Nº 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Perceptions des patients à l'égard des consultations médicales non urgentes



par Philippe Finès

Date de diffusion : le 18 novembre 2026

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, 2026

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.

Perceptions des patients à l'égard des consultations médicales non urgentes

par Philippe Finès

DOI : https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202601100001-fra

Résumé

Contexte : Les soins centrés sur la personne constituent une composante essentielle de la qualité des soins de santé, dont l'évaluation repose de plus en plus sur les perceptions des patients. Quatre facteurs facilitants du modèle comportemental d'utilisation des services de santé d'Andersen sont particulièrement pertinents pour l'évaluation des soins primaires par les patients : la difficulté à obtenir un rendez-vous, la discrimination, le temps d'attente et l'attitude du fournisseur de soins de santé. Malgré les données probantes de plus en plus nombreuses sur les facteurs individuels ayant une incidence sur le niveau de satisfaction des patients, on ne dispose pas d'un portrait national représentatif des perceptions et des expériences des patients en matière de soins de santé primaires au Canada.

Données et méthodes : Les données sont tirées de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024. La population ciblée est composée d'adultes qui ont eu au moins une consultation médicale pour des soins primaires non urgents au cours de l'année ayant précédé l'interview. Les variables explicatives comprennent les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et les expériences relatives aux soins de santé reçus au cours de l'année précédente. Des modèles de régression logistique ont été mis au point, de manière séparée pour les répondants âgés de 18 à 64 ans et ceux âgés de 65 ans et plus, afin de déterminer les facteurs associés à la probabilité que la qualité de la dernière consultation non urgente ait été évaluée comme excellente ou très bonne.

Résultats : Les éléments suivants étaient tous associés à une forte probabilité d'évaluer la qualité de la dernière consultation non urgente comme excellente ou très bonne : une grande satisfaction à l'égard du temps d'attente; une fréquence élevée de consultations au cours de l'année; l'absence de difficulté à obtenir un rendez-vous; l'absence de discrimination perçue; l'accès à son propre fournisseur de soins de santé habituel; et l'autoévaluation de la santé générale comme excellente, très bonne ou bonne. De plus, l'évaluation de la dernière consultation comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité était fortement associée au fait, pour le répondant, d'être d'accord avec les énoncés de l'enquête concernant l'attitude du fournisseur de soins de santé.

Interprétations : L'évaluation, par le patient, de la qualité des soins primaires reçus dépend peu de son état de santé ou de ses caractéristiques sociodémographiques, mais elle est associée à ses interactions avec le système de santé, notamment en ce qui a trait à son niveau de satisfaction quant au temps d'attente et à la façon dont il perçoit l'attitude du fournisseur de soins de santé.

Mots clés : attitude du fournisseur de soins de santé, cadre du modèle comportemental de l'utilisation des services de santé d'Andersen, évaluation des soins de santé, expérience du patient, soins centrés sur le patient

Auteurs

Philippe Finès travaille au sein de la Division de l'analyse et de la modélisation de la santé de Statistique Canada.

Ce que nous savons déjà sur le sujet

- La qualité des soins de santé repose en grande partie sur une approche centrée sur la personne.
- Les perceptions des patients sont de plus en plus utilisées pour évaluer la qualité des soins de santé, notamment en ce qui a trait aux soins primaires.
- Le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé d'Andersen permet d'intégrer les facteurs facilitants dans l'analyse de l'expérience du patient au sein du système de santé.

Ce qu'apporte l'étude

- Le fait pour le patient d'évaluer sa dernière consultation médicale pour des soins primaires non urgents comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité était en grande partie liée à ses interactions avec le système de santé, beaucoup plus qu'à ses caractéristiques sociodémographiques ou à son état de santé.
- Pour les deux groupes d'âge (18 à 64 ans et 65 ans et plus), l'absence de conséquences liées au temps d'attente, de difficultés ou de discrimination perçue contribuait à une forte probabilité d'évaluer la qualité de la dernière consultation médicale pour des soins primaires non urgents comme excellente ou très bonne.
- Le fait de ne pas être racisé, d'avoir plus d'un problème de santé chronique (pour les personnes de 18 à 64 ans seulement), d'avoir eu une consultation en personne ou d'avoir une incapacité (pour les personnes de 65 ans et plus seulement) accroissait également la probabilité que la qualité de la consultation ait été évaluée comme excellente ou très bonne.
- L'évaluation de la qualité de la consultation était également fortement associée au fait d'être en accord avec certains énoncés concernant l'attitude positive du fournisseur de soins de santé, notamment les énoncés sur le temps passé avec le patient et l'écoute attentive du patient.

Introduction

Une approche centrée sur la personne est un aspect essentiel de la qualité des soins[1] parce que, en tant que composante de l'expérience du patient, elle intègre toutes les interactions entre le patient, sa famille, les aidants et les professionnels de la santé[2]. En fait, l'approche centrée sur le patient est l'un des six piliers qui définissent les soins de santé de grande qualité[3]. Les indicateurs des soins centrés sur la personne garantissent ainsi que les systèmes de santé sont redevables envers les personnes qu'ils visent à servir[4]. Comme les patients ont des attentes relatives aux soins qu'ils reçoivent, en fonction du contexte social, culturel, politique et économique[5], la façon dont ils perçoivent le système de santé est un indicateur de l'écart qui peut exister entre ce à quoi ils s'attendent et ce qu'ils observent. Ainsi, des entretiens avec les patients devraient aider à cerner les aspects fondamentaux de soins de haute qualité[6], et c'est pourquoi les perceptions des patients sont de plus en plus utilisées pour mesurer la qualité des soins[7].

Quatre facteurs facilitants du cadre du modèle comportemental de l'utilisation des services de santé d'Andersen[8,9] sont particulièrement utiles pour l'évaluation de la qualité des soins de santé par les patients. Tout d'abord, la difficulté à obtenir un rendez-vous comprend tout problème vécu par le patient lorsque celui-ci tente de communiquer avec un professionnel de la santé[10]. Deuxièmement, la discrimination avant ou pendant le rendez-vous contribue aux inégalités d'accès aux soins[11]; au Canada, les Autochtones[12,13], les personnes noires[14,15] et les nouveaux immigrants[16] peuvent être victimes de discrimination dans le domaine des soins de santé, ce qui peut se traduire de moins bons résultats sur le plan de la santé que pour l'ensemble de la population. La discrimination fondée sur la langue peut aussi avoir une incidence[17] : selon une enquête menée auprès de 200 000 patients en Ontario, le fait pour les patients francophones de recevoir des soins de santé en français (plutôt qu'en anglais) était associé à un rapport de cotes inférieur à 1 pour les événements indésirables et la mortalité à l'hôpital[18]. Troisièmement, les longs temps d'attente, particulièrement au Canada[19,20], pour l'obtention d'une consultation pour des soins primaires[21] ou spécialisés[22] peuvent influencer la façon dont les patients perçoivent la qualité des soins de santé.

Le quatrième élément essentiel pour l'évaluation des soins de santé du point de vue du patient concerne l'attitude des professionnels de la santé. Par exemple, on s'attend à ce que les médecins de famille, lesquels sont responsables de la santé de leurs patients, y compris de l'aiguillage vers des soins spécialisés[23] et du suivi des examens et des interventions, possèdent de solides compétences dans le domaine des soins centrés sur le patient[24], conformément aux principes de cette approche[25]. Ces compétences comprennent le fait de prendre le temps d'écouter le patient, de faire preuve de professionnalisme et de respect, d'inclure le patient dans la prise de décisions médicales, et d'être en mesure d'annoncer de mauvaises nouvelles lorsqu'il le faut[26]. Ces comportements sont essentiels pour tous les professionnels de la santé qui prodiguent des soins, et non seulement pour les médecins généralistes.

Une étude nationale récente a révélé que l'aspect le plus important pour l'évaluation des soins primaires était le fait d'avoir un fournisseur de soins de santé qui connaît très bien le patient[21]. Avoir un médecin de famille habituel s'est aussi avéré fondamental pour établir la confiance et assurer la transparence dans la relation patient-fournisseur[27]. La manière dont les patients en Ontario perçoivent les adjoints au médecin était généralement positive; cependant, puisque les données de l'étude en question se limitaient à un petit échantillon dans quatre centres de médecine familiale, leur portée générale était réduite[28]. Ces résultats sont partiels et ne donnent pas un portrait national à jour de la satisfaction à l'égard des soins de santé primaires au Canada. La présente étude vise à combler cette lacune en créant un modèle de satisfaction à l'égard des soins de santé primaires au moyen de données tirées d'une enquête sur la santé représentative à l'échelle nationale portant sur les perceptions et les expériences relatives aux soins de santé au Canada. Les résultats devraient éclairer les chercheurs et les décideurs sur

l'importance relative des facteurs ayant une incidence sur la manière dont les patients perçoivent les soins de santé qu'ils reçoivent.

Données et méthodes

La présente étude s'appuie sur les données de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés (EASSES-SPS) de 2024[29], une enquête transversale qui a permis de recueillir des renseignements sur l'accès aux soins de santé et les expériences au sein du système de santé. La population cible était composée de toutes les personnes âgées de 18 ans et plus vivant dans une résidence privée dans l'une 10 provinces canadiennes. L'enquête est fondée sur un échantillon stratifié à deux degrés. Au total, 64 037 unités sélectionnées aux fins de l'EASSES-SPS de 2024 étaient admissibles, et 33 535 personnes y ont répondu, ce qui a donné un taux de réponse de 52,4 %. Les questions du module sur les expériences comme patient sont fondées sur un questionnaire antérieur de l'Organisation de coopération et de développement économiques et sur une enquête de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Cependant, tandis que l'enquête de l'ICIS et beaucoup d'autres enquêtes sur les expériences comme patient portent sur les soins prodigués en milieu hospitalier, l'EASSES-SPS s'intéresse plutôt aux soins primaires. Les sujets et les questions ont été mis au point par des chercheurs de Statistique Canada, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'ICIS.

Aux fins de l'enquête, les soins primaires non urgents englobent les consultations pour des soins de routine (p. ex. examens médicaux, renouvellements d'ordonnances), ainsi que celles pour des problèmes nécessitant des soins immédiats, mais qui ne sont pas urgents (p. ex. infection, fièvre, maux de tête, entorse à la cheville, vomissements, éruption cutanée inexpliquée). Seuls les répondants qui ont rencontré un fournisseur de soins de santé pour une consultation non urgente au cours de l'année précédant l'interview ont été inclus dans l'analyse. Ces 26 055 répondants représentent 23,8 millions de personnes. Les analyses ont été effectuées sur les observations ne comportant aucune valeur manquante pour l'une ou l'autre des variables présentées dans cette section; 2 247 observations n'ont pas été utilisées en raison de données manquantes, principalement pour la fréquence de consultation auprès d'un fournisseur de soins de santé, puisque la question liée à cette variable a été posée uniquement aux répondants et non à leurs personnes interposées. L'échantillon final contient 23 808 observations, ce qui représente 22,0 millions de personnes au sein de la population canadienne. Les répondants ont été interrogés au sujet de leur dernière consultation pour des soins primaires non urgents, au moyen de cette question : « Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la qualité de cette consultation? » Les choix de réponse étaient « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » et « mauvaise ». Les réponses ont été dichotomisées, une pratique courante en analyse de la santé[30], et le résultat d'intérêt regroupait les réponses « excellente » ou « très bonne ».

Les analyses ont porté sur deux groupes distincts, l'un composé des personnes de 18 à 64 ans et l'autre, des personnes de 65 ans et plus, les analyses préliminaires ayant révélé des résultats différents pour ces deux groupes. Tout d'abord, des tableaux croisés ont été créés pour déterminer si chacune des variables était liée de façon significative au résultat. Des tests du khi carré ont été effectués pour comparer la proportion du résultat analysé entre les catégories de variables explicatives. Ensuite, pour chacun des groupes, un modèle de régression logistique a été élaboré afin de déterminer la probabilité d'obtenir ce résultat. Toutes les analyses, y compris l'estimation des rapports de cotes corrigés (RCC) et de leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %, ont été effectuées en utilisant les poids d'échantillon pour les estimations ponctuelles et les poids bootstrap pour l'estimation de la variance. Ces analyses ont été menées dans SAS 9.4 à l'aide des procédures de SUDAAN afin de tenir compte du plan de sondage complexe.

Dans le cadre du modèle comportemental de l'utilisation des services de santé d'Andersen, les facteurs prédisposants comprenaient les variables sociodémographiques; les facteurs facilitants comprenaient l'interaction du patient avec le système de santé avant l'interview, le temps d'attente avant la dernière consultation pour des soins primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview et l'interaction du patient avec le système de santé au cours de cette dernière consultation; et les facteurs liés aux besoins comprenaient des variables liées à la santé. La petite taille de l'échantillon a empêché l'utilisation d'une catégorie non binaire pour définir le genre. Par conséquent, le genre comportait deux catégories : les hommes+, qui comprenaient les hommes et certaines personnes non binaires, et les femmes+, qui comprenaient les femmes et certaines personnes non binaires. L'âge a été regroupé en cinq strates : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 à 84 ans et 85 ans et plus (les trois premières strates d'âge formaient le groupe des personnes 18 à 64 ans, et les deux dernières strates d'âge, celui des personnes de 65 ans et plus). Le niveau de scolarité des répondants a été regroupé en trois catégories : niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, et études postsecondaires. Les quintiles de revenu des ménages ont été calculés à l'aide du revenu familial avant impôt ajusté, en tenant compte de la taille du ménage, et ils ont été regroupés en cinq catégories nationales. La région de résidence a été classée comme région urbaine ou région rurale, selon le statut du centre de population. Le statut d'immigrant comportait deux catégories : non-immigrant et immigrant ou résident non permanent. Le groupe de population comportait trois catégories de répondants : Autochtones; non-Autochtones et racisés (si le répondant était Sud-asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental ou Coréen); et non-Autochtones, non racisés. Parmi les personnes autochtones, aucune distinction n'a été faite entre les membres des Premières Nations (vivant hors réserve), les Métis et les Inuit, puisque les échantillons correspondants étaient trop petits pour être analysés séparément.

La santé générale autodéclarée et la santé mentale autodéclarée ont été regroupées en deux catégories, l'une combinant les réponses « excellente », « très bonne » et « bonne », et l'autre, les réponses « passable » et « mauvaise ». Le niveau perçu de stress dans la vie quotidienne a été regroupé en deux catégories : journées tout au plus un peu stressantes (combinant les réponses « pas du tout stressantes », « pas tellement stressantes » et « un peu stressantes ») et journées très stressantes (combinant les réponses « assez stressantes » et « extrêmement stressantes »). La satisfaction à l'égard de la vie a été regroupée en trois catégories : très satisfait ou satisfait, ni satisfait ni insatisfait, et insatisfait ou très insatisfait. Le nombre de problèmes de santé chroniques tirés d'une liste qui a été examinée dans le cadre de l'enquête (voir le tableau 1 de l'annexe) a été regroupé en trois catégories, soit aucun, un et deux ou plus, alors que le fait pour le répondant d'avoir une incapacité a été regroupé en deux catégories, soit oui et non.

La question suivante a été posée aux répondants : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un fournisseur de soins de santé pour un besoin en matière de soins de santé primaires non urgents? » Les réponses ont été regroupées en deux catégories de fréquence de consultation des fournisseurs de soins de santé : une à quatre consultations et cinq consultations ou plus. Les répondants ont été interrogés à savoir s'ils avaient eu de la difficulté à obtenir des soins primaires non urgents (au cours des 12 mois précédant l'interview). Ils pouvaient choisir parmi 13 options de réponse (voir le tableau 2 de l'annexe). Les difficultés déclarées ont été regroupées en trois catégories : aucune, une et deux ou plus. On a également demandé aux répondants s'ils avaient eu l'impression d'avoir été victimes de discrimination (au cours des 12 mois précédant l'interview) pour l'une ou l'autre de 15 raisons possibles (voir le tableau 3 en annexe). Les raisons perçues de discrimination ont été regroupées en deux catégories, soit aucune et une ou plus.

Le temps d'attente a été défini par la réponse à la question suivante : « Combien de temps avez-vous dû attendre entre le moment où vous avez demandé des soins et le moment où vous avez consulté votre fournisseur de soins de santé? » Les valeurs ont été regroupées en trois catégories : de 0 (c'est-à-dire le même jour) à 3 jours, de 4 à 29 jours et un mois ou plus. La satisfaction à l'égard du temps d'attente

a été évaluée en fonction de la réponse à la question suivante : « Dans quelle mesure avez-vous été satisfait du temps d'attente? » Les réponses ont été regroupées en trois catégories : très satisfait ou satisfait, ni satisfait ni insatisfait, et insatisfait ou très insatisfait. La réponse à la question suivante a permis de définir la mesure dans laquelle la vie a été affectée par le temps d'attente : « Dans quelle mesure votre vie a-t-elle été affectée par le délai d'attente pour consulter votre fournisseur de soins de santé? » Les réponses ont été classées selon les catégories suivantes : pas du tout affectée ou affectée (qui combinait les réponses « extrêmement affectée », « très affectée », « modérément affectée » ou « légèrement affectée »).

Le dernier sous-ensemble de variables décrit les caractéristiques de la dernière consultation. L'objectif de la visite était considéré comme étant l'obtention de soins de routine si, parmi les raisons possibles de la consultation, le répondant choisissait seulement parmi les réponses suivantes : « rendez-vous périodique ou rendez-vous de routine », « médicament ou renouvellement de prescription » ou « soins de routine pour un problème de santé chronique », et considéré comme l'obtention de soins non routiniers si le répondant sélectionnait au moins une raison parmi les suivantes : « consultation ou traitement d'un nouveau problème de santé, d'une nouvelle maladie ou d'une blessure », « soins autres que les soins de routine pour un problème de santé chronique » ou « référence pour un spécialiste ou un autre professionnel de la santé ». Le type de consultation était défini comme étant en personne ou virtuel. Le type d'accès était regroupé en trois catégories : a un fournisseur de soins de santé habituel et l'a rencontré lors de la dernière consultation, a un fournisseur de soins de santé habituel, mais a rencontré une autre personne lors de la dernière consultation, et n'a pas de fournisseur de soins de santé habituel.

Les répondants devaient indiquer s'ils étaient d'accord avec huit énoncés au sujet de leur interaction avec leur fournisseur de soins de santé lors de leur dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents. Ces énoncés sont présentés au tableau 4 de l'annexe. Pour chacun de ces énoncés, les réponses ont été regroupées en deux catégories : la première combinait les réponses « tout à fait d'accord », « d'accord » et « ni d'accord ni en désaccord », et la deuxième combinait les réponses « en désaccord » et « tout à fait en désaccord ». Étant donné leur forte association individuelle avec le résultat, ces énoncés ont été examinés séparément des modèles de régression logistique afin d'éviter la multicolinéarité et de préserver l'intelligibilité de chaque élément.

Résultats

Caractéristiques de la population analysée

La population incluse était principalement composée de femmes (54 %), de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (73 %), de résidents de régions urbaines (85 %) et de personnes non immigrantes (70 %) et non racisées (70 %) (tableau 1). Plus de 80 % des répondants ont indiqué que leur santé générale et leur santé mentale étaient excellentes, très bonnes ou bonnes. Les journées étaient perçues comme tout au plus un peu stressantes pour 74 % des répondants, et 82 % se disaient très satisfaits ou satisfaits à l'égard de la vie. Plus de 50 % ont déclaré avoir au moins un problème de santé chronique, et la plupart (85 %) ont déclaré ne pas avoir une incapacité. La plupart (82 %) avaient eu d'une à quatre consultations au cours de l'année précédant l'interview, 56 % n'avaient eu aucune difficulté à obtenir un rendez-vous et 92 % n'avaient perçu aucun signe de discrimination.

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2024

	A eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview (N=21 995 291)		
		Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	pourcentage	de	à
Variables sociodémographiques			
Genre			
Hommes+	45,6	44,9	46,3
Femmes+	54,4	53,7	55,1
Groupe d'âge			
18 à 34 ans	21,8	20,8	22,7
35 à 49 ans	28,9	27,8	29,9
50 à 64 ans	24,7	24,0	25,4
65 à 84 ans	22,7	22,2	23,2
85 ans et plus	2,0	1,7	2,3
Niveau de scolarité			
Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires	6,1	5,6	6,7
Diplôme d'études secondaires	21,4	20,5	22,4
Études postsecondaires	72,5	71,4	73,5
Quintile de revenu			
Quintile 1 (le plus bas)	18,3	17,4	19,3
Quintile 2	19,4	18,5	20,4
Quintile 3	20,0	19,0	20,9
Quintile 4	21,2	20,3	22,1
Quintile 5 (le plus élevé)	21,2	20,3	22,1
Région géographique			
Région urbaine	84,9	84,1	85,6
Région rurale	15,1	14,4	15,9
Statut d'immigrant			
Non-immigrant	70,0	68,9	71,1
Immigrant ou résident non permanent	30,0	28,9	31,1
Groupe de population			
Autochtones	2,3	2,0	2,6
Non-Autochtones, racisés	27,2	26,1	28,4
Non-Autochtones, non racisés	70,5	69,4	71,6
Variables liées à la santé			
Santé générale autodéclarée			
Excellente, très bonne ou bonne	85,0	84,1	85,8
Passable ou mauvaise	15,0	14,2	15,9
Santé mentale autodéclarée			
Excellente, très bonne ou bonne	83,2	82,2	84,1
Passable ou mauvaise	16,8	15,9	17,8
Niveau de stress perçu dans la vie quotidienne			
Journées tout au plus un peu stressantes	74,1	73,0	75,1
Journées très stressantes	25,9	24,9	27,0
Satisfaction à l'égard de la vie			
Très satisfait ou satisfait	81,6	80,6	82,6
Ni satisfait ni insatisfait	9,1	8,5	9,9
Insatisfait ou très insatisfait	9,2	8,5	10,0
Nombre de problèmes de santé chroniques			
Aucun	42,8	41,7	44,0
Un	26,4	25,4	27,5
Deux ou plus	30,7	29,7	31,8
Incapacité			
Oui	14,5	13,7	15,3
Non	85,5	84,7	86,3

Notes : FSS signifie fournisseur de soins de santé. Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.; les données des différents groupes autochtones n'ont pas pu être présentés séparément en raison de la taille de l'échantillon.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2024 (suite)

	A eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview (N=21 995 291)		
		Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	pourcentage	de	à
Interaction avec le système de santé au cours de l'année précédant l'interview			
Fréquence des consultations avec un fournisseur de soins de santé			
Une à quatre fois	81,7	80,8	82,6
Cinq fois ou plus	18,3	17,4	19,2
Nombre de difficultés à obtenir un rendez-vous			
Aucune	56,4	55,2	57,6
Une	21,3	20,3	22,3
Deux ou plus	22,3	21,3	23,3
Nombre de raisons perçues de discrimination			
Aucune	92,4	91,7	93,0
Une ou plus	7,6	7,0	8,3
Temps d'attente avant la dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview			
Temps d'attente			
De 0 à 3 jours	42,9	41,7	44,1
De 4 à 29 jours	45,2	44,1	46,4
Un mois ou plus	11,9	11,1	12,7
Satisfaction à l'égard du temps d'attente			
Très satisfait ou satisfait	60,3	59,2	61,5
Ni satisfait ni insatisfait	21,1	20,1	22,1
Insatisfait ou très insatisfait	18,6	17,6	19,5
Vie affectée par le temps d'attente			
Oui	52,9	51,8	54,1
Non	47,1	45,9	48,2
Dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview			
Objectif de la consultation			
Soins de routine	50,5	49,3	51,6
Soins non routiniers	49,5	48,4	50,7
Type de consultation			
En personne	81,6	80,7	82,4
En virtuel	18,4	17,6	19,3
Type d'accès			
A un FSS habituel, et a rencontré le FSS habituel	74,1	73,2	75,1
A un FSS habituel, mais a rencontré un autre FSS	12,8	12,1	13,6
N'a pas de FSS habituel	13,0	12,3	13,8
Évaluation globale de la qualité			
Excellente ou très bonne	70,4	69,3	71,5
Bonne, passable ou mauvaise	29,6	28,5	30,7

Notes : FSS signifie fournisseur de soins de santé. Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.; les données des différents groupes autochtones n'ont pas pu être présentés séparément en raison de la taille de l'échantillon.
Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Alors que 87 % des répondants avaient attendu moins d'un mois pour une consultation, la plupart (60 %) étaient très satisfaits ou satisfaits du temps d'attente, tandis qu'un peu plus de la moitié ont indiqué que leur vie avait été affectée par le temps d'attente. Les pourcentages ne variaient pas de manière significative entre les deux catégories d'objectif de la visite (soins de routine et soins non routiniers). La plupart des consultations ont eu lieu en personne; dans la plupart des cas, il s'agissait d'une consultation avec le fournisseur de soins de santé habituel du patient.

Variables sociodémographiques et variables liées à la santé

Parmi le groupe de personnes de 18 à 64 ans, 67,7 % des répondants (IC : 66,4 %, 69,1 %) ont évalué leur dernière consultation comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité, comparativement à 78,5 % (IC : 76,8 %, 80,2 %) au sein du groupe de personnes de 65 ans et plus (dans le reste de la présente section, voir le tableau 2 pour les 18 à 64 ans et le tableau 3 pour les 65 ans et plus). Une analyse plus poussée a été stratifiée pour ces groupes d'âge en fonction de cette différence. Chez les 18 à 64 ans, le fait d'être racisé était associé à une probabilité plus faible d'évaluer la qualité de la consultation comme excellente ou très bonne (RCC=0,77 [IC : 0,62; 0,96]), alors que chez les 65 ans et plus, le fait d'avoir un diplôme d'études secondaires était associé à une probabilité moindre d'évaluer sa qualité comme excellente ou très bonne (RCC=0,75 [IC : 0,58; 0,96]).

Tableau 2
Évaluation de la qualité de la dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents comme ayant été excellente ou très bonne selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 à 64 ans ayant eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview, Canada, à l'exclusion des territoires, 2024 (N=16 565 771)

	(A) Tableaux croisés du pourcentage de personnes ayant déclaré que les soins étaient d'excellente ou de très bonne qualité			(B) Modèle de régression logistique pour la probabilité de déclarer que les soins étaient d'excellente ou de très bonne qualité		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	pourcentage	de	à	RCC	de	à
Échantillon complet	67,73	66,35	69,08	...	...	...
Variables sociodémographiques						
Genre						
Hommes+	67,97	65,92	69,96	0,99	0,85	1,14
Femmes+ (R)	67,53	65,67	69,33	1,00	...	...
Groupe d'âge						
18 à 34 ans (R)	62,84 ‡‡	59,96	65,64	1,00	...	...
35 à 49 ans	67,13	64,70	69,48	1,15	0,96	1,39
50 à 64 ans	72,74	70,87	74,55	1,16	0,95	1,41
Niveau de scolarité						
Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires	67,05	58,44	74,66	0,84	0,55	1,28
Diplôme d'études secondaires	68,12	64,98	71,10	0,89	0,73	1,09
Études postsecondaires (R)	67,66	66,09	69,20	1,00	...	...
Quintile de revenu						
Quintile 1 (le plus bas)	67,34	63,41	71,05	1,15	0,90	1,47
Quintile 2	68,67	65,30	71,86	1,21	0,97	1,51
Quintile 3	65,88	62,64	68,98	0,91	0,74	1,12
Quintile 4	67,13	64,26	69,87	0,98	0,81	1,20
Quintile 5 (le plus élevé) (R)	69,45	66,93	71,86	1,00	...	...
Région géographique						
Région urbaine (R)	67,16 †	65,64	68,65	1,00	...	...
Région rurale	71,30	68,08	74,32	0,94	0,78	1,13
Statut d'immigrant						
Non-immigrant (R)	70,47 ‡‡	68,98	71,92	1,00	...	...
Immigrant ou résident non permanent	61,56	58,65	64,39	0,93	0,75	1,15
Groupe de population						
Autochtones	68,36 ‡‡	61,10	74,83	1,12	0,80	1,58
Non-Autochtones, racisés	60,53	57,62	63,37	0,77 *	0,62	0,96
Non-Autochtones, non racisés (R)	71,11	69,57	72,60	1,00	...	...
Variables liées à la santé						
Santé générale autodéclarée						
Excellente, très bonne ou bonne (R)	69,04 ‡‡	67,58	70,47	1,00	...	...
Passable ou mauvaise	58,73	54,63	62,71	0,76 *	0,60	0,96
Santé mentale autodéclarée						
Excellente, très bonne ou bonne (R)	69,70 ‡‡	68,17	71,19	1,00	...	...
Passable ou mauvaise	59,44	56,04	62,75	0,96	0,78	1,19
Niveau de stress perçu dans la vie quotidienne						
Journées tout au plus un peu stressantes (R)	69,75 ‡‡	68,13	71,33	1,00	...	...
Journées très stressantes	63,09	60,44	65,66	0,99	0,84	1,16
Satisfaction à l'égard de la vie						
Très satisfait ou satisfait (R)	69,95 ‡‡	68,42	71,43	1,00	...	...
Ni satisfait ni insatisfait	61,19	56,29	65,88	0,83	0,64	1,06
Insatisfait ou très insatisfait	56,06	51,09	60,91	0,82	0,63	1,08
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun (R)	67,03	65,02	68,97	1,00	...	...
Un	68,58	65,81	71,23	1,11	0,92	1,34
Deux ou plus	68,30	65,72	70,77	1,32 **	1,09	1,61
Incapacité						
Oui	64,99	60,94	68,84	1,00	0,78	1,29
Non (R)	68,11	66,63	69,56	1,00	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

* différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,05)

*** différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,001)

† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,05)

†† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,01)

††† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,001)

Notes : R est la catégorie de référence pour le modèle de régression logistique. RCC signifie rapports de cotes corrigés. FSS signifie fournisseur de soins de santé. Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.; les données des différents groupes autochtones n'ont pas pu être présentés séparément en raison de la taille de l'échantillon.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Tableau 2
Évaluation de la qualité de la dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents comme ayant été excellente ou très bonne selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 à 64 ans ayant eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview, Canada, à l'exclusion des territoires, 2024 (N=16 565 771) (suite)

	(A) Tableaux croisés du pourcentage de personnes ayant déclaré que les soins étaient d'excellente ou de très bonne qualité			(B) Modèle de régression logistique pour la probabilité de déclarer que les soins étaient d'excellente ou de très bonne qualité		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	**pourcentage**	**de**	**à**	**RCC**	**de**	**à**
Interaction avec le système de santé au cours de l'année précédant l'interview						
Fréquence des consultations avec un fournisseur de soins de santé						
Une à quatre fois (R)	67,56	66,08	69,01	1,00	...	...
Cinq fois ou plus	68,50	64,99	71,80	1,53 ***	1,24	1,88
Nombre de difficultés à obtenir un rendez-vous						
Aucune (R)	81,91 ‡‡	80,24	83,46	1,00	...	...
Une	60,86	57,86	63,78	0,58 ***	0,48	0,70
Deux ou plus	45,03	42,21	47,88	0,38 ***	0,30	0,46
Nombre de raisons perçues de discrimination						
Aucune (R)	70,50 ‡‡	69,08	71,88	1,00	...	...
Une ou plus	38,87	34,38	43,56	0,40 ***	0,32	0,52
Temps d'attente avant la dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview						
Temps d'attente						
De 0 à 3 jours (R)	71,19 ‡‡	69,04	73,26	1,00	...	...
De 4 à 29 jours	67,50	65,62	69,33	1,22 *	1,03	1,45
Un mois ou plus	56,42	51,86	60,87	1,32 *	1,00	1,73
Satisfaction à l'égard du temps d'attente						
Très satisfait ou satisfait (R)	81,54 ‡‡	80,00	82,99	1,00	...	...
Ni satisfait ni insatisfait	53,95	50,97	56,91	0,34 ***	0,28	0,41
Insatisfait ou très insatisfait	43,90	40,69	47,16	0,33 ***	0,26	0,40
Vie affectée par le temps d'attente						
Oui (R)	57,10 ‡‡	55,14	59,04	0,67 ***	0,57	0,78
Non	81,27	79,59	82,84	1,00	...	...
Dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview						
Objectif de la consultation						
Soins de routine (R)	71,05 ‡‡	69,19	72,85	1,00	...	...
Soins non routiniers	64,71	62,66	66,71	1,04	0,90	1,20
Type de consultation						
En personne (R)	68,08	66,54	69,59	1,00	...	...
En virtuel	66,18	63,22	69,03	0,99	0,83	1,17
Type d'accès						
A un FSS habituel, et a rencontré le FSS habituel (R)	71,41 ‡‡	69,80	72,98	1,00	...	...
A un FSS habituel, mais a rencontré un autre FSS	63,75	59,85	67,48	0,78 *	0,63	0,97
N'a pas de FSS habituel	53,48	49,70	57,22	0,62 *	0,50	0,76

... n'ayant pas lieu de figurer

* différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,05)

*** différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,001)

† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,05)

†† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,01)

††† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,001)

Notes : R est la catégorie de référence pour le modèle de régression logistique. RCC signifie rapports de cotes corrigés. FSS signifie fournisseur de soins de santé. Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.; les données des différents groupes autochtones n'ont pas pu être présentés séparément en raison de la taille de l'échantillon.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Tableau 3
Évaluation de la qualité de la dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents comme ayant été excellente ou très bonne selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 65 ans et plus ayant eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview, Canada, à l'exclusion des territoires, 2024 (n=5 429 520)

	(A) Tableaux croisés du pourcentage de personnes ayant fait cette évaluation			(B) Modèle de régression logistique pour la probabilité de faire cette évaluation		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	pourcentage	de	à	RCC	de	à
Échantillon complet	78,54	76,80	80,18	...	...	...
Variables sociodémographiques						
Genre						
Hommes+	79,50	76,94	81,84	1,09	0,88	1,35
Femmes+ (R)	77,71	75,47	79,79	1,00	...	...
Groupe d'âge						
65 à 84 ans (R)	78,63	76,80	80,34	1,00	...	...
85 ans et plus	77,52	71,55	82,54	0,86	0,57	1,30
Niveau de scolarité						
Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires	76,03	71,16	80,31	0,73	0,51	1,03
Diplôme d'études secondaires	76,77	73,51	79,73	0,75 *	0,58	0,96
Études postsecondaires (R)	79,91	77,75	81,92	1,00	...	...
Quintile de revenu						
Quintile 1 (le plus bas)	73,74 †	69,98	77,19	1,05	0,72	1,53
Quintile 2	80,19	77,20	82,89	1,08	0,75	1,55
Quintile 3	80,07	76,15	83,48	1,15	0,78	1,70
Quintile 4	80,28	76,10	83,88	1,19	0,81	1,74
Quintile 5 (le plus élevé) (R)	79,96	75,63	83,68	1,00	...	...
Région géographique						
Région urbaine (R)	78,80	76,80	80,67	1,00	...	...
Région rurale	77,44	73,87	80,65	0,79	0,61	1,03
Statut d'immigrant						
Non-immigrant (R)	80,86 ††	79,05	82,55	1,00	...	...
Immigrant ou résident non permanent	72,41	68,60	75,93	0,86	0,63	1,18
Groupe de population						
Autochtones	79,18 ††	66,80	87,78	1,11	0,56	2,18
Non-Autochtones, racisés	68,54	62,99	73,60	0,80	0,55	1,17
Non-Autochtones, non racisés (R)	80,30	78,58	81,91	1,00	...	...
Variables liées à la santé						
Santé générale autodéclarée						
Excellente, très bonne ou bonne (R)	81,92 ††	80,14	83,58	1,00	...	...
Passable ou mauvaise	66,60	62,42	70,54	0,62 ***	0,46	0,84
Santé mentale autodéclarée						
Excellente, très bonne ou bonne (R)	80,27 ††	78,52	81,92	1,00	...	...
Passable ou mauvaise	62,17	55,61	68,32	0,76	0,53	1,11
Niveau de stress perçu dans la vie quotidienne						
Journées tout au plus un peu stressantes (R)	80,15 ††	78,37	81,81	1,00	...	...
Journées très stressantes	67,29	61,54	72,55	0,98	0,68	1,41
Satisfaction à l'égard de la vie						
Très satisfait ou satisfait (R)	80,29 ††	78,53	81,94	1,00	...	...
Ni satisfait ni insatisfait	75,55	70,00	80,36	1,18	0,80	1,74
Insatisfait ou très insatisfait	60,45	51,48	68,77	0,78	0,48	1,29

... n'ayant pas lieu de figurer

* différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,05)

** différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,01)

*** différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,001)

† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,05)

†† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,01)

Notes : R est la catégorie de référence pour le modèle de régression logistique. RCC signifie rapports de cotes corrigés. FS signifie fournisseur de soins de santé. Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.; les données des différents groupes autochtones n'ont pas pu être présentés séparément en raison de la taille de l'échantillon.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Tableau 3
Évaluation de la qualité de la dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents comme ayant été excellente ou très bonne selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 65 ans et plus ayant eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview, Canada, à l'exclusion des territoires, 2024 (n=5 429 520) (suite)

	(A) Tableaux croisés du pourcentage de personnes ayant fait cette évaluation			(B) Modèle de régression logistique pour la probabilité de faire cette évaluation		
		à 95 %			à 95 %	
Caractéristiques	pourcentage	de	à	RCC	de	à
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun (R)	81,03	77,00	84,49	1,00	...	...
Un	79,52	76,30	82,40	0,94	0,67	1,31
Deux ou plus	77,08	74,75	79,26	1,00	0,74	1,35
Incapacité						
Oui	75,51	71,47	79,15	1,40 *	1,05	1,87
Non (R)	79,37	77,51	81,11	1,00	...	...
Interaction avec le système de santé au cours de l'année précédant l'interview						
Fréquence des consultations avec un fournisseur de soins de santé						
Une à quatre fois (R)	78,89	76,98	80,69	1,00	...	...
Cinq fois ou plus	77,03	73,10	80,55	1,33 *	1,02	1,74
Nombre de difficultés à obtenir un rendez-vous						
Aucune (R)	86,72 ‡‡	85,04	88,23	1,00	...	...
Une	64,15	59,51	68,53	0,54 *	0,40	0,72
Deux ou plus	52,53	46,79	58,20	0,45 *	0,32	0,63
Nombre de raisons perçues de discrimination						
Aucune (R)	80,13 ‡‡	78,43	81,73	1,00	...	...
Une ou plus	43,15	33,56	53,28	0,39 *	0,25	0,62
Temps d'attente avant la dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview						
Temps d'attente						
De 0 à 3 jours (R)	82,42 ‡‡	80,06	84,56	1,00	...	...
De 4 à 29 jours	77,04	74,54	79,35	1,12	0,87	1,45
Un mois ou plus	69,22	63,01	74,81	1,39	0,96	2,02
Satisfaction à l'égard du temps d'attente						
Très satisfait ou satisfait (R)	88,06 ‡‡	86,46	89,49	1,00	...	...
Ni satisfait ni insatisfait	62,84	58,07	67,38	0,34 *	0,25	0,45
Insatisfait ou très insatisfait	48,80	43,22	54,40	0,28 *	0,20	0,39
Vie affectée par le temps d'attente						
Oui (R)	65,91 ‡‡	62,93	68,76	0,54 *	0,42	0,69
Non	88,30	86,62	89,79	1,00	...	...
Dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview						
Objectif de la consultation						
Soins de routine (R)	81,00	78,83	82,99	1,00	...	...
Soins non routiniers	74,96	72,17	77,56	0,88	0,70	1,12
Type de consultation						
En personne (R)	79,66	77,70	81,48	1,00	...	...
En virtuel	73,56	69,67	77,11	0,74 *	0,58	0,95
Type d'accès						
A un FSS habituel, et a rencontré le FSS habituel (R)	80,35 ‡‡	78,55	82,04	1,00	...	...
A un FSS habituel, mais a rencontré un autre FSS	78,49	73,27	82,93	1,08	0,77	1,53
N'a pas de FSS habituel	59,44	52,12	66,37	0,56 ***	0,39	0,80

... n'ayant pas lieu de figurer

* différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,05)

** différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,01)

*** différences significatives entre les catégories de la variable (valeur de p tirée du test F de Wald < 0,001)

† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,05)

†† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence dans le modèle de régression logistique (p < 0,01)

Notes : R est la catégorie de référence pour le modèle de régression logistique. RCC signifie rapports de cotes corrigés. FS signifie fournisseur de soins de santé. Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.; les données des différents groupes autochtones n'ont pas pu être présentés séparément en raison de la taille de l'échantillon.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Pour tous les répondants, une santé générale autodéclarée passable ou médiocre (RCC=0,76 [IC : 0,60; 0,96] pour les 18 à 64 ans; RCC=0,62 [IC : 0,46; 0,84] pour les 65 ans et plus) était associée à une probabilité moindre d'évaluer la qualité de la dernière consultation non urgente comme excellente ou très

bonne. Pour les répondants de 18 à 64 ans, le fait d'avoir deux problèmes de santé chroniques ou plus était associé à une probabilité plus élevée d'évaluer la qualité de la consultation comme excellente ou très bonne (RCC=1,32 [IC : 1,09; 1,61]), alors que pour les répondants de 65 ans et plus, le fait d'avoir une incapacité était associé à une probabilité plus élevée de l'évaluer ainsi (RCC=1,40 [IC : 1,05; 1,87]).

Interaction avec le système de santé et temps d'attente

Pour tous les répondants, le fait d'avoir eu au moins une difficulté à obtenir un rendez-vous ou d'avoir perçu au moins un signe de discrimination était associé à une probabilité moindre d'évaluer la qualité de la dernière consultation non urgente comme excellente ou très bonne. À l'inverse, le fait d'avoir eu au moins cinq consultations au cours de l'année était associé à une probabilité accrue de l'évaluer ainsi (RCC=1,53 [IC : 1,24; 1,88] pour les 18 à 64 ans; RCC=1,33 [IC : 1,02; 1,74] pour les 65 ans et plus). Ne pas avoir un fournisseur de soins de santé habituel (RCC=0,62 [IC : 0,50; 0,76] pour les 18 à 64 ans; RCC=0,56 [IC : 0,39; 0,80] pour les 65 ans et plus) était associé à une probabilité moindre d'évaluer la dernière consultation non urgente comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité. De plus, pour les personnes de 18 à 64 ans, le fait d'avoir consulté une autre personne que son propre fournisseur de soins de santé était associé à une probabilité moindre d'une telle évaluation, alors que pour les personnes de 65 et plus, une consultation en mode virtuel était associée à une probabilité moindre.

Le fait d'être insatisfait ou très insatisfait du temps d'attente (RCC=0,33 pour les 18 à 64 ans; RCC=0,28 pour les 65 ans et plus), d'être ni satisfait ni insatisfait du temps d'attente (RRC=0,34 pour les deux groupes d'âge) et d'avoir vu sa vie affectée par le temps d'attente (RCC=0,67 pour les 18 à 64 ans; RCC = 0,54 pour les 65 ans et plus) était associé à une probabilité moindre d'évaluer la qualité de la dernière consultation non urgente étant comme excellente ou très bonne.

En revanche, un temps d'attente plus long était associé à une probabilité plus élevée d'évaluer la consultation comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité, un résultat qui semble contredire les résultats des tableaux croisés. Cela s'explique par la satisfaction à l'égard du temps d'attente qui agit comme variable de suppression. Lorsque le temps d'attente était introduit seul dans le modèle, sans le niveau de satisfaction à son égard, les RCC étaient inférieurs à 1 pour les deux groupes d'âge et pour les deux catégories : chez les personnes de 18 à 64 ans, le RCC était de 0,84 pour un temps d'attente de 4 à 29 jours et de 0,52 pour un temps d'attente d'un mois ou plus et, pour les 65 ans et plus, il était de 0,72 et de 0,48 respectivement. Une fois la satisfaction à l'égard du temps d'attente ajoutée, tous les RCC relatifs au temps d'attente devenaient supérieurs à 1 : 1,41 et 1,45 pour les 18 à 64 ans, et 1,17 et 1,36 pour les 65 ans et plus. Ce changement reflète la façon dont les modèles multivariés fonctionnent : l'effet de chaque variable est estimé en maintenant toutes les autres constantes, de sorte que l'ajout d'une variable corrélée comme la satisfaction à l'égard du temps d'attente peut inverser la direction apparente de l'effet d'une autre variable.

Attitude positive du fournisseur de soins de santé

Le pourcentage de répondants qui étaient tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord avec les huit énoncés liés à l'attitude de leur fournisseur de soins de santé variait de 92,0 % à 97,4 % (tableau 4). Parmi ces personnes, le pourcentage de celles qui ont évalué la qualité de leur consultation comme excellente ou très bonne était élevé en général. Ce taux était plus prononcé chez les personnes de 65 ans et plus que chez celles de 18 à 64 ans. Au sein des deux groupes, la valeur la plus élevée a été enregistrée pour le deuxième énoncé (le fournisseur « a passé suffisamment de temps avec vous »), se situant à 73,3 % pour les 18 à 64 ans et à 81,8 % pour les 65 ans et plus. La plus petite valeur a été enregistrée pour le premier énoncé (le fournisseur « vous a traité avec courtoisie et respect »), se situant à 69,3 % pour les 18 à 64 ans et à 79,6 % pour les 65 ans et plus. À l'inverse, 6,9 % des personnes de

18 à 64 ans et 12,6 % des personnes de 65 ans et plus qui étaient en désaccord avec le cinquième énoncé (le fournisseur « vous a écouté attentivement ») ont évalué la qualité de leur dernière consultation comme excellente ou très bonne.

Tableau 4
Attitude du fournisseur de soins de santé, population à domicile âgée de 18 ans et plus ayant eu une consultation pour des soins de santé primaires non urgents au cours de l'année précédant l'interview, Canada, à l'exclusion des territoires, 2024

	Pourcentage de la population			Pourcentage de personnes ayant évalué leur dernière consultation pour des soins de santé primaires non urgents comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité					
				18 à 64 ans (N=16,565,771)			65 ans et plus (N= 5,429,520)		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Attitude du fournisseur de soins de santé	pourcentage	de	à	pourcentage	de	à	pourcentage	de	à
1. A traité le patient avec courtoisie et respect									
Tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord	97,4	97,0	97,9	69,30 ‡‡	67,92	70,64	79,59 ‡‡	77,89	81,18
En désaccord ou tout à fait en désaccord	2,6	2,1	3,0	12,72	8,47	18,66	26,11	15,14	41,17
2. A passé suffisamment de temps avec le patient									
Tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord	92,0	91,3	92,6	73,28 ‡‡	71,89	74,63	81,85 ‡‡	80,19	83,39
En désaccord ou tout à fait en désaccord	8,0	7,4	8,7	10,92	8,45	14,00	17,65	12,48	24,36
3. A expliqué les choses de manière à ce qu'elles soient faciles à comprendre									
Tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord	96,5	96,0	96,9	69,91 ‡‡	68,50	71,28	80,28 ‡‡	78,59	81,86
En désaccord ou tout à fait en désaccord	3,5	3,1	4,0	10,03	6,83	14,50	20,28	13,00	30,21
4. A inclus le patient dans les décisions de soins et de traitement									
Tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord	95,2	94,7	95,7	70,96 ‡‡	69,56	72,32	80,83 ‡‡	79,17	82,39
En désaccord ou tout à fait en désaccord	4,8	4,3	5,3	9,10	6,57	12,48	18,20	11,77	27,06
5. A écouté le patient attentivement									
Tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord	94,8	94,2	95,3	71,38 ‡‡	69,96	72,76	81,27 ‡‡	79,62	82,82
En désaccord ou tout à fait en désaccord	5,2	4,7	5,8	6,93	4,72	10,06	12,55	7,64	19,95
6. A donné au patient l'occasion de poser des questions ou de soulever des préoccupations									
Tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord	94,9	94,4	95,5	71,21 ‡‡	69,83	72,55	80,99 ‡‡	79,35	82,54
En désaccord ou tout à fait en désaccord	5,1	4,5	5,6	8,43	6,03	11,66	16,73	10,62	25,36
7. A pris en considération les besoins et la situation personnelle du patient									
Tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord	94,7	94,1	95,2	71,38 ‡‡	69,98	72,75	81,19 ‡‡	79,53	82,75
En désaccord ou tout à fait en désaccord	5,3	4,8	5,9	8,33	5,72	11,97	13,89	8,63	21,59
8. Avait tous les renseignements médicaux dont il avait besoin au sujet du patient									
Tout à fait d'accord, d'accord ou ni d'accord ni en désaccord	94,3	93,7	94,8	71,09 ‡‡	69,68	72,46	80,24 ‡‡	78,53	81,84
En désaccord ou tout à fait en désaccord	5,7	5,2	6,3	19,25	15,42	23,77	28,12	19,60	38,57

‡‡ différences significatives entre les catégories de la variable ($p < 0,001$)
Note : Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit.; les données des différents groupes autochtones n'ont pas pu être présentés séparément en raison de la taille de l'échantillon.
Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Discussion

Cette étude montre que l'évaluation, par le patient, de sa dernière consultation médicale pour des soins primaires non urgents comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité était essentiellement liée à son interaction avec le système de santé, beaucoup plus qu'à ses caractéristiques sociodémographiques ou à son état de santé. Plus précisément, les difficultés éprouvées, la discrimination perçue, le temps d'attente et l'attitude du fournisseur de soins de santé, lesquels ont été identifiés comme des facteurs facilitants dans le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé d'Andersen, étaient associés à une telle évaluation.

La difficulté à obtenir un rendez-vous et la discrimination perçue (quelles que soient les circonstances au cours de l'année) étaient associées à l'évaluation de la qualité de la consultation. Cette constatation avait déjà été établie dans des études antérieures[8,31]. Le fait d'être satisfait ou très satisfait du temps d'attente et de ne pas percevoir sa vie comme ayant été touchée par ce temps d'attente était associé à une évaluation de la qualité de la consultation comme excellente ou très bonne, tandis que l'effet du temps d'attente en tant que tel n'était pas significatif ou n'était pas intuitif. Cela confirme une constatation déjà observée : la durée du temps d'attente en soi n'est pas aussi importante pour les répondants que ses conséquences réelles sur leur vie[32,33].

Les huit énoncés liés à l'attitude du fournisseur de soins de santé étaient fortement associés à une évaluation de la qualité de la consultation comme excellente ou très bonne, ce qui confirme l'importance d'un cadre de soins de santé centrés sur le patient[34]. C'est particulièrement le cas pour un fournisseur de soins de santé qui passe suffisamment de temps avec le patient (énoncé 2) et qui l'écoute attentivement (énoncé 5) (voir le tableau 4). L'importance de l'attitude du fournisseur de soins de santé a également été observée dans le cadre de récents travaux internationaux sur l'évaluation des soins de santé par les patients. En Europe, les processus de soins de santé étaient considérés comme positifs si le flux d'information était personnel et fonctionnel, ce qui correspond à l'énoncé 8 de cette enquête (« Le professionnel avait tous les renseignements médicaux dont il avait besoin au sujet du patient »)[35]. En Norvège, les patients évaluaient positivement la qualité de la consultation lorsqu'ils estimaient qu'on s'occupait d'eux, ce qui correspond aux énoncés 5 à 7 (Le professionnel « a écouté attentivement le patient », « a donné l'occasion au patient de poser des questions ou de soulever des préoccupations au sujet de ses soins ou du traitement recommandé », « a pris en considération les besoins et la situation personnelle du patient ») [36].

Bien que les quatre mesures autodéclarées de la santé aient été associées à une évaluation de la qualité de la consultation comme étant excellente ou très bonne dans les tableaux croisés pour les deux groupes d'âge, seule la santé générale autodéclarée avait un effet significatif dans les modèles, et ce, pour les deux groupes. Pour les personnes de 18 à 64 ans, le nombre de problèmes de santé chroniques s'est avéré un facteur significatif[37]; chez les 65 ans et plus, l'incapacité était également un facteur significatif, un résultat qui a été observé auparavant au Canada[38] et aux États-Unis[39].

Le type d'accès était associé à l'évaluation de la qualité de la consultation comme excellente ou très bonne, car le fait de ne pas avoir de fournisseur de soins de santé habituel du tout était significatif pour les deux groupes d'âge. Les personnes qui avaient un fournisseur de soins de santé habituel qu'elles ont rencontré lors de leur dernière consultation étaient plus disposées à évaluer celle-ci comme excellente ou très bonne, ce qui reflète peut-être le rôle de la continuité des soins[40,41]. Pour les personnes de 65 ans et plus, les consultations en personne par opposition aux consultations virtuelles avaient un effet significatif sur l'évaluation de la consultation comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité[42,43].

Points forts et limites

Cette étude s'est appuyée sur un vaste échantillon canadien et des questions détaillées sur l'expérience des patients en matière de soins de santé afin de brosser un portrait national à jour de la satisfaction à l'égard des soins de santé primaires. Le questionnaire de l'enquête peut être considéré comme suffisamment validé puisqu'il a été élaboré à partir d'autres questionnaires préalablement validés[29].

La faiblesse du taux de réponse à l'enquête peut avoir une incidence sur la manière dont les résultats sont interprétés. Toutes les données de l'enquête étaient autodéclarées, ce qui pourrait entraîner des biais dus à la désirabilité sociale[44] ou un biais de référence[45]. Une liste de problèmes de santé chroniques a été fournie aux répondants et les réponses n'ont pas été validées sur le plan médical. Les données ne comprennent pas les soins de longue durée pour les personnes âgées et les maisons de retraite, une limite qui pourrait restreindre la généralisation des résultats pour la population de 65 ans et plus. Les données ne comprennent pas les territoires, ce qui pourrait restreindre la généralisation pour les Autochtones. Les données sont transversales, empêchant toute inférence causale. Aucune donnée sur la langue n'a été analysée. En tout, 7 109 personnes (soit 7,8 millions de personnes au Canada) qui n'avaient eu aucune consultation non urgente au cours de l'année précédant l'interview ont été exclues de l'analyse. Ce groupe comprenait des personnes qui peuvent avoir eu un rendez-vous prévu après l'interview — il n'a pas été possible d'analyser davantage ces personnes.

Conclusion

Cette étude est fondée sur une enquête nationale représentative des expériences vécues au sein du système des soins de santé, et des perceptions connexes. Elle montre que la santé générale autodéclarée, la satisfaction à l'égard du temps d'attente, les répercussions du temps d'attente sur la vie quotidienne, le nombre de consultations au cours de l'année, la difficulté à obtenir un rendez-vous, la discrimination perçue, et l'accès à son propre fournisseur de soins de santé habituel contribuent tous au modèle prédictif dans lequel la dernière consultation médicale non urgente est évaluée comme ayant été d'excellente ou de très bonne qualité. Les huit énoncés décrivant l'attitude du fournisseur de soins de santé sont fortement associés au résultat, car chacun représente un aspect particulier de l'évaluation de la qualité des soins de santé. Cette étude illustre l'influence des expériences et perceptions des patients dans l'évaluation de la qualité de leur consultation médicale. Des recherches futures pourraient porter sur l'évaluation de la validité de ces résultats chez les enfants ou les populations isolées (éloignées ou institutionnalisées).

Annexe

Tableau 1 de l'annexe
Problèmes de santé chroniques évalués dans le cadre de l'enquête

Options	Problème de santé chronique
1	Asthme
2	Maladie pulmonaire chronique
3	Maladie cardiaque chronique
4	Diabète
5	Maladie rénale chronique
6	Maladie du foie
7	Hypertension artérielle
8	Trouble sanguin chronique
9	Système immunitaire affaibli
10	Trouble neurologique chronique
11	Effets d'un accident vasculaire cérébral (AVC)
12	Maladie d'Alzheimer ou autre démence
13	Cancer
14	Arthrite
15	Maladie des yeux
16	Incontinence urinaire
17	Maladie intestinale
18	Trouble de l'humeur
19	Trouble d'anxiété
20	Trouble de stress post-traumatique

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Tableau 2 de l'annexe
Difficulté à obtenir un rendez-vous

Options	Difficulté
1	Rendez-vous annulé ou reporté par le fournisseur de soins de santé
2	Difficulté à obtenir un rendez-vous
3	Attente trop longue entre l'obtention du rendez-vous et la visite
4	Manque de renseignements ou d'instructions appropriés
5	Détérioration de l'état de santé général
6	Aggravation du problème de santé
7	Lacunes en matière de pratiques médicales ou de pratiques de guérison ou de bien-être traditionnelles propres aux Premières Nations, aux Métis ou aux Inuit
8	Lacunes en matière de services de santé culturellement adaptés
9	Service non disponible au moment requis
10	Service non disponible dans la région
11	Service non disponible dans le mode préféré (p. ex. en personne, en virtuel)
12	Difficultés avec la technologie relative aux soins virtuels
13	Autre

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Tableau 3 de l'annexe
Raison perçue de discrimination

Options	Raison perçue
1	Identité autochtone
2	Race, origine ethnique ou culture
3	Genre
4	Âge
5	Poids
6	Religion
7	Langue
8	Orientation sexuelle
9	Incapacité physique
10	Autre aspect de l'apparence physique
11	Statut socioéconomique
12	Trouble de santé mentale
13	Style de vie
14	Convictions
15	Autre

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins – Soins primaires et spécialisés de 2024.

Références

1. Oben P (2020). Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework *Journal of Patient Experience*. 2020; 7(6):906-910. https://doi.org/10.1177/2374373520951672.

2. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL (2021). Reexamining "Defining Patient Experience": The human experience in healthcare. *Patient Experience Journal.* 2021; 8(1):16-29. https://doi.org/10.35680/2372-0247.1594.

3. Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, National Academies Press, Washington, D.C., http://www.nap.edu/catalog/10027.html.

4. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2019;97:563-569. http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.225201.

5. Lakin K, Kane S (2022). Peoples' expectations of healthcare: A conceptual review and proposed analytical framework. *Social Science & Medicine*. 2022;292:114636. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114636.

6. Hannawa AF, Wu AW, Kolyada A et coll. (2022). The aspects of healthcare quality that are important for health professionals and patients: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 2022;105:1561-1570.

7. Abbasgholizadeh Rahimi S., Zomahoun HTV, Légaré F (2019). Patient engagement and its evaluation tools—current challenges and future directions; Comment on "Metrics and evaluation tools for patient engagement in healthcare organization- and system-level decision-making: a systematic review". *International Journal of Health Policy Management*. 2019;8(6):378-380. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.16.

8. Andersen RM (2008). National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical Care*. 2008;46:647-653.

9. Lederle M, Tempes J, Bitzer EM (2021). Application of Andersen behavioural model of health services use: a scoping review with a focus on qualitative health services research. *BMJ Open*. 2021;11:e045018. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045018.

10. Clarke J (2016). Difficulté d'accès aux services de santé au Canada. *Coup d'œil sur la santé*, produit nº 82-624-X au catalogue de Statistique Canada, ISSN 1925-6493, 8 décembre 2016.

11. Angerer S, Waibel C, Stummer H (2019). Discrimination in health care: A Field Experiment on the Impact of Patients' Socioeconomic Status on Access to Care, *American Journal of Health Economics*. 2019; 5(4):407-427. https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1162/ajhe_a_00124.

12. Barbo G, Alam S (2024) Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative, *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada,* Vol 44, N° 4, April 2024.

13. Cooke M, Shields T (2024). Anti-Indigenous racism in Canadian healthcare: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*. 2024;36(3). https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae089.

14. Adegoke K, Adegoke A, Dawodu D, Kayode T (2025). Systemic Racism in Canadian Healthcare: A Policy and Equity Analysis. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2025;16:1-8. https://doi.org/10.1177/21501319251386672.

15. Williams KKA, Baidoobonso S, Lofters A. et coll. (2024). Anti-Black racism in Canadian health care: a qualitative study of diverse perceptions of racism and racial discrimination among Black adults in Montreal, Quebec. *BMC Public Health*. 2024;24:3152. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20636-0.

16. Pollock G, Newbold B, Lafrenière G et Edge S (2011). Perceptions of discrimination in health services experienced by immigrant minorities in Ontario, *Welcoming Communities Initiative*, Citoyenneté et Immigration Canada.

17. Belanger C, Carr K, Peixoto C, Bjerre LM (2023). Distance, access and equity: a cross-sectional geospatial analysis of disparities in access to primary care for French-only speakers in Ottawa, Ontario. *CMAJ Open*. 2023;11(3):E434-E442. https://doi.org/10.9778/cmajo.20220061.

18. Seale E, Reaume M, Batista R et al. (2022) Concordance linguistique patient–médecin et paramètres de qualité et de sécurité des soins chez les bénéficiaires de soins à domicile fragiles admis à l'hôpital en Ontario, au Canada, JAMC, 19 septembre 2022, Vol. 194, No. 36 E1256 :E1266, https://doi.org/10.1503/cmaj.212155-f.

19. Vogel, L (2017). Canadians still waiting for timely access to care, *CMAJ*. 2017;189(9):E375-E376. https://doi.org/10.1503/cmaj.1095400.

20. Vogel, L (2020). How can Canada improve worsening wait times? *CMAJ*. 2020;192(37): E1079-E1080, https://doi.org/10.1503/cmaj.1095895.

21. Kiran, T, Daneshvarfard M, Wang R et coll. (2024). Public experiences and perspectives of primary care in Canada: results from a cross-sectional survey, *CMAJ*. 2024;196(19):E646-E656. https://doi.org/10.1503/cmaj.231372.

22. Marshall, EG, Miller L, Moritz LR. (2023). Challenges and impacts from wait times for specialist care identified by primary care providers: Results from the MAAP study cross-sectional survey. *Healthcare Management Forum*. 2023;36(5):340-346. https://doi.org/10.1177/08404704231182671.

23. Zhang, T (2024). The Doctor Dilemma: Improving Primary Care Access in Canada [avec annexes], *C.D. Howe Institute*, commentaire n°°660.

24. Coulter, A. Oldham J (2016). Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future Hospital Journal*. 2016;3(2):114-116.

25. Minvielle, E, Waelli M, Sicotte C, Kimberly JR (2014). Managing customization in health care: A framework derived from the services sector literature, *Health Policy*. 2014;117(2):216-227. http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.04.005.

26. Sobczak K, Leoniuk K (2023). Doctors' attitudes in the situation of delivering bad news: patients' experience and expectations. *Archives of Medical Science*. 2023;19(4):921-929. https://doi.org/10.5114/aoms/112756.

27. Crooks, VA, Agarwal G Harrison A (2012). Chronically ill Canadians' experiences of being unattached to a family doctor: a qualitative study of marginalized patients in British Columbia. *BMC Family Practice*. 2012;13:69. https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-69.

28. Moschella A et Burrows K (2023). Patient Experience With Primary Care Physician Assistants in Ontario, Canada: Impact of Trust, Knowledge, and Access to Care. *Journal of Patient Experience*. 2023;10:1-6. https://doi.org/10.1177/23743735231211782.

29. Statistique Canada (2025) Enquêtes et programmes statistiques - Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins - Soins primaires et spécialisés (EASSES-SPS), Information détaillée pour 2024. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5391.

30. Plante C, Missiuna S, Neudorf C (2024). The Validity and Reliability of Dichotomized Self-rated Health Under Different Cutpoints. prépublication *medRxiv*. https://doi.org/10.1101/2024.04.18.24306035.

31. Schwei, RJ, Johnson TP, Matthews AK, Jacobs EA (2017) Perceptions of negative health-care experiences and self-reported health behavior change in three racial and ethnic groups. *Ethnicity & Health* 2017;22(2):156-168. https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1244621.

32. Limiri, DM (2025). The Impact of Long Wait Times on Patient Health Outcomes: The Growing NHS Crisis. *Premier Journal of Public Health*. 2025;3:100020. https://doi.org/10.70389/PJPH.100020.

33. Moscelli, G, Siciliani L, Tonei V (2016). Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. *Social Science & Medicine*. 2016;161:151-159.

34. Wang, D, Liu C, Zhang X (2020). Do Physicians' Attitudes towards Patient-Centered Communication Promote Physicians' Intention and Behavior of Involving Patients in Medical Decisions? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17:6393. https://doi.org/10.3390/ijerph17176393.

35. Sturm, H, Julia W, Borges FT et coll. (2025). Patient's Perception of Primary Health Care Provision With Respect to Access, Continuity and Coordination—InCept: An International Qualitative Perspective. *The International Journal of Health Planning and Management.* 2025;40:538-548.

36. Østbye Roos AK, Skaug EA, Helgesen AK (2023). The Importance of Being Taken Care of—Patients' Experience with the Quality of Healthcare in a Norwegian Hospital. *Nursing Reports*. 2023;13:1742-1750. https://doi.org/10.3390/nursrep13040144.

37. Ku, GMV, van de Put W, Katsuva D et coll. (2024) Quality of care for chronic conditions: identifying specificities of quality aims based on scoping review and Delphi survey. *Global Health Action*. 2024;17(1):2381878. https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2381878.

38. McColl, MA, Aiken A, Schaub M. (2015). Do People with Disabilities Have Difficulty Finding a Family Physician? *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2015;12:4638-4651. https://doi.org/10.3390/ijerph120504638.

39. Stone, EM, Bonsignore S, Crystal S, Samples H (2025). Disabled Patients' Experiences of Healthcare Services in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Health Services Research.* 2015;60(4):e14598. https://doi.org/10.1111/1475-6773.14598.

40. Shumer, G, Chen D, Holkeboer J et coll. (2025). Convenience or Continuity: When Are Patients Willing to Wait to See Their Own Doctor? *Annals of Family Medicine*. 2025;23(2):151-157. https://doi.org/10.1370/afm.240299.

41. Nowak, DA, Sheikhan NY, Naidu SC et coll. (2021). Why does continuity of care with family doctors matter? Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives, *Canadian Family Physician* / *Le Médecin de famille canadien.* 2021;67(9):679-688. https://doi:10.46747/cfp.6709679.

42. Campbell, K, Greenfield G, Li E et coll. (2023). The Impact of Virtual Consultations on the Quality of Primary Care: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 2023;25:e48920. https://doi.org/10.2196/48920.

43. Crook, RL, Iftikhar H, Moore S et coll. (2022) A comparison of in-person versus telephone consultations for outpatient hospital care, *Future Healthcare Journal*. 2022;9(2):154-160.

44. Fisher, RJ, Katz JE (2000). Social-Desirability Bias and the Validity of Self-Reported Values. *Psychology & Marketing*. 2000; 17(2)105-120.

45. Lira, B, O'Brien JM, Peña PA et coll. (2022). Large studies reveal how reference bias limits policy applications of self-report measures. *Scientific Reports. 2022;*12:19189. https://doi.org/10.1038/s41598-022-23373-9.