un rapport d'étude concernant l'impact des fermetures d'hôpitaux sur les médecins, Bear explique:

«They are the one who witness the burden of need, and their professional anxieties only compound their own personal stress.» (Bear, 1996)

En d'autres mots, les professionnels présenteraient un regard critique sur la réforme puisqu'il s'agit d'un changement majeur entraînant une bonne dose de stress. Les professionnels sont aussi les premiers témoins des ratées dues à l'adaptation au changement. Ils subissent les coupures de postes, les diminutions de salaire les augmentations de tâche. Et ils peuvent éprouver de la difficulté à obtenir des services pour les patients qui étaient disponibles antérieurement.

L'enquête nationale sur les médecins (1996), commandée par L'Actualité Médicale, mentionne:

« Si les médecins cherchaient un bouc émissaire pour les problèmes qu'ils vivent dans leur pratique, ils en ont trouvé un, ou plutôt deux: les gouvernements fédéral et provincial. ».

Et les auteurs mentionnent des résultats semblables à ceux d'une étude concernant les médecins de l'ensemble du Canada réalisée pour le compte du Medical Post. La Régie Régionale de Laval, qui a tenu une enquête sur les opinions des médecins lavallois oeuvrant en première ligne quant aux impacts de la réforme sur la pratique médicale, obtient les résultats suivants: les médecins craignent pour la qualité, pour l'accessibilité générale (85% des omnipraticiens et 75% des spécialistes répondants),

pour l'accessibilité aux ressources diagnostiques (88% omnipraticiens et 85% spécialistes) et pour l'accessibilité aux ressources spécialisées (82% et 85% respectivement) (RRSSS-Laval, 1996). Ils appuient aussi leurs résultats par un avis du Conseil Médical du Québec qui juge l'accessibilité précaire. Les médecins qui ont répondu à ce sondage considèrent que leurs conditions de travail seront plus difficiles, 60% se disent démotivés par l'ampleur des changements, 96% sentent qu'il existe beaucoup d'insécurité face aux transformations, 93% sentent que l'on confond le virage ambulatoire et les compressions (RRSSS-Laval, 1996). Dans la région de Montréal-Centre, une consultation a également eu lieu. Elle fait ressortir les mêmes préoccupations (RRSSS-MC, mars 1998).

Ces perceptions semblent être partagées par les employés des organismes communautaires qui sont insatisfaits de la réforme à plusieurs points de vue (RIOCM, 1998)

Dans le processus d'"agenda setting", les sources d'information des journalistes influencent le choix des sujets et la façon dont le débat est structuré (Lorimer 1994). Alors, dans la mesure où les professionnels constituent l'une de ces sources, le débat se structurera autour des enjeux qu'ils considèrent critiques.

2.3.3 Les médias de masse et l'accessibilité

Pour que les médias engendrent un effet, il doit d'abord y avoir exposition au média (Bouchard et Renaud, 1991). Il est donc important de vérifier dans quelle mesure la population se considère informée et si elle accorde de l'importance à cette source d'information. Le deuxième élément à vérifier dans la recherche d'impact consiste à déterminer si la réforme intéresse et si elle est comprise. Nous considérons que la santé constitue un domaine d'intérêt pour la population (sondage concernant les tendances socioculturelles réalisé par Crop en 1988 et travaux effectués dans le cadre du Forum national sur la santé).

Parmi le contenu des médias de masse concernant l'accessibilité aux services de santé, on peut distinguer deux composantes qui, par leurs fonctions différentes, sont susceptibles d'influencer la population vers des positions différentes. La première constitue la couverture radiophonique, télévisuelle et journalistique. La deuxième comprend les envoies postaux et les publicités de la Régie Régionale de Montréal-Centre et du gouvernement provincial.

2.3.3.1 Le Gouvernement et la Régie régionale de Montréal-Centre

La Régie Régionale de Montréal-Centre et le gouvernement provincial donnent surtout de l'information instrumentale et transmettent l'argumentation qui justifie leur réforme. Le qualificatif instrumental est utilisé pour l'information servant à mieux fonctionner dans la société. Ainsi, les dépliants et publicités qu'ils distribuent informent sur les diverses sources de soins disponibles dans chaque secteur de Montréal. Ils avisent la clientèle des hôpitaux fermés sur ce qu'il adviendra du suivi de leur dossier. Cette information publicise également les nouveaux services: info-santé, assurance médicament et services médicaux dans les CLSC. En connaissant mieux le système, la population devrait avoir un meilleur accès et une opinion plus favorable.

2.3.3.2 La couverture médiatique

Nous avons discuté précédemment de la capacité des médias de masse à susciter un pessimisme sociétal par leur fonction de vigie, leur recherche du sensationnalisme et de ce qui se vend bien. Dans le domaine de l'accessibilité aux services, certaines informations véhiculées actuellement illustrent ce processus. Les médias qui montrent des patients sur civières dans une urgence débordée risquent d'avoir un impact considérable sur la perception des gens et ce pour deux raisons. Premièrement, ces

images jouent sur l'émotivité: elles montrent la souffrance. Deuxièmement, ces images correspondent aux attentes de la population en ce sens que les gens savent qu'il existe un problème d'engorgement des urgences (ce sujet fut l'objet de sorties médiatiques répétées et les gens expérimentent des temps d'attente élevés dans les urgences).

Selon le modèle de Greenberg, la réforme du système de santé et l'accessibilité aux services de santé qui en découle constituent le type de nouvelles qui devraient être véhiculées principalement par les médias de masse (Willett, 1992). Toutefois, si un événement relié à l'accessibilité prenait la dimension d'un drame, l'information sur l'accessibilité circulerait autant par l'entourage que les médias.

2.3.4 L'entourage

L'entourage peut constituer une source importante d'influence de la perception de l'accessibilité. En effet, les études d'impact des médias ont historiquement considéré que les études trouvant peu d'impact des médias sur l'opinion publique s'expliquaient par la prédominance de l'impact de l'entourage (Lorimier, 1994; Willett, 1992; Beauchamps, 1991).

Le modèle de Greenberg, celui de Katz et Lazarfeld, celui de la spirale de l'opinion publique qui tend à ramener l'ensemble des gens vers une même opinion, ainsi que les phénomènes de perception sélective, de halo et de généralisation amènent à penser que la perception de l'entourage provient en partie de la couverture médiatique (Lorimier, 1994; Willett, 1992; Beauchamps, 1991).

2.3.5 Caractéristiques personnelles

On peut également ajouter aux autres variables qui influencent la perception, les caractéristiques de l'individu qui perçoit: statut socio-économique, langue, âge, état de santé (Krech et coll., 1974; Lorimier, 1994; Fraisse, 1992, Willett, 1992). Ces variables ont été habituellement associées à différents comportements relatifs à la santé et à l'utilisation des services. Nous les considérons comme des variables de confusion dont l'effet sera contrôlé puisque nous nous intéressons principalement à l'impact des médias.

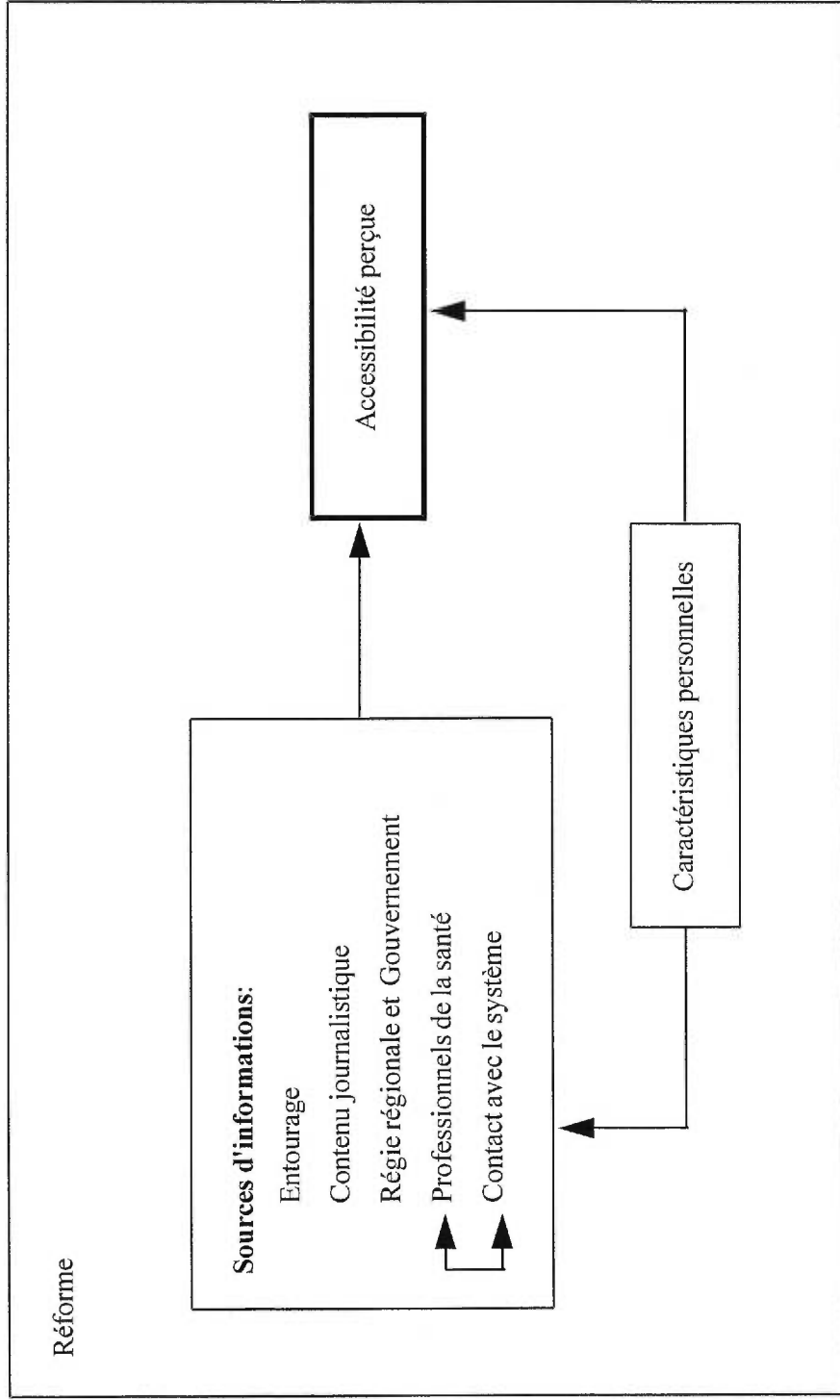
2.3.6 Cadre conceptuel retenu

Le modèle théorique tiré des divers éléments de la revue de la littérature est présenté à la figure 1. Nous regroupons les éléments reliés directement au système de soins de santé soit les contacts avec le système, les professionnels de la santé ainsi que les informations de la Régie et du Gouvernement. Ces éléments devraient influencer l'accessibilité perçue directement mais aussi influencer l'entourage et le contenu journalistique.

En effet, l'entourage forme son opinion à la fois selon les expériences avec le système, selon le contenu des médias, selon ce que les professionnels en diront, selon les informations de la Régie ou du Gouvernement et selon leurs caractéristiques personnelles. Le contenu journalistique comprend également des éléments de ces items par le phénomène d'“*agenda setting*”.

Par ailleurs, les caractéristiques personnelles influencent à la fois le contact avec le système de santé selon les études classiques d'accessibilité et l'accessibilité perçue selon les théories du domaine des communications.

FIGURE 1
CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE



3. Méthodologie

Le présent chapitre décrit d'abord la population à l'étude. Ensuite, les variables dépendantes, indépendantes et de contrôle sont explicitées. Nous exposons enfin les sources et la cueillette des données suivies du plan d'analyses. Finalement, nous esquissons des éléments de validité qui seront élaborés dans la discussion.

3.1 *La population à l'étude*

La population à l'étude est la population adulte, non-institutionnalisée, de l'île de Montréal capable de répondre à un questionnaire téléphonique en français ou en anglais. Un échantillon probabiliste a été sélectionné à partir d'«Échantillonneur Canada» qui comporte la banque exhaustive des numéros de téléphone au Canada.

Pour chacun des trois périodes ayant lieu dans les mois de mars et avril 1996, 1997, 1998 (pré-réforme, post-réforme 1 et post-réforme 2), des fichiers comprenant respectivement 2 178, 2 102 et 2 174 noms ont été sélectionnés. Ensuite, à l'intérieur de chaque ménage choisi et rejoint, une grille de sélection rotative permettait de sélectionner aléatoirement un individu compte tenu de la composition du ménage. La grille de sélection donne à chaque membre une chance égale d'être choisi. La taille de l'échantillon a été déterminé en tenant compte d'un taux de réponse attendu de 60%. L'effectif a été déterminée pour un taux d'utilisation des services dans les deux dernières semaines parmi la population générale qui se situe autour de 16% (Régie Régionale, 1995, Kraemer et Thiemann, 1987).

3.2 Les variables à l'étude

Les variables à l'étude sont:

- la variable dépendante: accessibilité générale perçue,
- les variables indépendantes: le contact avec le système ainsi que les perceptions et l'importance accordée aux médias, à l'entourage, aux professionnels de la santé et aux informations produites par le Gouvernement ou la Régie,
- les variables contrôles: l'âge, le sexe, le revenu, l'état de santé perçu, la langue parlée à la maison.

3.2.1 La variable dépendante

L'accessibilité **générale** se définit comme la perception de l'accès aux soins dans le système de soins de santé globalement, sans faire référence ni aux dimensions de l'accessibilité ni à une consultation effectuée par le répondant. Nous n'avons pas construit d'indice qui mesure objectivement l'accessibilité générale car nous ne disposons pas de données objectives sur toutes les dimensions de l'accessibilité. Un élément rétrospectif est incluse dans la question:

«Depuis un an, pensez-vous que l'accès aux services de santé...

s'est amélioré

est demeuré stable

s'est détérioré

ne sais pas/pas de réponses (NSP/PR)»

Cette variable a été dichotomée. La procédure de recodification est détaillée à la section 3.5.3.

3.2.2 Les variables indépendantes

La **perception des médias** est questionnée en demandant au répondant s'il juge les journaux, la radio, la télévision comme favorable ou défavorable à la réforme. La **perception de l'entourage** est évaluée de la même façon. La banque de données

comprend l'importance que les répondants accordent à chacune de ces sources d'information et l'importance qu'ils accordent aux **discussions avec les professionnels de la santé et aux documents de la Régie ou du Gouvernement** comme source d'information par rapport à la réforme.

La littérature nous apprend que les gens doivent être exposés aux informations et les comprendre pour qu'elles aient un impact. Nous opérationnalisons cette variable en demandant aux gens s'ils sont informés concernant la réforme.

Le **contact avec le système de santé** mesure la présence ou l'absence de consultation pour soi ou pour un membre de la famille au cours des deux mois précédents le sondage avec un généraliste, un spécialiste ou une infirmière⁶.

3.2.3 Les variables contrôles

Ces variables sont celles qui sont susceptibles d'affecter la variable dépendante sans qu'elles découlent de la réforme ou soient modifiées par celle-ci.

- État de santé,
- Variables démographiques: âge, revenu, genre, langue.

3.3 Collecte des données

Les données ont été recueillies par un sondage téléphonique auprès d'un échantillon probabiliste de la population à l'étude. Les entrevues ont été effectuées par des interviewers d'expérience préalablement formés sur le sondage en question. Les questionnaires ont été pré-testés en anglais et en français. Certaines modifications ont été apportées à la suite de ces prétests pour clarifier la formulation de certaines questions ou modifier les échelles de mesures lorsqu'elles apparaissaient

inappropriées (effet plancher ou effet plafond). Les modifications qui concernent le présent mémoire consistent en l'ajout d'une section sur les perceptions au post-réforme 1 qui a été conservée pour le post-réforme 2. Cette section a été ajoutée à la fin du sondage pour ne pas interférer avec les questions précédentes dans la comparaison des divers échantillons. Il en a été de même pour les autres questions ajoutées par l'équipe de recherche.

Les entrevues téléphoniques, d'une durée moyenne de 15 minutes pour le pré-réforme et le post-réforme 1 et de 17,9 minutes pour le post-réforme 2, ont eu lieu respectivement aux périodes suivantes: du 13 au 25 mars 1996, du 23 au 29 avril 1997 et du 4 au 13 mai 1998. Les taux de réponse sont présentés à l'annexe 1 au Tableau 14. À la fin de chaque période de sondage, les questionnaires ont été vérifiés et validés par un contrôle de la qualité auprès de 10% des répondants.

La limitation du sondage aux personnes s'exprimant en anglais ou en français provient de la procédure de la firme de sondage Crop. Il aurait été difficile de réaliser les entrevues téléphoniques dans d'autres langues et l'échantillon rejoint n'aurait pas été suffisant pour tirer des conclusions quant à ces groupes particuliers.

Pour ce qui est de l'accessibilité, nous avons tenté d'élaborer le meilleur contenu possible en tenant compte du temps limité de l'entrevue téléphonique, des dimensions recensées dans la revue de littérature en privilégiant celles possiblement touchées par la réforme. Le questionnaire a été élaboré par le groupe de chercheur de la santé publique de la Régie Régionale et du département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal avec la collaboration d'un chercheur du département de communication de l'Université de Montréal pour la section sur les médias.

⁶ La question utilisée dans le sondage ne demande pas spécifiquement s'il y a eu une hospitalisation. Mais, lors d'une hospitalisation, les gens consultent un médecin, ainsi ils devraient être comptabilisés dans les gens qui ont eu un contact.

3.4 Devis de recherche

Il s'avère difficile de trouver un groupe de comparaison valide, puisque le phénomène de réforme est généralisé au Canada. De plus, les différences importantes dans les autres systèmes de soins de santé provinciaux rendent impossible l'inclusion d'une autre grande ville canadienne, même s'il eût été possible d'en identifier une qui échappait au phénomène de reconfiguration. Nous utilisons un devis transversal avec quelques éléments rétrospectifs, en introduisant des références temporelles dans les questions du sondage. Ce devis, étant un devis quasi expérimental, sa validité se doit d'être discutée.

3.4.1 Validité du devis de recherche

Pour préserver la validité interne, il s'avère nécessaire de discuter plus amplement des facteurs d'influences potentiels sur la variable dépendante puisqu'ils ne sont pas contrôlés par un groupe témoin ou par une évolution dans le temps. Parmi les éléments susceptibles d'affecter la validité interne de l'étude, on peut trouver des biais associés à l'histoire, soit la possibilité que d'autres événements que ceux inclus dans les variables indépendantes influencent l'accessibilité (Contandriopoulos et coll., 1990). L'événement majeur ayant eu lieu est l'implantation de l'assurance médicament. Nous l'incluons dans la discussion. D'autres biais peuvent provenir de la maturation de la population entre le pré et les post-tests ou de la façon d'appliquer la mesure des effets par les observateurs. Pour contrôler ce dernier biais, la collecte des données est effectuée par une firme de sondage professionnelle pour laquelle le contrôle de la mesure des effets est une routine. Ensuite, le questionnaire a été modifié entre les divers temps de l'étude. Mais, pour minimiser le biais engendré, les modifications ont principalement consisté à ajouter des questions à la fin du sondage, ce qui ne devrait pas modifier les réponses aux questions précédentes. Notre cadre conceptuel nous fournit par ailleurs des arguments logiques permettant d'établir et d'expliquer la relation entre les différentes observations (Contandriopoulos et coll., 1990).

Au niveau de la validité *externe*, nous nous assurons que les échantillons respectent les caractéristiques de la population montréalaise (Contandriopoulos et coll. 90). Nous discuterons également des biais introduits par la sélection d'une partie de l'échantillon. D'autres biais peuvent être observés par le contrôle imparfait de l'intervention (l'interaction entre les observations et l'intervention). Le fait de questionner les gens sur la réforme (l'observation) peut déjà modifier leur perception de l'intervention (la réforme). Enfin, restent les biais associés aux individus: le biais de mémoire, le désir de plaire aux chercheurs et les attentes des chercheurs. Ces éléments seront pris en compte dans la discussion.

3.5 Analyse des données

L'analyse des données s'effectue en trois grandes phases: l'étude des distributions des effectifs pour chacune des variables, l'analyse univariée avec la variable dépendante et la construction des modèles de régression logistique (Hosmer et Lemeshow, 1989). Nous commençons par observer les fréquences et les distributions de chacune des variables, ce qui nous permet de les recoder pour éviter autant que possible des catégories avec des petits effectifs. Ensuite, nous associons les variables deux par deux. Puis nous construisons des modèles de régression logistique pour chaque média, suivi de la création d'un modèle où nous tentons d'intégrer tous les médias. Nous avons choisi de n'étudier que les résultats du « post réforme un » étant donné que les données du « post réforme deux » sont disponibles uniquement depuis juin 1998 et que le délai accordé pour les projets de maîtrise ne permettait pas leur traitement.

3.5.1 La régression logistique

La régression logistique est une procédure qui s'approche de la régression linéaire mais dont la variable dépendante est dichotomique et une ou plusieurs des variables indépendantes sont dichotomiques ou catégorielles. Nous résumons dans la section suivante les caractéristiques des modèles de régression logistique et le calcul des ratios de cote, qui sont les résultats d'intérêts de cette forme de régression puisqu'ils mesurent l'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes. L'information donnée dans cette section est entièrement tirée du livre de Hosmer et Lemeshow (1989).

Dans la régression linéaire, les modèles s'expriment sous la forme:

$$E(Y | x_1, x_2, \dots, x_p) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p$$

Où $E(Y | x_1, x_2, \dots, x_p)$ est la moyenne conditionnelle de Y pour des valeurs de x données. En d'autres mots, cette quantité représente la valeur attendue de Y pour des valeurs données de x .

Dans la régression logistique, la variable dépendante prend les valeurs 0 (absence du phénomène) ou 1 (présence du phénomène). Les modèles prennent alors la forme:

$$\pi(x_1, x_2, \dots, x_p) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p}}$$

où $\pi(x_1, x_2, \dots, x_p)$ représente aussi la moyenne conditionnelle de Y pour des valeurs données de x . Mais $\pi(x_1, x_2, \dots, x_p)$ ne représente pas la valeur attendue de Y car Y ne prend que les valeurs 0 et 1 et pas de valeur intermédiaire. Ainsi $\pi(x_1, x_2, \dots, x_p)$ représente la probabilité que $Y=1$, c'est à dire la probabilité que le phénomène d'intérêt survienne.

Pour linéariser la relation entre les variables dans la régression logistique et pour rendre le paramètre d'intérêt continu, la transformation en logit est utilisée. Cette transformation est sous la forme:

$$\begin{aligned} g(x_1, x_2, \dots, x_p) &= \ln \left[\frac{\pi(x_1, x_2, \dots, x_p)}{1 - \pi(x_1, x_2, \dots, x_p)} \right] \\ &= \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p \end{aligned}$$

Cette transformation introduit la deuxième grande différence entre la régression linéaire et la régression logistique. Dans la régression linéaire, la valeur attendue de Y plus son erreur-type suivent une distribution normale tandis que dans la régression logistique, elles suivent une distribution binomiale (Hosmer et Lemeshow, 1989).

L'intérêt de la régression logistique est de fournir une mesure d'association entre les variables sous forme de ratio de cote. Le ratio de cote mesure combien de fois plus (ou combien de fois moins) un événement survient dans la catégorie d'intérêt de la variable dépendante (présence d'un phénomène) que dans la catégorie de base (absence d'un phénomène). La catégorie d'intérêt est ici la perception d'une diminution de l'accessibilité tandis que la catégorie de base est la perception que l'accessibilité est demeurée stable ou s'est améliorée. Ainsi les ratios de cotes obtenus nous indiquent combien de fois plus ou combien de fois moins, selon que le ratio de cote est supérieur ou inférieur à un, il y a de gens qui perçoivent que l'accessibilité a diminué pour chaque catégorie de la variable indépendante en comparaison de la catégorie de base de cette variable indépendante.

En terme mathématique, le ratio de cote se traduit par l'équation suivante:

$$\text{ratio de cote (RC)} = \frac{\pi(1)/[1 - \pi(1)]}{\pi(0)/[1 - \pi(0)]}$$

Où $\pi(1)$: probabilité conditionnelle de $y(1)$ pour $x(1)$
 $1-\pi(1)$: probabilité conditionnelle de $y(0)$ pour $x(1)$
 $\pi(0)$: probabilité conditionnelle de $y(1)$ pour $x(0)$
 $1-\pi(0)$: probabilité conditionnelle de $y(0)$ pour $x(0)$

Soit:

		Variable indépendante (X)	
		x = 1	x = 0
Variable dépendante (Y)	y = 1	$\pi(1) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1}}$	$\pi(0) = \frac{e^{\beta_0}}{1 + e^{\beta_0}}$
	y = 0	$1 - \pi(1) = \frac{1}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1}}$	$1 - \pi(0) = \frac{1}{1 + e^{\beta_0}}$
	Total	1	1

En simplifiant l'expression ci-haut avec les valeurs données dans la table pour les probabilité conditionnelles, nous obtenons:

$$RC = e^{\beta_1}.$$

Ainsi, le ratio de cote de x_i est calculé en élevant e à la puissance β_i . Ce dernier est le coefficient de la variable x_i dans la régression logistique ($RC = e^{\beta_i}$).

Maintenant que ce résumé de la procédure de régression logistique est effectué, nous pouvons aborder les critères d'exclusion, la recodification des variables et la construction des divers modèles de régressions.

3.5.2 Les critères d'exclusion

Les personnes qui ont répondu "qu'elles ne savaient pas" à la question sur la perception de l'accessibilité générale ont été exclues de l'analyse. Elles sont au nombre de 84 (8%) dans la banque de données non pondérées. Nous comparons

toutefois leur profil socio-économique à celui des individus retenus afin vérifier leurs caractéristiques qui pourraient introduire un biais. Nous avons aussi exclu les gens qui se disaient “pas du tout informés concernant la réforme ou ceux qui répondaient ne sais pas/ pas de réponse (NSP/PR) (n = 87 et n = 12) car il n’est pas pertinent de les inclure dans une analyse qui cherche à comprendre l’influence des sources d’information. Cependant, comme pour les autres individus exclus, nous comparons leurs caractéristiques socio-économiques au reste de l’échantillon afin de discuter des biais potentiels introduits par cette exclusion. Nous avons également exclu les gens dont les données manquaient pour les variables contrôles, portant le total des exclus à 175. Une exception a été faite pour la variable “revenu” afin de ne pas exclure 150 répondants qui ont soit refusé de répondre à la question sur le revenu ou qui ont dit ne pas connaître ce revenu. Les gens hésitent à dévoiler leurs revenus, surtout les plus fortunés. Nous avons donc créé une catégorie Refus/NSP, qui demeure non interprétable, mais qui permet de les conserver dans le modèle de régression. L’échantillon final comporte donc 83% de l’échantillon initial de 1027 répondants, soit 852 individus.

3.5.3 Recodification

Pour effectuer les analyses, un travail de recodage est nécessaire. La régression logistique s’effectue à partir d’une variable dépendante dichotomique. Nous avons recodé les réponses à la question de la perception de l’accessibilité générale en deux catégories, soit la perception d’une détérioration de l’accessibilité depuis la réforme, soit la perception d’une stabilité ou d’une amélioration de l’accessibilité. Le but est de contraster ceux qui considèrent que l’accessibilité s’est détériorée avec les autres pour comprendre ce qui détermine cette opinion, ce qui permet simultanément de régler le problème des trop petits effectifs pour la catégorie des gens qui pensent que l’accessibilité s’est améliorée (n=37).

Pour uniformiser l'analyse et clarifier l'interprétation, nous utilisons la forme dichotomique de la variable dépendante dans l'analyse des relations univariées. Un autre élément renforce la pertinence de l'utilisation de la variable recodée même dans les relations univariées qui ne nécessitent pas une variable dichotomée. Les effectifs des catégories "améliorée" et "restée stable" sont petits lorsque considérés séparément, ce qui invaliderait les résultats du test de chi-deux des tableaux croisés (Norusis, 1993).

Pour les journaux, les revues, la télévision, la radio et l'entourage la recodification fusionne dans une même variable l'importance de la source d'information et la perception de cette source. La perception de cette source demandait si la personne considérait le média en question comme favorable ou défavorable à la réforme. Lorsqu'un individu considérait une source d'information comme non-importante, nous ne disposons pas de la donnée sur la perception du caractère favorable ou défavorable. Si nous n'avions pas intégré les deux concepts en une variable, il y aurait eu beaucoup de données manquantes, pour tous ceux qui ne considéraient pas la source comme importante. Les individus avec une donnée manquante, quel que soit, ne peuvent être inclus dans une régression logistique. Pour conserver un effectif suffisant, nous devons soit fusionner ces deux variables soit éliminer la question sur le caractère favorable ou défavorable de la réforme.

Nous avons créé des variables similaires pour les journaux, la télévision, la radio et l'entourage, tout en essayant de garder le nombre de catégories le plus bas possible afin d'avoir des effectifs suffisants dans chacune de ces catégories et un modèle parcimonieux (qui comporte le moins de variables possible pour conserver la puissance de l'étude sans nuire à sa validité de construit). Ces variables ne comprennent que les individus qui se considèrent au moins un peu informés par rapport à la réforme, tel que mentionné précédemment. Les variables reconstruites comportent cinq catégories et sont traitées comme des variables catégorielles dont nous n'avons pas à assumer la linéarité dans les analyses:

- les informés pour qui le média en question n'est pas une source importante d'information,
- les informés qui ne savent pas si le média est important ou non, ou qui ont répondu que la question ne s'appliquait pas,
- les informés pour qui le média est une source importante et qui le considère favorable,
- les informés pour qui le média est une source importante mais qui ne savent pas s'il est favorable ou défavorable,
- les informés qui considèrent le média important et défavorable à la réforme.

Quant aux professionnels de la santé et aux documents de la Régie Régionale ou du Ministère, nous les avons recodés pour faciliter la comparaison avec les autres sources d'information même si nous ne disposons pas de la données sur la perception de la source comme favorable ou défavorable. Ainsi nous avons une variable à 3 catégories:

- les informés pour qui la source d'information en question est importante,
- les informés qui ne savent pas si la source d'information en question est importante ou non, ou qui ont répondu que la question ne s'appliquait pas,
- les informés pour qui la source d'information en question est importante.

La variable "contact" est construite en agrégeant les réponses des questions sur la consultation pour soi ou un membre de sa famille, des professionnels de la santé suivant: médecins généralistes, médecins spécialistes et infirmières, dans les deux mois précédant le sondage. La banque de données ne possède pas d'information sur la consultation des professions paramédicales (ergothérapeutes, physiothérapeutes et autres). Dès que les répondants ont consulté l'un ou l'autre, nous considérons qu'ils ont eu un contact avec le système de santé. Ainsi la variable "contact" est dichotomée (présence ou absence de contact).

Nous avons recodé les variables contrôle, sauf le genre et la langue parlée à la maison, afin d'uniformiser les effectifs de chaque catégorie ou de créer le modèle le plus parcimonieux possible en respectant la logique de l'analyse. L'âge ayant été recueilli comme une donnée continue, nous l'avons regroupé dans les mêmes catégories d'âge que le recensement de 1996 auquel nous comparons notre échantillon afin de discuter de sa représentativité à l'égard de la population de Montréal-Centre. Ces catégories sont: 18-34 ans, 35-54 ans, 55-64 ans ainsi que 65 ans et plus. Puisque dans l'analyse univariée, seule la catégorie 18-34 ans apparaissait différente des autres, nous avons fusionné les autres catégories. L'état de santé des gens a été recodé afin de contraster les gens se considérant en mauvaise santé des autres qui se considèrent en moyenne, bonne ou excellente santé. En effet, les catégories d'état de santé, autres que "mauvaise santé", n'étaient pas statistiquement différentes entre elles mais étaient toutes statistiquement différentes de la catégorie mauvaise santé. Le revenu, originalement recueilli en 6 catégories par tranche de 10 000 \$ jusqu'à 60 000 et plus, a été recodé en tranche de 20 000\$. Rappelons que nous avons conservé les gens ayant répondu qu'ils refusent de divulguer leurs revenus ou ceux qui n'ont pas donné de réponse afin de ne pas exclure 150 individus même si la catégorie comprenant ces répondants dans la variable revenu ne s'interprète pas.

L'ensemble des variables, des questions et des catégories sont présentées aux Tableaux 1 à 3.

Tableau 1: Opérationnalisation des variables dépendantes et indépendantes

Variables	Questions	Dimensions répondues	Recodage
Accessibilité générale perçue	Q. 45) Depuis un an pensez-vous que l'accès aux services de santé...	<ol style="list-style-type: none"> 1. s'est amélioré 2. est demeuré stable 3. s'est détérioré NSP/PR*	<ol style="list-style-type: none"> 1. s'est amélioré ou est demeuré stable (1 et 2) 2. s'est détérioré (3) Les NSP/PR sont exclus de l'analyse mais sont comparés au reste de l'échantillon pour discuter de l'inclusion possible de biais suite à leur retrait.
Informés au sujet de la réforme	Q 46) Au sujet de la réforme du système de santé, considérez-vous que vous êtes...	<ol style="list-style-type: none"> 1. très bien informé 2. assez bien informé 3. peu informé 4. pas du tout informé 5. NSP/PR* 	Les pas du tout informés et les NSP/PR ont été retranchés de l'analyse. Ils sont comparés aux autres répondants afin de considérer les biais possibles engendrés par leur retrait.
Contact avec le système de santé	Q. 9) J'aimerais maintenant savoir s'il vous est arrivé au cours des deux derniers mois de consulter l'une ou l'autre des personnes suivantes pour votre santé ou pour celle d'un membre de votre famille a) Un médecin généraliste (de famille) b) Un médecin spécialiste c) Un(e) infirmier(ère) si oui, à quelle fréquence...	<ol style="list-style-type: none"> 1. non 2. une fois 3. plus d'une fois NSP/PR	<ol style="list-style-type: none"> 1. non 2. oui (2 ou 3 à a), b) ou c)) Les NSP/PR pour l'une ou l'autre des questions sont au nombre de 6. S'ils ont répondu qu'ils avaient eu un contact à l'une des trois questions, même s'ils ont répondu NSP/PR pour les autres questions, ils sont codés dans oui. S'ils ont codé des non et des NSP/PR, ils sont codés dans non.

* NSP/PR: ne sais pas/ pas de réponse, mais la question a été posée et il ne s'agit donc pas de données manquantes.

Tableau 2: Opérationnalisation des variables indépendantes, suite

Variables	Questions	Dimensions répondues	Recodage
Importance et perception des sources d'informations	<p>Q. 47) Considérez-vous que</p> <p>a) les revues et les journaux</p> <p>b) la télévision</p> <p>c) la radio</p> <p>d) les documents ou la publicité venant du Ministère ou de la Régie Régionale de la santé</p> <p>e) les discussions avec votre entourage</p> <p>f) les discussions avec votre médecin ou un professionnel de la santé constituant pour vous une source d'information...</p>	<p>1. très important</p> <p>2. assez important</p> <p>3. peu important</p> <p>4. pas du tout important</p> <p>5. NAP**</p> <p>6. NSP/PR*</p>	<p>Pour les journaux, la télévision, la radio et l'entourage:</p> <p>1. informés pour qui le média en question n'est pas une source importante d'information,</p> <p>2. informés qui ne savent pas si le média est important ou non, ou qui ont répondu que la question ne s'appliquait pas,</p> <p>3. informés pour qui le média est une source importante et qui les considère favorable,</p> <p>4. informés pour qui le média est une source importante mais qui ne savent pas s'il est favorable ou défavorable,</p> <p>5. informés qui considèrent le média important et défavorable à la réforme.</p>
	<p>Q. 48b, 50 51, 52) Diriez-vous que</p> <p>a) les journaux que vous lisez le plus souvent</p> <p>b) la télévision</p> <p>c) la radio</p> <p>d) les membres de votre entourage sont ... à la réforme du système de santé.</p>	<p>1. Tout à fait favorable</p> <p>2. plutôt favorable</p> <p>3. ni favorable ni défavorable***</p> <p>4. plutôt défavorable</p> <p>5. Tout à fait défavorable</p> <p>6. NSP/PR*</p>	<p>Pour les documents ou publicités de la Régie ou du Ministère et les professionnels de la santé:</p> <p>1. informés pour qui la source d'information en question n'est pas importante,</p> <p>2. informés qui ne savent pas si la source d'information est importante ou non, ou qui ont répondu que la question ne s'appliquait pas,</p> <p>3. informés pour qui la source d'information est importante</p>

* NSP/PR: ne sais pas/ pas de réponse, mais la question a été posée et il ne s'agit donc pas de données manquantes.

** NAP: ne s'applique pas, cette catégorie a été ajoutée par la firme de sondage sans que l'équipe de recherche l'ait demandé.

*** Par erreur cette catégorie a été créée et elle ne se retrouve que pour les journaux. Ceux qui ont répondu dans cette catégorie pour les journaux ont été combinés avec ceux qui ont répondu NSP/PR. Les revues comme source d'informations ont été éliminées de l'analyse car il y avait trop peu de personnes qui les considéraient importantes.

Tableau 3: Opérationnalisation des variables contrôlées

Variables	Questions	Dimensions répondues	Recodage
Age	Q. 57) Qu'elle est votre année de naissance...	Calculer dans un premier temps pour construire les catégories suivantes: 1. 18-34 ans 2. 35-54 ans 3. 55-64 ans 4. 65 ans et +	Recodé en trois catégories pour obtenir des effectifs de même taille et parce que dans l'analyse univariée, les deux dernières catégories n'étaient pas différentes statistiquement.
Revenu	Q. 67) Dans laquelle des catégories suivantes se situe le revenu annuel total, avant impôts et déductions, de tous les membres de votre foyer, en vous incluant?	1. moins de 10 000\$ 2. 10 000\$ à 19 999\$ 3. 20 000\$ à 29 999\$ 4. 30 000\$ à 39 999\$ 5. 40 000\$ à 49 999\$ 6. 60 000\$ ou plus refus/PR	Pour obtenir le modèle le plus parcimonieux possible, nous avons réduit le nombre de catégories: 1. moins de 20 000\$ 2. 20 à 39 999\$ 3. 39 999 et plus 4. Refus ou NSP
Genre	Q. 69) Sexe du répondant	masculin féminin	
Langue parlée à la maison	Q. 62) Quelle langue parlez-vous le plus souvent dans votre foyer?	1. anglais 2. français 3. autre Refus/PR	Refus/PR exclus
État de santé	Q. 1) Pour commencer, comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...	1. excellente 2. très bonne 3. bonne 4. moyenne 5. ou mauvaise? NSP/PR*	Pour être parcimonieux et suite à l'analyse univariée, nous avons décidé de contraster ceux qui considéraient leur santé comme mauvaise avec les autres, en excluant les NSP/PR.

* NSP/PR: ne sais pas/ pas de réponse, mais la question a été posée et il ne s'agit donc pas de données manquantes.

3.5.4 Construction des modèles de régression

Les variables qui ont été introduites initialement dans le modèle sont celles qui sont significatives à 0,15 en univarié, afin de ne pas éliminer trop rapidement des variables qui auraient un effet cumulatif (Hosmer et Lemeshow, 1989). Les variables non significatives ont été éliminées par la méthode pas à pas rétrograde « backward stepwise ». Les variables ont été incluses au seuil de signification de 0,05 et exclues au seuil de signification de 0,1. Le degré de signification est calculé par la méthode du maximum de vraisemblance (SPSS, 1994). L'analyse de régression logistique a été effectuée avec le logiciel statistique SPSS pour Windows.

Nous avons incluse dans ce modèle les termes d'interaction entre le revenu et le contact avec le système de santé. Comme nous l'avons souligné précédemment, il est pertinent d'étudier l'effet de la réforme sur les populations plus à risque, notamment les gens défavorisés pour qui leur faible niveau socio-économique risque d'interagir avec leur contact avec le système de santé. Nous avons incluse aussi un terme d'interaction entre l'importance accordée aux professionnels et le fait d'avoir un contact avec le système de santé. La raison est que les gens qui ont un contact sont exposés plus directement aux professionnels et l'opinion qu'ils se forment par rapport à l'accessibilité suite à ce contact peut autant être influencée la discussion avec le professionnel que par l'expérience d'accessibilité vécue lors de ce contact. Ce modèle nous permet de saisir la relation entre, d'une part, l'accessibilité perçue au niveau général et, d'autre part, la perception de l'attitude des médias et de l'entourage, l'importance des discussions avec les professionnels de la santé, l'importance des informations de la Régie ou du Gouvernement et le contact avec le système (Dawson-Saunders, Trapp, 94). Dans le cas des termes interaction, il faut forcer l'entrée des variables même si elles ne sont pas significatives individuellement en autant que l'interaction soit significative (Hosmer et Lemeshow, 1989).

4. Résultats

Conformément aux objectifs poursuivis, ce chapitre présente d'abord une description sommaire des répondants inclus et exclus de l'analyse. Nous présentons ensuite les variables à l'étude et leur effet une à une sur la variable dépendante. Nous terminons par la présentation du modèle final de régression logistique.

4.1 Résultats descriptifs sommaires

L'échantillon est composé des personnes âgées de 18 ans et plus, capables de s'exprimer en anglais ou en français et résidants sur l'Île de Montréal et qui ont complété l'entrevue téléphonique. Le taux de réponse, tel que calculé par la firme de sondage Crop en pondérant pour l'admissibilité, est de 60% des 2102 noms de l'échantillon initial. Des 1027 entrevues complétées, nous retranchons les 99 cas qui ne se considèrent pas au minimum un peu informés (9,6%). Nous excluons également les 84 cas NSP/PR (ne sait pas, pas de réponse) à la question de l'accessibilité générale perçue et les Refus/PR des variables contrôle mentionnées précédemment. Au total, nous retranchons 175 individus (17%). Le total d'individus exclus est inférieur à la somme des individus dénombrés pour chaque critère d'exclusion car certains individus peuvent être exclus pour plus d'un critère.

L'échantillon final comprend une plus grande proportion de femmes (57,4%) que d'hommes. La moyenne d'âge est de 45 ans. Environ le quart des répondants sont de langue anglaise, près des deux-tiers sont de langue française et les autres, soit environ une personne sur dix, n'emploient ni l'anglais ni le français comme langue d'usage à la maison. Pour ce qui est du revenu, environ le quart des répondants vivent dans un ménage qui gagne moins de 20 000\$ par année, un peu plus d'un autre quart se situe entre 20 et 40 000\$ et 35% des répondants habitent dans un ménage qui gagne plus de 40 000\$. Il reste alors 14% des répondants qui ont refusé de donner une réponse ou qui ne savaient pas le revenu de leur ménage. En ce qui a trait à l'état de santé, la très

grande majorité des répondants considèrent qu'ils ont une santé de moyenne à excellente. En fait, seulement 3,6% des répondants se considèrent en mauvaise santé. Rappelons que nous avons fusionné les catégories d'état de santé car aucune différence statistique ne pouvait être décelée dans l'association entre ces catégories et la variable dépendante.

Les répondants qui ont été exclus de l'analyse sont statistiquement semblables à ceux inclus dans l'analyse au plan de l'âge et du genre (Tableau 4). Cependant, les tests de chi-deux de Pearson au seuil de signification de 0,05 nous montrent que les exclus sont en moins bonne santé, sont plus pauvres et parlent une autre langue plus que le français ou l'anglais à la maison. Cependant ces différences de quelques pour-cent peuvent être dues au petit effectif du groupe des exclus qui engendre une instabilité des effectifs dans chaque catégorie. Nous avons aussi comparé les exclus parce qu'ils se considéraient *pas du tout informés* sur la réforme, aux inclus et aux autres exclus. Il n'y a pas de différence pour le genre des répondants. Mais les moyennes d'âge sont de 51 ans pour les personnes informées, de 48 ans pour les autres exclus et de 45 ans pour les inclus. Les personnes non informées sont donc plus vieux que les personnes incluses de façon statistiquement significative au seuil de 0,05, ce qui n'est pas le cas des autres exclus, bien qu'ils semblent un peu plus vieux. Les non informés sont en moins bonne santé, tandis que les autres exclus sont comparables aux inclus. Quant au revenu et à la langue parlée à la maison, les non informés et les autres exclus sont plus pauvres et plus nombreux à n'employer ni l'anglais ni le français.

En résumé, les non informés sont différents des inclus et occasionnent une partie des différences entre inclus et exclus notamment au niveau de la santé et de l'âge. Pour la langue et le revenu autant les non informés que les autres exclus sont plus pauvres et parlent plus une langue autre que le français ou l'anglais à la maison. La proportion de gens qui considèrent que l'accessibilité a diminué est de 67%, en comparaison de 23% pour ceux qui considère qu'elle est demeurée stable ou qu'elle s'est détériorée.

Tableau 4: Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon retenu

Variables	Inclus		Exclus		Total	
	n	%*	n	%*	n	%*
Âge						
18-34 ans	298	35,0	49	28,0	347	33,8
35-54 ans	305	35,8	60	34,3	365	35,5
55 ans et plus	249	29,2	61	34,9	310	30,2
NSP/PR	0	0,0	5	2,9	5	0,5
État de santé						
De moyenne à bonne	821	96,4	158	90,3	979	95,3
Mauvaise	31	3,6	12	6,9	43	4,2
NSP/PR et donnée manquante	0	0	5	2,9	5	0,5
Revenu						
Moins de 20 000\$	207	24,3	60	34,3	267	26,0
20 000 à 39 999\$	230	27,0	40	22,9	270	26,3
40 000 et plus	298	35,0	42	24,0	340	33,1
Refus ou NSP	117	13,7	33	18,9	150	14,6
Langue parlée à la maison						
Français	524	61,5	98	56,0	622	60,6
Anglais	229	26,9	43	24,6	272	26,5
Autres	99	11,6	34	19,4	133	13,0
Genre						
Homme	363	42,6	71	40,6	434	42,3
Femme	489	57,4	104	59,4	593	57,7
TOTAL (par variable)	852	100	175	100	1027	100

*par colonne, par variable.

4.2 Les facteurs d'influence de la perception de l'accessibilité

Nous débutons l'analyse en décrivant l'influence de chaque variable d'intérêt et de chaque variable de confusion dans un modèle univarié sur la perception de l'accessibilité générale. Ces résultats sont présentés au Tableau 5 pour les variables sources d'information et au Tableau 6 pour les variables contrôle. Ces tableaux comprennent les effectifs dans chaque catégorie des variables retenues, la proportion qui ont répondu que l'accessibilité s'est détérioré, leur coefficient β dans la régression logistique, leur ratio de cote, leur seuil de signification et l'intervalle de confiance du ratio de cote. Pour être en mesure de comprendre les résultats présentés, il faut se rappeler que la catégorie de base avec laquelle sont construits les ratios de cote est la catégorie «*perception que l'accessibilité est demeurée stable ou s'est améliorée*».

Nous remarquons que les variables sont associées de façon statistiquement significative à la variable dépendante à l'exception de l'importance accordée aux documents de la Régie ou du Ministère et du contact avec le système de santé. Nous éliminons donc la variable "importance accordée aux documents de la Régie ou du Ministère". Nous ne pouvons éliminer immédiatement la variable "contact avec le système de santé" car nous devons d'abord vérifier si les termes d'interaction avec le revenu et les professionnels de la santé sont significatifs.

Notons que parmi les variables de sources d'information (Tableau 5), une perception que la source est importante et défavorable est toujours significativement différente de la catégorie de base (source d'information non importante). Les ratios de cote de cette catégorie varient de 1,56 pour les journaux à 2,55 pour la radio en passant par 2,50 pour la télévision. Les gens qui considèrent l'entourage comme une source d'information importante et défavorable considèrent dans une plus grande proportion que l'accessibilité s'est détériorée (ratio de cote de 2,98), que les gens qui n'y accordent pas d'importance. Lorsque les professionnels de la santé constituent une source importante d'information, les gens ont un ratio de cote de 1,6 de percevoir que

l'accessibilité s'est détériorée depuis la réforme comparé à ceux qu'y n'y accorde pas d'importance. Ainsi, l'importance accordée aux discussions avec les professionnels est associée à une perception négative de l'accessibilité. Le contact avec le système de santé, bien que non significatif à $p=0,05$, le devient avec un seuil plus élevé de 0,1. Le contact avec le système tend à être associé à une perception de diminution de l'accessibilité. Également, les gens qui reconnaissent une source d'information importante, mais qui ne savent pas si cette source est favorable ou défavorable, pensent dans une plus grande proportion que l'accessibilité s'est détériorée. Ces résultats sont significatifs à 0,05 pour la télévision et les journaux, à 0,1 pour la radio, mais ne sont pas significatifs pour l'entourage.

Pour ce qui est des variables de contrôle, une mauvaise santé, être âgé de plus de 35 ans, parler l'anglais à la maison, être une femme et gagner moins de 20 000\$, sont associés à une perception que l'accessibilité a diminué (Tableau 6). La santé se démarque avec un ratio de cote de 3,38 viennent ensuite le revenu de moins de 20 000\$ (RC=1,79), être âgé de plus de 35 ans (RC=1,77), être une femme (RC=1,74) et parler l'anglais(RC=1,43). Il est à noter que les catégories d'âge 35-54 ans et 55 ans et plus présentent le même ratio de cote de 1,77 et le même degré de signification de 0,00.

En résumé, l'ensemble des sources d'information est associé à la perception de l'accessibilité à l'exception des documents de la Régie Régionale ou du Ministère. L'entourage perçu comme important et défavorable ainsi que la mauvaise santé présentent les ratios de cote les plus élevés quand il s'agit de considérer que l'accessibilité a diminué. Le contact avec le système de santé est significatif au seuil de 0,1 mais pas à celui de 0,05 ($p=0,06$). Il est conservé à cause de son implication dans des termes d'interaction testés dans les modèles multivariés, présentés dans la section suivante.

Tableau 5: Effet des diverses sources d'influence sur la perception de l'accessibilité, régression logistique simple

Variables	Effectifs	Proportion - %	β	RC	Seuil de signification	IC (95%)
Perception des journaux:						
Pas important	231	65				
Important et favorable	181	57	-0,32	0,73	0,12	0,49 - 1,08
Important et NSP/PR	199	73	0,39	1,48	0,06	0,98 - 2,23
Important et défavorable	211	74	0,45	1,56	0,03	1,04 - 2,35
NSP/PR	30	70	0,25	1,28	0,55	0,56 - 2,93
Perception de la télévision:						
Pas important	161	59				
Important et favorable	191	54	-0,19	0,83	0,39	0,54 - 1,27
Important et NSP/PR	148	74	0,66	1,94	0,01	1,20 - 3,14
Important et défavorable	337	76	0,79	2,20	0,00	1,47 - 3,28
NSP/PR	15	67	0,33	1,39	0,56	0,45 - 4,25
Perception de la radio						
Pas important	300	60				
Important et favorable	129	55	-0,22	0,80	0,31	0,53 - 1,22
Important et NSP/PR	129	74	0,65	1,91	0,01	1,21 - 3,02
Important et défavorable	229	80	0,93	2,55	0,00	1,71 - 3,78
NSP/PR	65	68	0,32	1,38	0,27	0,78 - 2,43
Perception de l'entourage						
Pas important	239	58				
Important et favorable	138	47	-0,43	0,65	0,05	0,43 - 0,99
Important et NSP/PR	36	67	0,38	1,46	0,31	0,70 - 3,06
Important et défavorable	406	80	1,09	2,98	0,00	2,09 - 4,25
NSP/PR	33	64	0,25	1,28	0,52	0,60 - 2,72
Perception des professionnels de la santé						
Pas important	193	59				
Important	553	70	0,46	1,59	0,01	1,13 - 2,23
NSP/PR	106	71	0,52	1,68	0,05	1,01 - 2,78
Perception des documents de la Régie/du Ministère						
Pas important	287	69				
Important	473	65	-0,20	0,82	0,21	0,60 - 1,12
NSP/PR	92	74	0,23	1,25	0,40	0,74 - 2,13
Contact avec le système de santé:						
Aucun	359	64				
Un ou plus	493	70	0,28	1,32	0,06	0,99 - 1,77

β : coefficient

RC: ratio de cote

IC: intervalle de confiance

Tableau 6: Effet des caractéristiques socio-démographiques sur la perception de l'accessibilité, régression logistique simple

Variables	Effectifs	Proportion - %	β	RC	Seuil de signification	IC (95%)
État de santé						
Moyenne à excellente	821	67				
Mauvaise	31	87	1,22	3,38	0,02	1,17 - 9,74
Âge						
18-34	298	59				
35-54	305	72	0,57	1,77	0,00	4,16 - 8,21
55 et plus	249	72	0,57	1,77	0,00	4,08 - 8,38
Langue parlée à la maison						
Français	524	65				
Anglais	229	72	0,35	1,43	0,04	1,01 - 2,01
Autre	99	69	0,17	1,19	0,47	0,75 - 1,88
Genre						
Homme	363	60				
Femme	489	73	0,56	1,74	0,00	1,30 - 2,33
Revenu						
40 000\$ et plus	298	60				
20 à 39 999\$	230	68	0,34	1,40	0,07	0,98 - 2,01
Moins de 20 000\$	207	73	0,58	1,79	0,00	1,22 - 2,63
Refus/NSP	117	75	0,70	2,02	0,00	1,25 - 3,26

β : coefficient

RC: ratio de cote

IC: intervalle de confiance

4.3 Effet relatif des variables sur la perception de l'accessibilité générale

4.3.1 Les différents modèles

Suite à la construction finale des variables et à l'élimination de celles qui ne sont pas significatives dans les analyses univariées, nous avons construit un modèle pour chaque média, afin de déterminer l'influence relative du média et des autres sources d'information. Nous élaborons un modèle pour chaque média car les perceptions de ces médias sont associées entre elles sur le plan statistique (annexe 3) mais sont conceptuellement différentes et restent sous le seuil de la multicollinéarité (0,40). Si nous insérons toutes ces perceptions dans le modèle, nous ne pourrions toutes les conserver. Cependant, puisque nous nous intéressons également à l'effet cumulatif, nous créons aussi un modèle où toutes les perceptions sont insérées au départ. Cela constitue le modèle final.

Les modèles sont construits selon la méthode pas à pas rétrograde suivie d'une régression finale en forçant l'entrée des variables retenues. L'élaboration de tels modèles sert à maintenir la variable contact avec le système de santé, éliminée par la procédure rétrograde, mais dont l'interaction avec le revenu est significative. Ces résultats sont présentés aux Tableaux 7 à 12 portant respectivement sur les journaux, la radio et la télévision. Ces tableaux présentent les coefficients β des variables de la régression logistique, les ratios de cote, le seuil de signification et l'intervalle de confiance du ratio de cote. Nous présentons également quelques statistiques sur les modèles au Tableau 13: Ajustement des différents modèles.

Pour être en mesure de comprendre les résultats présentés, il faut se rappeler que le ratio de cote mesure combien de fois plus (ou combien de fois moins) un événement survient dans la catégorie d'intérêt de la variable dépendante (présence d'un phénomène) que dans la catégorie de base (absence d'un phénomène). La catégorie

d'intérêt ici est la perception d'une diminution de l'accessibilité tandis que la catégorie de base est la perception que l'accessibilité est demeurée stable ou s'est améliorée. Ainsi les ratios de cotes obtenus nous indiquent combien de fois plus ou combien de fois moins, selon que le ratio de cote est supérieur ou inférieur à un, il y a de gens qui perçoivent que l'accessibilité a diminué pour chaque catégorie de la variable indépendante en comparaison de la catégorie de base de cette variable indépendante. Nous obtenons le ratio de cote de x_i en élevant e à la puissance β_i . β_i est le coefficient de la variable x_i dans la régression logistique ($RC = e^{\beta_i}$).

Dans tous les modèles multivariés, les variables "langue parlée à la maison", "perception des professionnels de la santé" et l'interaction entre le contact et la perception des professionnels deviennent non significatives. Elles n'apparaissent donc pas dans les modèles retenus. Lorsque nous avons modélisé le modèle contenant tous les médias, les variables significatives étaient les mêmes que le modèle de la télévision.

La perception des journaux ne reste pas significative lorsqu'elle est modélisée avec la perception de l'entourage (Tableau 7). Le terme d'interaction entre le contact avec le système de santé et le revenu s'avère significatif mais pas celui entre le contact et la perception des professionnels. Nous traiterons plus en détail des interactions après la présentation de chaque modèle.

Dans le modèle de la radio, la variable perception de la radio demeure significative malgré l'introduction des autres sources d'information et des variables contrôle (Tableau 9). La catégorie qui demeure significativement différente de ceux qui ne considèrent pas la radio comme une source importante est celle des gens qui la considèrent importante et défavorable. Le ratio de cote de cette catégorie passe de 2,55 pour la régression univariée à 2,02 dans le modèle multivarié. Il se produit le même phénomène d'interaction que dans le modèle des journaux.

Quant au modèle pour la télévision, il s'avère être le même que celui où nous tentons d'intégrer tous les différents médias. Les autres médias que la télévision sont éliminés car non significatifs en sa présence. Les autres variables significatives sont celles de la perception de l'entourage, du contact avec le système de santé, de l'état de santé, de l'âge, du revenu et de l'interaction contact et revenu. Ce sont les mêmes variables que dans les modèles pour chacun des autres médias. Dans ce modèle, les gens qui considèrent la télévision comme importante et favorable ont un ratio de cote de 1. En d'autres termes, ils répondent que l'accessibilité s'est détériorée dans les mêmes proportions que les gens qui ne considèrent pas la télévision comme une source importante et ils n'en sont pas statistiquement différents. Les répondants qui considèrent la télévision comme une source importante mais qui ne savent pas si elle est favorable ou défavorable ont un ratio de cote de 2,01 ce qui est très semblable à celui des gens qui considèrent la télévision importante et défavorable avec un ratio de cote de 2,13. Ces deux catégories ne diffèrent pas statistiquement au seuil de 0,05.

4.3.2 Les termes d'interaction

L'interaction entre le revenu et le contact s'avère significative. Le calcul et l'interprétation des interactions ne s'effectuent pas comme pour les autres variables. L'interaction consiste en une modification de l'effet d'une variable par une autre variable. Ainsi, dans le cas présent, l'effet d'un contact avec le système de santé est différent selon que l'on appartienne à la catégorie des gens qui ont un revenu de 40 000\$ et plus, de 20 000\$ à 39 999\$ ou de moins de 20 000\$. Pour les trois modèles, l'effet d'avoir un contact est significatif uniquement pour les gens dont le revenu se situe entre 20 000\$ et 39 999\$. Les RC varient de 0,25 à 0,27 de sorte que les gens qui ont eu un contact considèrent dans une moins grande proportion, que les gens qui n'ont pas eu de contact, que l'accessibilité a diminué. Le fait d'avoir un contact dans cette catégorie de revenu agit alors à la manière d'un facteur protecteur. Cet effet ne se retrouve pas de façon significative pour les autres catégories de revenu bien qu'il soit près de l'être pour les gens d'un revenu de moins de 20 000\$.

L'interaction implique aussi que l'effet des différentes catégories de revenu parmi ceux qui ont eu un contact soit différent de l'effet de ces mêmes catégories mais pour ceux qui n'ont pas eu de contact. Ainsi, pour ceux qui ont eu un contact, il n'y a pas d'effet significatif du revenu sur la perception de l'accessibilité. Cependant, pour ceux qui n'ont pas eu de contact, il y a un effet statistiquement significatif. Le fait de bénéficier d'un revenu de moins de 20 000\$, comparé à ceux qui bénéficient d'un revenu de 40 000\$ et plus, est associé à une plus grande propension à considérer que l'accessibilité a diminué (RC de 1,85 à 1,94). Le même phénomène se produit pour la catégorie de 20 000\$ à 39 999\$ mais avec une moins grande intensité (RC de 1,58 à 1,62). Donc, parmi ceux qui ont un contact, le revenu ne détermine pas la perception de l'accessibilité comme il le fait parmi ceux qui n'ont pas de contact.

4.3.3 L'ajustement du modèle

Nous avons testé l'ajustement des modèles avec le test de Hosmer et Lemeshow. Ce test regroupe les données en dix catégories qui correspondent aux dix déciles des diverses probabilités prédites et vérifie si le modèle prédit bien les probabilités de ces dix catégories. Ce test a l'avantage de correspondre à une distribution de chi-deux, ce qui n'est pas le cas des autres tests d'ajustement (Hosmer et Lemeshow, 1989). L'ensemble des trois modèles ajuste correctement les données, c'est-à-dire que les données prédites ne sont pas statistiquement différentes des données observées tel que présenté au Tableau 13. Ce tableau présente aussi les pourcentages de cas prédits correctement, d'environ 72% pour les trois modèles. La sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positive et négative sont de l'ordre respectivement de 88%, 38%, 62% et 75%.

Tableau 7: Effets relatifs de la perception des journaux et des autres facteurs retenus, modèle de régression logistique multiple

Variables	β	Seuil de signification	RC	IC (95%)
Perception des journaux				
Pas important				
Important et favorable	-0,07	0,76	0,93	0,60 - 1,46
Important et NSP/PR	0,23	0,31	1,26	0,81 - 1,96
Important et défavorable	0,39	0,08	1,48	0,95 - 2,31
NSP/PR	-0,07	0,88	0,93	0,38 - 2,31
Perception de l'entourage				
Pas important				
Important et favorable	-0,37	0,11	0,69	0,44 - 1,09
Important et NSP/PR	0,09	0,82	1,09	0,50 - 2,38
Important et défavorable	1,06	0,00	2,90	1,99 - 4,22
NSP/PR	-0,03	0,94	0,97	0,44 - 2,14
Contact avec le système de santé:				
aucun				
un ou plus	-0,04	0,84	0,96	0,68 - 1,37
État de santé:				
de moyenne à bonne				
mauvaise	1,20	0,05	3,32	1,11 - 9,97
Age				
18-34				
35-54	0,59	0,00	1,81	1,25 - 2,62
55 et plus	0,59	0,00	1,81	1,22 - 2,70
Genre				
homme				
femme	0,36	0,03	1,43	1,04 - 1,96
Revenu				
40 000 et plus				
20 à 39 999\$	0,46	0,02	1,58	1,06 - 2,34
moins de 20 000\$	0,62	0,00	1,85	1,21 - 2,85
refus/NSP	0,54	0,05	1,71	1,00 - 2,94

β : coefficient

RC: ratio de cote

IC: intervalle de confiance

Tableau 8: Interaction entre le revenu et le contact avec le système de santé, modèle pour les journaux.

A) Effet d'un contact avec le système pour chaque catégorie de revenu

Revenu	RC	SE	IC (95%)
40 000 \$ et plus	0,96	0,18	0,68-1,37
20 000 à 39 999\$	0,27	0,45	0,11-0,67*
moins de 20 000\$	0,45	0,49	0,17-1,18
Refus/PR	0,67	0,62	0,20-2,26

Catégorie de base: ceux qui n'ont pas eu de contact, dans la même tranche de revenu

B) Effet du revenu parmi ceux qui ont eu un contact

Revenu	RC	SE	IC (95%)
20 000 à 39 999\$	0,45	0,47	0,18-1,12
moins de 20 000\$	0,87	0,51	0,32-2,37
Refus	1,18	0,69	0,31-4,56

Catégorie de base: ceux qui ont un revenu de 40 000\$ et plus et qui ont eu un contact

C) Effet du revenu parmi ceux qui n'ont pas eu de contact

Revenu	RC	SE	IC (95%)
20 000 à 39 999\$	1,58	0,20	1,06-2,34*
moins de 20 000\$	1,85	0,22	1,21-2,85*
Refus	1,71	0,28	1,00-2,94*

Catégorie de base: ceux qui ont un revenu de 40 000\$ et plus et ne pas avoir eu de contact

*Significatif au seuil de signification $p=0,05$

SE: erreur-type

RC: ratio de cote

IC: intervalle de confiance

Tableau 9: Effets relatifs de la perception de la radio et des autres facteurs retenus, modèle de régression logistique multiple

Variables	β	Seuil de signification	RC	IC (95%)
Perception de la radio				
Pas important				
Important et favorable	-0,05	0,83	0,95	0,60 - 1,51
Important et NSP/PR	0,43	0,09	1,54	0,94 - 2,53
Important et défavorable	0,70	0,00	2,02	1,31 - 3,11
NSP/PR	-0,10	0,77	0,91	0,48 - 1,71
Perception de l'entourage:				
Pas important				
Important et favorable	-0,32	0,18	0,73	0,46 - 1,15
Important et NSP/PR	0,04	0,92	1,04	0,47 - 2,29
Important et défavorable	1,01	0,00	2,73	1,87 - 4,00
NSP/PR	-0,05	0,90	0,95	0,42 - 2,14
Contact avec le système de santé:				
aucun				
un ou plus	-0,04	0,84	0,96	0,68 - 1,37
État de santé:				
de moyenne à bonne				
mauvaise	1,17	0,04	3,21	1,07 - 9,66
Âge				
18-34				
35-54	0,54	0,00	1,72	1,19 - 2,51
55 et plus	0,58	0,00	1,79	1,19 - 2,68
Genre				
homme				
femme	0,41	0,01	1,50	1,09 - 2,08
Revenu				
40 000 et plus				
20 à 39 999\$	0,48	0,02	1,62	1,09 - 2,42
moins de 20 000\$	0,63	0,00	1,88	1,22 - 2,89
refus/NSP	0,51	0,06	1,66	0,97 - 2,85

β : coefficient

RC: ratio de cote

IC: intervalle de confiance

Tableau 10: Interaction entre le revenu et le contact avec le système de santé, modèle pour la radio.

A) Effet d'un contact avec le système pour chaque catégorie de revenu

Revenu	RC	SE	IC (95%)
40 000 \$ et plus	0,96	0,18	0,68-1,37
20 000 à 39 999\$	0,26	0,46	0,11-0,64*
moins de 20 000\$	0,42	0,49	0,16-1,10
Refus/PR	0,68	0,63	0,20-2,33

Catégorie de base: ceux qui ont un revenu de 40 000\$ et plus et ne pas avoir eu de contact

B) Effet du revenu parmi ceux qui ont eu un contact

Revenu	RC	SE	IC (95%)
20 000 à 39 999\$	0,44	0,47	0,17-1,10
moins de 20 000\$	0,81	0,51	0,30-2,23
Refus	1,18	0,69	0,31-4,56

Catégorie de base: ceux qui ont un revenu de 40 000\$ et plus et ne pas avoir eu de contact

C) Effet du revenu parmi ceux qui n'ont pas eu de contact

Revenu	RC	SE	IC (95%)
20 000 à 39 999\$	1,62	0,20	1,09-2,42*
moins de 20 000\$	1,88	0,22	1,22-2,89*
Refus	1,66	0,27	0,97-2,85

Catégorie de base: ceux qui ont un revenu de 40 000\$ et plus et ne pas avoir eu de contact

*Significatif au seuil de signification $p=0,05$

SE: erreur-type

RC: ratio de cote

IC: intervalle de confiance

Tableau 11: Effets relatifs de la perception de la télévision et des autres facteurs retenus, modèle de régression logistique multiple

Variabes	β	Seuil de signification	RC	IC (95%)
Perception de la télévision				
Pas important				
Important et favorable	0,00	0,99	1,00	0,62 - 1,59
Important et NSP/PR	0,70	0,01	2,01	1,19 - 3,38
Important et défavorable	0,76	0,00	2,13	1,37 - 3,30
NSP/PR	0,38	0,53	1,47	0,45 - 4,79
Perception de l'entourage				
Pas important				
Important et favorable	-0,24	0,30	0,78	0,49 - 1,24
Important et NSP/PR	0,10	0,79	1,11	0,51 - 2,44
Important et défavorable	1,06	0,00	2,88	1,98 - 4,21
NSP/PR	-0,13	0,75	0,88	0,39 - 1,96
Contact avec le système de santé:				
aucun				
un ou plus	-0,06	0,73	0,94	0,66 - 1,33
État de santé:				
de moyenne à bonne				
mauvaise	1,12	0,05	3,08	1,02 - 9,28
Âge				
18-34				
35-54	0,59	0,08	1,80	1,24 - 2,61
55 et plus	0,62	0,08	1,86	1,24 - 2,78
Genre				
homme				
femme	0,40	0,02	1,49	1,08 - 2,05
Revenu				
40 000 et plus				
20 à 39 999\$	0,49	0,02	1,64	1,10 - 2,44
moins de 20 000\$	0,66	0,00	1,94	1,26 - 2,99
refus/NSP	0,53	0,06	1,69	0,99 - 2,91

β : coefficient

RC: ratio de cote

IC: intervalle de confiance

Tableau 12: Interaction entre le revenu et le contact avec le système de santé, modèle final

A) Effet d'un contact avec le système pour chaque catégorie de revenu

Revenu	RC	SE	IC (95%)
40 000 \$ et plus	0,94	0,18	0,66-1,33
20 000 à 39 999\$	0,25	0,46	0,10-0,62*
moins de 20 000\$	0,43	0,50	0,16-1,13
Refus/PR	0,66	0,63	0,19-2,25

Catégorie de base: ceux qui ont un revenu de 40 000\$ et plus et ne pas avoir eu de contact

B) Effet du revenu parmi ceux qui ont eu un contact

Revenu	RC	SE	IC (95%)
20 000 à 39 999\$	0,44	0,47	0,17-1,10
moins de 20 000\$	0,89	0,52	0,32-2,45
Refus	1,18	0,69	0,30-4,59

Catégorie de base: ceux qui ont un revenu de 40 000\$ et plus et ne pas avoir eu de contact

C) Effet du revenu parmi ceux qui n'ont pas eu de contact

Revenu	RC	SE	IC (95%)
20 000 à 39 999\$	1,64	0,20	1,10-2,44*
moins de 20 000\$	1,94	0,22	1,26-2,99*
Refus	1,69	0,28	0,99-2,91

Catégorie de base: ceux qui ont un revenu de 40 000\$ et plus et ne pas avoir eu de contact

*Significatif au seuil de signification $p=0,05$

SE: erreur-type

RC: ratio de cote

IC: intervalle de confiance

Tableau 13: Ajustement des différents modèles multiples

	Modèles		
	Journaux	Radio	Télévision
Cas prédits correctement par le modèle (%)	72,07	72,54	72,54
Sensibilité	89%	88%	89%
Spécificité	37%	38%	39%
Valeur prédictive positive	75%	75%	75%
Valeur prédictive négative	62%	61%	63%
Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow	5,5225	6,5197	9,0158
df	8	8	8
degré de signification	0,7005	0,5892	0,3410

5. Discussion

Les résultats présentés au chapitre précédent montrent qu'une majorité de gens considère que l'accessibilité a diminué et cette perception est associée à la perception des médias et de l'entourage, à l'âge, à l'état de santé, au genre et à l'interaction entre le revenu et le fait d'avoir eu un contact avec le système.

Dans le présent chapitre, nous interprétons ces résultats en relation avec la littérature puis nous discutons de la validité de ces résultats au plan statistique, de la validité interne, de la validité de construit et de la validité externe. Nous terminons avec une section sur les apports de cette recherche au niveau théorique et pratique en résumant les pistes de recherche qui découlent de ce projet.

5.1 Interprétation des résultats en relation avec la revue de littérature

5.1.1 Les médias

Les résultats nous montrent que dans les modèles univariés, tous les médias sont significativement associés à la perception de l'accessibilité. Cependant, lorsque nous élaborons un modèle plus complexe, seule la télévision demeure significative.

Plusieurs facteurs expliquent qu'il n'y ait que la télévision qui soit retenue dans le modèle final. D'abord il y a la corrélation entre la télévision et les journaux ou la radio, même si cette corrélation demeure sous le seuil de la multicollinéarité. Et ensuite il y a une plus forte association avec la télévision qu'avec les autres médias. Il semble que la régression logistique soit très sensible aux corrélations entre les variables indépendantes.

Les variables sources d'information sont associées l'une à l'autre en ce sens que si une personne considère l'une des sources comme importante et favorable, elle répond

dans une plus grande proportion que l'autre source est également importante et favorable. À cause des perceptions sélectives, des effets de halo ou de généralisation, les gens ont tendance à attribuer leur opinion aux médias. Leur opinion teinte donc ces variables dans le même sens. Ensuite, toutes ces sources d'information s'influencent dans le processus de formation d'une opinion publique. En effet, ce processus tend à ramener les discours de tous (média, entourage, groupes d'intérêts) vers l'opinion de la majorité (Willett, 1989).

La télévision est importante pour un plus grand nombre d'individu (676) que les journaux (591) et la radio (487). En plus la télévision est associée de façon plus significative que les journaux et de façon comparable à la radio. Il est possible de penser que le contenu de la télévision, plus visuel et plus émotif a plus d'impact que les journaux, ceux-ci étant plus analytiques, ou que la radio, cette dernière étant un média plus accessoire et qui ne fait appel qu'à l'ouïe tandis que les journaux nécessitent des habiletés de lecture (Beauchamps et coll., 1991; Jordan, 1993, Bouchard et Renaud, 1991). En résultat, l'entourage et la télévision restent dans le modèle et les médias les plus faiblement associés sont éliminés. Ainsi, dans le modèle final, la perception de la télévision devient en quelque sorte un proxy pour les autres médias.

Lorsque les gens considèrent la télévision importante, mais qu'ils ne peuvent pas dire si elle est favorable ou défavorable, leur association significative avec l'accessibilité générale est très semblable à celle des gens qui considèrent la télévision défavorable (RC de 2,01 par rapport à RC de 2,13). Pour les journaux et la radio, les gens qui n'attribuent pas de caractère favorable ou défavorable aux médias se comportent également comme les gens qui leur attribuent un caractère défavorable mais les ratios de cote ne sont pas significatifs dans les modèles où l'influence de l'entourage est prise en considération. Pour ces personnes qui n'attribuent pas de caractère favorable ou défavorable, l'effet de généralisation ou de halo n'entre pas en ligne de compte puisqu'elles n'attribuent pas leur opinion au média. Le simple fait de trouver le média

important oriente vers une perception d'une diminution de l'accessibilité. Cela plaide en faveur d'un effet des médias vers une perception négative de l'accessibilité.

Lorsque les gens répondent que le média est important et qu'ils le considèrent favorable, leur ratio de cote n'est pas différent de ceux qui ne considèrent pas le média important. Ceci indique que de trouver le média favorable ne protège pas plus d'une perception de diminution de l'accessibilité que de ne pas considérer le média important.

En somme, conformément à la littérature, la perception des médias est associée à la perception d'une diminution de l'accessibilité. Cette relation est plus forte avec la télévision ce qui pourrait s'expliquer par le caractère émotif et visuel de son contenu.

5.1.2 L'entourage

L'entourage s'associe de façon plus forte que les médias à la perception de l'accessibilité générale, tel qu'appuyé par la littérature. Mais, seul le fait de trouver l'entourage important et défavorable est statistiquement différent de celui de ne pas considérer l'entourage important (RC de 2,88). Tout comme pour les médias, l'opinion de la personne peut l'amener à percevoir l'opinion de son entourage teintée de sa propre opinion (halo et généralisation). D'après le modèle de Katz et Lazarfeld, une partie de l'opinion défavorable de l'entourage provient également des médias. En assumant que l'entourage provient de la population de Montréal-Centre, nous pouvons inférer les résultats de la présente étude à l'opinion de cet entourage. De là, nous pouvons considérer que les variables associées à la perception de l'accessibilité, soit la santé, le genre, le revenu et son interaction avec le contact, déterminent une partie de l'opinion de l'entourage.

5.1.3 Professionnels de la santé

Bien que l'importance accordée aux professionnels devienne non significative dans les modèles multivariés, il demeure possible que leur opinion joue un rôle important dans l'information transmise par les médias, selon le phénomène d'*agenda setting* et parce qu'ils sont des professionnels jouissant d'une grande crédibilité et dont les déclarations dans les médias ont le plus d'impact (Page, Shapiro, Demphsey, 1987; Jordan, 1993). Les professionnels ont encore plus d'impact si leurs déclarations font appel aux émotions de l'auditoire, par exemple en citant des cas impliquant des enfants ou des morts évitables survenus depuis la réforme. Une analyse de contenu médiatique pourrait comptabiliser ces déclarations parmi l'ensemble de l'information qui circule dans les médias et nous renseigner sur leur caractère émotif ou non.

5.1.4 Documents de la Régie ou du Ministère

L'importance des documents de la Régie Régionale et ceux du ministère ne montre pas d'impact sur la perception de l'accessibilité, même en univarié. La proportion de gens qui les trouvent importants atteint 55%. Est-ce trop peu pour une réforme ayant des enjeux si préoccupants pour la population? Est-ce la population qui ne porte pas assez attention aux documents de source gouvernementale ou est-ce que l'information fournie n'est pas assez visible, utile ou intéressante? Peut-être que cette information était véhiculée sur un plan plus analytique et avait par là moins d'impact?

Nous n'avons pas réponses à toutes ces questions. Mais nous savons que les représentants de l'administration publique sont réputés ne pas avoir beaucoup d'impact sur l'opinion des gens. Ainsi, peut-être que la Régie Régionale aurait pu utiliser plus à fond des déclarations d'experts ou des témoignages de gens satisfaits du système.

5.1.5 Interaction entre le revenu et le contact avec le système de santé

Les résultats font ressortir une interaction entre le revenu et le fait d'avoir eu un contact avec le système de santé. Lorsqu'une interaction est présente, les associations retrouvées en univarié ne tiennent pas. Il faut interpréter les résultats de ces deux variables en fonction l'une de l'autre. La logique permettant de comprendre les interactions veut que l'on analyse une variable en maintenant constante l'autre variable. Par exemple, on maintient constante la variable contact pour observer l'effet de la variable revenu sur la perception de l'accessibilité. Et on maintient constante la catégorie de revenu pour observer l'effet de la variable contact sur la perception de l'accessibilité.

En d'autres mots, la relation entre le revenu et la perception de l'accessibilité est différente quand les répondants se situent dans le groupe de ceux qui ont eu un contact par rapport à ceux qui n'en ont pas eu. Et la relation entre le fait d'avoir eu un contact et la perception de l'accessibilité n'est pas la même pour toutes les catégories de revenu.

Effet du revenu sur la perception de l'accessibilité

Parmi ceux qui ont eu un contact, aucune des catégories de revenu n'influence de façon significative la perception de l'accessibilité. Parmi ceux qui n'ont pas eu de contact, on constate une gradation: plus le revenu du ménage est élevé, plus la proportion de répondants qui considèrent que l'accessibilité a diminué est petite. Ainsi, les gens plus riches qui n'ont pas fait d'expérience concrète avec le système de santé perçoivent moins de détérioration de l'accessibilité que les plus pauvres qui n'ont pas eu d'expérience concrète. Cela correspond à l'association habituellement retrouvée entre les bas revenus et de plus grandes difficultés d'accès (Aday, et coll., 1984; Berk, Schur, Cantor, 1995; Falcone et Broyle, 1994; Paquet, 1989; Ruiz, 1993; Schwartz et coll., 1990; Shannon et coll., 1978; St-Peter et coll., 1992; Taylor, 1994; Wallace, 1990).

Mais parmi ceux qui ont eu une expérience concrète avec le système de santé au cours des deux derniers mois, cette association ne tient plus. Le fait d'appartenir à une catégorie de revenu plutôt qu'à telle autre ne s'associe pas de façon significative à la perception de l'accessibilité. Ces résultats vont à contre courant de l'idée précédente. Mais ils appuient la thèse qui soutient que, dans un système de soins universel, les différences d'accessibilité sont minimales entre les riches et les pauvres (Gorey et coll., 1997).

Effet du contact avec le système de santé sur la perception

Lorsque ce sont les classes de revenu que l'on maintient constantes, le fait d'avoir eu un contact avec le système joue un rôle significatif pour la catégorie de 20 000\$ à 39 999\$. Les gens de cette catégorie ayant eu un contact perçoivent dans une moins grande proportion (RC entre 0,25 à 0,27 selon les modèles) que l'accessibilité s'est détériorée que ceux n'ayant pas eu de contact. Cela milite très fortement en faveur d'un effet négatif des médias sur la perception de l'accessibilité. Mais pourrait aussi s'expliquer par le fait que certaines personnes n'ont pas réussi à entrer en contact avec le système à cause de barrières à l'accessibilité. Il serait intéressant, dans une étape ultérieure, de créer un modèle pour ceux qui ont eu un contact et un autre pour ceux n'en ayant pas eu. Ce même phénomène semble se reproduire pour la classe de revenu de moins de 20 000\$ mais n'est pas tout à fait significatif (RC=0,42 IC=0,16-1,10 à RC=0,45 IC= 0,17-1,18, selon le modèle). Il faut noter que les erreurs-types des termes interaction sont plus grandes que ceux des catégories individuelles des autres variables puisqu'ils sont calculés par l'addition des erreurs-type des variables d'interaction. Il est donc plus difficile d'obtenir un résultat significatif.

Ces résultats nous amènent à penser que d'avoir un contact avec le système de santé rassure les gens moins fortunés concernant l'accessibilité aux soins. Ce résultat est à l'inverse de ce qu'on aurait pu attendre en considérant que la réforme affecte plus les groupes à risque recensés dans la littérature dont les pauvres. Cela nous a amené à

tester si une interaction entre le contact et l'état de santé (autre groupe à risque) reproduirait le même genre de résultats. Ce n'est pas le cas, l'interaction n'est pas significative.

Ces résultats appuient la littérature qui veut que l'accessibilité vécue ne détermine pas la perception générale de l'accessibilité au système (Aday et coll., 1984; Aday et coll., 1993; Culbertson et Stempel, 1985). Au niveau de la perception de l'accessibilité personnelle, l'expérience avec le système est déterminante mais soumis à d'autres biais de perception tel la confiance accordée à son médecin traitant (Aday et coll., 1984; Aday et coll., 1993; Culbertson et Stempel, 1985). D'ailleurs, les sondages de satisfaction de la clientèle montrent que les gens qui ont expérimenté le système de soins sont satisfaits depuis la réforme et les plaintes que ce soit au niveau des établissements, des Régies Régionales ou du commissaire aux plaintes n'ont pas augmenté depuis 1993, date d'entrée en vigueur de cette structure de traitement des plaintes (RRSSS-MC, Groupe de travail pour les consultations d'automne, 1997).

Un autre élément vient renforcer l'idée que le contact avec le système ne s'est pas modifié depuis la réforme. Dans le rapport préliminaire sur l'accessibilité, du groupe de recherche dont fait partie la présente étude, il n'y a pas d'évidence qu'il y a eu perte d'accessibilité selon les données objectives (Labadie et coll., 1997).

Donc un plus faible revenu influence la perception de l'accessibilité uniquement chez ceux qui n'ont pas eu de contact, en augmentant la proportion de ceux qui croient que l'accessibilité a diminué. Et le fait d'avoir un contact avec le système de santé incite à avoir une perception d'une moins grande diminution de l'accessibilité que ceux qui n'ont pas eu de contact.

5.1.6 Variables de contrôle

Concernant les variables de contrôle, conformément à la littérature, l'état de santé, le revenu et le genre modulent la perception de l'accessibilité. Cet effet modulateur origine, d'après les connaissances actuelles, d'une influence à la fois sur l'accessibilité réelle et sur l'interprétation que les répondants font de cette accessibilité réelle pour créer leur perception de l'accessibilité. Cela confirmerait l'hypothèse que certains groupes à risque au niveau de l'accessibilité se perçoivent comme plus atteints par la réforme soit les gens en mauvaise santé, les gens âgés et les gens dont le revenu du ménage se situe sous la barre du 39 999\$. Mais la langue n'a pas cet effet.

5.2 Validité de l'étude

Nous discutons de la validité statistique, de la validité de construit, de la validité interne et de la validité externe de l'étude (Cook and Campbell, 1979).

Mais avant de débiter, rappelons que la fiabilité du questionnaire a été évaluée par un rappel auprès de 10% des répondants à la fin de la période de sondage. Au cours de ce rappel effectué par la firme Crop, il n'y a pas eu de modification des réponses.

5.2.1 Validité statistique

La validité statistique d'une étude repose sur la capacité de l'analyse à établir qu'il y a association ou non entre les variables (Cook and Campbell, 1979). D'une part, la régression logistique constitue une procédure adéquate en fonction du caractère de la perception de l'accessibilité qui s'étudie très bien de façon dichotomique, pour contraster ceux qui considèrent que l'accessibilité a diminué avec ceux qui considèrent qu'elle est demeurée stable ou s'est améliorée. Ensuite, elle est très

appropriée pour l'étude de variables indépendantes catégorielles et ne nécessite pas que nous assumions la normalité de la distribution des erreurs-types (Hosmer et Lemeshow, 1989).

D'autre part, nous avons calculé la puissance statistique que nous confère notre effectif à l'aide du logiciel Power. Nous avons utilisé la technique de calcul pour les études où la prévalence du phénomène étudié est fixe dans la population, c'est-à-dire que nous la connaissons et que nous souhaitons déterminer la puissance associée aux divers ratios de cote. Nous avons calculé la puissance pour la principale variable indépendante soit la perception de la télévision pour la catégorie qui considère la télévision importante et défavorable. Avec un effectif de 852, une proportion de 67% des gens qui considèrent que l'accessibilité a diminué depuis un an, la puissance statistique (β) pour la détection d'un ratio de cote de 2 en univarié est de 1. En d'autres mots, l'effectif de l'échantillon est suffisamment grand pour toujours détecter un ratio de cote de 2. Pour un ratio de cote de 1,5 la puissance est de 0,76. Il y a une probabilité de 76% de détecter de façon significative à 0,05 un ratio de cote de 1,5 et de 24% de ne pas considérer une différence qui existe réellement comme significative (accepter l'hypothèse nulle alors qu'elle aurait dû être rejetée). Cette puissance est satisfaisante car un ratio de cote de moins de 2 est considéré comme une faible association entre deux variables. À titre indicateur, les puissances pour les ratios de cote variant de 2,0 à 1,5 sont présentées ci-dessous. Ces ratios de cote sont calculés dans une logique univariée, les logiciels pour le calcul dans une logique multivariée n'étant pas disponibles.

Puissance statistique

Puissance	RC minimum détectable
1,00	2,0
0,99	1,9
0,97	1,8
0,94	1,7
0,88	1,6
0,76	1,5

Pour les analyses univariées, nous avons choisi un seuil de signification de 0,15 recommandé pour éviter d'exclure trop vite des variables dont l'effet cumulatif pourrait s'avérer important. Pour la construction finale des modèles de chaque média et du modèle avec tous les médias, nous avons choisi le seuil conservateur de 0,05 puisque notre effectif nous le permet. Cette stratégie a permis de détecter des associations statistiquement significatives entre la perception de l'accessibilité et les variables relatives aux médias, à l'entourage, à l'état de santé, à l'âge, au genre et à l'interaction contact avec revenu.

Les associations entre la télévision et la radio d'une part et la perception de l'accessibilité générale se sont avérées suffisamment fortes pour demeurer significatives en présence de la perception de l'entourage. L'association entre l'importance accordée aux professionnels de la santé et aux documents de la Régie n'y a par contre pas résisté. Nous traiterons plus en détail dans la section suivante de l'association entre les variables.

Notons que l'absence de coefficients et d'erreurs-type disproportionnés dans les modèles retenus indique qu'il n'y a ni colinéarité ni sursaturation du modèle (Hosmer et Lemeshow, 1989). En effet, les modèles sont loin d'être saturés avec 40 fois plus d'effectifs que de variables dans la régression («*dummy*»).

Les modèles ajustent correctement les données d'après le calcul du chi-deux de Hosmer et Lemeshow. En effet, il n'y a pas de différence significative entre les données prédites et les données observées. La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative sont présentées à titre indicatif.

Notre modèle n'a pas été élaboré dans un but prédictif mais dans un but de compréhension des facteurs influençant la perception.

Nous pouvons donc conclure que l'étude jouit d'une bonne validité statistique grâce à la procédure utilisée, à la puissance obtenue, à l'utilisation d'un seuil de signification conservateur et à l'ajustement du modèle sur les données.

5.2.2 Validité Interne

La validité interne concerne la relation entre les variables dépendantes et indépendantes telles qu'opérationnalisées dans la recherche sans tenir compte de ce qu'elles sont censées mesurer théoriquement. Les questions de validité interne comprennent le sens de la relation entre les variables et l'existence d'une troisième variable dans la relation entre les variables dépendante et indépendante.

Une étude de prévalence, qui inclut un point dans le temps, ne permet pas d'établir réellement le sens de la relation entre les variables. Elle ne permet pas de spécifier quelle variable est antérieure, ni quelle variable est la cause. Ainsi l'association entre la perception de l'accessibilité et la perception des médias reflètent à la fois l'influence de la perception de l'accessibilité sur la perception des médias et l'influence de la perception des médias sur la perception de l'accessibilité. Nous puisons dans la littérature les arguments appuyant qu'il y ait bien un impact des médias sur la perception de l'accessibilité.

Pour contrôler l'influence d'une troisième variable entre la variable dépendante et une variable indépendante, nous avons incluse dans les modèles les différentes variables susceptibles d'engendrer un effet de confusion ou une interaction tel que recensé dans la littérature. Ceci fait que la relation entre les variables indépendantes et la variable dépendante est contrôlée pour l'effet des autres variables. Le domaine des perceptions, surtout des perceptions de l'accessibilité aux services de santé, étant tout récent, il se peut que la littérature ne recense pas l'ensemble des variables de confusion.

Lorsqu'il n'y a pas de groupe témoin, il peut exister un biais d'histoire, c'est-à-dire la possibilité que d'autres événements que ceux inclus dans les variables indépendantes affectent la perception de l'accessibilité. Il nous apparaît être survenu un événement majeur entre 1996 et 1997, relié au système de santé autre que la réforme: l'implantation de l'assurance médicament. Le verglas est survenu après cette période. Possiblement que les gens ont pu considérer une diminution de l'accessibilité aux soins qui ne serait pas due à la réforme mais à l'implantation de l'assurance médicament. Cela n'est valide que pour les groupes qui sont affectés par cette réforme soit ceux qui ne bénéficiaient d'aucune assurance privée et ceux qui étaient couverts gratuitement lorsqu'ils recevaient des prestations d'aide sociale ou étaient atteints de certaines maladies dont le traitement coûteux était assuré par le gouvernement. Pour ceux qui n'étaient pas couverts et qui devaient déboursier pour des médicaments des sommes supérieures à la franchise et au copaiement, l'accessibilité devrait augmenter. L'accessibilité devrait cependant diminuer pour ceux qui n'avaient rien à payer. Car, étant à faible revenu, même un faible copaiement engendre des problèmes d'accessibilité.

Cependant il se peut que d'autres caractéristiques personnelles dont nous n'avons pas tenu compte dans notre étude influencent la perception de l'accessibilité. Un article paru dans Le Devoir (30 juillet 1998) laisse entendre que la perception de la détérioration de la qualité des soins passés, présents et futurs est reliée à l'intention de vote (péquistes ou libéraux). Les péquistes considèrent que la qualité s'est moins détériorée que les libéraux avec une proportion de 64% des péquistes contre 84% des libéraux qui considèrent que la qualité s'est détériorée pour un effectif de 1 000 répondants (Nadeau et Léger, 1998). Cependant ces résultats n'ont fait l'objet d'aucune analyse statistique pour déterminer si les relations étaient significatives, ni d'argumentation à savoir si c'est l'appartenance politique qui influence la perception des soins ou la perception des soins de santé et des institutions publiques en générale qui influence l'option politique.

Ainsi, les principales limites à la validité interne de cette étude sont l'absence de groupe témoin et l'impossibilité d'établir, uniquement sur la base d'une étude de prévalence, une relation causale. Cependant, il ne semble pas être survenu d'événement majeur qui aurait influencé les résultats et notre modèle théorique sert d'appui au sens que nous avons établi à la relation entre les variables.

5.2.3 Validité de construit

La validité de construit fait référence à la validité avec laquelle on peut généraliser les résultats aux concepts originaux à partir des variables opérationnalisées.

Il n'existe pas vraiment d'outils validés pour mesurer la perception de l'accessibilité ni pour mesurer l'impact des médias. Le construit a été réalisé au meilleur des connaissances théoriques et des possibilités d'inclusion dans une étude déjà en cours.

Accessibilité générale

La variable dépendante est construite pour mesurer ce que les gens pensent de l'accessibilité au système de santé sans faire référence à leur expérience personnelle ni aux dimensions constituant l'accessibilité. Cependant, il se peut que la question ne mesure pas réellement la perception de l'accessibilité mais plutôt la perception de la détérioration de la qualité des soins accessibles.

En effet, la littérature ne s'entend pas très bien sur ce qui est compris dans l'accessibilité et sur les frontières entre accessibilité et qualité. Il ne faudrait pas s'attendre à plus de la part de la population. Des groupes de discussion ("*focus group*") permettraient de vérifier ce que les répondants incluent dans leur évaluation de l'accessibilité et de la qualité. Ces "*focus group*" permettraient aussi d'évaluer si c'est à cause d'une diminution de la qualité que les répondants dévaluent l'accessibilité; ou si à l'inverse, c'est la perception de la diminution de l'accessibilité qui influe sur la perception de la diminution de la qualité.

Un autre indice qui nous laisse croire en la similitude des deux concepts pour la population est des proportions très semblables de gens qui considèrent que la qualité des soins s'est détériorée et de gens qui considèrent que l'accessibilité s'est détériorée. À cet effet, notons que le Sous-Ministre canadien de la santé, Alan Nymark, a rendu public les résultats d'un sondage sur la perception du système de soins où 68% des répondants considèrent que la qualité des soins de santé a diminué depuis deux ans, (Sondage Ekos réalisé en novembre 1998, Santé Canada en direct, 1998) ce qui est très près de la proportion de gens qui considèrent que l'accessibilité a diminué dans notre étude (67%). Un sondage Léger et Léger réalisé à l'échelle de la province en juin 1998 montre une proportion de 75% des répondants qui croient que la qualité s'est détériorée au cours des dernières années (n=1000) (Nadeau et Léger, 1998). Un sondage Som (1997) réalisé en mai 1997 pour le compte du Ministère rapporte que 56% des répondants croient que la qualité des soins s'est détériorée au cours de la dernière année, 60% craignent qu'elle se détériore et 51% considèrent qu'ils devront attendre plus longtemps pour obtenir des services. Un autre sondage Som réalisé pour le compte de la Régie Régionale des Laurentides révèle que 56,1 % des 1500 répondants de la région en mars 1996 et 60% en octobre 1996 croient que la qualité de santé et des services sociaux s'est détériorée (RRSSS-Laurentides, 1996).

Outre la question de la qualité versus celle de l'accessibilité, il est difficile d'isoler la composante de l'opinion qui vient de la réforme de la Régie Régionale de Montréal-Centre, des restrictions budgétaire ou des initiatives originant des ministères provinciaux ou fédéraux. Une analyse de contenu médiatique permettrait de déterminer les critiques qui s'adressent aux coupures budgétaires d'Ottawa, de Québec et celles qui s'adressent à la façon dont la Régie Régionale de Montréal-Centre décide de les appliquer. Un autre sondage pourrait évaluer si les gens adressent leurs critiques aux décisions des niveaux régional, provincial ou national.

En résumé, la question concernant l'accessibilité générale donne des résultats comparables à ceux des autres études canadiennes, provinciales ou régionales. Cependant il se peut que les gens portent un jugement sur l'accessibilité et sur la qualité sans distinguer les concepts et nous ne savons pas à quel niveau de gouvernement ils attribuent la responsabilité de cette détérioration.

Les médias

Nous avons construit des variables où l'importance de la source d'information est prise en compte puisque les conditions pour qu'un média ait un impact comprennent l'exposition à ce média et la compréhension de l'information (Bouchard et Renaud, 1991). C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons sélectionné les gens informés concernant la réforme. Nous avons privilégié l'utilisation d'une mesure de la perception des médias plutôt qu'une analyse de contenu médiatique. Lorsque nous analysons le contenu, nous ne prenons pas en considération le fait que les gens ne sont pas exposés à la totalité de ce contenu mais bien à ce qu'ils sélectionnent parmi ce contenu.

Professionnels et Régie Régionale ou MSSS

Le construit de ces deux variables est différent des autres médias. Les gens n'ont pas été questionnés pour savoir s'ils considéraient ces sources comme favorables ou défavorables par rapport à la réforme. Si nous avions disposé de cette information, peut-être aurions-nous trouvé une association significative entre ces variables et la perception de l'accessibilité. Par contre, ces groupes ont pu manifester leur influence par leurs déclarations dans les médias. Pour appuyer cette hypothèse, il faudrait effectuer une analyse de contenu et vérifier si les déclarations des professionnels ou de la Régie y occupent une place prépondérante et déterminer s'ils ont joué un rôle d'*agenda setting* en plaçant la réforme au coeur des médias et leurs enjeux au coeur des enjeux discutés. Mais en définitive, en prenant en compte l'impact des médias, nous prenons en compte l'impact cumulatif des déclarations de tous les groupes.

L'entourage

Dans notre modèle conceptuel, l'entourage est influencé par les médias. Nous ne pouvions pas opérationnaliser cette relation dans l'analyse avec la procédure de régression logistique. Cependant, si nous avons pu redonner aux médias la part d'influence qui leur revient de celle de l'entourage, cela renforcerait leur impact déjà significatif.

Le contact avec le système de santé

Le contact avec le système de santé comprend la visite à un médecin spécialiste ou à généraliste, ou à une infirmière. Nous n'avons pas tenu compte des pharmaciens car bien qu'ils soient touchés par la réforme de l'assurance médicament, ils ne sont pas touchés par celle des soins de santé physique de Montréal-Centre. Ainsi, c'est vraiment le contact avec ces trois types de professionnels qui constitue un contact avec le domaine de réforme étudié. Nous n'avons pu tenir compte d'un contact avec les professionnels paramédicaux tel les ergothérapeutes puisque cette donnée n'était pas disponible dans la banque de données. Il est raisonnable de croire que les gens qui ont eu à utiliser leurs services ont d'abord rencontré un médecin.

Le contact, d'après la question, devait avoir eu lieu dans une période de deux mois précédant le sondage. Cette période a été fixée lors du premier sondage, avant que la section concernant les perceptions ne soit ajoutée. Cette période permet de tenir compte de plus de gens qui ont interagi avec le système qu'une période de deux semaines utilisée pour mesurer l'utilisation des services par Santé Québec. Cette période de temps engendre un plus grand biais de mémoire qu'une période de deux semaine mais le biais demeure moins grand qu'en utilisant un délai de un an. Ainsi, notre étude ne prend pas en compte les gens qui ont eu un contact au cours de l'année précédant le sondage. Si tous les gens ayant réellement eu un contact au cours de l'année avaient été considérés, peut-être y aurait-il eu une association entre le fait d'avoir un contact et la perception de l'accessibilité.

Variables de contrôle

Les variables contrôle sont l'âge, le sexe, le revenu, l'état de santé et la langue parlée à la maison. La constitution de catégories réduites respecte les catégories qui sont associées avec la variable dépendante et permet d'obtenir un modèle plus parcimonieux (Hosmer et Lemeshow, 1989). L'état de santé perçu est considéré comme un bon proxy de l'état de santé réel et est tiré du SF-36 un outil de mesure validé de l'état de santé développé à San-Francisco et comprenant 36 questions (RRSSS-MC, 1995). La langue parlée à la maison donne une indication sur l'origine ethnique et la barrière à l'accessibilité qui peut en résulter de façon limitée puisque le sondage a été effectué en français ou en anglais. Nous ne cernons pas les populations vraiment à risque de mauvaise accessibilité dû à la barrière de la langue. De toute façon, aucune mesure dans la réforme ne touchait particulièrement les soins aux communautés ethniques.

Conclusion

Il existe un certain écart entre notre modèle conceptuel, notre modèle d'analyse et l'opérationnalisation des variables. Nous n'analysons pas l'influence des médias sur l'entourage, ni l'influence des professionnels ou de la Régie Régionale dans le contenu des médias. Si nous avions pu déterminer la part de la perception de l'entourage qui provient des médias et en tenir compte, cela aurait renforcé notre hypothèse d'un impact des médias sur la perception de l'accessibilité. Quant à l'influence des professionnels de la santé, nous considérons que leur exclusion du modèle ne rend pas leur effet négligeable pour autant. En effet, l'impact des déclarations des professionnels peut être à l'origine d'une part importante de l'impact des médias puisque leurs déclarations dans les médias sont prouvées comme ayant un impact sur l'opinion public (Beauchamps et coll., 1991; Jordan, 1993; Page, Shapiro et Dempsey, 1987). Le résultat obtenu dans la présente étude signifie seulement que les gens ne considèrent pas leur discussion avec eux comme une source d'information importante. Or une discussion avec un professionnel est différent de l'écoute d'un média dans lequel un professionnel prend la parole.

5.2.4 Validité externe

Notre échantillon aléatoire origine de la population de l'Île de Montréal non-institutionnalisée capable de s'exprimer en anglais ou en français. La généralisation des résultats devrait s'appliquer à cette population puisqu'il n'y a pas de différence majeure entre les inclus et les exclus. Cependant l'analyse a été effectuée sur les répondants (taux de réponse de 60%) et les données n'ont pas été pondérées. Nous discutons donc dans la présente section de la représentativité des répondants.

Pour base de comparaison, nous avons tenté d'utiliser le portrait de santé des Montréalais tiré de l'enquête Santé Québec 1992-1993, pour la région de Montréal-Centre (RRSSS-MC, 1995). Ces données sont pondérées pour être représentatives de la population selon le recensement de 1991. La proportion de femme est de 51,8%, alors que dans notre échantillon elle est de 57,7%. La structure d'âge de l'enquête (16% de moins de 15 ans, 12,8% de 15 à 24 ans, 35,2% de 25-44 ans, 22,8% de 45-64 ans et 13% de 65 ans et plus) est difficilement comparable celle de la présente étude (33,8% de 18-34 ans, 35,5% de 35-54 ans et 30,2% de 55 ans et plus). La structure de revenu est aussi difficilement comparable puisque les données sont en terme de niveau de revenu (très pauvres à revenu supérieur). L'état de santé est présenté en terme de satisfait ou d'insatisfait, alors que l'échelle de la présente étude est en terme de mauvaise, moyenne, bonne ou excellente. Le pourcentage de gens se disant insatisfaits de leur état de santé varie de 7,8% pour les 15-44 ans à 18,5 % pour les 65 ans et plus en passant par 13,2% pour les 45-64 ans. Pour la présente étude nous obtenons 4,2% des gens qui se disent en mauvaise santé. Il est logique que le nombre de personnes qui se disent en mauvaise santé soit inférieur à celui des personnes se disant insatisfaites car des gens peuvent être insatisfaits de leur état de santé même s'ils la considèrent moyenne ou même bonne. Ainsi, il est difficile de déterminer si notre échantillon est représentatif à l'aide de cette enquête.

Nous avons alors fait appel à l'unité de planification de la Régie Régionale de Montréal-Centre pour qu'ils nous fournissent les données de Statistique Canada issues du recensement de 1996, traitées en fonction des catégories de la présente étude. Ces données sont présentées à l'annexe 4.

Nous remarquons que les proportions dans chaque groupe d'âge sont très similaires avec un écart d'au plus 1,8 %. Ce recensement indique que les femmes composent 53,6% de la population de Montréal-Centre tandis que dans notre échantillon nous obtenons une proportion de répondants de 57,7% de femmes.

Concernant la langue, le recensement indique que 56,7 % des gens utilisent le français comme langue parlée à la maison, 25,3% l'anglais et 18,0% aucune de ces deux langues. Dans notre étude, nous obtenons respectivement 60,6%, 26,5% et 13%. La proportion inférieure de gens parlant une langue autre dans notre étude provient probablement du fait que les entrevues ont eu lieu en anglais ou en français ce qui a exclu plus de répondants de cette catégorie. Mais les proportions sont suffisamment semblables pour que ce biais ne soit pas très important.

Pour ce qui est du revenu, les proportions sont différentes du fait que nous demandions les revenus du ménage tandis que le recensement questionnait les revenus individuels.

Nous considérons donc notre échantillon représentatif de la population non-institutionnalisée, de plus de 18 ans, capable de répondre à un sondage en français ou en anglais et qui réside sur le territoire de l'île de Montréal.

Concernant la généralisation de nos résultats à une population plus large que celle de Montréal-Centre, nous devons être prudents. En effet, pour les autres régions du Québec, les coupures, les fermetures d'hôpitaux, bref les réformes ont été différentes. Cependant, pour les régions limitrophes à Montréal, soit Laurentides, Lanaudières et

Montréal, nous avons certaines raisons de croire que nous pouvons généraliser nos résultats. En effet, un sondage sur la perception de la transformation dans la région des Laurentides montre des résultats similaires aux nôtres, bien qu'il n'y ait pas de section sur les médias (RRSSS-Laurentides, 1996).

Le fait que l'ensemble des canadiens considèrent que la qualité des soins de santé a diminué (Santé Canada en direct, 1998) dans une proportion de 68% et que les études du Forum national sur la santé appuient ces résultats incitent à penser que le phénomène de perception négative des réformes et de leur impact sur la qualité ou l'accessibilité pourrait être applicable ailleurs au Canada, dans la mesure où les réformes se ressemblent et que les populations visées par ces réformes ont des caractéristiques relativement comparables.

5.3 Conclusion

En somme, les objectifs de notre étude sont atteints. Le premier consistait à décrire la perception de la population de Montréal-Centre concernant l'accessibilité aux services de santé dans un contexte de réforme. Les résultats montrent qu'il existe une perception d'une diminution de l'accessibilité. Cette perception est associée à l'importance et au caractère défavorable accordés aux médias. La proportion de gens qui considèrent que l'accessibilité a diminué augmente lorsque le revenu diminue parmi les gens qui n'ont pas eu de contact avec le système de santé. Parmi les gens qui n'ont pas eu de contact, la perception de l'accessibilité ne s'associe pas au revenu. Aucune association n'est révélée entre l'importance accordée aux documents et publicités de la Régie ou du Ministère et la perception de l'accessibilité. L'importance des discussions avec les professionnels de la santé ne s'associe pas non plus à la perception de l'accessibilité.

Lorsque les résultats sont contrôlés pour le revenu, il n'y a que dans la tranche de revenu de 20 000\$ à 39 999\$ que le contact avec le système de santé semble avoir un

impact. Les gens qui n'ont pas eu de contact perçoivent dans une plus grande proportion que l'accessibilité a diminué que ceux qui ont eu un contact. Cette relation n'est pas significative pour les autres tranches de revenu.

Ainsi notre deuxième objectif, de déterminer l'association de diverses sources d'information avec ces perceptions est également réalisé.

Ces relations sont cohérentes avec le cadre conceptuel pour la perception des médias, pour la perception de l'entourage qui en effet influence dans le même sens que la perception des médias tel que suspecté d'après le modèle de Katz et Lazarfeld. Cependant, à l'inverse de ce que nous suspicions, l'importance accordée aux documents de la Régie ou du Ministère et aux professionnels de la santé n'est pas associée directement avec la perception de l'accessibilité. Cela n'empêche pas qu'il puisse y avoir un effet indirect de ces sources d'information par les médias: ceux considérant les médias favorables pourraient s'être appuyés sur le contenu originant de la Régie Régionale et ceux jugeant les médias défavorables peuvent avoir pris plus en considération les déclarations des professionnels de la santé comme nous l'illustrons dans notre cadre conceptuel malgré que notre cadre d'analyse n'ait pu permettre une interprétation aussi poussée des résultats.

Nous pouvons tirer de là des leçons théoriques et pratiques. Au plan théorique, nous avons utilisé une approche originale du traitement de la perception de l'accessibilité, qui a permis de mettre en relation les diverses sources d'information et le fait d'avoir eu un contact avec le système de santé. Cette étude appuie la thèse que l'opinion publique sur le système de santé est associée à la couverture médiatique (principalement la télévision), à l'entourage et aux caractéristiques personnelles soit l'âge, le revenu et le sexe mais pas par la langue parlée à la maison. Quant au contact avec le système de santé, il ne semble pas influencer les répondants à considérer que l'accessibilité s'est détériorée. Ce qui est appuyé d'ailleurs par les résultats préliminaires d'accessibilité réelle qui n'ont pas relevé de diminution de

l'accessibilité (Labadie et coll., 1997). Il semble que le fait d'avoir un contact n'a d'influence que sur ceux qui ont un faible revenu et tendrait à les rassurer. Pour ceux qui n'ont pas eu de contact avec le système de santé au cours des deux mois précédents le sondage, nous notons une perception plus négative de l'accessibilité. Celle-ci peut possiblement s'expliquer par une plus grande influence des médias, ce groupe n'ayant pas confronté leur perception à une expérience d'utilisation des services.

Au plan pratique, ces résultats concernant l'accessibilité perçue sont importants. D'une part, ils rejoignent directement l'objectif de placer le citoyen au coeur de la réforme et de veiller à ce qu'il soit informé correctement. D'autre part, ce sont les perceptions qui sont au coeur des choix politiques de la population et par là des preneurs de décisions et ce, même si l'accessibilité réelle ne semble pas s'être modifiée.

Bien que la population se considérait informée dans une bonne proportion, tel que la Régie devait s'en assurer, les institutions publiques n'ont pas réussi à convaincre la population du maintien de l'accessibilité dans ce contexte de réforme.

Ainsi, étant donnée l'importance des perceptions, nous recommandons de rassurer la population concernant les domaines où des données montrent une accessibilité conservée et sur l'origine des perceptions. Cela pourrait être fait en partie par la diffusion des résultats de la présente étude afin d'inciter les gens à réviser leur position sur l'accessibilité et à conscientiser les médias sur leur impact. Nous recommandons aussi l'utilisation de la télévision, dans le futur, pour diffuser l'information sur les changements et les programmes puisque cette méthode a plus d'impact sur l'opinion publique selon la présente étude et les études précédentes. De même, il s'avère important de s'assurer l'appui des professionnels qui sont considérés comme les experts dans leur domaine et jouissent par là d'un fort impact sur l'opinion publique. Cela cadre d'ailleurs avec une des conditions de succès du Plan

d'amélioration des services 1998-2001 qui est la qualité, la fiabilité et la pertinence de l'information transmise à la population au-delà de son exposition aux nouvelles transmises par les médias et la publicité (RRSSS-MC, 1998).

Notons d'ailleurs que la gestion de l'information lors de la crise du verglas a porté fruit et la population s'est montrée réceptive aux appels télévisés à la solidarité et aux paroles compatissantes et rassurantes du Premier Ministre et du Président d'Hydro-Québec, des gens qui jouissaient de crédibilité et de popularité. L'impact médiatique positif des interventions télévisées semble avoir été plus important que la presse écrite.

Pour poursuivre la recherche et en raffiner les conclusions, plusieurs pistes sont envisageables. La réalisation de "focus group" ajouterait une dimension qualitative à l'étude et permettrait de déterminer ce que les gens entendent par accessibilité, d'où ils croient tirer leurs opinions, quels éléments rapportés par leur entourage les influencent. Au plan pratique, il serait très intéressant de savoir si la perception d'une diminution de l'accessibilité a affecté la recherche de soins de santé des gens lorsqu'ils en avaient besoin et à qui ils attribuent la responsabilité de cette baisse de l'accessibilité (coupures du fédéral, gestion du provincial ou des Régies régionales et des hôpitaux). L'analyse des résultats des autres temps de l'étude ainsi que du volet clientèle permettra de vérifier si la tendance se maintient dans le temps et si les relations entre les diverses sources d'information et la perception de l'accessibilité sont les mêmes pour la clientèle des hôpitaux fermés depuis la réforme que pour la population en général.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAY L.A., ANDERSEN R.A. "Framework for the study of access to medical care". Health Serv research. 1974, 9: 208-220.
2. ADAY L.A., FLEMING G.V., ANDERSEN, R. Access to medical care in the U.S., who has it and who doesn't, Pluribus press, Chicago, 1984, 229p.
3. ADAY L.A., BEGLEY C.E., LAIRSON R.D., SLATER C.H., Evaluating the medical care systeme, Effectiveness, Efficiency and Equity, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 222p., 1993.
4. ADAY L.A., At risk in america, Jossey-Bass Inc., San Francisco, Californie, 375 p., 1993.
5. AHQ (Association des hôpitaux du Québec). Cadre de référence sur la reconfiguration, 1995, 54p.
6. ANGUS D.E. et coll. Pour un système de soins de santé viable au Canada. Rapport de synthèse. Projet de recherche économique des Universités d'Ottawa et Quenn's. 1995, p. 133-148.
7. BEAUCHAMPS et coll. Communication publique et société, repères pour la réflexion et l'action. Gaëtan morin ed, Boucherville, Qc, 1991.
8. BÉLAND F. "Introduire la durée dans la conception et la mesure de l'utilisation des services médicaux". Ruptures, Vol.1, n 1: 28-44, 1994.
9. BENADOU C, ABRAVANEL H. Le comportement des individus et des groupes dans l'organisation". Gaëtan morin éditeur ltée, 1994.

10. BERK M. L., SCHUR C.L., CANTOR J. "DATA WATCH : Ability to obtain health care: Recent estimates from The Robert Wood Johnson Foundation National Access To Care Survey", Health Affairs, 1995, 4(1), 139-146.
11. BINDMAN A.B., GRUMBACH K., OSMOND D., KOMORAMY M., VRANIZAN K., LURIE N., BILLINGS J., STEWART A., "Preventable hospitalizations and access to health care" JAMA, 1995, 274(4), p. 305-311.
12. BOUCHARD A.E., RENAUD L. L'écologie de la santé par les médias,. Édition Agence d'arc, Montréal, 1991, 307 p.
13. BRANÄNNSTRÖM I, LINDBALD IG. "Mass communication and Health promotion: the power of the media public opinion". Health communication. 1994, 6(1), 21-36.
14. COMITÉ TRIPARTITE, L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Conférence des Régie Régionales de la Santé et des Services sociaux, Association des hôpitaux du Québec, 90 p., 1994.
15. CONTANDRIOPOULOS AP. "Réformer le système de santé: une utopie pour sortir du statu quo impossible". Ruptures, 1994, vol 1, nos 1, p. 8-26.
16. CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, BARIS E. "La rémunération des professionnels consultation de la santé" Journal d'économie médicale, 1993, T.11, nos 7/8, p. 405-421.
17. CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, POTVIN L, DENIS JL, BOYLE P. "Savoir préparer un recherche. La définir, la structurer, la financer". Les Presses de l'Université de Montréal. 1990.
18. COOK, T.D., CAMPBELL, D.T., "Validity"(Chapitre 2) Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings, Boston, Houghton Wifflin compagny, 1979, p.37-94.

19. COSNIER J. "La psychologie". Éditions Seghers, Paris, 1988.
20. CULBERTSON MH, STEMPEL HG. "Média malaise: explaining personal optimism and de la société pessimism about health care". Journal of communication, spring 1985, p. 180191.
21. DAWSON-SAUNDERS B, TRAPP RG. "Basic and Clinical Biostatistics". Second ed. Appleton and Lange, 1994, 343p.
22. DENIS J.L., Accessibilité aux services de santé du Québec pour la population réfugiée du sud-est asiatique, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 1984, 138 p.
23. DOCTEUR R.E., COLBY D.C., GOLD M., "Shifting the paradigm :monitoring access in medicare managed care." Health care financing review, 1996, vol. 17 no 4. p. 5-21.
24. DONABEDIAN A. "Capacity to produce services in relation to need and demand". Aspects of medical care administration." Cambridge, (Mass.), Harvard University press, 1973, p. 418-456.
25. ENQUÊTE NATIONALE SUR LES MÉDECINS « Qu'en pensez-vous , docteur? », commandée par L'Actualité Médicale, Édition Maclean Hunter et compagnies affiliées, 1996, 54p (dont au moins la moitié en publicité de compagnies pharmaceutiques!).
26. FALCON, D., BROYLES, R., "Access to long-term care: race as a barrier. " Journal of Health Politics, Policy and Law, 1994, 19(3), 583-595.
27. FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ. "Faire progresser le dialogue sur la santé et les soins de santé ". Gouvernement du Canada, 1996, 17p.
28. FRENK J. "The concept and mesurement of accessibility". In WHITE K et coll. Health services research: an antology. Washington, Pan American Health Organisation, 1992, p. 842-855.

- 29.FRAISSE P., Des choses et des mots, la prise d'information, Presses Universitaires de France, Paris, 1992, 167 p.
- 30.FRIEDSON E., La profession médicale, ed. Payot, Paris, 1984, 369p.
- 31.GAUTHIER B. Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données, Presses de l'Université du Québec, Québec, 1995, 584p.
- 32.GODEFROID J. Psychologie, science humaine, Édition revue et corrigée. Les éditions HRW ltée, 1991.
- 33.GOREY M.K., HOLOWATY J.E., FEHRINGER G., LAUKKANEN E., MOSKOWITZ A., WEBSTER J.D., RICHTER L.N., "An international comparaison of cancer survival: Toronto, Ontario and Detroit, Michigan, Metropolitan areas" American journal of public health, 1997, 87(7), p. 1156-1163.
- 34.GRYTTEN J., RONGEN G., SORENSEN R., "Can a public health care achieve equity? The norwegian experience" Medical care, 1995, 33 (9), p. 938-951
- 35.HOSMER, W.H., LEMESHOW, S., Applied logistic regression, Wiley-Interscience publication, 1989, 307 p.
- 36.HUOT R. Introduction à la psychologie. Gaëtan morin éditeur ltée, 1994.
- 37.JORDAN LD. "Newspaper effects on policy preferences" Public opinion quaterly, 1993, vol 57: p.191-204.
- 38.KASSARJIAN HH, ROBERTSON TS., Perspectives in Consumer Behavior. Third Edition. Scott, Foresman and Company, 1981.

39. KISHCHUK N, DESJARDINS S, POIRIER LR, LABADIE JF, GOGGIN P. "Impact de la reconfiguration du réseau de services de santé de Montréal-Centre sur l'accessibilité". RRSSS-MC novembre 1995, protocole soumis aux organismes subventionnaires.
40. KRAEMER, H., THIEMANN, S., How many subjects? Statistical power analysis in research. Newbery Park: Sage., 1987.
41. KRECH D, CRUTCHFIELD RS, LIVSON N. "Elements of psychology". Third Edition. Alfred A. Knopf, Inc. 1974.
42. LABADIE, J-F, POIRIER, L-R, OUELLETTE, V., GOGGIN, P., PINEAULT, R., Étude de l'impact de la reconfiguration des services de santé de Montréal-Centre sur l'accessibilité des services, Brève description des résultats, volet populationnel temps 1 et 2, Direction de la santé publique, août 1997, 21 p.
43. LALONDE M., Nouvelle perspective de la santé des canadiens, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 82 p., 1974.
44. LONG, M.J. The medical care system: A conceptual model. Ann Arbor, MI: AUPHA Press/Health Administration Press, 1994
45. LORIMER L., SCANNELL P., Mass communication a comparative introduction, Manchester University press, Manchester and New York, 1994, 318p.
46. LORIMER S., SCANNELL P., Communication: A comparative introduction, Manchester University Press, Manchester and New York, 1994, 318p.
47. MÉLÈSE J. "Approches systémiques des organisations". Éditions Hommes et Techniques, 1979.
48. MILIO N. "The press and policy making: clues for creating a health-promoting climate" Quarterly of community health education, 1990, vol 10 (4), 329-346.

- 49.MSSS. Info-Sérhum, Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système socio-sanitaire québécois, mai 1997, bulletin no. 97-1, Ministère de la santé et des services sociaux
- 50.NADEAU R., LÉGER J-M., "Une radiographie de l'opinion des Québécois sur les soins de santé: Ni tout noir ni tout rose", Le Devoir, 30 juillet 1998.
- 51.NORUSIS J.N., SPSS FOR Windows, Base system User's Guide, Release 6.0, Marketing departement SPSS inc., Chicago, 828p. 1993.
- 52.NORUSIS J.N., SPSS FOR Windows, Advenced statistics, Release 6.0, Marketing departement SPSS inc., Chicago, 828p. 1993.
- 53.PAGE BI, SHAPIRO RY, DEMPSEY G. "What moves public opinion?" American political science review, 1987, 81: 23-43.
- 54.PAQUET, G. "Santé et maladie dans la culture populaire", Santé et inégalité sociales, (1989) IQRC, ISBN 2-89224-129-4.
- 55.PAYNE JG, SCOTT CR, BANKUS RA. "Newspaper coverage of the Harvard medicare project: Regional distinction or discreet disregard". Health communication, 1989, 1(4), 227-238.
- 56.PIAGET J., Psychogénèse et histoire des sciences, Flammarion, Paris, 1983
- 57.PENCHANSKY, R., THOMAS, W., "The concept of access, definition and relationship to consumer satisfaction." Medical care, february 1981, 11(2), 127-140.
- 58.PRICE V., Public Opinion, Sage publications, Newbury Park, 1992, 112p.
- 59.RIOCM (Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal), Leur équilibre, notre déséquilibre, rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal.158 p., avril 1998.

60. RODRIGUE, J., Une modélisation systémique de l'épisode de soins, Thèse de l'université de Montréal, 1992, 99p.
61. ROEMER M.I., National health systems of the world, volume 1: The countries, Oxford University Press, New York, 1991, 663 p.
62. RRSSS-LAURENTIDES. Sondage sur la perception de la transformation et sur la satisfaction de la clientèle. mai 1996.
63. RRSSS-LAURENTIDES. Sondage phase 2 sur la satisfaction et la perception de la transformation: faits saillants sur l'étude comparative. Volet perception et volet satisfaction, Troisième et quatrième rapport d'analyse, décembre 1996.
64. RRSSS-LAVAL, Opinion des médecins lavallois oeuvrant en première ligne quant aux impacts de la réforme sur la pratique médicale. 1996, 41p.
65. RRSSS-MC, Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services, rapport de consultation, mars 1998, 172 p.
66. RRSSS-MC, Groupe de travail pour les consultations d'automne, Le point de vue de la population sur la transformation des services de santé et des services sociaux, fiche 2, septembre 1997. 11 p.
67. RRSSS-MC, L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal: L'atteinte d'un nouvel équilibre, Direction des relations avec la communauté, juin 1995, 110p.
68. RRSSS-MC, Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, juin 1998, 128 p.
69. RRSSS-MC, Portrait de santé des montréalais: Rapport de l'enquête social et de santé 1992-93 pour la région de Montréal., 1995.

- 70.RRSSS-MC. "Rapport d'étape et perspectives. L'atteinte d'un nouvel équilibre. La réorganisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. Allocution prononcée par Monsieur Marcel Villeneuve, directeur général". 29 janvier 1997.
- 71.RUIZ, P., "Access to health care for uninsured Hispanics: policy recommendations." Hospital and community psychiatry, 1993, 44 (10), 950-962.
- 72.SANTÉ CANADA EN DIRECTE, Perspectives fédérale de la réforme des soins de santé, Pulse'98, Notes pour une allocution de Alan Nymark, Sous-Ministre délégué. www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/discours/pulse98f.htm, mai 1998.
- 73.SARTAIN AQ, NORTH AJ, STRANGE JR, CHAPMAN HM. "Psychology: understanding human behavior". Third Edition. McGraw-Hill Book Company, 1967.
- 74.SHEA S., MIRSA D., EHRLICH M.H., FIELD L., FRANCIS C.K., "Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population." New England Journal of Medicine, 1992, 327, p.776-781.
- 75.SCHWARTZ, E., KOFIE, V., RIVO, M. TUCKSON, R. "Black/white comparison of deaths preventable by medical intervention: United States and district of Columbia 1980-1986." Int. J. Epidemiology, 1990, 19(3),591-598.
- 76.SHANNON, G., BASHUR, R., SPURLOOK, C. "The search for medical care: an exploration of urban black behavior." International Journal of Health Services, 1978, 8 (3), 519-530.
- 77.ST-PETER, R., NEWACHEK, P., HALFON, N. "Access to care for poor children." JAMA, 1992, 267(20), 2760-2764.
- 78.TAYLOR, J., "Access to care for children in low income families." Australien Journal of Public Health, 1994, 18(1), 111-113.

79. VENNE M., "La psychose santé", Le Devoir, 23 juillet, 1998.
80. WALLACE, S. "The political economy of health care for elderly black." Int. J. Health Services, 1990, 20 (4), 665-680
81. WILLETT G., La Communication modélisée : une introduction aux concepts, aux modèles et aux théories , ouvrage dirigé par Gilles Willett avec la collaboration de Dominique Dubé, Éditions du Renouveau pédagogique, Montréal, 1992, 646p.,

Annexe 1
Taux de réponse

Tableau 14: Taux de réponse

	Pré-réforme		Post-réforme 1		Post-réforme 2	
	N	%	N	%	N	%
ÉCHANTILLON INITIAL	2 178	100,0	2102	100,0	2174	100,0
A. Numéros non valides						
Service interrompu	227	10,4	138	6,6	219	10,1
Non résidentiel, fax	118	5,4	84	4,0	84	3,9
Total A	345	15,8	222	10,6	303	13,9
B. Numéros hors-échantillon						
Problème de langue	74	3,4	66	3,1	62	2,9
Handicap, maladie	29	1,3	23	1,1	27	1,2
Duplicata	4	0,2	3	0,1	6	0,3
Ne réside pas sur l'île de Montréal	35	1,6	45	2,1	52	2,4
Foyer de moins de 18 ans	2	0,1	3	0,1	2	0,1
Total B	144	6,6	140	6,7	149	6,9
ÉCHANTILLON FINAL	1 689	100,0	1 740	100,0	1722	100,0
C. Admissibilité non-établie						
Refus du ménage	268	15,9	300	17,2	317	18,4
Sans réponse	126	7,5	121	7,0	88	5,1
Total C	394	23,4	421	24,2	405	18,6
D. Admissibilité établie						
Refus de l'individu	132	7,8	122	7,0	134	7,8
Rendez-vous non complété	89	5,3	145	8,3	124	7,2
Absence prolongée (rendez-vous)	17	1,0	16	0,9	12	0,7
Abandon en cours d'entrevue	28	1,7	9	0,5	22	1,3
Total D	266	15,8	292	13,9	292	13,4
E. Entrevues complétées	1029	60,9	1027	59,0	1025	59,5
Taux d'admissibilité ¹						
$TA = \frac{D + E}{B + D + E}$		90,0		90,4		89,8
Taux de réponse						
$TR = \frac{E}{(C \times TA) + D + E}$		63,3		60,4		61,0

1: Les lettres comprises dans l'équation font référence aux lettres des cases précédentes. Ex.:D réfère à admissibilité établie.

Note: La banque de donnée utilisée dans la présente étude est celle du post-réforme 1.

Annexe 2
Matrice de corrélation

Tableau 15: Matrice de corrélation

	Constant	Genre	Âge (1)	Âge (2)	Revenu < 20 000\$	Revenu 20 000- 39 999\$	Revenu Refus/NSP	Santé
Constant	1							
Genre	0,04	1						
Âge (1)	-0,02	-0,02	1					
Âge (2)	-0,03	-0,01	0,46	1				
Revenu								
< 20 000\$	-0,06	-0,10	0,08	0,01	1			
20 000 - 39 999\$	-0,02	-0,07	0,03	0,06	0,41	1		
Refus/NSP	0,01	-0,18	0,00	-0,10	0,33	0,32	1	
Santé (1)	0,82	0,03	-0,03	-0,01	-0,10	-0,02	-0,03	1
Langue								
Anglais	0,08	0,06	0,07	0,10	0,04	0,07	-0,03	0,01
Autre	0,21	0,08	0,11	0,18	-0,02	-0,04	-0,08	0,03
Professionnels								
Important	-0,16	0,02	0,01	0,02	-0,04	0,02	-0,01	-0,04
NSP/PR	0,04	0,10	0,00	0,01	-0,04	0,00	-0,03	0,01
Entourage								
favorable	0,11	-0,06	-0,02	-0,02	-0,05	0,00	-0,02	0,04
imp. NSP/PR	0,16	-0,01	0,01	-0,07	-0,08	-0,07	-0,08	-0,02
défavorable	0,08	-0,11	0,02	0,04	0,01	0,06	0,00	0,06
NSP/PR	0,06	-0,05	0,02	-0,03	-0,02	-0,03	-0,04	-0,05
Contact	-0,04	-0,05	-0,08	-0,06	-0,04	-0,04	-0,06	-0,04
TV								
favorable	-0,07	-0,05	0,09	0,05	-0,06	0,01	0,04	0,01
imp. NSP/PR	-0,04	0,01	0,08	0,07	0,08	0,08	0,01	0,00
défavorable	-0,05	0,02	0,08	0,10	0,02	0,04	0,04	0,00
NSP/PR	0,25	0,03	-0,01	-0,01	0,04	0,05	-0,02	0,01
Journaux								
favorable	0,09	0,10	-0,11	-0,03	0,02	0,02	0,04	0,07
imp. NSP/PR	0,05	0,01	-0,06	-0,10	-0,03	-0,03	0,02	0,03
défavorable	0,12	0,04	-0,03	-0,01	0,06	-0,02	0,05	0,06
NSP/PR	0,10	0,03	-0,03	-0,08	-0,07	-0,04	-0,11	-0,03
Radio								
favorable	0,04	-0,02	-0,04	-0,06	0,09	0,00	0,01	-0,02
imp. NSP/PR	0,03	-0,03	-0,12	-0,12	0,00	-0,03	0,01	-0,02
défavorable	0,04	0,07	-0,08	-0,06	0,04	0,01	0,00	-0,01
NSP/PR	-0,02	-0,03	-0,11	-0,14	-0,05	-0,07	0,01	-0,04
Contact* <20 000\$	-0,02	-0,01	-0,06	-0,08	-0,14	-0,03	-0,02	-0,02
Contact* 20 000 - 39 999\$	-0,01	-0,03	-0,07	-0,08	-0,04	-0,14	-0,02	-0,01
Contact* Refus/NSP	-0,03	0,04	-0,05	-0,02	-0,03	-0,04	-0,16	-0,04
Contact*prof-1	-0,06	-0,07	-0,04	-0,07	0,03	-0,04	0,04	-0,06
Contact*prof-2	-0,03	-0,06	-0,02	-0,07	0,02	-0,05	0,02	-0,03

Tableau 16: Matrice de corrélation (suite)

	Langue		Professionnels			Entourage			Contact	
	Anglais	Autre	Imp.	NSP	Imp +	Imp. NSP	Imp -	NSP		
Langue										
Anglais	1									
Autre	0,24	1								
Professionnels										
Important	-0,08	-0,06	1							
NSP/PR	0,06	0,05	0,46	1						
Entourage										
favorable	-0,07	0,01	-0,21	-0,09	1					
imp. NSP/PR	-0,08	-0,03	-0,13	-0,04	0,22	1				
défavorable	-0,13	-0,01	-0,24	-0,15	0,46	0,26	1			
NSP/PR	-0,10	-0,07	-0,07	-0,33	0,20	0,14	0,26	1		
Contact	-0,05	0,00	0,02	0,10	0,03	0,06	-0,03	-0,05	1	
TV										
favorable	-0,01	-0,04	-0,07	-0,05	-0,03	-0,04	0,02	-0,02	0,01	
imp. NSP/PR	-0,03	-0,02	0,02	0,01	0,01	-0,04	0,02	-0,06	-0,01	
défavorable	0,05	0,01	-0,01	0,02	0,03	0,03	0,00	-0,03	-0,02	
NSP/PR	-0,05	0,00	-0,02	-0,04	0,06	0,02	0,09	-0,03	-0,01	
Journaux										
favorable	0,02	-0,05	-0,05	-0,01	-0,11	0,04	-0,03	-0,02	-0,02	
imp. NSP/PR	-0,03	-0,08	-0,01	0,00	-0,02	0,02	-0,04	0,00	-0,02	
défavorable	-0,05	0,00	-0,07	0,01	-0,02	0,04	-0,05	-0,01	0,02	
NSP/PR	-0,04	-0,05	0,00	-0,07	0,05	-0,01	0,02	-0,01	-0,01	
Radio										
favorable	-0,07	-0,06	-0,06	-0,01	-0,11	0,03	-0,01	0,00	0,04	
imp. NSP/PR	-0,06	0,02	-0,11	-0,05	0,04	-0,11	0,01	0,00	0,02	
défavorable	-0,18	-0,06	-0,04	0,02	0,02	0,00	-0,09	-0,05	0,00	
NSP/PR	0,01	-0,02	-0,01	-0,01	-0,05	-0,04	-0,11	-0,15	0,00	
Contact*										
<20 000\$	-0,01	0,00	0,00	-0,02	0,09	-0,04	0,05	0,06	0,11	
20 000 -39 999\$	-0,03	-0,05	-0,03	-0,07	0,00	0,00	-0,02	0,09	0,06	
Refus/NSP	-0,04	0,07	-0,01	-0,02	0,01	0,05	0,03	0,05	0,30	
Contact*prof-1	0,00	-0,05	-0,16	-0,07	0,03	-0,02	-0,01	0,00	-0,24	
Contact*prof-2	-0,03	-0,04	-0,06	0,05	0,00	0,03	-0,03	-0,10	0,31	

Tableau 17: Matrice de corrélation (suite)

	TV				Journaux			
	Imp +	Imp. NSP	Imp -	NSP	Imp +	Imp. NSP	Imp -	NSP
TV								
favorable	1							
important NSP/PR	0,45	1						
défavorable	0,50	0,51	1					
NSP/PR	0,19	0,23	0,21	1				
Journaux								
favorable	-0,27	-0,13	-0,13	0,00	1			
important NSP/PR	-0,16	-0,25	-0,19	-0,04	0,44	1		
défavorable	-0,14	-0,12	-0,27	-0,02	0,44	0,46	1	
NSP/PR	-0,09	-0,07	-0,08	-0,16	0,20	0,24	0,19	1
Radio								
favorable	-0,43	-0,09	-0,05	-0,05	-0,05	0,02	0,02	-0,02
important NSP/PR	-0,06	-0,27	-0,11	-0,03	-0,06	-0,13	-0,07	-0,09
défavorable	-0,10	-0,08	-0,27	-0,02	-0,03	-0,02	-0,07	-0,01
NSP/PR	-0,10	-0,18	-0,09	-0,22	0,02	0,02	0,00	-0,08
Contact* <20 000\$	0,00	0,02	-0,03	0,03	-0,05	0,00	-0,01	-0,01
Contact* 20 000-39 999\$	0,00	-0,02	-0,04	0,00	-0,04	0,02	-0,02	-0,01
Contact* Refus/NSP	-0,02	0,03	-0,03	0,04	-0,03	-0,03	-0,03	-0,06
Contact* prof-1	0,04	0,03	0,00	-0,07	0,05	0,03	0,07	0,02
Contact* prof-2	0,01	-0,03	-0,02	-0,09	0,01	0,06	0,08	0,01

Tableau 18: Matrice de corrélation (suite)

	Radio				Contact*revenu			Contact* Professionnels	
	Imp +	Imp. NSP	Imp -	NSP	1	2	3	1	2
Radio									
favorable	1								
imp. NSP/PR	0,23	1							
défavorable	0,25	0,30	1						
NSP/PR	0,21	0,27	0,22	1					
Contact*									
<20 000\$	-0,02	-0,01	-0,03	0,03	1				
20 000- 39 999\$	-0,01	0,00	-0,03	-0,01	0,40	1			
Refus/NSP	0,01	0,04	0,02	0,00	0,30	0,32	1		
Contact* prof-1	-0,01	0,03	0,01	0,04	-0,04	0,04	-0,01	1	
Contact* prof-2	-0,03	0,00	0,00	0,02	-0,07	0,01	-0,06	0,49	1

Annexe 3
Association entre les médias

Tableau 19: Association entre la perception des journaux et de la télévision

Perception des journaux	Perception de la télévision				Total
	Pas importante		Importante		
	Favorable	NSP/PR	Défavorable		
Pas important	<u>91</u>	35	28	70	224
Important	23	<u>98</u>	21	39	181
Favorable					
NSP/PR	22	28	<u>70</u>	76	196
Défavorable	22	22	21	<u>145</u>	210
Total	158	183	140	330	811

Effectif de moins de 852 car les NSP/PR ont été enlevés pour préserver un effectif minimum de 5 par cellule

Statistiques

Chi-deux de Pearson

valeur: 289,85 df = 9 p=0,000

Coefficient de contingence

valeur: 0,51312 p=0,000

Pearson's R

valeur: 0,35844 p=0,000

Corrélation de Spearman

valeur: 0,35523 p=0,000

Le chi-deux de Pearson est une mesure d'indépendance entre les deux variables. Le coefficient de contingence est une mesure dérivée du chi-deux qui tente de se rapprocher des mesures d'associations. La corrélation de Pearson est celle fournie par SPSS dans les matrices de corrélation. La corrélation de Spearman est celle utilisée dans les tables de contingence pour les données nominales.

Tableau 20: Association entre la perception de la radio et de la télévision

Perception de la radio	Perception de la télévision				Total
	Pas importante		Importante		
	Favorable	NSP/PR	Défavorable		
Pas importante	<u>111</u>	45	37	<u>103</u>	296
Importante	9	<u>104</u>	9	6	128
Favorable					
NSP/PR	13	12	<u>62</u>	41	128
Défavorable	19	20	20	<u>169</u>	228
Total	152	181	128	319	780

Effectif de moins de 852 car les NSP/PR ont été enlevés pour préserver un effectif minimum de 5 par cellule

Statistiques*

Chi-deux de Pearson

valeur: 510,25 df = 9 p=0,000

Coefficient de contingence

valeur: 0,62886 p=0,000

Pearson's R

valeur: 0,39207 p=0,000

Corrélation de Spearman

valeur: 0,37424 p=0,000

*Voir note du Tableau 20

Tableau 21: Association entre la perception des journaux et de la radio

Perception des journaux	Perception de la radio				Total
	Pas importante		Importante		
	Favorable	NSP/PR	Défavorable		
Pas important	<u>119</u>	29	17	45	210
Important	54	<u>67</u>	20	32	173
Favorable					
NSP/PR	62	16	<u>59</u>	46	183
Défavorable	60	13	25	<u>102</u>	200
Total	295	125	121	225	766

Effectif de moins de 852 car les NSP/PR ont été enlevés pour préserver un effectif minimum de 5 par cellule

Statistiques*

Chi-deux de Pearson

valeur: 184,44 df = 9 p=0,000

Coefficient de contingence

valeur: 0,44052 p=0,000

Pearson's R

valeur: 0,27461 p=0,000

Corrélation de Spearman

valeur: 0,26559 p=0,000

*Voir note du Tableau 20

Annexe 4
Population de la région de Montréal-Centre
lors du recensement de 1996

Population selon l'âge pour Montréal-Centre, 1996

	Total		18 ans et plus	
Moins de 18 ans	349 385	19,1%		
18 à 34 ans	524 230	28,7%	524 230	35,6%
35 à 54 ans	515 305	28,2%	515 305	34,9%
55 ans et plus	436 870	25,4%	436 870	29,6%
Total	1 825 790	100,0%	1 476 405	100,0%

Population selon le sexe pour Montréal-Centre, 1996

Hommes	847 295	46,6%
Femmes	978 495	53,6%
Total	1 825 790	100,0%

Langue parlée à la maison, réponse unique, pour Montréal-Centre, 1996

Anglais	421 375	25,3%
Français	942 050	56,7%
Langues non officielles	298 800	18,0%
Total	1 662 230	100,0%

Revenu total de la population de 15 ans et plus pour Montréal-Centre, 1996

Moins de 20 000\$	768 955	57,1%
20 000\$ à 39 999\$	360 245	26,8%
40 000\$ et plus	217 325	16,1%
Total	1 346 525	100,0%

Source : Statistique Canada, Recensement 1996.

Réalisation : Emanuelle Huberdeau, technicienne en recherche, le 13 août 1998

Direction de la santé publique, unité de planification

Annexe 5
Questionnaire

001:TEL
NO. TELEPHONE:

(1/ 34)

002:COMNT

Commentaire:

-> INTRO Continuez....	1
#02 Commentaire	20

si Commentaire _____

003:MSG
<COMNT

>

004:INTRO

projet:\$P questionnaire:\$Q Tél:\$N

Bonjour (Bonsoir), Je suis _____ de CROP, le Centre de Recherche sur l'Opinion Publique. Nous faisons actuellement une étude auprès des résidents de l'Ile de Montréal afin de connaître leurs habitudes et leurs opinions sur les soins de santé.

005:QAA

QA. Résidez-vous sur l'île de Montréal?

#01 oui	1	(1/ 46)
-> INT non	2	

006:QA

QA. Pour me permettre de choisir un membre de votre foyer, j'aimerais savoir le nombre de personnes, en vous incluant, qui sont âgées de 18 ans et plus.

#01 1 personne	1	(1/ 47)
#02 2 personnes	2	
#03 3 personnes	3	
#04 4 personnes	4	
#05 5 personnes	5	
#06 6 personnes et plus	6	

007:SEL

Il y a donc <QA > de 18 ans et plus dans votre foyer.

J'aimerais maintenant poser quelques questions supplémentaires à < >

#01 Continuer... ..	1	(1/ 48)
---------------------	---	----------

008:NOM

Quel est son prénom?

(1/ 49)

009:Q1

1. Pour commencer, comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

#01 excellente	1	(1/ 79)
#02 très bonne	2	
#03 bonne	3	
#04 moyenne	4	
#05 ou mauvaise?	5	
#06 NSP/PR	9	

010:Q2

2. AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS, votre état de santé vous a-t-il empêché(e) de pratiquer vos activités normales (au travail, à la maison ou aux études)...

#01 souvent	1	(2/ 1)
#02 à l'occasion	2	
#03 rarement	3	
#04 jamais?	4	
#05 NSP/PR	9	

011:Q3

3. La plupart du temps, lorsque vous allez consulter un professionnel de la santé, le faites-vous avec ou sans rendez-vous?

#01 avec rendez-vous	1	(2/ 2)
#02 sans rendez-vous	2	
#03 ça dépend, les deux	3	
#04 NSP/PR	9	

012:Q4A

4. Dans chacun des cas suivants, j'aimerais savoir si vous jugez que les délais sont raisonnables, qu'ils sont un peu trop longs ou qu'ils sont beaucoup trop longs :

a) obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste

#01 délais raisonnables	1	(2/ 3)
#02 un peu trop longs	2	
#03 beaucoup trop longs	3	
#04 NSP/PR	9	

013:Q4B

4. Dans chacun des cas suivants, j'aimerais savoir si vous jugez que les délais sont raisonnables, qu'ils sont un peu trop longs ou qu'ils sont beaucoup trop longs :

b) obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste

#01 délais raisonnables	1	(2/ 4)
#02 un peu trop longs	2	
#03 beaucoup trop longs	3	
#04 NSP/PR	9	

014:Q4C

4. Dans chacun des cas suivants, j'aimerais savoir si vous jugez que les délais sont raisonnables, qu'ils sont un peu trop longs ou qu'ils sont beaucoup trop longs :

c) obtenir un rendez-vous pour passer une radiographie

#01 délais raisonnables	1	(2/ 5)
#02 un peu trop longs	2	
#03 beaucoup trop longs	3	
#04 NSP/PR	9	

015:Q4D

4. Dans chacun des cas suivants, j'aimerais savoir si vous jugez que les délais sont raisonnables, qu'ils sont un peu trop longs ou qu'ils sont beaucoup trop longs :

d) obtenir un rendez-vous pour passer des analyses de sang

#01 délais raisonnables	1	(2/ 6)
#02 un peu trop longs	2	
#03 beaucoup trop longs	3	
#04 NSP/PR	9	

016:Q4E

4. Dans chacun des cas suivants, j'aimerais savoir si vous jugez que les délais sont raisonnables, qu'ils sont un peu trop longs ou qu'ils sont beaucoup trop longs :

e) obtenir des résultats de radiographie ou d'analyse

#01 délais raisonnables	1	(2/ 7)
#02 un peu trop longs	2	
#03 beaucoup trop longs	3	
#04 NSP/PR	9	

017:Q4F

4. Dans chacun des cas suivants, j'aimerais savoir si vous jugez que les délais sont raisonnables, qu'ils sont un peu trop longs ou qu'ils sont beaucoup trop longs :

f) être admis à l'hôpital, en dehors des situations d'urgence

#01 délais raisonnables	1	(2/ 8)
#02 un peu trop longs	2	
#03 beaucoup trop longs	3	
#04 NSP/PR	9	

018:Q4G

4. Dans chacun des cas suivants, j'aimerais savoir si vous jugez que les délais sont raisonnables, qu'ils sont un peu trop longs ou qu'ils sont beaucoup trop longs :

g) obtenir des renseignements à Info-Santé

#01 délais raisonnables	1	(2/ 9)
#02 un peu trop longs	2	
#03 beaucoup trop longs	3	
#04 * ne connaît pas Info-Santé	4	
#05 NSP/PR	9	

019:Q5

PASSONS MAINTENANT A UN AUTRE SUJET.

5. Avez-vous rendez-vous avec un médecin prochainement?

#01 oui	1	(2/ 10)
-> Q7 non	2	
-> Q7 NSP/PR	9	

020:Q6

6. Diriez-vous que le délai pour ce rendez-vous est...

#01 raisonnable	1	(2/ 11)
#02 un peu long	2	
#03 ou beaucoup trop long?	3	
#04 NSP/PR	9	

021:Q7

7. Etes-vous présentement sur une liste d'attente pour UNE OPÉRATION dans un des hôpitaux de l'île de Montréal?

#01 oui	1	(2/ 12)
-> +2 non	2	
-> +2 NSP/PR	9	

022:Q8

8. Dans ce cas, diriez-vous que le délai est...

#01 raisonnable	1	(2/ 13)
#02 un peu long	2	
#03 ou beaucoup trop long?	3	
#04 NSP/PR	9	

rotation -> Q9E

023:Q9A

9. J'aimerais maintenant savoir s'il vous est arrivé(e) AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS de consulter l'une ou l'autre des personnes suivantes pour votre santé ou pour celle d'un membre de votre famille

a) Un médecin généraliste (de famille)? Si oui, à quelle fréquence?

#01 non	1	(2/ 14)
#02 1 fois	2	
#03 plus d'une fois	3	
#04 NSP/PR	9	

024:Q9B

9. J'aimerais maintenant savoir s'il vous est arrivé(e) AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS de consulter l'une ou l'autre des personnes suivantes pour votre santé ou pour celle d'un membre de votre famille

b) Un médecin spécialiste? Si oui, à quelle fréquence?

#01 non	1	(2/ 15)
#02 1 fois	2	
#03 plus d'une fois	3	
#04 NSP/PR	9	

025:Q9C

9. J'aimerais maintenant savoir s'il vous est arrivé(e) AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS de consulter l'une ou l'autre des personnes suivantes pour votre santé ou pour celle d'un membre de votre famille

c) Un(e) infirmier(ère)? Si oui, à quelle fréquence?

#01 non	1	(2/ 16)
#02 1 fois	2	
#03 plus d'une fois	3	
#04 NSP/PR	9	

026:Q9D

9. J'aimerais maintenant savoir s'il vous est arrivé(e) AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS de consulter l'une ou l'autre des personnes suivantes pour votre santé ou pour celle d'un membre de votre famille

d) Un(e) pharmacien(ne)? Si oui, à quelle fréquence?

#01 non	1	(2/ 17)
#02 1 fois	2	
#03 plus d'une fois	3	
#04 NSP/PR	9	

027:Q9E

9. J'aimerais maintenant savoir s'il vous est arrivé(e) AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS de consulter l'une ou l'autre des personnes suivantes pour votre santé ou pour celle d'un membre de votre famille

e) Le service Info-santé? Si oui, à quelle fréquence?

#01 non	1	(2/ 18)
#02 1 fois	2	
#03 plus d'une fois	3	
#04 NSP/PR	9	

028:Q10A

10. TOUJOURS AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS, vous est-il arrivé de vous rendre à l'un ou l'autre des endroits suivants afin d'obtenir des soins de santé pour vous-même ou pour quelqu'un de votre famille :

a) à l'urgence d'un hôpital?

#01 oui	1	(2/ 19)
#02 non	2	
#03 NSP/PR	9	

029:Q10B

10. TOUJOURS AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS, vous est-il arrivé de vous rendre à l'un ou l'autre des endroits suivants afin d'obtenir des soins de santé pour vous-même ou pour quelqu'un de votre famille :

b) à la clinique externe d'un hôpital?

#01 oui	1	(2/ 20)
#02 non	2	
#03 NSP/PR	9	

030:Q10C

10. TOUJOURS AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS, vous est-il arrivé de vous rendre à l'un ou l'autre des endroits suivants afin d'obtenir des soins de santé pour vous-même ou pour quelqu'un de votre famille :

c) à l'admission d'un hôpital en vue d'une hospitalisation?

#01 oui	1	(2/ 21)
#02 non	2	
#03 NSP/PR	9	

031:Q10D

10. TOUJOURS AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS, vous est-il arrivé de vous rendre à l'un ou l'autre des endroits suivants afin d'obtenir des soins de santé pour vous-même ou pour quelqu'un de votre famille :

d) dans un CLSC?

#01 oui	1	(2/ 22)
#02 non	2	
#03 NSP/PR	9	

032:Q10E

10. TOUJOURS AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS, vous est-il arrivé de vous rendre à l'un ou l'autre des endroits suivants afin d'obtenir des soins de santé pour vous-même ou pour quelqu'un de votre famille :

e) dans une clinique ou polyclinique?

#01 oui	1	(2/ 23)
#02 non	2	
#03 NSP/PR	9	

033:Q11

-> Q12 si Q9A=#1, #4, ET Q9B=#1, #4, ET Q9E=#1, #4

11. Quelle était LA PRINCIPALE RAISON de la (dernière) consultation ou du (dernier) traitement? Était-ce pour...

- | | | |
|--|-----|----------|
| #01 une maladie | 01 | (2/ 24) |
| #02 une blessure ou un accident | 02 | |
| -> Q13 un bilan de santé ou un examen de routine (check-up, soins prénataux, accouchement)/Suivi medical | | |
| #04 un problème de santé mentale | 04 | |
| -> Q13 une mesure de prévention (ex. : vaccinations) | | |
| #06 ou une autre raison (précisez) : | 960 | |
| -> Q13 NSP/PR | | |
| | 99 | |

si ou une autre raison (précisez) : _____

034:Q12

-> Q38 si Q9A=#1, #4 ET Q9B=#1, #4

LIRE

12. Depuis combien de temps persistait ce problème?

- | | | |
|------------------------------|---|----------|
| #01 moins d'un jour | 1 | (2/ 26) |
| #02 entre 1 à 7 jours | 2 | |
| #03 entre 8 à 30 jours | 3 | |
| #04 entre 1 à 12 mois | 4 | |
| #05 ou plus d'un an | 5 | |
| #06 NSP/PR | 9 | |

035:Q13

13. Où a eu lieu cette (dernière) consultation ou ce (dernier) traitement?
 Etait-ce...

#01 un hôpital	01	(2/ 27)
-> Q15 un bureau privé ou une polyclinique	02	
-> Q15 un CLSC	03	
-> Q15 des soins à domicile	04	
-> Q15 un centre de jour	05	
-> Q15 en milieu de travail	06	
-> Q15 en milieu scolaire	07	
-> Q15 autres :	960	
-> Q15 NSP/PR	99	

si autres : _____

036:Q14

LIRE

14. Dans quel service a eu lieu cette consultation ou ce traitement. Etait-ce...

-> Q18 ...à l'urgence	01	(2/ 29)
#02 ...en clinique externe, centre de jour, pharmacie ..	02	
#03 ...dans une unité de soins (hospitalisation)	03	
#04 ...ou ailleurs :	960	
#05 NSP/PR	99	

si ...ou ailleurs : _____

037:Q15

15. Cette consultation était-elle avec ou sans rendez-vous?

#01 avec rendez-vous	1	(2/ 31)
-> Q18 sans rendez-vous	2	
-> Q18 NSP/PR	9	

038:Q16

LIRE

16. Combien de temps s'est écoulé entre la demande et la consultation?

#01 moins d'un jour	1	(2/ 32)
#02 entre 1 et 7 jours	2	
#03 entre 8 et 30 jours	3	

#04 entre 1 et 3 mois	4
#05 plus de 3 mois	5
-> Q18 NAP/pas de délai parce que convenu à l'avance/fait . sur base régulière	6
-> Q18 NSP/PR	9

039:Q17

17. Diriez-vous que ce délai était...		
#01 raisonnable	1	(2/ 33)
#02 un peu long	2	
#03 beaucoup trop long	3	
#04 NSP/PR	9	

040:Q18

LIRE

18. Combien de temps s'est écoulé entre votre arrivée et la consultation? Etait-ce...		
#01 ...moins de 15 minutes	1	(2/ 34)
#02 ...15 à 29 minutes	2	
#03 ...30 à 59 minutes	3	
#04 ...1 h à 1 h 59	4	
#05 ...2 heures et plus	5	
-> Q20 NSP/PR	9	

041:Q19

19. Diriez-vous que ce délai était...		
#01 raisonnable	1	(2/ 35)
#02 un peu long	2	
#03 beaucoup trop long	3	
#04 NSP/PR	9	

042:Q20

20. Avez-vous versé des honoraires professionnels qui n'étaient pas remboursés par une assurance pour CETTE (DERNIERE) CONSULTATION OU CE (DERNIER) TRAITEMENT?		
#01 oui	1	(2/ 36)
-> Q23 non	2	
-> Q23 NSP/PR	9	

043:Q21

INSCRIRE EN DOLLARS - 50 \$ = 050

21. Quel a été le montant payé et non remboursé?

#01 Refus/PR	999	(2/ 37)
masque \$E		

044:Q22

22. Diriez-vous que ce montant était...

#01 raisonnable	1	(2/ 40)
#02 un peu trop cher	2	
#03 ou beaucoup trop cher	3	
#04 NSP/PR	9	

045:Q23

23. Avez-vous perdu des heures de travail (ou d'études) à cause de cette consultation ou de ce traitement?

#01 oui	1	(2/ 41)
-> Q25 non	2	
-> Q25 ne s'applique pas	3	
-> Q25 Refus/PR	9	

046:Q24

24. Combien d'heures de travail (ou d'études) avez-vous perdues?

#01 NSP/PR	99	(2/ 42)
masque \$E		

047:Q25

LIRE

25. Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour vous rendre à cette consultation ou à ce traitement? Etes-vous allé(e)...

#01 à pied	1	(2/ 44)
#02 en transport en commun (e.g. autobus, métro)	2	
#03 en transport adapté	3	
#04 en automobile	4	
#05 en taxi	5	
#06 ou autrement :	60	
#07 NSP/PR	9	

si ou autrement : _____

048:Q26

LIRE

26. Combien de temps cela vous a-t-il pris pour vous rendre à cette consultation ou à ce traitement (ALLER SEULEMENT)? Etait-ce...

#01 moins de 15 minutes	1	(2/ 45)
#02 15 à 29 minutes	2	
#03 30 à 59 minutes	3	
#04 1 h à 1 h 59	4	
#05 2 heures et plus	5	
#06 NSP/PR	9	

049:Q27

27. Suite à cette consultation ou à ce traitement, est-ce qu'on vous a prescrit des médicaments (ou à la personne que vous avez accompagnée)?

#01 oui	1	(2/ 46)
-> Q31A non	2	
-> Q31A ne s'applique pas	3	
-> Q31A NSP/PR	9	

050:Q28

28. Est-ce que vous avez payé pour des médicaments qui n'étaient pas remboursés?

#01 oui	1	(2/ 47)
-> Q31A non	2	
-> Q31A ne s'applique pas	3	
-> Q31A NSP/PR	9	

051:Q29

INSCRIRE EN DOLLARS - 50 \$ = 050

29. Quel est le montant qui a été payé et qui n'a pas été remboursé?

#01 Refus/PR	999	(2/ 48)
masque \$E		

052:Q30

30. Diriez-vous que ce montant était...

#01 raisonnable	1	(2/ 51)
#02 un peu trop cher	2	
#03 ou beaucoup trop cher	3	
#04 NSP/PR	9	

053:Q31A

31a. Suite à la consultation ou au traitement, avez-vous dû (ou la personne que vous accompagniez a-t-elle dû) passer des tests de laboratoire ou d'autres examens diagnostiques?

#01 oui	1	(2/ 52)
-> Q35 non	2	
-> Q35 NAP	3	
-> Q35 NSP/Refus	9	

054:Q31B

LIRE

31b. A quel endroit ont eu lieu les tests ou les autres examens diagnostiques?

#01 hôpital	1	(2/ 53)
#02 bureau privé ou polyclinique	2	
#03 CLSC	3	
#04 laboratoire privé	4	
#05 autre :	60	
#06 NSP/PR	9	

si autre : _____

055:Q32

32. Pour ce test ou examen diagnostique, avez-vous déboursé un montant qui n'a pas été remboursé?

#01 oui	1	(2/ 54)
-> Q35 non	2	
-> Q35 ne s'applique pas	3	
-> Q35 NSP/PR	9	

056:Q33

INSCRIRE EN DOLLARS - 50 \$ = 050

33. Quel est le montant qui a été payé et qui n'a pas été remboursé?

#01 Refus/PR	999	(2/ 55)
masque \$E		

057:Q34

34. Diriez-vous que ce montant était...

#01 raisonnable	1	(2/ 58)
#02 un peu trop cher	2	
#03 ou beaucoup trop cher	3	
#04 NSP/PR	9	

058:Q35

LIRE

35. A quel moment de la journée, avez-vous eu cette dernière consultation ou ce dernier traitement? Etait-ce...

#01 le jour (entre 8 et 18 heures)	1	(2/ 59)
#02 le soir (entre 18 et 22 heures)	2	
#03 ou la nuit (entre 22 heures et 8 heures)	3	
-> Q38 NSP/PR	9	

059:Q36

36. Est-ce que ce moment vous convenait...

-> Q38	beaucoup	1	(2/ 60)
-> Q38	assez	2	
	#03 peu	3	
	#04 ou pas du tout	4	
-> Q38	NSP/PR	9	

060:Q37

DEUX MENTIONS POSSIBLES

37. Pour quelle(s) raison(s) cela ne vous convenait-il pas?

#01	Sur les heures de travail	01	(2/ 61)
#02	autres :	96RO	(2/ 63)
#03	NSP/PR	99X	

si autres : _____

061:Q38

38. Plusieurs changements ont été annoncés pour la région de Montréal en ce qui concerne les services de santé. En avez-vous entendu parler?

#01	oui	1	(2/ 65)
-> +5	non	2	
-> +5	NSP/PR	9	

062:Q39

NE PAS LIRE - TROIS MENTIONS POSSIBLES

39. Selon ce que vous en savez, quels sont ces principaux changements?

#01 fermeture d'hôpitaux / Fusions	01	(2/ 66)
#02 changements de vocation d'hôpitaux	02	(2/ 68)
#03 soins ambulatoires/virage ambulatoire	03	(2/ 70)
#04 chirurgies d'un jour	04	
#05 transfert des responsabilités vers les CLSC / Info-santé	05	
#06 coupures de postes / de personnel / pr/-retraite ...	06	
#07 soins à domicile	07	
#08 Fermeture de lits / Diminution des lits	08	
#09 coupures budgétaires(sans-précision)	09	
#10 assurance-médicament / payer pour médicament	10	
#11 coupures dans les services	11	
#12 attente accrue / difficulté à être admis	12	
#13 autres :	96RO	
-> +4 NSP/PR	99X	

si autres : _____

063:Q40

40. De façon générale, diriez-vous que vous êtes...

#01 tout à fait favorable	1	(2/ 72)
#02 plutôt favorable	2	
#03 plutôt défavorable	3	
#04 tout à fait défavorable à ces changements?	4	
-> Q42 NSP/PR	9	

064:Q41

NE PAS LIRE - TROIS MENTIONS POSSIBLES

41. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous <Q40
changements?

> à ces

#01 diminution des coûts de santé	01	(2/ 73)
#02 ça va diminuer les abus/trop d'abus	02	(2/ 75)
#03 moindre congestion des hôpitaux, des salles d'urgence	03	(2/ 77)
#04 soins à la maison plus faciles pour des gens peu ... mobiles	04	
#05 plus facile de récupérer à la maison	05	
#06 détérioration de la qualité des soins de santé	06	
#07 retour à la maison : dangers pour la santé	07	
#08 moins de soins à la maison qu'à l'hôpital	08	
#09 difficile d'avoir quelqu'un qui soigne à la maison .	09	
#10 les hôpitaux, les urgences vont être plus débordés .	10	
#11 favorise l'essor des services privés	11	
#12 entraîne l'absentéisme au travail	12	
#13 anxiété/peur de ne pas se faire soigner/insécurité/ hôpitaux sont nécessaires/gens ont besoin de soins	13	
#14 pas confiance aux CLSC/CLSC ne sont pas prêts	14	
#15 des gens vont perdre leur emploi	15	
#16 devraient couper ailleurs que dans services de santé	16	

#17 c'était nécessaire/pas le choix 17

#18 coupures mals gérées/planifiées/trop rapide 18

#19 peur qu'il n'y ait plus d'hôpitaux anglophones 19

#20 devra s'éloigner pour se faire soigner/parcourir de plus longues distances 20

#21 va nous coûter cher/toucher les pauvres/classe 22
moyenne/n'y a que les riches qui pourront se soigner

#22 Force les gens à être plus autonome/responsables ... 23

#23 Affectera les personnes âgées 24

#24 Assurance-médicaments=positif 25

#25 Va accroître l'efficacité des hopitaux 26

#26 autre : 96RO

#27 NSP/PR 99X

si autre : _____

065:Q42

42. Si vous pensez plus précisément à votre situation personnelle, diriez-vous que la perspective de ces changements dans les services de santé vous préoccupe...

#01 beaucoup	1	(2/ 79)
#02 passablement	2	
#03 un peu	3	
#04 ou pas du tout?	4	
#05 NSP/PR	9	

rotation -> Q43D

066:Q43A

43. A l'heure actuelle, diriez-vous que vous faites tout à fait confiance, plutôt confiance, peu confiance ou pas du tout confiance...

a)....aux services fournis dans les hôpitaux

#01 tout à fait confiance	1	(3/ 1)
#02 plutôt	2	
#03 peu	3	
#04 pas du tout confiance	4	
#05 NSP/PR	9	

067:Q43B

b)....aux services fournis dans les CLSC

#01 tout à fait confiance	1	(3/ 2)
#02 plutôt	2	
#03 peu	3	
#04 pas du tout confiance	4	
#05 NSP/PR	9	

068:Q43C

c)....aux services fournis dans les cliniques

#01 tout à fait confiance	1	(3/ 3)
#02 plutôt	2	
#03 peu	3	
#04 pas du tout confiance	4	
#05 NSP/PR	9	

069:Q43D

d) ...aux services médicaux ou infirmiers offerts à domicile

#01 tout à fait confiance	1	(3/ 4)
#02 plutôt	2	
#03 peu	3	
#04 pas du tout confiance	4	
#05 NSP/PR	9	

rotation -> Q44F

070:Q44A

44. J'aimerais maintenant savoir si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les opinions suivantes :

a) j'ai confiance dans notre système de santé actuel

#01 tout à fait d'accord	1	(3/ 5)
#02 plutôt d'accord	2	
#03 plutôt en désaccord	3	
#04 tout à fait en désaccord	4	
#05 NSP/PR	9	

071:Q44B

44. J'aimerais maintenant savoir si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les opinions suivantes :

b) il est temps que le gouvernement intervienne pour diminuer les coûts des services de santé

#01 tout à fait d'accord	1	(3/ 6)
#02 plutôt d'accord	2	
#03 plutôt en désaccord	3	
#04 tout à fait en désaccord	4	
#05 NSP/PR	9	

072:Q44C

44. J'aimerais maintenant savoir si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les opinions suivantes :

c) on ne devrait pas permettre que les gens puissent payer pour obtenir des soins de santé meilleurs ou plus rapides

#01 tout à fait d'accord	1	(3/ 7)
#02 plutôt d'accord	2	
#03 plutôt en désaccord	3	
#04 tout à fait en désaccord	4	
#05 NSP/PR	9	

073:Q44D

44. J'aimerais maintenant savoir si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les opinions suivantes :

d) les ressources actuelles sont nettement insuffisantes pour répondre aux besoins des gens qui doivent retourner à la maison après une chirurgie d'un jour

#01 tout à fait d'accord	1	(3/ 8)
#02 plutôt d'accord	2	
#03 plutôt en désaccord	3	
#04 tout à fait en désaccord	4	
#05 NSP/PR	9	

074:Q44E

44. J'aimerais maintenant savoir si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les opinions suivantes :

e) il est normal, compte tenu des compressions budgétaires dans le domaine de la santé, que l'on en soit venu à fermer des hôpitaux

#01 tout à fait d'accord	1	(3/ 9)
#02 plutôt d'accord	2	
#03 plutôt en désaccord	3	
#04 tout à fait en désaccord	4	
#05 NSP/PR	9	

075:Q44F

44. J'aimerais maintenant savoir si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les opinions suivantes :

f) les médias véhiculent une information fiable au sujet de la réforme du système de santé

#01 tout à fait d'accord	1	(3/ 10)
#02 plutôt d'accord	2	
#03 plutôt en désaccord	3	
#04 tout à fait en désaccord	4	
#05 NSP/PR	9	

076:Q45

LIRE

45. Depuis un an, pensez-vous que l'accès aux services de santé...

#01 ...s'est amélioré	1	(3/ 11)
#02 ...est demeuré semblable	2	
#03 ...s'est détérioré	3	
#04 NSP/PR	9	

077:Q46

46. Au sujet de la réforme du système de santé, considérez-vous que vous êtes...

#01 ...très bien informé(e)	1	(3/ 12)
#02 ...assez bien informé(e)	2	
#03 ...peu informé(e)	3	
-> Q48A ...pas du tout informé(e)	4	
#05 NSP/PR	9	

078:Q47A

47. Considérez-vous que (lire l'énoncé) constitue(nt) pour vous une source d'information très importante, assez importante, peu importante ou pas du tout importante concernant la réforme du système de santé?

a) les revues et journaux

#01 très importante	1	(3/ 13)
#02 assez importante	2	
#03 peu importante	3	
#04 pas du tout importante	4	
#05 NAP	5	
#06 NSP/PR	9	

079:Q47B

47. Considérez-vous que (lire l'énoncé) constitue(nt) pour vous une source d'information très importante, assez importante, peu importante ou pas du tout importante concernant la réforme du système de santé?

b) la télévision

#01 très importante	1	(3/ 14)
#02 assez importante	2	
#03 peu importante	3	
#04 pas du tout importante	4	
#05 NAP	5	
#06 NSP/PR	9	

080:Q47C

47. Considérez-vous que (lire l'énoncé) constitue(nt) pour vous une source d'information très importante, assez importante, peu importante ou pas du tout importante concernant la réforme du système de santé?

c) la radio

#01 très importante	1	(3/ 15)
#02 assez importante	2	
#03 peu importante	3	
#04 pas du tout importante	4	
#05 NAP	5	
#06 NSP/PR	9	

081:Q47D

47. Considérez-vous que (lire l'énoncé) constitue(nt) pour vous une source d'information très importante, assez importante, peu importante ou pas du tout importante concernant la réforme du système de santé?

d) les documents ou la publicité venant du Ministère ou de la Régie régionale de la santé et des services sociaux

#01 très importante	1	(3/ 16)
#02 assez importante	2	
#03 peu importante	3	
#04 pas du tout importante	4	
#05 NAP	5	
#06 NSP/PR	9	

082:Q47E

47. Considérez-vous que (lire l'énoncé) constitue(nt) pour vous une source d'information très importante, assez importante, peu importante ou pas du tout importante concernant la réforme du système de santé?

e) les discussions avec votre entourage

#01 très importante	1	(3/ 17)
#02 assez importante	2	
#03 peu importante	3	
#04 pas du tout importante	4	
#05 NAP	5	
#06 NSP/PR	9	

083:Q47F

47. Considérez-vous que (lire l'énoncé) constitue(nt) pour vous une source d'information très importante, assez importante, peu importante ou pas du tout importante concernant la réforme du système de santé?

f) les discussions avec votre médecin ou un professionnel de la santé

#01 très importante	1	(3/ 18)
#02 assez importante	2	
#03 peu importante	3	
#04 pas du tout importante	4	
#05 NAP	5	
#06 NSP/PR	9	

084:Q48A

-> Q50 si Q47A=#4,#5,#6

NE PAS LIRE - UNE SEULE REPOSE POSSIBLE (SONDER)

48. Quel journal lisez-vous LE PLUS SOUVENT?

#01 ...La Presse	01	(3/ 19)
#02 ...Le Journal de Montréal	02	
#03 ...Le Devoir	03	
#04 ...The Gazette	04	
#05 Globe and Mail	05	
#06 autre :	960	
-> Q49A aucun	97	
-> Q49A NSP/PR	99	

si autre : _____

085:Q48B

* = NE PAS LIRE

48b. Diriez-vous que ce journal est tout à fait favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable ou tout à fait défavorable à la réforme du système de santé?

#01 tout à fait favorable	1	(3/ 21)
#02 plutôt favorable	2	
#03 * ni favorable ni défavorable	3	
#04 plutôt défavorable	4	
#05 tout à fait défavorable	5	
#06 NSP/PR	9	

086:Q49A

49a. Lisez-vous, ne serait-ce qu'à l'occasion, des revues ou magazines qui traitent de sujets ayant rapport à la réforme du système de santé?

#01 oui	1	(3/ 22)
-> Q50 non	2	
-> Q50 NSP/PR	9	

087:Q49B

NE PAS LIRE - UNE SEULE REPONSE POSSIBLE (SONDER)

49b. Quel revue ou magazine lisez-vous LE PLUS SOUVENT?

#01 L'Actualité	01	(3/ 23)
#02 Les Affaires	02	
#03 Chatelaine	03	
#04 Mc leans	04	
#05 Times	05	
#06 Nursing Québec / Infirmière du Québec	06	
#07 Le Bel Age	07	
#08 Reader's Digest	08	
#09 7 jours	09	
#10 autre :	960	
-> Q50 aucune	97	
-> Q50 NSP/PR	99	

si autre : _____

088:Q49C

* = NE PAS LIRE

49c. Diriez-vous que cette revue est tout à fait favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable ou pas du tout favorable à la réforme du système de santé?

#01 tout à fait favorable	1	(3/ 25)
#02 plutôt favorable	2	
#03 * ni favorable ni défavorable	3	
#04 plutôt défavorable	4	
#05 tout à fait défavorable	5	
#06 NSP/PR	9	

089:Q50

-> Q51 si Q47B=#4,#5,#6

50. Diriez-vous que les émissions de télévision que vous écoutez le plus sont tout à fait favorables, plutôt favorables, plutôt défavorables ou tout à fait défavorables à la réforme du système de santé?

#01 tout à fait favorables	1	(3/ 26)
#02 plutôt favorables	2	
#03 plutôt défavorables	3	
#04 tout à fait défavorables	4	
#05 NSP/PR	9	

090:Q51

-> Q52 si Q47C=#4,#5,#6

51. Diriez-vous que les émissions de radio que vous écoutez le plus sont tout à fait favorables, plutôt favorables, plutôt défavorables ou tout à fait défavorables à la réforme?
- | | | |
|------------------------------------|---|----------|
| #01 tout à fait favorables | 1 | (3/ 27) |
| #02 plutôt favorables | 2 | |
| #03 plutôt défavorables | 3 | |
| #04 tout à fait défavorables | 4 | |
| #05 NSP/PR | 9 | |

091:Q52

-> Q53A si Q47E=#4,#5,#6

52. Les membres de votre entourage sont-ils majoritairement très favorables, plutôt favorables, plutôt défavorables ou très défavorables à la réforme?
- | | | |
|-------------------------------|---|----------|
| #01 très favorables | 1 | (3/ 28) |
| #02 plutôt favorables | 2 | |
| #03 plutôt défavorables | 3 | |
| #04 très défavorables | 4 | |
| #05 NSP/PR | 9 | |

092:Q53A

53a. Le gouvernement du Québec a instauré depuis le 1er janvier dernier un régime d'assurance-médicaments. Avez-vous entendu parler de ce régime d'assurance-médicaments?

- | | | |
|----------------------|---|----------|
| #01 oui | 1 | (3/ 29) |
| -> Q56A non | 2 | |
| -> Q56A NSP/PR | 9 | |

093:Q53B

53b. Quel type de régime d'assurance-médicaments avez-vous actuellement? Est-ce...

- | | | |
|---|---|----------|
| #01 ...ce régime public instauré récemment | 1 | (3/ 30) |
| -> Q56B ...un régime d'assurance collective ou privée | 2 | |
| -> Q56B autre régime | 3 | |
| -> Q56B aucun régime | 4 | |
| -> Q56B NSP/PR | 9 | |

094:Q54A

54. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance-médicaments, avez-vous dû, pour des raisons financières...

- a)...décider de ne pas compléter une prescription
- | | | |
|---------------------|---|----------|
| #01 oui | 1 | (3/ 31) |
| #02 non | 2 | |
| #03 NSP/Refus | 9 | |

095:Q54B

54. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance-médicaments, avez-vous dû, pour des raisons financières...

- b)...modifier la prescription (couper les médicaments moins nécessaires, les plus chers, etc.)
- | | | |
|---------------------|---|----------|
| #01 oui | 1 | (3/ 32) |
| #02 non | 2 | |
| #03 NSP/Refus | 9 | |

096:Q54C

54. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance-médicaments, avez-vous dû, pour des raisons financières...

- c)...modifier la fréquence ou le dosage (exemple : couper la pilule, etc.)
- | | | |
|---------------------|---|----------|
| #01 oui | 1 | (3/ 33) |
| #02 non | 2 | |
| #03 NSP/Refus | 9 | |

097:Q54D

54. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance-médicaments, avez-vous dû, pour des raisons financières...

- d)...modifier autre chose au niveau de la prise de vos médicaments
- | | | |
|---------------------|---|----------|
| #01 oui | 1 | (3/ 34) |
| #02 non | 2 | |
| #03 NSP/Refus | 9 | |

098:Q55A

-> Q56B si Q54A=#2,#3 ET Q54B=#2,#3 ET Q54C=#2,#3 ET Q54D=#2,#3

55a. Le fait d'avoir modifié votre façon de prendre vos médicaments a-t-il influencé votre état de santé ou provoqué des réactions ou des complications?

- | | | |
|-------------------------|---|----------|
| #01 oui | 1 | (3/ 35) |
| -> Q56B non | 2 | |
| -> Q56B NSP/Refus | 9 | |

099:Q55B

55b. Avez-vous dû rappeler ou revoir un médecin, pharmacien(ne) ou Info-santé suite à ces complications?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| #01 oui | 1 | (3/ 36) |
| #02 non | 2 | |
| #03 NSP/Refus | 9 | |

100:Q56A

56a. Etes-vous couvert par un régime d'assurance médicaments, que ce soit un régime d'assurance-collective ou privée?

#01 oui	1	(3/ 37)
#02 non	2	
#03 Refus/PR	9	

101:Q56B

56b. Etes-vous couvert par un régime d'assurance-maladie privé qui rembourse les frais hospitaliers?

#01 oui	1	(3/ 38)
#02 non	2	
#03 Refus/PR	9	

102:Q57

POUR TERMINER, VOICI QUELQUES QUESTIONS POUR FINS DE STATISTIQUES

57. Quelle est votre année de naissance?

(ex. : 1962 = 62)

#01 Refus/PR	99	(3/ 39)
masque \$E		

103:Q58

58. Etes-vous né(e) au Canada?

-> Q61 oui	1	(3/ 41)
#02 non	2	
-> Q61 Refus/PR	9	

104:Q59

59. Dans quel pays êtes-vous né(e)?

#01 pays :	960	(3/ 42)
#02 Refus/PR	99	

si pays : _____

105:Q60

60. En quelle année êtes-vous arrivé(e) au Canada?

(ex. : 1962 = 62)

#01 Refus/PR	99	(3/ 44)
masque \$E		

106:Q61

NE PAS LIRE

61. Quelle est votre LANGUE MATERNELLE, c'est-à-dire la première langue que vous avez apprise et que vous pouvez encore parler?

#01 français	1	(3/ 46)
#02 anglais	2	
#03 autre: (préciser)	30	
#04 Refus/PR	9	

si autre: (préciser) _____

107:Q62

62. Quelle langue parlez-vous LE PLUS SOUVENT dans votre foyer?

#01 français	1	(3/ 47)
#02 anglais	2	
#03 autre: (préciser)	30	
#04 Refus/PR	9	

si autre: (préciser) _____

108:Q63

63. Combien de personnes résident en permanence dans votre foyer, EN VOUS INCLUANT?

NOMBRE DE PERSONNES DE 18 ANS ET PLUS: <QA

>

LA REPONSE ICI DOIT ETRE EGALE OU SUPERIEURE.

#01 1 personne	1	(3/ 48)
#02 2 personnes	2	
#03 3 personnes	3	
#04 4 personnes	4	
#05 5 personnes	5	
#06 6 personnes ou plus?	6	
#07 Refus/PR	9	

109:Q64

64. Etes-vous...

#01 marié(e) ou vivant en couple (union libre)	1	(3/ 49)
#02 célibataire	2	
#03 veuf(ve)	3	
#04 séparé(e)	4	
#05 divorcé(e)	5	
#06 Refus/PR	9	

110:Q65

65. Laquelle des activités suivantes correspond le mieux à votre situation actuelle? Etes-vous...

#01 travailleur(se) à temps plein (30 hres et +/sem.) ..	1	(3/ 50)
#02 travailleur(se) à temps partiel	2	
#03 chômeur(se), à la recherche d'un emploi	3	
#04 à la maison à temps plein	4	
#05 retraité(e)	5	
#06 étudiant(e)	6	
#07 Refus/PR	9	

111:Q66

66. Quel niveau de scolarité avez-vous complété?

#01 élémentaire/primaire	1	(3/ 51)
#02 secondaire en partie	2	
#03 secondaire complété	3	
#04 collégial en partie	4	
#05 collégial complété	5	
#06 universitaire en partie	6	
#07 université complété	7	
#08 Refus/PR	9	

112:Q67

67. Dans laquelle des catégories suivantes se situe le revenu annuel total, avant impôts et déductions, de tous les membres de votre foyer, en vous incluant?

#01 moins de 10 000 \$	1	(3/ 52)
#02 10 000 \$ à 19 999 \$	2	
#03 20 000 \$ à 29 999 \$	3	
#04 30 000 \$ à 39 999 \$	4	
#05 40 000 \$ à 59 999 \$	5	
#06 ou 60 000 \$ et plus?	7	
#07 Refus/PR	9	

113:Q68

68. Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal?

#01 NSP/PR	999	(3/ 53)
masque A9A		

114:Q69

69. Sexe du répondant

#01 masculin	1	(3/ 56)
#02 féminin	2	