

Rapports sur l'incapacité et l'accessibilité au Canada

Facteurs associés aux besoins insatisfaits en matière de mesures de soutien pour les personnes ayant une incapacité, 2022

par Carrly McDiarmid

Date de diffusion : le 9 juillet 2025



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2025

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Table des matières

Aperçu de l'étude	4
Introduction	4
Données et méthodes	6
Source de données	6
Mesures.....	6
Covariables	7
Analyse	9
Résultats.....	9
Prévalence des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé.....	9
Facteurs principaux associés à la probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé.....	11
Prévalence des besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance	12
Facteurs principaux associés à la probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance	14
Prévalence des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels	15
Facteurs principaux associés à la probabilité d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels.....	17
Prévalence des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes.....	17
Facteurs principaux associés à la probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes	19
Conclusion	20
Annexe	22
Références	28

Facteurs associés aux besoins insatisfaits en matière de mesures de soutien pour les personnes ayant une incapacité, 2022

par Carrly McDiarmid

Aperçu de l'étude

Le présent article s'appuie sur les données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2022 pour explorer les besoins insatisfaits relativement à différentes mesures de soutien chez les personnes ayant une incapacité. Les types de mesures de soutien examinés sont les suivants : les services de soins de santé, les médicaments sur ordonnance, les aides ou appareils fonctionnels ainsi que l'aide pour les activités quotidiennes. L'étude s'intéresse à la façon dont chaque type de besoin insatisfait varie selon différentes caractéristiques, comme l'âge, le genre, le revenu ou la sévérité de l'incapacité.

- Le taux de besoins insatisfaits chez les personnes ayant une incapacité variait en fonction du type de soutien, se chiffrant à 13,5 % pour les médicaments sur ordonnance, à 22,7 % pour les aides ou appareils fonctionnels, à 32,7 % dans le cas de l'aide pour les activités quotidiennes et à 45,7 % pour les services de soins de santé.
- La sévérité de l'incapacité et la présence d'obstacles à l'accessibilité étaient des prédicteurs importants des besoins insatisfaits dans chaque domaine de soutien.
- L'âge et le genre sont d'autres prédicteurs courants de besoins insatisfaits dans l'ensemble des domaines de soutien.
- Les personnes ayant des limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé et d'aide pour les activités quotidiennes.
- Une santé perçue de façon négative était associée à des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, de médicaments et d'aide pour les activités quotidiennes.
- Les personnes ayant une incapacité qui se considéraient comme confinées à la maison étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé et d'aide pour les activités quotidiennes.
- La solitude était associée à des probabilités accrues de connaître des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, de médicaments et d'aide pour les activités quotidiennes.

Introduction

L'accès à divers programmes, services et mesures de soutien peut jouer un rôle important dans la vie des quelque 8 millions de personnes ayant une incapacité au Canada. Les personnes ayant une incapacité ont souvent besoin d'un plus grand nombre de services et de mesures de soutien que les personnes sans incapacité, mais bon nombre d'entre elles déclarent aussi des taux plus élevés de besoins insatisfaits en matière de divers types de mesures de soutien (Casey, 2015; McColl et coll., 2010). Des études antérieures ont systématiquement révélé que les besoins insatisfaits en matière de différents types de mesures de soutien sont associés à des évaluations plus faibles de diverses mesures de la qualité de vie (Chong et coll., 2021; Ju et coll., 2017). Certains domaines principaux dans lesquels les personnes ayant une incapacité ont besoin de services et de mesures de soutien comprennent l'accès à des services de soins de santé, les médicaments, les aides et appareils fonctionnels ainsi que l'aide pour les activités quotidiennes.

Les recherches ont démontré que bon nombre de Canadiennes et Canadiens avaient des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, y compris les soins de santé mentale et les soins à domicile, en raison d'obstacles liés à la disponibilité, à l'accessibilité ou à l'acceptabilité des services requis (Gilmour, 2018; Sanmartin et coll., 2002). Les personnes ayant une incapacité sont plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de soins de santé que les personnes sans incapacité, et certaines caractéristiques comme le genre, l'âge, le revenu ainsi que la présence de plusieurs problèmes de santé et de plus grands besoins en matière d'aide

pour les activités quotidiennes sont associées à ces besoins insatisfaits (McColl et coll., 2010; Reichard et coll., 2017). La sévérité perçue de l'incapacité est également un facteur important, et les recherches indiquent que les personnes qui considèrent leur incapacité comme plus sévère ont exprimé une moins grande satisfaction à l'égard des mesures de soutien en matière de santé que les personnes estimant que leur incapacité était relativement légère (Blažeka Kokorić et coll., 2012).

La prise de médicaments sur ordonnance est plus courante chez les personnes ayant une incapacité ou un problème de santé chronique (Peklar et coll., 2017; Rotermann et coll., 2014). Des difficultés liées au coût des médicaments ont également été associées au non-renouvellement d'une ordonnance, au renouvellement tardif d'une ordonnance et au non-respect d'une ordonnance, c'est-à-dire sauter des doses ou diminuer celles-ci pour faire en sorte que les médicaments durent plus longtemps (Heidari et coll., 2019). En 2021, près de 10 % des Canadiennes et Canadiens qui prenaient des médicaments sur ordonnance ont déclaré qu'ils n'avaient pas respecté leur ordonnance en raison du coût¹, et cette proportion était plus élevée chez les personnes n'ayant pas une couverture d'assurance (Cortes et Smith, 2022). Chez les personnes ayant une incapacité, les comportements de non-respect de l'ordonnance ont été liés à des résultats inférieurs en matière de santé et à des répercussions négatives sur la qualité de vie (Jensen et Li, 2012; Tamblyn et coll., 2001). Différents facteurs peuvent avoir une incidence sur le respect de l'ordonnance, y compris l'âge, le revenu du ménage, la situation d'emploi et l'aide à la prise du médicament (Gupta et coll., 2018; Huang et coll., 2019).

Les aides ou appareils fonctionnels peuvent aider les personnes ayant une incapacité à effectuer des tâches de façon autonome et à participer aux activités quotidiennes, et l'on estime que d'ici 2050, à l'échelle mondiale, 3,5 milliards de personnes auront besoin de ces aides et appareils (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2022). Toutefois, bon nombre de personnes ont déclaré des besoins insatisfaits en matière d'aides et d'appareils fonctionnels qui leur sont nécessaires (OMS, 2018). Les recherches ont démontré que l'utilisation des appareils fonctionnels mène à une évaluation supérieure des capacités, des mesures de la qualité de vie et du bien-être (Ali et coll., 2020; Hammel et coll., 2002). Chez les personnes ayant une incapacité, divers obstacles ont été mis en évidence, notamment l'abordabilité, le manque de soutien ou de renseignements et l'absence de disponibilité (Mishra et coll., 2024; OMS et Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], 2022).

Les réseaux formels et informels peuvent jouer un rôle important dans la vie quotidienne des personnes ayant une incapacité en leur fournissant de l'aide pour leurs activités quotidiennes. En 2018, 25 % des Canadiennes et Canadiens ont déclaré fournir de l'aide ou des soins à un membre de leur famille ou à des amis ayant un problème de santé de longue durée, une incapacité ou des difficultés liées à l'âge (Arriagada, 2020). Les réseaux de soutien informels, comme l'aide apportée par la famille et les amis, ou le soutien plus formel offert par des fournisseurs de services, sont reconnus comme des éléments facilitant bon nombre d'activités quotidiennes chez les personnes ayant une incapacité (Hammel et coll., 2015; Heeb et coll., 2022). Ces soins et ce soutien social peuvent avoir une incidence sur divers aspects de la qualité de vie, puisque le soutien social accru a été associé à une meilleure santé mentale perçue (Krokavcova et coll., 2008), et certaines recherches semblent indiquer un lien avec les fonctions physiques (Miller et Chan, 2008) et l'amélioration des résultats en matière de santé (Chong et coll., 2021).

Divers facteurs individuels et environnementaux peuvent contribuer à la nécessité d'obtenir des services et des mesures de soutien, et à la capacité d'y avoir accès. Une meilleure compréhension du profil des personnes ayant des besoins insatisfaits et des facteurs associés à ces derniers peut éclairer la planification des services et des interventions afin de permettre une plus grande participation des personnes ayant une incapacité.

Les services de soins de santé, les médicaments sur ordonnance, les aides ou appareils fonctionnels et l'aide pour les activités quotidiennes forment un ensemble diversifié de mesures de soutien, et il est important de bien examiner la dynamique propre à chaque type de soutien afin de mieux comprendre les répercussions des besoins insatisfaits sur les personnes ayant une incapacité. La présente étude a pour objectif principal d'examiner séparément les quatre domaines de soutien. Elle analyse les taux de prévalence des besoins insatisfaits dans chacun de ces domaines, puis explore l'association entre certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi que des caractéristiques liées à l'incapacité et à l'accessibilité, pour chaque type de besoin insatisfait.

1. Le non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison du coût renvoie à la population n'ayant pas exécuté une ordonnance ou ayant retardé son exécution, ou ayant réduit ou sauté des doses de médicament en raison des coûts durant l'année précédente.

Données et méthodes

Source de données

Enquête canadienne sur l'incapacité

La présente étude se fonde sur les données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2022, une enquête nationale menée auprès des Canadiennes et Canadiens âgés de 15 ans et plus dont les activités quotidiennes sont limitées en raison d'un état ou d'un problème de santé à long terme. L'ECI fournit des données complètes sur les personnes ayant une incapacité pour chaque province et territoire. L'enquête permet également de recueillir des renseignements essentiels sur les types d'incapacité et leur sévérité, les mesures de soutien offertes aux personnes ayant une incapacité, leur profil d'emploi, leur revenu, leur niveau de scolarité ainsi que d'autres renseignements liés à l'incapacité.

Dans le cadre de l'ECI de 2022, la population observée était composée de Canadiennes et de Canadiens âgés de 15 ans et plus à la date du Recensement de la population de 2021 (en mai 2021) qui vivaient dans un logement privé. Elle exclut les personnes vivant en établissement, sur une base des Forces armées canadiennes, dans une réserve des Premières Nations ou dans un logement collectif². La population vivant en établissement étant exclue, les données, en particulier celles sur les groupes plus âgés, doivent être interprétées en conséquence.

L'ECI utilise les questions d'identification des incapacités (QII), qui sont fondées sur le modèle social de l'incapacité (Grondin, 2016). Ces questions exigent qu'une limitation des activités quotidiennes soit déclarée pour qu'une incapacité soit reconnue — la présence d'une difficulté à elle seule ne suffit pas pour définir une incapacité. Pour identifier les personnes ayant une incapacité, les QII mesurent d'abord le degré de difficulté dans divers domaines de fonctionnement et évaluent ensuite la fréquence à laquelle les activités sont limitées par ces difficultés. Seules les personnes qui déclarent une limitation de leurs activités quotidiennes sont identifiées comme ayant une incapacité. La définition de l'incapacité de l'ECI comprend les personnes ayant déclaré être « parfois », « souvent » ou « toujours » limitées dans leurs activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé à long terme, ainsi que les personnes ayant indiqué être « rarement » limitées si elles étaient également incapables d'accomplir certaines tâches ou ne pouvaient les accomplir qu'avec beaucoup de difficulté.

Mesures

Services de soins de santé

Pour déterminer le niveau des besoins satisfaits en matière de services de soins de santé, une série de questions a été posée aux répondants à propos des différents types de thérapies qu'ils suivent ou des services qu'ils reçoivent en raison de leur problème de santé. Ces thérapies et services comprenaient les suivants : les traitements de physiothérapie, de massothérapie ou de chiropractie; les services d'orthophonie; les services d'ergothérapie; les services de counseling offerts par un psychologue, un psychiatre, un psychothérapeute ou un travailleur social; les services de groupes de soutien, les services de halte-accueil ou les lignes téléphoniques d'information ou de soutien; les thérapies de survie des fonctions vitales ou les soins médicaux spécialisés; les services de toxicomanie; les programmes ou les services de compétence de la vie courante; les traitements naturopathiques, homéopathiques ou ostéopathiques; l'acupuncture; la nutrition ou les services diététiques; les soins spécialisés de la vue dispensés par un ophtalmologue, un optométriste ou un opticien; ou d'autres thérapies et services. Aux fins du présent rapport, les personnes ayant déclaré avoir besoin d'une thérapie ou d'un service, mais qui ne l'ont pas reçu, ou les personnes ayant indiqué qu'elles auraient besoin d'une thérapie ou de services supplémentaires ont été classées dans la catégorie des personnes ayant un « besoin insatisfait ».

2. Les logements collectifs comprennent les hôpitaux, les résidences pour personnes âgées, les établissements de soins pour bénéficiaires internes comme un foyer collectif pour personnes ayant une incapacité ou une dépendance, les refuges, les établissements correctionnels et de détention, les maisons de chambres ou pensions, les établissements religieux, les colonies huttérites, les établissements offrant des services d'hébergement temporaire, et les autres établissements. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter [Dictionnaire, Recensement de la population, 2021 – Logement collectif](#).

Médicaments sur ordonnance

Pour évaluer les besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance, on a demandé aux répondants si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient été incapables d'acheter les médicaments requis ou s'ils les avaient pris moins souvent en raison du coût. Aux fins du présent rapport, les personnes qui ont répondu par l'affirmative à au moins l'une de ces questions ont été considérées comme ayant un « besoin insatisfait ». Il est important de souligner que, dans ce domaine, les répondants ont été interrogés plus particulièrement sur le coût comme raison de ces comportements, alors que pour les autres domaines examinés dans ce rapport, la raison n'était pas précisée dans la question initiale, mais faisait l'objet de questions de suivi, le coût figurant parmi plusieurs motifs possibles.

Aides ou appareils fonctionnels

Une aide ou un appareil fonctionnel est un dispositif ou un outil conçu ou adapté pour aider une personne à faire une tâche ou une activité précise. L'ECL comptait plusieurs questions sur les besoins en matière d'aides, d'appareils ou de technologies (p. ex. les cannes, les appareils d'enregistrement ou de prise de notes, les documents imprimés en gros caractères, les logiciels spécialisés ou les aménagements architecturaux à la maison comme l'élargissement des ouvertures de portes et les rampes)³. Les questions ont été posées pour des types d'incapacité précis, avec un module sur les aides visuelles, les aides auditives, les aides physiques (inclut les incapacités liées à la mobilité, à la dextérité et à la flexibilité) et les aides cognitives (inclut les incapacités liées au développement et à l'apprentissage), ainsi qu'un module sur tous les types d'incapacité. Dans chaque module, les répondants devaient indiquer s'il y avait des aides dont ils avaient besoin et dont ils ne disposaient pas, puis indiquer par la suite le type d'aide dont ils avaient besoin, mais qu'ils ne recevaient pas. Aux fins du présent rapport, les personnes ayant mentionné avoir besoin d'au moins un type d'aide ou d'appareil sans y avoir accès étaient considérées comme ayant un « besoin insatisfait ».

Aide pour les activités quotidiennes

Afin de mesurer les besoins en matière d'aide pour les activités quotidiennes, les répondants devaient indiquer si, en raison de leur état, ils recevaient de l'aide, s'ils avaient besoin d'aide, mais n'en recevaient pas, ou s'ils avaient besoin d'aide supplémentaire pour effectuer différents types d'activités quotidiennes. L'aide pour les activités quotidiennes comprenait la préparation des repas, les travaux ménagers quotidiens, les gros travaux ménagers, le déplacement pour se rendre à des rendez-vous ou pour faire des achats, la gestion des finances personnelles, les soins personnels, les soins médicaux de base à domicile, le déplacement à l'intérieur du domicile ou d'autres types d'aide. Cette aide, rémunérée ou gratuite, pouvait être apportée par des membres de la famille, des amis, des voisins et des organismes. Aux fins du présent rapport, les personnes ayant déclaré qu'elles avaient besoin d'un type d'aide et ne l'avaient pas reçu ou celles ayant indiqué qu'elles auraient besoin de recevoir un type d'aide supplémentaire ont été considérées comme ayant un « besoin insatisfait ».

Covariables

Données démographiques : L'âge est réparti en quatre groupes : 15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Pour l'analyse selon le genre, une variable sur le genre à deux catégories a été utilisée pour protéger la confidentialité des personnes non binaires étant donné la taille relativement petite de cette population au Canada. Plus précisément, les personnes non binaires ont été réparties entre les catégories « hommes » et « femmes »; ces catégories sont désignées par « hommes+ » et « femmes+ »⁴. Fondée sur les questions sur le sexe à la naissance, l'identité de genre et l'orientation sexuelle, la variable 2ELGBTQ+ comprend les répondants ayant indiqué être des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, pansexuelles ou ayant une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle (LGB+), ainsi que les personnes non binaires et les hommes et les femmes transgenres⁵.

3. Pour obtenir plus de renseignements sur la liste complète des aides et des appareils fonctionnels, veuillez consulter le [questionnaire de l'ECL de 2022](#).

4. La catégorie « hommes+ » comprend les hommes (et les garçons) cisgenres et transgenres ainsi que certaines personnes non binaires, et la catégorie « femmes+ » comprend les femmes (et les filles) cisgenres et transgenres ainsi que certaines personnes non binaires.

5. Le gouvernement du Canada a adopté le sigle 2ELGBTQ+ pour désigner les personnes aux deux esprits (ou bispituelles), lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers et intersexuées ainsi que celles qui emploient d'autres termes relatifs à la diversité sexuelle et de genre. Statistique Canada utilise le sigle 2ELGBTQ+ à des fins d'analyse des données, car les renseignements sur les personnes intersexuées ne sont pas encore recueillis dans le cadre des enquêtes.

La situation des particuliers dans le ménage a été répartie dans les catégories suivantes : sans conjoint, sans enfants⁶; avec conjoint, sans enfants⁷; familles biparentales⁸; familles monoparentales.

Les centres de population sont définis comme des endroits contenant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population de 400 habitants ou plus au kilomètre carré. Toutes les régions situées à l'extérieur des centres de population sont classées dans la catégorie des régions rurales.

Le terme « racisé » désigne une personne appartenant à une minorité visible telle que définie par la [Loi sur l'équité en matière d'emploi](#), c'est-à-dire « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». La population racisée est principalement composée des groupes suivants : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen et Japonais. La catégorie des personnes non racisées comprend les personnes qui déclarent être Blancs seulement et exclut les Autochtones. Aux fins du présent rapport, par statut d'immigrant, on entend une personne non immigrante (née au Canada) ou une personne immigrante (y compris les résidents non permanents). Le groupe autochtone comprend deux catégories : les personnes autochtones (membre des Premières Nations, Métis et Inuit) ainsi que les personnes non autochtones. Il n'était pas possible de désagréger les données selon l'appartenance à un groupe en particulier (membre des Premières Nations, Métis ou Inuit) en raison de la petite taille des échantillons.

Statut socioéconomique : Les catégories de la situation d'activité comprennent les personnes occupées, les personnes au chômage et les personnes inactives⁹. Aux fins du présent rapport, le niveau de scolarité a été divisé dans les catégories suivantes : diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur; certificat ou diplôme d'une école de métiers ou diplôme d'études collégiales ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat; certificat, diplôme ou grade universitaire au niveau du baccalauréat ou supérieur¹⁰. Le revenu est présenté par quintile, selon le revenu après impôt de la famille économique, ajusté en fonction de la taille de la famille¹¹.

Caractéristiques de santé et de bien-être : On a demandé aux répondants d'évaluer leur santé générale en répondant à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? ». Aux fins du présent article, une variable binaire a été attribuée, selon laquelle les personnes qui ont répondu « excellente », « très bonne » ou « bonne » étaient classées comme ayant une perception positive de leur santé, et les personnes qui ont répondu « passable » ou « mauvaise » étaient classées comme ayant une perception négative de leur santé, ce qui est comparable aux études précédentes de Statistique Canada sur les besoins insatisfaits (Chen et coll., 2002; Gilmour, 2018). L'échelle de solitude à trois items mesure la solitude d'une personne en lui demandant de répondre selon une échelle allant de « à peu près jamais », « parfois » ou « souvent » la fréquence à laquelle elle : 1) ressent un manque de compagnie, 2) a l'impression d'être tenue à l'écart, 3) se sent isolée des autres. Des scores plus élevés indiquent un niveau de solitude plus important, et aux fins du présent rapport, les personnes ayant obtenu un score de 6 ou plus étaient considérées comme « ressentant de la solitude ».

Caractéristiques liées à l'incapacité et à l'accessibilité : Un score global de sévérité a été élaboré dans le cadre de l'ECI. Il a été calculé pour chaque personne selon le nombre de types d'incapacité déclarés, le degré de difficulté éprouvé pour accomplir certaines tâches et la fréquence de la limitation des activités. Afin de simplifier le concept de sévérité, quatre classes ont été établies : légère, modérée, sévère et très sévère¹².

Le qualificatif « épisodique » a été utilisé pour examiner la nature dynamique de l'incapacité afin de diviser les personnes qui ont des limitations constantes et les personnes qui présentent des limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives. Ce groupe de personnes peut connaître des périodes pendant lesquelles elles ne se sentent pas limitées, des périodes pendant lesquelles elles peuvent accomplir un plus grand nombre d'activités et des périodes pendant lesquelles elles peuvent accomplir moins d'activités. Elles peuvent également constater qu'elles ont de plus en plus de difficulté à mener leurs activités quotidiennes au fil du temps.

6. Comprend les personnes vivant seules ou qui ne font pas partie d'une famille de recensement.

7. Comprend les partenaires en union libre et les couples mariés.

8. Comprend les partenaires en union libre et les couples mariés.

9. Les personnes inactives comprennent les personnes qui ne veulent pas ou qui ne peuvent pas travailler; autrement dit, il s'agit des personnes qui n'avaient pas d'emploi et qui n'étaient pas au chômage.

10. Les renseignements sur le niveau de scolarité et la situation d'activité ont été tirés du Recensement; la période de référence est donc 2021.

11. Les données sur le revenu proviennent du Recensement de 2021 et, par conséquent, représentent l'année de référence 2020.

12. Il convient de noter que le nom attribué à chaque classe a pour but de faciliter l'utilisation du score de sévérité. Il ne constitue pas une forme d'étiquette ou de jugement du niveau d'incapacité de la personne.

Selon le nombre moyen d'obstacles à l'accessibilité rencontrés par les personnes ayant une incapacité, qui était d'environ 6, les catégories « taux plus faible » et « taux plus élevé » d'obstacles à l'accessibilité rencontrés ont été établies¹³. La catégorie « taux plus faible » comprend les personnes ayant rencontré de 1 à 6 obstacles, alors que la catégorie « taux plus élevé » regroupe celles ayant rencontré 7 obstacles ou plus. Les obstacles rencontrés peuvent être liés aux espaces publics, à la communication, à l'utilisation d'Internet et aux comportements, aux fausses idées ou aux suppositions des autres personnes à leur égard.

On dit qu'une personne est « confinée à la maison » lorsqu'elle ne peut pas quitter son domicile en raison de son état. Les répondants devaient indiquer s'ils se considéraient comme confinés à la maison, et leurs choix de réponse étaient « non », « rarement », « parfois », « souvent » ou « toujours ». Aux fins du présent rapport, les personnes ayant répondu « parfois », « souvent » ou « toujours » étaient classées dans la catégorie « confinées à la maison ».

Analyse

En raison de la nature subjective de certaines variables, les réponses par personne interposée (10,4 %) ont été exclues de l'analyse. Les données manquantes ont également été exclues de l'analyse¹⁴. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour estimer la prévalence des besoins insatisfaits pour chaque mesure de soutien aux personnes ayant une incapacité chez les Canadiennes et Canadiens âgés de 15 ans et plus ayant une incapacité.

Le modèle de régression logistique a été utilisé pour déterminer les principaux facteurs associés à des probabilités plus élevées ou plus faibles que les personnes ayant une incapacité aient des besoins insatisfaits, tout en tenant compte des effets d'autres covariables liées à l'incapacité et d'autres covariables sociodémographiques. Les conclusions des analyses de régression logistique sont présentées au moyen de rapports de cotes (RC) et de leurs intervalles de confiance (IC) de 95 %. Les résultats des rapports de cotes doivent être interprétés avec prudence. La valeur des estimations du rapport de cotes détermine la direction de l'effet (c'est-à-dire si un certain groupe affiche des probabilités plus élevées ou plus faibles de rencontrer des obstacles), mais leur importance peut varier selon l'ensemble de covariables ou l'échantillon utilisé; par conséquent, elles sont donc difficiles à interpréter et ne doivent pas être comparées avec des rapports de cotes provenant d'autres analyses (Norton et coll., 2018).

Dans le présent rapport, le niveau de signification a été établi à $p < 0,05$. Toutes les estimations ont été pondérées pour représenter la population canadienne âgée de 15 ans et plus ayant une incapacité. La méthode bootstrap a été utilisée pour estimer la variance et les intervalles de confiance de 95 % afin de tenir compte du plan de sondage complexe.

Résultats

Prévalence des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé

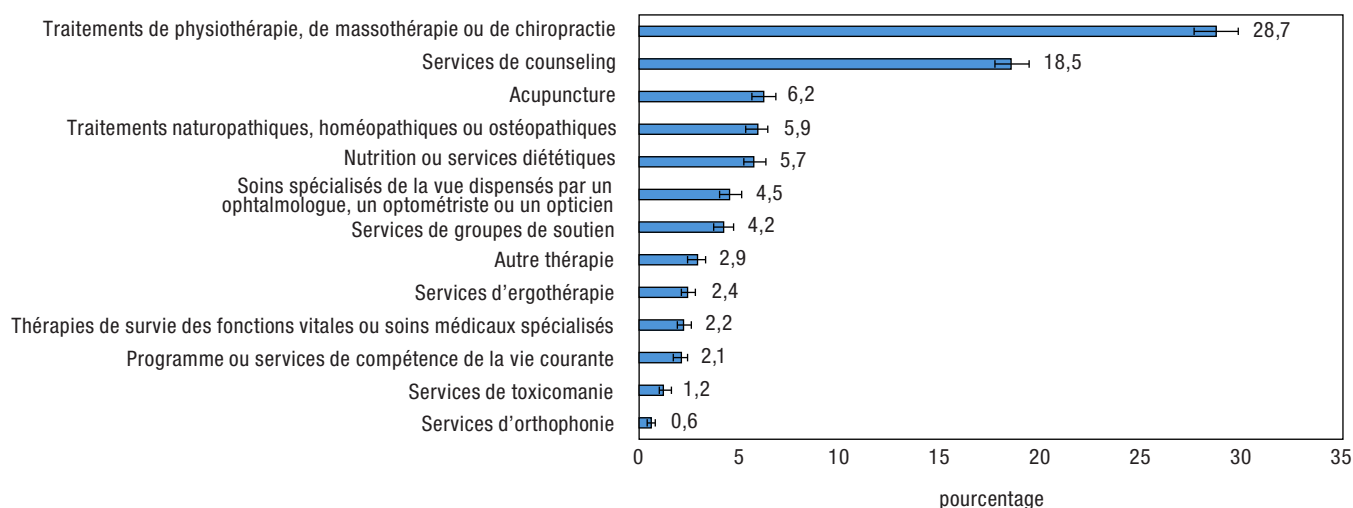
En 2022, 45,7 % des personnes ayant une incapacité ont déclaré au moins un besoin insatisfait en matière de services de soins de santé. Les besoins insatisfaits les plus souvent déclarés étaient liés aux traitements de physiothérapie, de massothérapie ou de chiropractie (28,7 %), aux services de counseling offerts par un psychologue, un psychiatre, un psychothérapeute ou un travailleur social (18,5 %) et à l'acupuncture (6,2 %) (graphique 1).

13. L'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2022 a permis de recueillir des renseignements sur 27 types d'obstacles à l'accessibilité rencontrés par les personnes ayant une incapacité en raison de leur état de santé dans les quatre domaines suivants : les espaces publics; les comportements, les fausses idées ou les suppositions; la communication; l'utilisation d'Internet.

14. Selon le domaine de besoin insatisfait, le pourcentage des questionnaires non retenus en raison de données manquantes s'est chiffré de 1 % à 3 % de l'échantillon.

Graphique 1**Besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, personnes ayant une incapacité âgées de 15 ans et plus, selon le type de thérapie ou de service, Canada, 2022**

Type de thérapie ou de service



Notes : Comprend les personnes ayant indiqué avoir besoin d'une thérapie ou d'un service et qui ne l'ont pas reçu, ainsi que les personnes ayant indiqué qu'elles auraient besoin de thérapie ou de services supplémentaires. Les répondants pouvaient avoir déclaré des besoins insatisfaits pour plus d'un type de service de soins de santé. Les estimations ont été calculées en fonction de la population totale des personnes ayant une incapacité.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques, la proportion de personnes ayant déclaré des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé variait selon l'âge, le genre, la région géographique, le fait d'être une personne 2ELGBTQ+, le groupe racisé et le groupe autochtone (tableau 1.1). La proportion de personnes ayant une incapacité qui ont déclaré des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé était plus élevée chez les 25 à 44 ans (56,6 %) et moins élevée chez les 65 ans et plus (32,4 %) par rapport aux jeunes de 15 à 24 ans (48,4 %). Les femmes (51,1 %) étaient plus susceptibles que les hommes (38,4 %) de déclarer des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé.

Les résidents des régions rurales (39,0 %) étaient moins susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé par rapport aux résidents des centres de population (47,1 %). Une proportion plus élevée de personnes faisant partie d'une famille monoparentale (54,2 %) avaient des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, par rapport aux personnes n'ayant pas de conjoint ni d'enfants (45,1 %). En revanche, les couples sans enfants (41,3 %) étaient moins susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes n'ayant pas de conjoint ni d'enfants (45,1 %).

Les personnes 2ELGBTQ+ ayant une incapacité (60,0 %) étaient plus susceptibles que les personnes non 2ELGBTQ+ (44,1 %) d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé. Les personnes racisées ayant une incapacité (51,8 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine, comparativement aux personnes non racisées et non autochtones (44,2 %). Les personnes autochtones ayant une incapacité (51,0 %) étaient plus susceptibles que les personnes non autochtones ayant une incapacité (45,4 %) d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé.

Les besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé chez les personnes ayant une incapacité variaient selon le statut socioéconomique. Les personnes inactives (40,7 %) étaient moins susceptibles que les personnes occupées (49,2 %) d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine, alors que les personnes au chômage (55,0 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits. Comparativement aux personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou de niveau inférieur (42,0 %), les personnes ayant fait des études postsecondaires inférieures au baccalauréat (46,4 %) et les titulaires d'un baccalauréat ou d'un grade supérieur (51,7 %) étaient plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé. On n'observait pas de différences significatives dans la prévalence des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé selon le quintile de revenu.

Les besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé différaient également selon la santé perçue. Les personnes percevant leur santé de façon négative (55,2 %) étaient plus susceptibles d'avoir de tels besoins insatisfaits que les personnes ayant une perception positive de leur santé (40,6 %). Les personnes qui ressentaient de la solitude (59,9 %) étaient plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé que les personnes ayant indiqué de ne pas ressentir de la solitude (37,2 %).

Plus l'incapacité est sévère, plus la proportion de personnes ayant une incapacité qui ont connu des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé augmente. Par exemple, les personnes ayant une incapacité très sévère (60,7 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que celles ayant une incapacité légère (33,5 %). Les personnes ayant des limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives (49,7 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé que les personnes présentant des limitations constantes (38,2 %).

Les besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé étaient plus fréquents chez les personnes rencontrant des obstacles à l'accessibilité. La proportion de personnes ayant une incapacité dont les besoins étaient insatisfaits était plus élevée aussi bien chez les personnes affichant un taux plus faible d'obstacles à l'accessibilité (46,1 %) que chez celles présentant un taux plus élevé d'obstacles (61,6 %), par rapport aux personnes ayant déclaré n'avoir rencontré aucun obstacle à l'accessibilité (27,3 %). Les besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé étaient plus courants chez les personnes confinées à la maison (59,4 %) que chez celles non confinées à la maison (38,9 %).

Facteurs principaux associés à la probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé

Lorsque toutes les caractéristiques sont prises en compte simultanément, bon nombre de caractéristiques démographiques et socioéconomiques qui étaient significatives dans la section descriptive ont continué à être associées à des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé^{15,16,17}. Les résultats du modèle indiquent que les probabilités plus élevées de connaître des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé étaient associées au fait d'appartenir au groupe des 25 à 44 ans, d'être une femme, de faire partie de la population 2ELGBTQ+ et d'avoir un niveau de scolarité plus élevé (tableau 2.1). En outre, les probabilités plus faibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé étaient associées au fait de vivre dans des régions rurales, d'appartenir au groupe des 65 ans et plus et de ne pas faire partie de la population active.

Bon nombre de ces conclusions concordent avec les résultats de recherches antérieures, lesquelles ont montré que les femmes sont plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits (Casey, 2015; Lee et coll., 2024; McColl et coll., 2010). De plus, les recherches antérieures démontrent que les jeunes adultes étaient plus susceptibles de connaître des besoins insatisfaits, alors que les personnes plus âgées étaient moins susceptibles de mentionner avoir des besoins insatisfaits (Casey 2015; Gilmour, 2018; Sibley et Glazier, 2009). Les recherches donnent à penser que les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles déclarent une santé perçue moins bonne et sont plus susceptibles de présenter des troubles de santé mentale (Rauh, 2023). En outre, la population de diverses identités de genre déclare plus souvent des besoins insatisfaits en matière de soins de santé (Mulcahy et coll., 2022).

Les conclusions concernant les besoins en matière de soins de santé insatisfaits varient selon la géographie. Il a été démontré que les besoins insatisfaits en matière de soins de santé sont à la fois plus faibles (Sibley et Glazier, 2009) et plus élevés (Rahman, 2022) chez les résidents des régions rurales, alors que dans d'autres cas, aucune différence n'a été constatée selon le lieu de résidence (Grimm et Ispen, 2022; Urbanoski et coll., 2008).

Les recherches ont également relevé des résultats variés quant à l'association entre le niveau de scolarité et les besoins insatisfaits en matière de soins de santé. Certaines études indiquent qu'un niveau de scolarité plus élevé

15. Étant donné que les renseignements sur les besoins insatisfaits et les différentes caractéristiques de santé et d'incapacité ont été recueillis au même moment, il n'est pas possible de déterminer avec précision l'orientation de l'association entre les besoins insatisfaits et les caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité. Les personnes en moins bonne santé peuvent être de plus grands utilisateurs des différents services et mesures de soutien, ce qui pourrait contribuer à accroître la probabilité d'avoir des besoins insatisfaits.

16. Il est important de souligner que l'accès à une couverture d'assurance maladie et l'accès à un fournisseur de soins de santé primaires ne sont pas des renseignements recueillis dans le cadre de l'ECI et qu'ils ne peuvent donc pas être pris en compte dans la présente analyse.

17. Bien que le revenu n'ait pas été associé à des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, dans le cadre de l'ECI, le coût a été mentionné comme la raison la plus courante de besoins insatisfaits dans le domaine des services de soins de santé.

peut être un facteur de protection (Starkes et coll., 2005), alors que d'autres études montrent qu'un niveau de scolarité plus élevé peut entraîner une probabilité accrue de déclarer des besoins insatisfaits (Sibley et Glazier, 2009), possiblement en raison d'une plus grande sensibilisation ou d'attentes plus élevées relatives aux soins, ou encore d'une insatisfaction plus grande à l'égard des services fournis.

Après la prise en compte d'autres facteurs, toutes les caractéristiques liées au bien-être, à l'incapacité et à l'accessibilité restent des prédicteurs importants des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé. Les personnes percevant leur santé de façon négative étaient plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits dans ce domaine (RC = 1,2; IC de 95 % : 1,0, 1,4) par rapport à celles ayant une perception positive de leur santé, ce qui concorde avec les études antérieures (Lee et coll., 2024). Les personnes ayant une incapacité qui ressentaient de la solitude (RC = 1,5; IC de 95 % : 1,3, 1,7) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé que les personnes ayant déclaré ne pas ressentir de la solitude. L'isolement social a été lié à une future utilisation du système de santé et a une incidence sur les résultats en matière de santé (Courtin et Knapp, 2017; Mosen et coll., 2021).

Les probabilités d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé augmentaient en fonction de la sévérité de l'incapacité. Par exemple, les personnes ayant une incapacité très sévère (RC = 2,3; IC de 95 % : 1,9, 2,8) étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes ayant une incapacité légère. Certaines difficultés, comme la nécessité de recourir à plusieurs sources de soins, les difficultés liées à la coordination des soins, l'incertitude quant à l'endroit où aller pour obtenir les soins requis et l'augmentation du temps consacré à la recherche des soins ont tous été relevés par les personnes présentant des comorbidités lorsqu'il était question d'accéder aux soins de santé (Van der Aa, 2017).

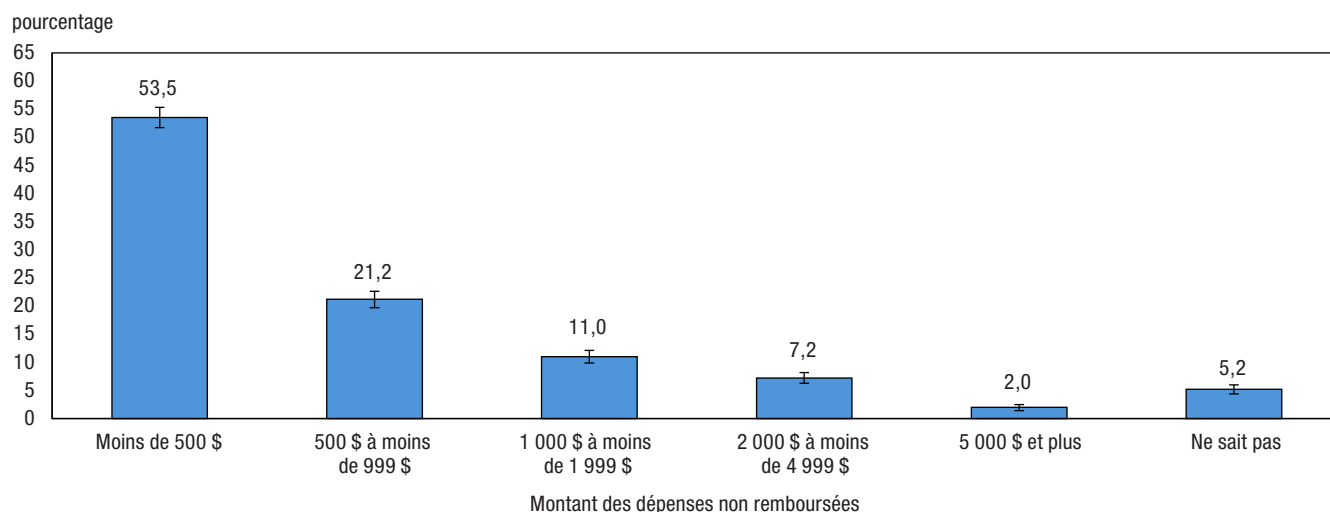
Les personnes ayant des incapacités épisodiques étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé (RC = 1,2; IC de 95 % : 1,1, 1,4) que les personnes ayant des limitations constantes. Les changements dans les tendances ou la sévérité des limitations vécues par les personnes ayant une incapacité peuvent mener à des changements dans leur besoin d'obtenir certaines mesures de soutien. Par exemple, des études ont démontré une augmentation des comportements de recherche de soins et de l'utilisation des services de santé chez les personnes atteintes de la sclérose en plaques, car elles présentent souvent des comorbidités et des changements dans leurs limitations au fil du temps (Jones et coll., 2016; Roux et coll., 2019).

Les personnes ayant rencontré un grand nombre d'obstacles à l'accessibilité étaient près de trois fois plus susceptibles (RC = 2,9; IC de 95 % : 2,4, 3,4) d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé que celles qui n'ont rencontré aucun obstacle à l'accessibilité. Les personnes ayant une incapacité ont mentionné une variété d'obstacles rencontrés dans le domaine des soins de santé, y compris des problèmes relatifs au coût, au transport, aux caractéristiques physiques des installations, à la communication avec les fournisseurs de services ou aux idées fausses des fournisseurs à leur égard (Drainoni et coll., 2006; Maart et Jelsma, 2014; Rahman et coll., 2022).

Les personnes ayant une incapacité et confinées à la maison étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé (RC = 1,3; IC de 95 % : 1,1, 1,5) que les personnes non confinées à la maison. Dans une étude antérieure, le fait d'être confiné à la maison était un facteur important lorsqu'il était question d'avoir des besoins insatisfaits en matière de soins de santé chez les personnes âgées (Herr et coll., 2013). Bon nombre de ces personnes peuvent avoir besoin de services à domicile pour réduire les obstacles et recevoir des soins. Les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile ont été liés à une perception négative de la santé et à un nombre accru de problèmes de santé chroniques, et l'obstacle le plus couramment déclaré était le manque de disponibilité de ces soins (Gilmour, 2018).

Prévalence des besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance

En 2022, 13,5 % des personnes ayant une incapacité ont déclaré qu'elles n'ont pas pu acheter leurs médicaments ou qu'elles ont pris leurs médicaments moins souvent en raison du coût. Parmi les personnes qui prennent des médicaments sur ordonnance, 44,2 % ont déclaré que leurs dépenses n'étaient pas entièrement remboursées, et plus de 4 personnes sur 10 (41,3 %) ont indiqué qu'elles avaient dépensé plus de 500 \$ au cours des 12 derniers mois (graphique 2).

Graphique 2**Dépenses supplémentaires liées aux médicaments sur ordonnance, personnes ayant une incapacité âgées de 15 ans et plus, Canada, 2022**

Note : Comprend les personnes qui ont indiqué avoir pris des médicaments au cours des 12 derniers mois et dont les dépenses n'ont pas été remboursées, car non couvertes par l'assurance.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Comparativement aux jeunes (de 15 à 24 ans) (15,2 %), une proportion plus faible de personnes âgées de 65 ans et plus (7,4 %) ont fait état de ce type de besoin insatisfait (tableau 1.1). Les femmes (15,0 %) étaient plus susceptibles que les hommes (11,4 %) d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments en raison du coût.

Les résidents des régions rurales (10,7 %) étaient moins susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits en matière de médicaments que les résidents des centres de population (14,1 %). Les besoins insatisfaits en matière de médicaments variaient également selon la situation des particuliers dans le ménage : les personnes ayant un conjoint, mais pas d'enfants (9,8 %) et les personnes vivant dans une famille biparentale (11,6 %) étaient moins susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes sans conjoint ni enfants (15,3 %). En revanche, les familles monoparentales (23,4 %) étaient encore plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments que les personnes n'ayant pas de conjoint ni d'enfants (15,3 %).

À l'instar des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, les besoins insatisfaits en matière de médicaments variaient chez les personnes 2ELGBTQ+, les personnes racisées et les personnes autochtones. Les personnes 2ELGBTQ+ ayant une incapacité (20,8 %) étaient plus susceptibles que les personnes non 2ELGBTQ+ (12,5 %) d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments. Les personnes racisées ayant une incapacité (18,7 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes non racisées et non autochtones (12,2 %). Les personnes autochtones ayant une incapacité (18,8 %) étaient plus susceptibles que celles non autochtones ayant une incapacité (13,2 %) d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments.

En ce qui a trait à la situation d'activité, les personnes au chômage ayant une incapacité (23,6 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments que les personnes occupées ayant une incapacité (12,7 %). Une plus faible proportion de titulaires d'un baccalauréat ou d'un grade supérieur (9,1 %) ont déclaré des besoins insatisfaits dans ce domaine, par rapport aux personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou de niveau inférieur (14,9 %). Les besoins insatisfaits en matière de médicaments étaient plus fréquents dans les groupes ayant un faible revenu, par exemple, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas (19,6 %) étaient près de trois fois plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes du quintile de revenu le plus élevé (6,6 %).

Les personnes ayant une incapacité qui ont déclaré percevoir leur santé de façon négative (20,8 %) étaient plus susceptibles de connaître des besoins insatisfaits en matière de médicaments que les personnes ayant déclaré

une perception positive de leur santé (9,6 %). La prévalence des besoins insatisfaits en matière de médicaments était également plus élevée chez les personnes qui ressentaient de la solitude (20,7 %) que chez celles qui n'en ressentaient pas (8,5 %).

Les besoins insatisfaits en matière de médicaments variaient selon la sévérité de l'incapacité, puisque 24,1 % des personnes ayant une incapacité très sévère ont fait état de ce type de besoin insatisfait par rapport à 7,0 % des personnes ayant une incapacité légère. Les personnes ayant des limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives (15,0 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments que les personnes présentant des limitations constantes (10,8 %).

Le fait de rencontrer des obstacles à l'accessibilité était associé à des besoins insatisfaits en matière de médicaments. Les personnes qui ont déclaré avoir rencontré un grand nombre d'obstacles (21,4 %) étaient plus susceptibles de connaître des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes n'ayant rencontré aucun obstacle à l'accessibilité (6,5 %). Les personnes ayant une incapacité qui ont déclaré être confinées à la maison (21,2 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments que les personnes non confinées à la maison (9,8 %).

Facteurs principaux associés à la probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance

Les résultats du modèle révèlent que les besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance étaient associés au fait d'être une femme, d'être une personne 2ELGBTQ+, d'appartenir à un groupe racisé et d'être au chômage (tableau 2.1). Comme prévu, les besoins insatisfaits en matière de médicaments étaient fortement associés au revenu, puisque ce domaine de besoin était directement lié au coût. Les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas étaient plus de deux fois et demie plus susceptibles ($RC = 2,7$; IC de 95 % : 1,9, 3,8) d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments que les personnes du quintile de revenu le plus élevé. Une plus faible probabilité d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments était associée au fait d'avoir 65 ans et plus, de ne pas faire partie de la population active et d'être titulaire d'un baccalauréat ou d'un grade supérieur. Bien que des différences dans les besoins insatisfaits en matière de médicaments aient été observées dans l'analyse descriptive en fonction du lieu de résidence, du groupe autochtone, de la situation des particuliers dans le ménage, de la nature épisodique de l'incapacité et du fait d'être confiné à la maison, ces différences ne persistent pas lorsque tous les autres facteurs demeurent constants.

La situation socioéconomique a souvent été associée aux obstacles financiers qui peuvent influencer sur l'utilisation de médicaments. Des facteurs comme la précarité de la situation d'emploi, un niveau de scolarité moins élevé et tout particulièrement des niveaux de revenu plus faibles ont tous été associés à des problèmes relatifs au coût des médicaments sur ordonnance (Gupta et coll., 2018; Kapur et Basu, 2005; Rolnick et coll., 2013). Le non-respect d'une ordonnance en raison du coût du médicament pouvait varier selon le genre, la race ou l'origine ethnique et l'orientation sexuelle (Rebić et coll., 2024).

Bon nombre de facteurs démographiques et socioéconomiques peuvent témoigner de certaines caractéristiques du système de soins de santé au Canada. La recherche sur la couverture de médicaments au Canada a démontré que la couverture augmente avec l'âge, la majorité des personnes de 65 ans et plus étant couvertes par des régimes publics (Kapur et Basu, 2005), ce qui pourrait mener à une moins forte probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière de médicaments. Les conclusions relatives à la situation d'activité indiquent que bon nombre de Canadiennes et Canadiens en âge de travailler sont couverts par un régime offert par l'employeur, alors que les personnes inactives ont une plus faible probabilité d'être couvertes par un régime d'assurance-médicaments (Yang et Gupta, 2024).

Conformément aux recherches antérieures (Gupta et coll., 2018; Law et coll., 2018), les personnes percevant leur santé de façon négative étaient plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits en matière de médicaments ($RC = 1,5$; IC de 95 % : 1,2, 1,8) que les personnes ayant une perception positive de leur santé. La solitude était aussi associée aux besoins insatisfaits dans ce domaine. Les personnes qui ressentaient de la solitude ($RC = 1,5$; IC de 95 % : 1,2, 1,8) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits que les personnes ayant déclaré ne pas ressentir de la solitude. Cela pourrait être lié à un manque de soutien attribuable à l'isolement social, étant donné que la présence de ressources de soutien social est liée à un respect accru de l'ordonnance (Scheurer et coll., 2012).

Les probabilités d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments augmentaient en fonction de la sévérité des incapacités. Comparativement aux personnes ayant une incapacité légère, celles ayant une incapacité modérée (RC = 1,7; IC de 95 % : 1,3, 2,2), sévère (RC = 1,9; IC de 95 % : 1,5, 2,4) ou très sévère (RC = 2,3; IC de 95 % : 1,7, 3,0) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine. Il existe des preuves variables de l'association entre la sévérité de l'incapacité ou de la maladie et le non-respect d'une ordonnance. Toutefois, il y a une certaine uniformité au sein des preuves qui indiquent que les régimes d'assurance complexes ou les effets secondaires indésirables (Aljofan et coll., 2023) ainsi que la présence de certains problèmes de santé, comme la dépression (Stewart et coll., 2023), peuvent augmenter le risque de non-respect d'une ordonnance.

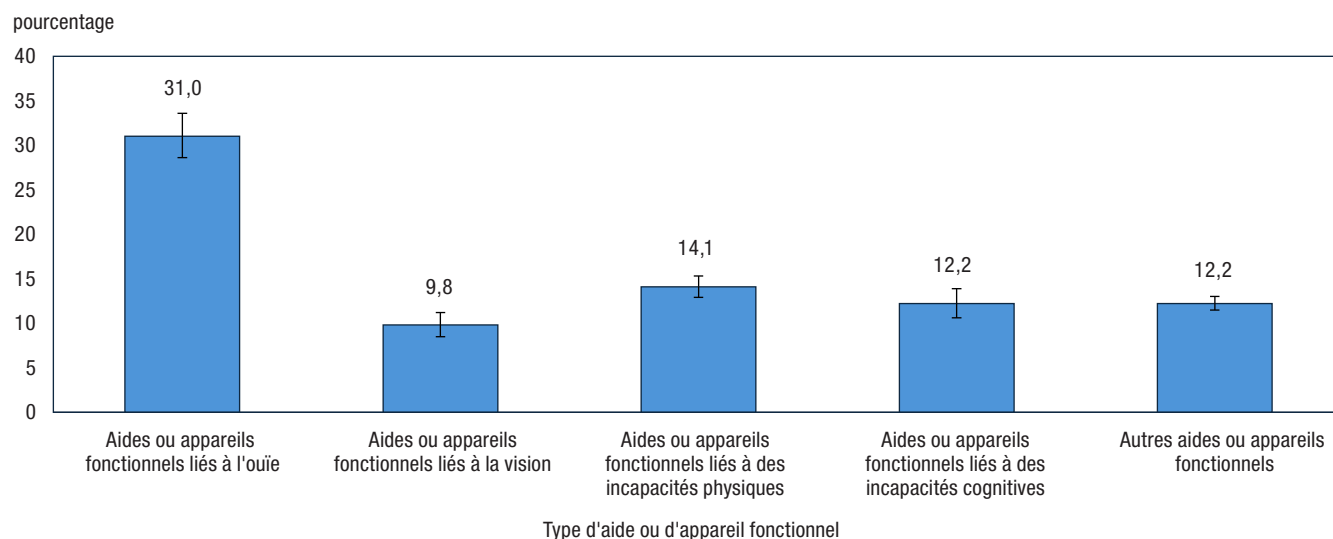
Les personnes ayant une incapacité qui ont rencontré des obstacles à l'accessibilité étaient à risque accru d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments. Les personnes ayant rencontré un petit nombre d'obstacles (RC = 1,4; IC de 95 % : 1,1, 1,7) tout comme celles faisant face à un grand nombre d'obstacles (RC = 1,9; IC de 95 % : 1,5, 2,5) en raison de leur état étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments que les personnes qui n'ont rencontré aucun obstacle à l'accessibilité. Les obstacles liés à la communication entre les fournisseurs de soins de santé et les personnes ayant une incapacité peuvent mener à des comportements de non-respect d'une ordonnance (Goh et coll., 2017).

Prévalence des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels

Au total, 22,7 % des personnes ayant une incapacité ont connu des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels. On remarque certaines variations dans la proportion de personnes ayant des besoins insatisfaits selon le type d'aide ou d'appareil fonctionnel. Parmi les personnes ayant une incapacité auditive, 31,0 % ont déclaré avoir au moins un besoin insatisfait en matière d'une aide ou d'un appareil fonctionnel lié à l'ouïe (graphique 3). Près de 1 personne sur 10 (9,8 %) ayant une incapacité visuelle a déclaré un besoin insatisfait en matière d'une aide ou d'un appareil fonctionnel lié à la vision, alors que 14,1 % des personnes ayant une incapacité physique (ce qui comprend les incapacités liées à la mobilité, à la flexibilité ou à la dextérité) ont déclaré un besoin insatisfait en matière d'une aide ou d'un appareil fonctionnel. Des besoins insatisfaits en matière d'aides cognitives ont été déclarés par 12,2 % des personnes ayant une incapacité liée à l'apprentissage ou au développement.

Graphique 3

Besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels, personnes ayant une incapacité âgées de 15 ans et plus, selon le type d'aide ou d'appareil fonctionnel, Canada, 2022



Notes : Comprend les personnes ayant indiqué avoir besoin d'une aide ou d'un appareil fonctionnel et qui ne l'ont pas reçu. Les répondants pouvaient déclarer des besoins insatisfaits pour plusieurs types d'aides ou d'appareils fonctionnels. Pour les différents types d'aides et d'appareils fonctionnels, les proportions ont été calculées en fonction des personnes présentant les mêmes types d'incapacité.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Dans l'ensemble des personnes ayant une incapacité, 12,2 % ont déclaré un besoin insatisfait lié à un autre type d'aide ou d'appareil fonctionnel. Les types les plus fréquemment cités qui faisaient partie de la catégorie « autres aides ou appareils fonctionnels » comprenaient les appareils électrothérapeutiques pour soulager la douleur (26,7 %), les appareils de support, comme les coussins thérapeutiques ou une chaise spéciale (25,9 %), les chaussures orthopédiques (24,3 %) ou un téléphone cellulaire, un téléphone intelligent ou une montre intelligente munis de fonctionnalités ou d'applications spécialisées (20,1 %).

Les besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels variaient selon l'âge, les personnes de 45 à 64 ans (24,8 %) et celles de 65 ans et plus (25,6 %) étant plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes de 15 à 24 ans (17,7 %) (tableau 1.2). Lorsqu'on examine les résultats en fonction de la situation des particuliers dans le ménage, les couples avec enfants (19,2 %) et les couples sans enfants (20,8 %) étaient moins susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels que les personnes n'ayant pas de conjoint ni d'enfants (25,8 %).

Les personnes racisées ayant une incapacité (25,7 %) étaient plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes non racisées et non autochtones (21,8 %). La prévalence des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels était plus élevée chez les personnes autochtones ayant une incapacité (28,4 %) que chez les personnes non autochtones ayant une incapacité (22,4 %). Les immigrants (26,3 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les non-immigrants (21,8 %).

Les besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels chez les personnes ayant une incapacité étaient associés à la situation d'activité, au niveau de scolarité et au revenu. Les personnes au chômage ayant une incapacité (22,8 %) et les personnes inactives (27,2 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes occupées ayant une incapacité (18,2 %). Les personnes ayant un diplôme d'études postsecondaires étaient moins susceptibles de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels; 22,4 % des personnes ayant un certificat ou un diplôme d'une école de métiers ou un diplôme d'études collégiales et 18,6 % des personnes ayant un baccalauréat ou un grade supérieur avaient des besoins insatisfaits, par rapport à 25,0 % des personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou de niveau inférieur. Le fait de connaître des besoins insatisfaits dans ce domaine était plus fréquent parmi les groupes à faible revenu. À titre d'exemple, la proportion de personnes ayant une incapacité déclarant des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels s'est chiffrée à 17,7 % chez les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé, comparativement à 29,2 % chez les personnes du quintile de revenu le plus bas.

L'état de santé a été associé à la prévalence des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels, et les personnes percevant leur santé de façon négative (32,4 %) étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes ayant une perception positive de leur santé (17,0 %). Les personnes ayant une incapacité qui ressentaient de la solitude (28,7 %) étaient également plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels que les personnes ayant mentionné ne pas ressentir de la solitude (18,5 %).

La sévérité de l'incapacité était fortement corrélée aux besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels. Par exemple, les personnes ayant une incapacité très sévère étaient quatre fois plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que celles ayant une incapacité légère (44,6 % par rapport à 10,7 %). Les personnes ayant des limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives (25,6 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels que les personnes présentant des limitations constantes (17,1 %).

Le taux de besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels augmentait en fonction du nombre d'obstacles à l'accessibilité rencontrés par les personnes ayant une incapacité. Comparativement aux personnes n'ayant rencontré aucun obstacle (10,0 %), celles qui ont été confrontées à un plus petit (20,0 %) et à un plus grand nombre (37,0 %) d'obstacles que le nombre moyen d'obstacles à l'accessibilité étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine. Les besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels étaient plus fréquents chez les personnes confinées à la maison (33,5 %) que chez celles non confinées à la maison (17,1 %).

Facteurs principaux associés à la probabilité d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels

Les besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels étaient associés au fait d'être âgé de 45 ans et plus, de déclarer appartenir à un groupe racisé, de s'identifier en tant que personnes autochtones et de se trouver dans le premier ou le troisième quintile de revenu (tableau 2.2). Bien qu'aucune différence n'ait été observée relativement au genre dans l'analyse descriptive, les résultats du modèle ont montré une plus faible probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels chez les femmes (RC = 0,9; IC de 95 % : 0,8, 1,0). En revanche, bien que des différences en matière de besoins insatisfaits aient été constatées selon le lieu de résidence, la situation des particuliers dans le ménage, la situation d'activité et le niveau de scolarité dans l'analyse descriptive, ces différences ne persistaient pas lorsque tous les autres facteurs ont été maintenus constants.

Il a été démontré que les besoins en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels augmentent en fonction de l'âge, et bien que les femmes soient plus susceptibles d'avoir besoin d'aides ou d'appareils fonctionnels, les hommes affichent souvent un meilleur taux d'accès à ces mesures de soutien (OMS, 2022). Étant donné que les dépenses personnelles élevées sont fréquemment citées comme un obstacle rencontré dans le domaine de l'accès aux aides et aux appareils fonctionnels, l'incidence du revenu sur les besoins insatisfaits était attendue (Boot et coll., 2018). Les résultats quant aux probabilités plus élevées de besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels chez les personnes racisées ou autochtones ayant une incapacité correspondent aux résultats antérieurs (Lindsay et Tsybina, 2011) et pourraient être liés aux difficultés de communication avec les fournisseurs de services ou aux croyances socioculturelles qui diminuent l'acceptation de l'utilisation des appareils fonctionnels (Chan et Marsack-Topolewski, 2022; Orellano-Colón et coll., 2016; Parette et Scherer, 2004).

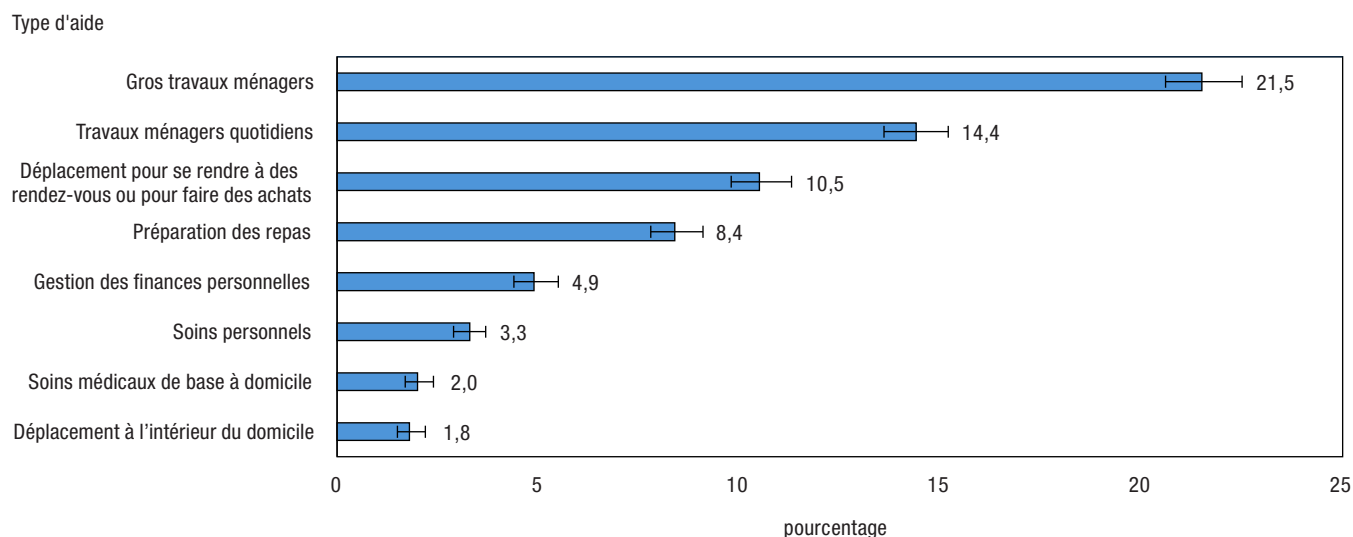
Une sévérité accrue de l'incapacité, les incapacités épisodiques et les obstacles à l'accessibilité étaient associés à des probabilités élevées de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels. Lorsqu'on tenait compte de toutes les autres variables, aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne la santé perçue, l'isolement social ou le fait d'être confiné à la maison.

Comparativement aux personnes ayant une incapacité légère, les probabilités de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels étaient plus élevées chez les personnes ayant une incapacité modérée (RC = 1,6; IC de 95 % : 1,3, 1,9), une incapacité sévère (RC = 2,4; IC de 95 % : 2,0, 2,9) ou une incapacité très sévère (RC = 3,7; IC de 95 % : 3,0, 4,6). Les personnes ayant des limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives (RC = 1,4; IC de 95 % : 1,2, 1,7) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes présentant des limitations constantes. Les personnes ayant des limitations plus complexes ou plus sévères peuvent devoir faire face à des défis supplémentaires pour avoir accès à tous les produits fonctionnels dont elles ont besoin. Selon une étude, les jeunes ayant une incapacité plus sévère étaient plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits en matière d'appareils fonctionnels que les jeunes ayant une incapacité légère (Lindsay et Tsybina, 2011).

Les probabilités de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels étaient plus élevées chez les personnes qui rencontraient des obstacles à l'accessibilité. Par exemple, les personnes qui rencontraient un nombre d'obstacles à l'accessibilité supérieur à la moyenne étaient trois fois plus susceptibles (RC = 3,0; IC de 95 % : 2,4, 3,7) d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes qui ne rencontraient aucun obstacle. Les difficultés relatives au personnel de soins ou aux processus compliqués pour obtenir les appareils nécessaires, les difficultés liées à la communication des renseignements sur les appareils ou la stigmatisation entourant l'utilisation d'un appareil ont toutes été citées comme des obstacles qui nuisaient à l'accès aux aides ou aux appareils fonctionnels (Mishra et coll., 2024).

Prévalence des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes

En 2022, 32,7 % des personnes ayant une incapacité avaient des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes en raison de leur état. Cette aide pouvait provenir de diverses sources, y compris des membres de la famille, des amis ou des organismes. Les besoins insatisfaits en matière d'aide les plus souvent déclarés étaient liés aux gros travaux ménagers (21,5 %), aux travaux ménagers quotidiens (14,4 %) et aux déplacements pour se rendre à des rendez-vous ou pour faire des achats (10,5 %) (graphique 4).

Graphique 4**Besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes, personnes ayant une incapacité âgées de 15 ans et plus, selon le type d'aide, Canada, 2022**

Notes : Comprend les personnes qui ont indiqué avoir besoin d'aide mais ne pas en recevoir et celles qui n'ont pas reçu suffisamment d'aide. Les répondants pouvaient avoir déclaré plus d'un type de besoin insatisfait en matière d'aide pour les activités quotidiennes. Les estimations ont été calculées en fonction de la population totale des personnes ayant une incapacité.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Les besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes variaient selon le groupe d'âge, le genre, le statut d'immigrant, le groupe autochtone et la composition du ménage. La proportion de personnes ayant des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes augmentait en fonction de l'âge, 22,0 % des jeunes de 15 à 24 ans ayant déclaré des besoins insatisfaits dans ce domaine par rapport à 38,0 % des personnes de 65 ans et plus (tableau 1.2). Les femmes (37,7 %) étaient plus susceptibles que les hommes (26,0 %) de déclarer des besoins insatisfaits dans ce domaine. Une plus forte proportion de personnes faisant partie d'une famille monoparentale (41,5 %) ont déclaré des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes, par rapport aux personnes n'ayant pas de conjoint ni d'enfants (35,5 %). Parallèlement, les couples ayant des enfants (28,6 %) ou sans enfants (30,8 %) étaient moins susceptibles de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aide.

Les immigrants ayant une incapacité (36,1 %) étaient plus susceptibles que les non-immigrants ayant une incapacité (31,9 %) d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes. Les personnes autochtones ayant une incapacité (37,8 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes non autochtones (32,5 %).

En ce qui concerne l'emploi, le niveau de scolarité et le revenu, on observe encore une fois des différences quant aux besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes. Les personnes occupées ayant une incapacité étaient moins susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits dans ce domaine (25,0 %) que les personnes inactives (40,9 %). Les titulaires d'un baccalauréat ou d'un grade supérieur étaient moins susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes (30,1 %) que les personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou de niveau inférieur (33,5 %). Les besoins insatisfaits variaient selon le revenu, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas étant plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits (40,2 %) que les personnes du quintile de revenu le plus élevé (24,4 %).

La prévalence des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes était plus forte chez les personnes percevant leur santé de façon négative (49,2 %), par rapport à celles ayant une perception positive de leur santé (24,0 %). La solitude était aussi liée à des besoins insatisfaits en matière d'aide, et les personnes qui ressentaient de la solitude (43,4 %) étaient plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits que les personnes ayant déclaré ne pas ressentir de la solitude (25,8 %).

Plus l'incapacité est sévère, plus la proportion de personnes ayant une incapacité qui avaient des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes augmente : 14,4 % des personnes ayant une incapacité légère ont déclaré avoir des besoins insatisfaits, alors que cela était le cas de 28,8 % de celles ayant une incapacité modérée, de 45,7 % de celles ayant une incapacité sévère et de 62,9 % de celles ayant une incapacité très sévère. Lorsqu'on examine la situation d'incapacité épisodique, les personnes ayant des limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aide (36,3 %) que les personnes présentant des limitations constantes (26,3 %).

Plus les obstacles à l'accessibilité rencontrés par les personnes ayant une incapacité étaient nombreux dans différents domaines de leur vie, plus elles étaient susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes. Le taux de besoins insatisfaits variait, s'établissant à 13,1 % chez les personnes qui ne rencontraient pas d'obstacles, à 30,9 % chez celles rencontrant un plus petit nombre d'obstacles et à 52,5 % chez celles qui rencontraient un plus grand nombre d'obstacles. Une proportion plus élevée des personnes ayant déclaré être confinées à la maison en raison de leur état avaient des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes (54,2 %), par rapport à celles non confinées à la maison (22,3 %).

Facteurs principaux associés à la probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes

Après avoir tenu compte des autres covariables, les probabilités de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes étaient plus grandes dans les groupes plus âgés, soit plus de deux fois plus élevées dans le groupe des 65 ans et plus (RC = 2,5; IC de 95 % : 1,9, 3,2) que dans le groupe des 15 à 24 ans (tableau 2.2). Les femmes ayant une incapacité (RC = 1,6; IC de 95 % : 1,4, 1,8) continuaient d'être plus susceptibles que les hommes de connaître des besoins insatisfaits dans ce domaine. Les ménages avec enfants étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits, les couples avec enfants (RC = 1,4; IC de 95 % : 1,1, 1,7) et les familles monoparentales (RC = 1,4; IC de 95 % : 1,1, 1,8) étant plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aide par rapport aux ménages sans conjoint ni enfants.

Les recherches antérieures indiquent de plus grands besoins en matière d'aide pour les activités quotidiennes dans les groupes plus âgés (Albuquerque, 2022), et que les besoins sont également plus souvent insatisfaits dans ces groupes. Les personnes plus âgées tendent à avoir un plus grand nombre de types d'incapacité (Hébert et coll., 2024) qui nécessiteraient plusieurs types de soins ou d'aides, ce qui pourrait mener à une plus forte probabilité de connaître des besoins insatisfaits. De plus, le réseau social d'une personne a tendance à changer ou à diminuer avec l'âge, ce qui entraîne une diminution des sources d'aides disponibles (Wrzus et coll., 2013). De nombreuses études existantes montrent que les femmes bénéficient d'un niveau de soutien social plus élevé que les hommes, tout en concluant que les femmes connaissent un plus grand nombre de besoins insatisfaits (Scharf et coll., 2025; Trezzini et coll., 2019). Une sensibilisation accrue aux besoins et un comportement de recherche d'aide peuvent mener à une probabilité accrue de besoins insatisfaits dans le domaine du soutien formel ou informel.

Un niveau de scolarité plus élevé et un revenu plus faible ont été associés à une probabilité accrue de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes. Les titulaires d'un baccalauréat ou d'un grade supérieur (RC = 1,4; IC de 95 % : 1,2, 1,7) étaient plus susceptibles de déclarer des besoins insatisfaits dans ce domaine que les personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou de niveau inférieur. Les personnes ayant une incapacité appartenant au quintile de revenu le plus bas (RC = 1,4; IC de 95 % : 1,1, 1,7) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aide que les personnes du quintile de revenu le plus élevé. Les conclusions relatives au revenu plus faible et aux besoins insatisfaits accrus sont bien documentées (Spiers et coll., 2022; Trezzini et coll., 2019). Toutefois, le lien entre les besoins insatisfaits et le niveau de scolarité semble produire des résultants variables. Dans certains cas, le lien entre le niveau de scolarité et les besoins insatisfaits en matière d'aide n'était pas clair (Spiers et coll., 2022), tandis que dans d'autres, un niveau de scolarité plus faible était associé à des besoins insatisfaits plus élevés (Scharf et coll., 2025).

À l'instar des recherches existantes (Spiers et coll., 2022), une perception moins bonne de la santé (RC = 1,3; IC de 95 % : 1,1, 1,5) était associée à des probabilités plus élevées de connaître des besoins insatisfaits dans le domaine de l'aide pour les activités quotidiennes, comparativement aux personnes ayant une meilleure perception de leur santé. Les personnes ayant une incapacité éprouvent des niveaux plus élevés de solitude et perçoivent un soutien social moindre (Emerson et coll., 2021). Par ailleurs, des études ont révélé que la solitude était associée à un risque

accru de besoins insatisfaits en matière de soins (Dahlberg et McKee, 2016). Conformément à ces recherches, la présente étude a montré des probabilités plus grandes de besoins insatisfaits en matière d'aide chez les personnes ayant une incapacité qui ont déclaré ressentir de la solitude. Il y a probablement une relation réciproque, puisque l'accès au soutien et à l'accompagnement peut atténuer les sentiments de solitude et d'exclusion.

La sévérité de l'incapacité et la nature épisodique de l'incapacité étaient des prédicteurs de la probabilité de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes. Les probabilités d'avoir des besoins insatisfaits étaient près de quatre fois plus élevées chez les personnes ayant une incapacité très sévère (RC = 3,9; IC de 95 % : 3,1, 4,8) que chez les personnes ayant une incapacité légère. De plus, les personnes ayant des limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits que celles présentant des limitations constantes. Il a été démontré que les personnes ayant des incapacités plus sévères étaient moins susceptibles d'avoir un réseau de soutien naturel que les personnes ayant des incapacités moins sévères (Friedman, 2020). Les recherches montrent que les personnes ayant des besoins plus complexes ont tendance à se tourner vers des professionnels du soutien (van Asselt-Goverts et coll., 2015). Toutefois, bon nombre de personnes ayant une incapacité déclarent une plus grande satisfaction à l'égard du soutien informel pour surmonter les difficultés quotidiennes, mais estiment que la satisfaction à l'égard des fournisseurs de services est plus importante que le soutien informel (Blažeka Kokorić et coll., 2012).

Lorsque toutes les autres variables ont été maintenues constantes, le fait d'être confiné à la maison et les obstacles à l'accessibilité étaient associés aux besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes. Les personnes qui ont dû faire face à un grand nombre d'obstacles à l'accessibilité étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes que les personnes n'ayant rencontré aucun obstacle à l'accessibilité. Les recherches ont démontré que les obstacles liés à un manque d'information, au transport, à la communication ou aux attitudes négatives ont été associés à des problèmes d'accès aux services de soutien (Grills et coll., 2017; Maart et Jelsma, 2014).

Les personnes qui se considéraient comme confinées à la maison étaient 1,8 fois plus susceptibles (IC de 95 % : 1,6, 2,1) d'avoir des besoins insatisfaits en matière d'aide que les personnes non confinées à la maison. Souvent, les personnes confinées à la maison rencontraient de plus grandes difficultés dans le domaine des activités quotidiennes, mais déclaraient aussi un plus faible soutien social (Charlson et coll., 2008). Un plus grand soutien en matière de soins par semaine est associé à une capacité accrue à sortir de chez soi (Reckrey et coll., 2020).

Conclusion

La présente étude, qui repose sur les données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2022, a démontré la relation entre une variété de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés à l'incapacité ou à l'accessibilité et les besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité. Pour l'ensemble des domaines de besoins insatisfaits, la sévérité de l'incapacité et les obstacles à l'accessibilité étaient associés à des probabilités accrues de connaître des besoins insatisfaits, soulignant l'importance des enjeux propres à chaque état ainsi que de l'élimination et de la prévention des obstacles dans les environnements et les systèmes. Les autres caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité étaient aussi d'importants prédicteurs dans la plupart des domaines des besoins insatisfaits. Une moins bonne santé perçue et le sentiment de solitude étaient associés à des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, de médicaments et d'aide pour les activités quotidiennes. La nature épisodique de l'incapacité était liée à des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, d'aides ou d'appareils fonctionnels et d'aide pour les activités quotidiennes, alors que le fait d'être confiné à la maison était un prédicteur de besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé et d'aide pour les activités quotidiennes.

L'âge constituait un autre facteur significatif et constant, bien que la direction de la relation variait : les personnes plus âgées étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, d'aides ou d'appareils fonctionnels et d'aide pour les activités quotidiennes, mais elles étaient moins susceptibles de connaître des besoins insatisfaits en matière de médicaments. De même, le genre était un facteur commun pour l'ensemble des domaines des besoins insatisfaits, les femmes étant plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé, de médicaments et d'aide pour les activités quotidiennes, tout en étant moins susceptibles de connaître des besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels.

Certains aspects du statut socioéconomique étaient des prédicteurs dans chaque domaine des besoins insatisfaits. Un revenu plus faible s'est avéré un prédicteur de besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels et d'aide pour les activités quotidiennes, en plus d'avoir une association particulièrement forte avec les besoins insatisfaits en matière de médicaments, puisque les questions de l'enquête sur ce domaine portaient sur le coût. Les personnes inactives étaient moins susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé et de médicaments, alors que les personnes au chômage étaient plus susceptibles de connaître des besoins insatisfaits en matière de médicaments. Les niveaux de scolarité plus élevés étaient associés à des probabilités plus fortes de connaître des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé et d'aide pour les activités quotidiennes, tout en étant associés à des probabilités plus faibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de médicaments.

La présente étude comportait certaines limites. L'ECI ne concerne que la population canadienne vivant dans les ménages privés et ne comprend pas les personnes vivant en établissement, une population qui peut représenter une grande proportion de personnes ayant une incapacité et nécessitant un soutien ou des services. De plus, puisque les réponses par personne interposée sont recueillies lorsque le répondant n'est pas en mesure de répondre lui-même à l'enquête, les répondants substitués pourraient répondre au nom de personnes ayant une incapacité plus sévère ou complexe, qui ne seraient alors pas comprises dans l'analyse. Il est également important de noter que les renseignements sur le revenu qui sont utilisés dans le présent rapport correspondent à l'année 2020, qui avait son lot de difficultés découlant de la pandémie de COVID-19. Compte tenu de la forte association entre la sévérité de l'incapacité et chaque domaine de besoins insatisfaits, l'analyse avait pour objectif de mieux comprendre les facteurs précis qui étaient associés à des incapacités plus légères et plus sévères, en examinant séparément les deux degrés de sévérité. Toutefois, en raison des restrictions liées à la taille de l'échantillon, la variabilité des estimations faisait en sorte qu'il était difficile de relever de réelles différences entre les diverses caractéristiques.

Les résultats de l'étude soulignent la nécessité d'adopter une approche de prestation des services qui tient compte de la multitude de facteurs pouvant avoir une incidence sur la participation sociale et les résultats en matière de santé des personnes ayant une incapacité. De plus, elle fournit des renseignements sur des éléments précis qui pourraient être ciblés dans différents domaines de soutien afin d'améliorer l'accès pour les personnes ayant une incapacité. Des recherches ultérieures pourraient porter sur les besoins insatisfaits selon les différents types d'incapacité, car certains problèmes de santé ou certaines combinaisons de problèmes de santé peuvent mener à des besoins complexes qui nécessitent des soins adaptés et coordonnés. L'examen d'interventions efficaces pour répondre aux besoins insatisfaits, notamment en lien avec la sévérité de l'incapacité ou certains groupes de population, pourrait fournir des renseignements importants.

Annexe

Tableau 1.1

Besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité, population ayant une incapacité âgée de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques, Canada, 2022

Caractéristiques	Besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé			Besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
Ensemble	45,7	44,5	46,8	13,5	12,7	14,3
Groupe d'âge						
15 à 24 ans (catégorie de référence)	48,4	45,7	51,1	15,2	13,4	17,1
25 à 44 ans	56,6*	54,2	58,8	17,4	15,6	19,3
45 à 64 ans	47,6	45,4	49,8	15,1	13,5	16,8
65 ans et plus	32,4*	30,4	34,4	7,4*	6,3	8,7
Genre						
Hommes+ (catégorie de référence)	38,4	36,6	40,1	11,4	10,2	12,6
Femmes+	51,1*	49,5	52,6	15,0*	13,9	16,2
Lieu de résidence						
Centres de population (catégorie de référence)	47,1	45,8	48,4	14,1	13,2	15,1
Régions rurales	39,0*	36,5	41,5	10,7*	9,2	12,4
Situation des particuliers dans le ménage						
Sans conjoint, sans enfants (catégorie de référence)	45,1	42,9	47,4	15,3	13,7	17,1
Avec conjoint, sans enfants	41,3*	39,2	43,4	9,8*	8,6	11,2
Familles biparentales	47,4	45,1	49,7	11,6*	10,2	13,1
Familles monoparentales	54,2*	50,8	57,6	23,4*	20,5	26,6
2ELGBTQ+						
Non 2ELGBTQ+ (catégorie de référence)	44,1	42,8	45,3	12,5	11,6	13,4
2ELGBTQ+	60,0*	56,5	63,4	20,8*	18,1	23,8
Groupe racisé						
Personnes non racisées, non autochtones (catégorie de référence)	44,2	42,9	45,4	12,2	11,3	13,1
Personnes racisées, non autochtones	51,8*	48,3	55,3	18,7*	16,0	21,7
Groupe autochtone						
Personnes non autochtones (catégorie de référence)	45,4	44,2	46,6	13,2	12,4	14,1
Personnes autochtones	51,0*	46,4	55,6	18,8*	15,1	23,1
Statut d'immigrant						
Non-immigrants (catégorie de référence)	44,9	43,7	46,2	13,0	12,1	13,9
Immigrants	48,8	45,7	51,9	15,7	13,5	18,2
Situation d'activité						
Personnes occupées (catégorie de référence)	49,2	47,4	51,0	12,7	11,5	13,9
Personnes au chômage	55,0*	50,0	59,9	23,6*	19,3	27,9
Personnes inactives	40,7*	39,0	42,4	12,8	11,5	14,0
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur (catégorie de référence)	42,0	40,3	43,8	14,9	13,7	16,3
Certificat d'une école de métiers, diplôme d'études collégiales ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat	46,4*	44,4	48,4	14,5	13,1	16,1
Certificat, diplôme ou grade universitaire au niveau du baccalauréat ou supérieur	51,7*	49,1	54,3	9,1*	7,6	10,8
Quintile de revenu						
Cinquième quintile, revenu le plus élevé (catégorie de référence)	44,1	41,1	47,1	6,6	5,3	8,2
Quatrième quintile	46,7	43,8	49,6	10,5*	8,8	12,5
Troisième quintile	47,0	44,5	49,5	12,4*	10,7	14,3
Deuxième quintile	43,9	41,4	46,4	16,2*	14,3	18,3
Premier quintile, revenu le plus bas	46,5	44,1	48,9	19,6*	17,7	21,6
Santé perçue						
Excellente, très bonne, bonne (catégorie de référence)	40,6	39,1	42,0	9,6	8,7	10,5
Passable ou mauvaise	55,2*	53,1	57,2	20,8*	19,1	22,7
Isolement social						
Ne ressentant pas de la solitude (catégorie de référence)	37,2	35,7	38,8	8,5	7,7	9,5
Ressentant de la solitude	59,9*	57,9	61,9	20,7*	19,1	22,7

Tableau 1.1

Besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité, population ayant une incapacité âgée de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques, Canada, 2022

Caractéristiques	Besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé			Besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
Sévérité de l'incapacité						
Légère (catégorie de référence)	33,5	31,7	35,3	7,0	6,1	8,0
Modérée	47,8*	45,1	50,5	12,8*	11,1	14,8
Sévère	54,1*	51,5	56,7	17,2*	15,4	19,2
Très sévère	60,7*	58,1	63,3	24,1*	21,8	26,6
Incapacités épisodiques						
Limitations constantes (catégorie de référence)	38,2	36,3	40,2	10,8	9,6	12,1
Limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives	49,7*	48,2	51,2	15,0*	14,0	16,1
Obstacles rencontrés						
Aucun obstacle rencontré (catégorie de référence)	27,3	25,2	29,4	6,5	5,4	7,7
Taux plus faible d'obstacles rencontrés	46,1*	44,2	48,0	12,2*	11,0	13,5
Taux plus élevé d'obstacles rencontrés	61,6*	59,6	63,6	21,4*	19,7	23,3
Confinement à la maison						
Pas confinées à la maison (catégorie de référence)	38,9	37,5	40,3	9,8	9,0	10,7
Confinées à la maison	59,4*	57,4	61,5	21,2*	19,5	23,0

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : Étant donné que la population non binaire est petite, l'agrégation des données en une variable de genre à deux catégories est parfois nécessaire pour protéger la confidentialité des réponses fournies. Dans ces cas, les personnes de la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ». Le sigle « 2ELGBTQ+ » désigne les personnes aux deux esprits (ou bispirituelles), lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queers, ainsi que celles qui emploient d'autres termes liés à la diversité sexuelle ou de genre, alors que « non 2ELGBTQ+ » désigne les personnes hétérosexuelles et cisgenres (celles dont le genre correspond à leur sexe à la naissance). Dans la présente publication, les données sur les groupes racisés sont mesurées à l'aide de la variable « minorité visible ». Le « groupe non racisé » est mesuré avec la catégorie « n'appartenant pas à une minorité visible » de la variable, à l'exclusion des répondants autochtones.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Tableau 1.2

Besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité, population ayant une incapacité âgée de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques, Canada, 2022

Caractéristiques	Besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels			Besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
Ensemble	22,7	21,7	23,7	32,7	31,7	33,8
Groupe d'âge						
15 à 24 ans (catégorie de référence)	17,7	15,5	19,9	22,0	19,7	24,2
25 à 44 ans	18,5	16,7	20,3	29,1*	27,0	31,3
45 à 64 ans	24,8*	22,9	26,7	34,1*	32,0	36,1
65 ans et plus	25,6*	23,8	27,4	38,0*	36,0	40,0
Genre						
Hommes+ (catégorie de référence)	22,6	21,1	24,2	26,0	24,4	27,5
Femmes+	22,7	21,4	24,0	37,7*	36,2	39,3
Lieu de résidence						
Centres de population (catégorie de référence)	23,0	21,9	24,1	32,8	31,6	34,1
Régions rurales	21,2	19,1	23,3	32,4	30,0	34,7
Situation des particuliers dans le ménage						
Sans conjoint, sans enfants (catégorie de référence)	25,8	23,8	27,9	35,5	33,3	37,7
Avec conjoint, sans enfants	20,8*	19,2	22,4	30,8*	29,0	32,7
Familles biparentales	19,2*	17,5	20,8	28,6*	26,6	30,6
Familles monoparentales	28,8	25,3	32,3	41,5*	38,0	45,1
2ELGBTQ+						
Non 2ELGBTQ+ (catégorie de référence)	21,8	20,8	22,9	32,1	31,0	33,3
2ELGBTQ+	23,9	20,8	27,1	33,8	30,4	37,2
Groupe racisé						
Personnes non racisées, non autochtones (catégorie de référence)	21,8	20,7	22,8	32,2	31,0	33,4
Personnes racisées, non autochtones	25,7*	22,5	28,8	33,7	30,3	37,2
Groupe autochtone						
Personnes non autochtones (catégorie de référence)	22,4	21,4	23,4	32,5	31,3	33,6
Personnes autochtones	28,4*	24,1	32,7	37,8*	33,1	42,6

Tableau 1.2

Besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité, population ayant une incapacité âgée de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques, Canada, 2022

Caractéristiques	Besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels			Besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
Statut d'immigrant						
Non-immigrants (catégorie de référence)	21,8	20,8	22,8	31,9	30,8	33,1
Immigrants	26,3*	23,5	29,1	36,1*	33,0	39,1
Situation d'activité						
Personnes occupées (catégorie de référence)	18,2	16,9	19,5	25,0	23,4	26,6
Personnes au chômage	22,8*	18,9	26,7	30,4*	26,0	34,9
Personnes inactives	27,2*	25,6	28,7	40,9*	39,3	42,5
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur (catégorie de référence)	25,0	23,4	26,5	33,5	31,9	35,1
Certificat d'une école de métiers, diplôme d'études collégiales ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat	22,4*	20,7	24,1	33,5	31,5	35,5
Certificat, diplôme ou grade universitaire au niveau du baccalauréat ou supérieur	18,6*	16,6	20,5	30,1*	27,8	32,5
Quintile de revenu						
Cinquième quintile, revenu le plus élevé (catégorie de référence)	17,7	15,4	20,0	24,4	22,0	26,9
Quatrième quintile	19,1	16,9	21,3	30,2*	27,8	32,8
Troisième quintile	23,2*	21,0	25,3	32,5*	30,1	35,0
Deuxième quintile	22,3*	20,2	24,4	33,8*	31,5	36,3
Premier quintile, revenu le plus bas	29,2*	26,8	31,5	40,2*	37,8	42,7
Santé perçue						
Excellente, très bonne, bonne (catégorie de référence)	17,0	15,9	18,0	24,0	22,8	25,2
Passable ou mauvaise	32,4*	30,6	34,1	49,2*	47,1	51,2
Isolement social						
Ne ressentant pas de la solitude (catégorie de référence)	18,5	17,2	19,7	25,8	24,5	27,1
Ressentant de la solitude	28,7*	27,0	30,5	43,4*	41,3	45,5
Sévérité de l'incapacité						
Légère (catégorie de référence)	10,7	9,5	11,9	14,4	13,2	15,8
Modérée	19,0*	16,8	21,2	28,8*	26,4	31,2
Sévère	30,1*	27,7	32,6	45,7*	43,0	48,3
Très sévère	44,6*	41,9	47,3	62,9*	60,2	65,4
Incapacités épisodiques						
Limitations constantes (catégorie de référence)	17,1	15,6	18,6	26,3	24,6	28,1
Limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives	25,6*	24,3	27,0	36,3*	34,9	37,7
Obstacles rencontrés						
Aucun obstacle rencontré (catégorie de référence)	10,0	8,7	11,4	13,1	11,5	14,7
Taux plus faible d'obstacles rencontrés	20,0*	18,5	21,6	30,9*	29,2	32,7
Taux plus élevé d'obstacles rencontrés	37,0*	35,0	38,9	52,5*	50,4	54,6
Confinement à la maison						
Pas confinées à la maison (catégorie de référence)	17,1	16,0	18,2	22,3	21,6	23,5
Confinées à la maison	33,5*	31,6	35,5	54,2*	52,1	56,2

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : Étant donné que la population non binaire est petite, l'agrégation des données en une variable de genre à deux catégories est parfois nécessaire pour protéger la confidentialité des réponses fournies. Dans ces cas, les personnes de la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ». Le sigle « 2ELGBTQ+ » désigne les personnes aux deux esprits (ou bispirituelles), lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queers, ainsi que celles qui emploient d'autres termes liés à la diversité sexuelle ou de genre, alors que « non 2ELGBTQ+ » désigne les personnes hétérosexuelles et cisgenres (celles dont le genre correspond à leur sexe à la naissance). Dans la présente publication, les données sur les groupes racisés sont mesurées à l'aide de la variable « minorité visible ». Le « groupe non racisé » est mesuré avec la catégorie « n'appartenant pas à une minorité visible » de la variable, à l'exclusion des répondants autochtones.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Tableau 2.1

Résultats de la régression logistique illustrant les associations entre les besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité et certaines caractéristiques, population ayant une incapacité âgée de 15 ans et plus, Canada, 2022

Caractéristiques	Besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé			Besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
Groupe d'âge						
15 à 24 ans (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
25 à 44 ans	1,3*	1,1	1,5	1,3	1,0	1,7
45 à 64 ans	0,9	0,7	1,1	1,1	0,8	1,4
65 ans et plus	0,5*	0,4	0,7	0,5*	0,4	0,8
Genre						
Hommes+ (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Femmes+	1,6*	1,4	1,8	1,3*	1,1	1,5
Lieu de résidence						
Centres de population (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Régions rurales	0,8*	0,7	1,0	0,9	0,7	1,1
Situation des particuliers dans le ménage						
Sans conjoint, sans enfants (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Avec conjoint, sans enfants	1,2	1,0	1,4	1,0	0,8	1,2
Familles biparentales	1,1	0,9	1,3	0,8	0,6	1,0
Familles monoparentales	1,1	0,9	1,4	1,2	0,9	1,6
2ELGBTQ+						
Non 2ELGBTQ+ (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
2ELGBTQ+	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,0	1,6
Groupe de population						
Personnes non racisées, non autochtones (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Personnes racisées, non autochtones	1,1	0,9	1,5	1,6*	1,2	2,1
Personnes autochtones	1,0	0,8	1,3	1,2	0,9	1,7
Statut d'immigrant						
Non-immigrants (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Immigrants	1,1	0,9	1,3	0,9	0,7	1,3
Situation d'activité						
Personnes occupées (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Personnes au chômage	1,3	1,0	1,6	1,5*	1,1	2,1
Personnes inactives	0,6*	0,6	0,7	0,7*	0,6	0,9
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Certificat d'une école de métiers, diplôme d'études collégiales ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat	1,2*	1,1	1,4	1,0	0,8	1,2
Certificat, diplôme ou grade universitaire au niveau du baccalauréat ou supérieur	1,6*	1,4	1,9	0,7*	0,5	0,9
Quintile de revenu						
Cinquième quintile, revenu le plus élevé (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Quatrième quintile	1,1	0,9	1,4	1,6*	1,1	2,2
Troisième quintile	1,2	1,0	1,4	1,9*	1,4	2,6
Deuxième quintile	1,1	0,9	1,3	2,4*	1,8	3,3
Premier quintile, revenu le plus bas	1,1	0,9	1,4	2,7*	1,9	3,8
Santé perçue						
Excellente, très bonne, bonne (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Passable ou mauvaise	1,2*	1,0	1,4	1,5*	1,2	1,8
Isolement social						
Ne ressentant pas de la solitude (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Ressentant de la solitude	1,5*	1,3	1,7	1,5*	1,2	1,8
Sévérité de l'incapacité						
Légère (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Modérée	1,6*	1,4	1,9	1,7*	1,3	2,2
Sévère	1,9*	1,6	2,2	1,9*	1,5	2,4
Très sévère	2,3*	1,9	2,8	2,3*	1,7	3,0
Incapacités épisodiques						
Limitations constantes (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives	1,2*	1,1	1,4	1,2	1,0	1,4

Tableau 2.1

Résultats de la régression logistique illustrant les associations entre les besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité et certaines caractéristiques, population ayant une incapacité âgée de 15 ans et plus, Canada, 2022

Caractéristiques	Besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé			Besoins insatisfaits en matière de médicaments sur ordonnance		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
Obstacles rencontrés						
Aucun obstacle rencontré (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Taux plus faible d'obstacles rencontrés	2,0*	1,7	2,3	1,4*	1,1	1,7
Taux plus élevé d'obstacles rencontrés	2,9*	2,4	3,4	1,9*	1,5	2,5
Confinement à la maison						
Pas confinées à la maison (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Confinées à la maison	1,3*	1,1	1,5	1,1	0,9	1,4

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : Étant donné que la population non binaire est petite, l'agrégation des données en une variable de genre à deux catégories est parfois nécessaire pour protéger la confidentialité des réponses fournies. Dans ces cas, les personnes de la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ». Le sigle « 2ELGBTQ+ » désigne les personnes aux deux esprits (ou bispirituelles), lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queers, ainsi que celles qui emploient d'autres termes liés à la diversité sexuelle ou de genre, alors que « non 2ELGBTQ+ » désigne les personnes hétérosexuelles et cisgenres (celles dont le genre correspond à leur sexe à la naissance). Dans la présente publication, les données sur les groupes racisés sont mesurées à l'aide de la variable « minorité visible ». Le « groupe non racisé » est mesuré avec la catégorie « n'appartenant pas à une minorité visible » de la variable, à l'exclusion des répondants autochtones.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Tableau 2.2

Résultats de la régression logistique illustrant les associations entre les besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité et certaines caractéristiques, population ayant une incapacité âgée de 15 ans et plus, Canada, 2022

Caractéristiques	Besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels			Besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
Groupe d'âge						
15 à 24 ans (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
25 à 44 ans	1,1	0,9	1,4	1,5*	1,2	1,9
45 à 64 ans	1,5*	1,2	2,0	1,9*	1,5	2,3
65 ans et plus	1,6*	1,2	2,1	2,5*	1,9	3,2
Genre						
Hommes+ (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Femmes+	0,9*	0,8	1,0	1,6*	1,4	1,8
Lieu de résidence						
Centres de population (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Régions rurales	0,9	0,8	1,1	1,1	0,9	1,2
Situation des particuliers dans le ménage						
Sans conjoint, sans enfants (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Avec conjoint, sans enfants	1,0	0,8	1,1	1,0	0,8	1,2
Familles biparentales	1,0	0,8	1,2	1,4*	1,1	1,7
Familles monoparentales	1,1	0,9	1,4	1,4*	1,1	1,8
2ELGBTQ+						
Non 2ELGBTQ+ (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
2ELGBTQ+	1,2	1,0	1,5	1,2	1,0	1,5
Groupe de population						
Personnes non racisées, non autochtones (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Personnes racisées, non autochtones	1,3*	1,0	1,7	1,1	0,8	1,4
Personnes autochtones	1,4*	1,1	1,7	1,1	0,8	1,4
Statut d'immigrant						
Non-immigrants (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Immigrants	1,1	0,9	1,4	0,9	0,8	1,2
Situation d'activité						
Personnes occupées (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Personnes au chômage	1,0	0,8	1,3	1,1	0,8	1,4
Personnes inactives	0,9	0,8	1,1	1,1	0,9	1,3

Tableau 2.2

Résultats de la régression logistique illustrant les associations entre les besoins insatisfaits en matière de soutien aux personnes ayant une incapacité et certaines caractéristiques, population ayant une incapacité âgée de 15 ans et plus, Canada, 2022

Caractéristiques	Besoins insatisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels			Besoins insatisfaits en matière d'aide pour les activités quotidiennes		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		limite inférieure	limite supérieure		limite inférieure	limite supérieure
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Certificat d'une école de métiers, diplôme d'études collégiales ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat	1,0	0,8	1,1	1,3*	1,1	1,5
Certificat, diplôme ou grade universitaire au niveau du baccalauréat ou supérieur	0,9	0,7	1,1	1,4*	1,2	1,7
Quintile de revenu						
Cinquième quintile, revenu le plus élevé (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Quatrième quintile	1,0	0,8	1,2	1,2	1,0	1,5
Troisième quintile	1,3*	1,0	1,6	1,3*	1,0	1,6
Deuxième quintile	1,1	0,9	1,4	1,3*	1,1	1,6
Premier quintile, revenu le plus bas	1,4*	1,1	1,7	1,4*	1,1	1,7
Santé perçue						
Excellente, très bonne, bonne (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Passable ou mauvaise	1,1	1,0	1,3	1,3*	1,1	1,5
Isolement social						
Ne ressentant pas de la solitude (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Ressentant de la solitude	1,0	0,9	1,2	1,2*	1,0	1,4
Sévérité de l'incapacité						
Légère (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Modérée	1,6*	1,3	1,9	1,8*	1,5	2,1
Sévère	2,4*	2,0	2,9	2,7*	2,3	3,2
Très sévère	3,7*	3,0	4,6	3,9*	3,1	4,8
Incapacités épisodiques						
Limitations constantes (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Limitations fluctuantes, récurrentes ou progressives	1,4*	1,2	1,7	1,2*	1,1	1,4
Obstacles rencontrés						
Aucun obstacle rencontré (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Taux plus faible d'obstacles rencontrés	1,6*	1,3	2,0	2,2*	1,8	2,7
Taux plus élevé d'obstacles rencontrés	3,0*	2,4	3,7	3,5*	2,9	4,3
Confinement à la maison						
Pas confinées à la maison (catégorie de référence)	...	...	...	...	...	...
Confinées à la maison	1,0	0,9	1,2	1,8*	1,6	2,1

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : Étant donné que la population non binaire est petite, l'agrégation des données en une variable de genre à deux catégories est parfois nécessaire pour protéger la confidentialité des réponses fournies. Dans ces cas, les personnes de la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ». Le sigle « 2ELGBTQ+ » désigne les personnes aux deux esprits (ou bispirituelles), lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queers, ainsi que celles qui emploient d'autres termes liés à la diversité sexuelle ou de genre, alors que « non 2ELGBTQ+ » désigne les personnes hétérosexuelles et cisgenres (celles dont le genre correspond à leur sexe à la naissance). Dans la présente publication, les données sur les groupes racisés sont mesurées à l'aide de la variable « minorité visible ». Le « groupe non racisé » est mesuré avec la catégorie « n'appartenant pas à une minorité visible » de la variable, à l'exclusion des répondants autochtones.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022.

Références

- Albuquerque, P.C. (2022). [Met or unmet need for long-term care: Formal and informal care in southern Europe](https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2022.100409). *The Journal of the Economics of Ageing*, 23, 100-409. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2022.100409>
- Ali, M.A., Alam, K. et Taylor, B. (2020). [The mediating effect of information and communication technology usages on the nexus between assistive technology and quality of life among people with communication disability](https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0598). *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(5), 338-345. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0598>
- Aljofan, M., Oshibayeva, A., Moldaliyev, I., Saruarov, Y., Maulenkul, T. et Gaipov, A. (2023). [The rate of medication nonadherence and influencing factors: A systematic Review](https://doi.org/10.29333/ejgm/12946). *Electronic Journal of General Medicine*, 20(3). <https://doi.org/10.29333/ejgm/12946>
- Arriagada, P. (2020). [L'expérience et les besoins des aidants âgés au Canada](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2020001/article/00007-fra.htm). *Regards sur la société canadienne*, produit n° 75006X au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2020001/article/00007-fra.htm>
- Blažeka Kokorić, S., Berc, G. et Rusac, S. (2012). [Satisfaction with life and informal and formal sources of support among people with disabilities](https://doi.org/10.5559/di.21.1.02). *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 21.1 (115) 19-38. <https://doi.org/10.5559/di.21.1.02>
- Boot, F.H., Owuor, J., Dinsmore, J. et MacLachlan, M. (2018). [Access to assistive technology for people with intellectual disabilities: a systematic review to identify barriers and facilitators](https://doi.org/10.1111/jir.12532). *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(10), 900-921. <https://doi.org/10.1111/jir.12532>
- Casey, R. (2015). [Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.010). *Disability and Health Journal*, 8(2), 173-181. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.010>
- Chan, K.T.K. et Marsack-Topolewski, C. (2022). [Examining social determinants in use of assistive technology for race/ethnic groups of older adults](https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1814430). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 17(6), 703-711. <https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1814430>
- Charlson, M.E., Peterson, J.C., Syat, B.L., Briggs, W.M., Kline, R., Dodd, M., Murad, V. et Dionne, W., (2008). [Outcomes of community-based social service interventions in homebound elders](https://doi.org/10.1002/gps.1898). *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(4), 427-432. <https://doi.org/10.1002/gps.1898>
- Chen, J., F. Hou, C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay et J.-M. Berthelot. (2002). [Besoins non satisfaits en matière de soins de santé](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-008-x/2002003/article/6396-fra.pdf?st=uXOg6gIC). *Rapports sur la santé*, 13(2), 21-26. Produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-008-x/2002003/article/6396-fra.pdf?st=uXOg6gIC>
- Chong, N., Akobirshoev, I., Caldwell, J., Kaye, H.S. et Mitra, M. (2021). [The relationship between unmet need for home and community-based services and health and community living outcomes](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101222). *Disability and Health Journal*, 15(2), 101222. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101222>
- Cortes, K. et Smith, L. (2022). [Accès et recours aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00011-fra.htm). *Regards sur la société canadienne*, novembre, produit n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00011-fra.htm>
- Courtin, E. et Knapp, M. (2017). [Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review](https://doi.org/10.1111/hsc.12311). *Health & social care in the community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Dahlberg, L. et McKee, K.J. (2016). [Living on the edge: Social exclusion and the receipt of informal care in older people](http://dx.doi.org/10.1155/2016/6373101). *Journal of aging research*, 2016(1), 6373101. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6373101>
- Drainoni, M.L., Lee-Hood, E., Tobias, C., Bachman, S.S., Andrew, J. et Maisels, L. (2006). [Cross-disability experiences of barriers to health-care access: consumer perspectives](https://doi.org/10.1177/10442073060170020101). *Journal of Disability Policy Studies*, 17(2), 101-115. <https://doi.org/10.1177/10442073060170020101>
- Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G. et Stancliffe, R. (2021). [Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965). *Disability and health journal*, 14(1), 100965. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>

- Friedman, C. (2020). [Quality of life outcome and support disparities among people with more severe impairments. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 58\(6\), 513-524.](#) <https://doi.org/10.1352/1934-9556-58.6.513>
- Gilmour, H. (2018). [Besoins insatisfaits en matière de soins à domicile au Canada. *Rapports sur la santé*, 29\(11\), 3-13.](#) Produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018011/article/00002-fra.htm>
- Grimm, G. et Ipsen, C. (2022). [Examining rural-urban disparities in perceived need for health care services among adults with disabilities. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 875978.](#) <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.875978>
- [Global report on assistive technology](#) (2022). Genève : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).
- Goh, H., Kwan, Y.H., Seah, Y., Low, L.L., Fong, W. et Thumboo, J. (2017). [A systematic review of the barriers affecting medication adherence in patients with rheumatic diseases. *Rheumatology international*, 37, 1619-1628.](#) <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3763-9>
- Grills, N., Singh, L., Pant, H., Varghese, J., Murthy, G.V.S., Hoq, M. et Marella, M. (2017). [Access to services and barriers faced by people with disabilities: a quantitative survey. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 28\(2\), 23-23.](#) <https://doi.org/10.5463/DCID.v28i2.615>
- Grondin, C. (2016). [Nouvelle mesure de l'incapacité dans les enquêtes : questions d'identification des incapacités \(QII\). *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012*, produit n° 89-654-X2016003 au catalogue de Statistique Canada.](#)
- Gupta, S., McColl, M.A., Guilcher, S.J. et Smith, K. (2018). [Cost-related nonadherence to prescription medications in Canada: a scoping review. *Patient preference and adherence*, 12, 1699-1715.](#) <https://doi.org/10.2147/PPA.S170417>
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Gray, D.B., Stark, S., Kisala, P., Carlozzi, N.E., Tulskey, D., Garcia, S.F. et Hahn, E.A. (2015). [Environmental barriers and supports to everyday participation: a qualitative insider perspective from people with disabilities. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96\(4\), 578-588.](#) <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.12.008>
- Hébert, B.-P., Kevins, C., Mofidi, A., Morris, S., Simionescu, D. et Thicke, M. (2024). [Profil démographique, d'emploi et de revenu des personnes ayant une incapacité âgées de 15 ans et plus au Canada, 2022. *Rapports sur l'incapacité et l'accessibilité au Canada*, produit n° 89-654-X2024001 au catalogue de Statistique Canada.](#) <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2024001-fra.htm>
- Heeb, R., Putnam, M., Keglovits, M., Weber, C., Campbell, M., Stark, S. et Morgan, K. (2022). [Factors influencing participation among adults aging with long-term physical disability. *Disability and health journal*, 15\(1\), 101169.](#) <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101169>
- Heidari, P., Cross, W., Weller, C., Nazarinia, M. et Crawford, K. (2019). [Medication adherence and cost-related medication non-adherence in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 22\(4\), 555-566.](#) <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13549>
- Herr, M., Arvieu, J.J., Aegerter, P., Robine, J.M. et Ankri, J. (2014). [Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *The European Journal of Public Health*, 24\(5\), 808-813.](#) <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt179>
- Huang, J., Jiang, Z., Zhang, T., Wang, L., Chu, Y., Shen, M., Liang, H., Liu, S., Zhang, Y., et Liu, C. (2019). [Which matters more for medication adherence among disabled people in Shanghai, China: family support or primary health care?. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 56.](#) <https://doi.org/10.1177/0046958019883175>
- Jensen, G.A. et Li, Y. (2012). [Long-run health effects of cost-related non-adherence to prescribed medications among adults in late midlife. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 3\(2\), 85-93.](#) <https://doi.org/10.1111/j.1759-8893.2012.00087.x>
- Jones, E., Pike, J., Marshall, T. et Ye, X. (2016). [Quantifying the relationship between increased disability and health care resource utilization, quality of life, work productivity, health care costs in patients with multiple sclerosis in the US. *BMC Health Services Research*, 16, 1-9.](#) <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1532-1>

- Ju, Y. J., Kim, T. H., Han, K. T., Lee, H. J., Kim, W., Ah Lee, S., et Park, E. C. (2017). [Association between unmet healthcare needs and health-related quality of life: a longitudinal study](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw264). *The European Journal of Public Health*, 27(4), 631-637. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw264>
- Kang, H., Lobo, J.M., Kim, S. et Sohn, M.W. (2018). [Cost-related medication non-adherence among US adults with diabetes](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.06.016). *Diabetes research and clinical practice*, 143, 24-33. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.06.016>
- Kapur, V. et Basu, K. (2005). [Drug coverage in Canada: who is at risk?](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.08.006). *Health policy*, 71(2), 181-193. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.08.006>
- Krokavcova, M., van Dijk, J.P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., Gdovinova, Z. et Groothoff, J.W. (2008). [Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.019). *Patient education and counseling*, 73(1), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.019>
- Law, M.R., Cheng, L., Kolhatkar, A., Goldsmith, L.J., Morgan, S.G., Holbrook, A.M. et Dhalla, I.A. (2018). [The consequences of patient charges for prescription drugs in Canada: a cross-sectional survey](https://doi.org/10.9778/cmajo.20180008). *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 6(1), E63-E70. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180008>
- Lee, S., Park, H.N., Nam, H.J., Kim, B. et Yoon, J.Y. (2024). [A comparison of factors associated with unmet healthcare needs in people with disabilities before and after COVID-19: a nationally representative population-based study](https://doi.org/10.1186/s12913-024-10579-y). *BMC Health Services Research*, 24(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10579-y>
- Lindsay, S. et Tsybina, I. (2011). [Predictors of unmet needs for communication and mobility assistive devices among youth with a disability: the role of socio-cultural factors](https://doi.org/10.3109/17483107.2010.514972). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 6(1), 10-21. <https://doi.org/10.3109/17483107.2010.514972>
- Maart, S. et Jelsma, J. (2014). [Disability and access to health care—a community based descriptive study](https://doi.org/10.3109/09638288.2013.807883). *Disability and rehabilitation*, 36(18), 1489-1493. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.807883>
- McColl, M. A., Jarzynowska, A., et Shortt, S.E.D. (2010). [Unmet health care needs of people with disabilities: Population level evidence](https://doi.org/10.1080/09687590903537406). *Disability & Society*, 25(2), 205-218. <https://doi.org/10.1080/09687590903537406>
- Mishra, S., Laplante-Levesque, A., Barbareschi, G., Witte, L.D., Abdi, S., Spann, A., Khasnabis, C. et Allen, M. (2024). [Assistive technology needs, access and coverage, and related barriers and facilitators in the WHO European region: a scoping review](https://doi.org/10.1080/17483107.2022.2099021). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 19(2), 474-485. <https://doi.org/10.1080/17483107.2022.2099021>
- Mosen, D.M., Banegas, M.P., Tucker-Seeley, R.D., Keast, E., Hu, W., Ertz-Berger, B. et Brooks, N. (2021). [Social isolation associated with future health care utilization](https://doi.org/10.1089/pop.2020.0106). *Population Health Management*, 24(3), 333-337. <https://doi.org/10.1089/pop.2020.0106>
- Mulcahy, A., Streed Jr, C.G., Wallisch, A.M., Batza, K., Kurth, N., Hall, J.P. et McMaughan, D.J. (2022). [Gender identity, disability, and unmet healthcare needs among disabled people living in the community in the United States](https://doi.org/10.3390/ijerph19052588). *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2588. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052588>
- Norton, E.C., Dowd, B.E. et Maciejewski, M. L. (2018). [Odds ratios—Current best practice and use](https://doi.org/10.1001/jama.2018.6971). *JAMA*, 320(1), 84-85. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.6971>
- Orellano-Colón, E.M., Mann, W.C., Rivero, M., Torres, M., Jutai, J., Santiago, A. et Varas, N. (2016). [Hispanic older adult's perceptions of personal, contextual and technology-related barriers for using assistive technology devices](https://doi.org/10.1007/s40615-015-0186-8). *Journal of racial and ethnic health disparities*, 3, 676-686. <https://doi.org/10.1007/s40615-015-0186-8>
- Parette, P. et Scherer, M. (2004). [Assistive technology use and stigma](https://doi.org/10.1080/08901410410001631918). *Education and training in developmental disabilities*, 39(3), 217-226.
- Peklar, J., Kos, M., O'Dwyer, M., McCarron, M., McCallion, P., Kenny, R.A. et Henman, M.C. (2017). [Medication and supplement use in older people with and without intellectual disability: an observational, cross-sectional study](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184390). *PLoS One*, 12(9), e0184390. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184390>
- Rahman, M.M., Rosenberg, M., Flores, G., Parsell, N., Akter, S., Alam, M.A., Rahman, M.M. et Edejer, T. (2022). [A systematic review and meta-analysis of unmet needs for healthcare and long-term care among older people](https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4). *Health Economics Review*, 12(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4>

- Rauh, K. (2023). [Difficultés en matière de santé fonctionnelle parmi les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles au Canada. Études sur le genre et les identités croisées](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-20-0002/452000022023003-fra.htm), produit n° 45-20-0002/2023003 au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-20-0002/452000022023003-fra.htm>
- Rebić, N., Cheng, L., Law, M.R., Cragg, J.J., Brotto, L.A. et De Vera, M.A. (2024). [Predictors of cost-related medication nonadherence in Canada: a repeated cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey](https://doi.org/10.1503/cmaj.241024). *CMAJ*, 196(40), E1331-E1340. <https://doi.org/10.1503/cmaj.241024>
- Reckrey, J.M., Federman, A.D., Bollens-Lund, E., Morrison, R.S. et Ornstein, K.A. (2020). [Homebound status and the critical role of caregiving support](https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1628625). *Journal of aging & social policy*, 32(6), 590-603. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1628625>
- Reichard, A., Stransky, M., Phillips, K., McClain, M. et Drum, C. (2017). [Prevalence and reasons for delaying and foregoing necessary care by the presence and type of disability among working-age adults](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.08.001). *Disability and health journal*, 10(1), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.08.001>
- Rolnick, S.J., Pawloski, P.A., Hedblom, B.D., Asche, S.E. et Bruzek, R.J. 2013. [Patient characteristics associated with medication adherence](https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1113). *Clinical medicine & research*, 11(2), 54-65. <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1113>
- Rotermann, M., Sanmartin, C., Hennessy, D. et Arthur, M. (2014). [Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014006/article/14032-fra.pdf). *Rapports sur la santé*, 25(6), 3. Produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014006/article/14032-fra.pdf>
- Roux, J., Guilleux, A., Lefort, M. et Leray, E. (2019). [Use of healthcare services by patients with multiple sclerosis in France over 2010–2015: a nationwide population-based study using health administrative data](https://doi.org/10.1177/2055217319896090). *Multiple Sclerosis Journal–Experimental, Translational and Clinical*, 5(4). <https://doi.org/10.1177/2055217319896090>
- Sanmartin, C., C. Houle, S. Tremblay et J.-M. Berthelot. (2002). [Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf). *Rapports sur la santé*, 13(3), 17-24. Produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf>
- Scharf, A., Michalowsky, B., Rädke, A., Kleinke, F., Schade, S., Platen, M., Buchholz, M., Pfaff, M., Iskandar, A., van den Berg, N. et Hoffmann, W. (2025). [Identifying and Addressing Unmet Needs in Dementia: The Role of Care Access and Psychosocial Support](https://doi.org/10.1002/gps.70066). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(4), e70066. <https://doi.org/10.1002/gps.70066>
- Scheurer, D., Choudhry, N., Swanton, K.A., Matlin, O. et Shrank, W. (2012). [Association between different types of social support and medication adherence](https://doi.org/10.1186/1745-6215-18-12). *The American journal of managed care*, 18(12), e461-7.
- Sibley, L.M. et Glazier, R.H. (2009). [Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison](https://doi.org/10.1186/1745-6215-5-1). *Healthcare policy*, 5(1), 87-101.
- Spiers, G.F., Kunonga, T.P., Stow, D., Hall, A., Kingston, A., Williams, O., Beyer, F., Bower, P., Craig, D., Todd, C. et Hanratty, B. (2022). [Factors associated with unmet need for support to maintain independence in later life: a systematic review of quantitative and qualitative evidence](https://doi.org/10.1093/ageing/afac228). *Age and Ageing*, 51(10), 228. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac228>
- Starkes, J.M., Poulin, C.C. et Kisely, S.R. (2005). [Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada](https://doi.org/10.1177/070674370505001003). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 580-590. <https://doi.org/10.1177/070674370505001003>
- Stewart, S.J.F., Moon, Z. et Horne, R. (2023). [Medication nonadherence: health impact, prevalence, correlates and interventions](https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2144923). *Psychology & health*, 38(6), 726-765. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2144923>
- Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J.A., Abrahamowicz, M., Scott, S., Mayo, N., Hurley, J., Grad, R., Latimer, E., Perreault, R. et McLeod, P. (2001). [Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons](https://doi.org/10.1001/jama.285.4.421). *JAMA*, 285(4), 421-429. <https://doi.org/10.1001/jama.285.4.421>
- Trezzini, B., Brach, M., Post, M., Gemperli, A. et SwiSCI Study Group. (2019). [Prevalence of and factors associated with expressed and unmet service needs reported by persons with spinal cord injury living in the community](https://doi.org/10.1038/s41393-019-0243-y). *Spinal cord*, 57(6), 490-500. <https://doi.org/10.1038/s41393-019-0243-y>
- Urbanoski, K.A., Cairney, J., Bassani, D.G. et Rush, B.R. (2008). [Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders](https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.3.283). *Psychiatric services*, 59(3), 283-289. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.3.283>

- van Asselt-Goverts, A.E., Embregts, P.J.C.M., Hendriks, A.H.C., Wegman, K.M. et Teunisse, J.P. (2015). [Do social networks differ? Comparison of the social networks of people with intellectual disabilities, people with autism spectrum disorders and other people living in the community](https://doi.org/10.1007/s10803-014-2279-3). *Journal of autism and developmental disorders*, 45, 1191-1203. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2279-3>
- Van der Aa, M.J., van den Broeke, J.R., Stronks, K. et Plochg, T. (2017). [Patients with multimorbidity and their experiences with the healthcare process: a scoping review](https://doi.org/10.15256/joc.2017.7.97). *Journal of comorbidity*, 7(1), 11-21. <https://doi.org/10.15256/joc.2017.7.97>
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J. et Neyer, F.J. (2013). [Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis](https://doi.org/10.1037/a0028601). *Psychological bulletin*, 139(1), 53. <https://doi.org/10.1037/a0028601>
- Yang, F.J. et Gupta, S. (2024). [Explorer les lacunes en termes de couverture de médicaments sur ordonnance chez les hommes et les femmes au Canada selon une optique intersectionnelle](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2024001/article/00001-fra.htm). *Regards sur la société canadienne*, produit n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2024001/article/00001-fra.htm>