

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ

Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011

Utilisation des services de santé
et des services sociaux par les
personnes avec un problème
de santé de longue durée

Volume 4



Pour tout renseignement concernant l'ISQ
et les données statistiques dont il dispose,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : 418 691-2401

ou

Téléphone : 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Ce document est disponible seulement
en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
1^{er} trimestre 2014
ISBN 978-2-550-69648-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle
est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm.

Janvier 2014

AVANT-PROPOS

Dans la majeure partie des pays industrialisés, le nombre de personnes présentant une limitation d'activités ou encore une maladie chronique est en nette progression, notamment en raison du vieillissement de la population. La capacité de disposer d'une information statistique fiable et objective sur ces thèmes est d'autant plus importante que la combinaison de limitations sensorielles, motrices ou cognitives et de comorbidité chronique associée à des conditions de vie moins favorables sur le plan matériel ou social, fait en sorte que les besoins en matière de services sont complexes et que la manière d'y répondre pose de nombreux défis à tout système de santé.

C'est en réponse aux besoins d'information du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son réseau que l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) a été réalisée en 2010-2011. Fruit d'une collaboration entre les divers acteurs du domaine de la santé et les spécialistes en enquête et en analyse des données sur la santé de l'Institut de la statistique du Québec, l'EQLAV 2010-2011 illustre bien la capacité à mettre en commun le savoir et l'expertise permettant de préparer le Québec de demain.

Sans la générosité de plus de 24 000 personnes ayant participé à l'EQLAV à la suite d'une première entrevue téléphonique effectuée dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), plusieurs des questions soulevées par l'analyse des données n'auraient pu trouver de réponse. Nous tenons à les remercier de nous avoir fait part de leur expérience afin de construire notre connaissance des besoins populationnels dans le domaine de l'organisation et de la gestion des services de santé et des services sociaux.

Ce volume s'ajoute à deux portraits statistiques des populations ciblées dans l'EQLAV 2010-2011 diffusés en 2013 et consacrés aux personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité et aux personnes âgées de 65 ans et plus, avec ou sans incapacité ou problème de santé de longue durée. Nous sommes convaincus que ces analyses, basées sur des méthodes rigoureuses et répondant à des normes de qualité élevée, viendront soutenir les efforts consentis pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux personnes ciblées et la mise en place de nouveaux services et de nouvelles mesures de soutien adaptés aux besoins de ces populations. Nous osons également croire que la richesse des données de l'EQLAV – associée à celle des données de l'EQES, à laquelle l'EQLAV est rattachée – sera mise à profit par les chercheurs et les étudiants, afin que le développement des connaissances en matière d'analyse de la performance du système de santé du Québec puisse continuer à progresser.

Le directeur général



Stéphane Mercier

Cette publication a été réalisée par :	Linda Cazale, Claire Fournier, Marcel Godbout, Ariane Dubé-Linteau, Gaétane Dubé et Maxime Murphy Institut de la statistique du Québec
Avec la collaboration de :	Chantale Lecours et Marie-Eve Tremblay Institut de la statistique du Québec
Avec l'assistance technique de :	Katlyn Thibodeau, Valeriu Dumitru, au traitement et à la validation des données Kate Dupont, à la vérification des chiffres Institut de la statistique du Québec
Membres du comité de lecture :	Valérie Émond Institut national de santé publique du Québec Rana Farah et Viviane Cantin Ministère de la Santé et des Services sociaux Ghyslaine Neill, Patricia Caris et Robert Courtemanche Institut de la statistique du Québec
Sous la coordination de :	Jasline Flores Institut de la statistique du Québec
Ont assuré la révision linguistique et l'édition :	Micheline Lampron, à la révision linguistique Claudette D'Anjou, à l'édition Institut de la statistique du Québec
Enquête financée par :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Office des personnes handicapées du Québec Institut de la statistique du Québec
Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :	Direction des statistiques de santé Institut de la statistique du Québec 1200, avenue McGill College, bureau 500 Montréal (Québec) H3B 4J8 Téléphone : 514 873-4749 ou 1 800 463-4090 (sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis) Télécopieur : 514 864-9919 Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée pour le volume

CAZALE, Linda, Claire FOURNIER, Marcel GODBOUT, Ariane DUBÉ-LINTEAU, Gaëtane DUBÉ et Maxime MURPHY (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée*, Volume 4, Québec, Institut de la statistique du Québec, 195 p.

Citation suggérée pour un chapitre

CAZALE, Linda (2014). « Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés », dans *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée*, Volume 4, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 165-176.

Avertissements

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties. Afin de faciliter la lecture des résultats, les proportions de 5 % et plus sont généralement arrondies à l'unité dans le texte. L'absence d'astérisque dans les tableaux ou figures signifie que toutes les estimations ont une bonne précision ($CV \leq 15\%$).

Signes conventionnels

*	Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
**	Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
..	Donnée non disponible
...	N'ayant pas lieu de figurer
x	Donnée confidentielle (risque de divulgation en raison de petits nombres)
—	Néant ou zéro
—	Donnée infime
CV	Coefficient de variation
Pe	Population estimée
k	En milliers

Note : Le genre masculin est utilisé dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV) est le fruit des efforts de personnes dont la compétence et l'engagement ont permis d'atteindre les objectifs visés. Des premières séances de travail, en 2007, jusqu'à la publication de ce volume, nous avons pu compter sur leur collaboration, et nous les en remercions vivement.

Tout au long de la réalisation du projet, nous avons bénéficié de l'expertise et du soutien de tous ceux qui, à un moment ou à un autre, ont participé aux travaux du comité d'orientation de projet (COP). Nos remerciements s'adressent en premier lieu à Patricia Caris et Harold Côté, de la Direction des études et des analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui ont assuré successivement la coprésidence du comité. D'autres personnes ayant œuvré au MSSS à un moment ou à un autre ont également apporté une importante contribution en cours de projet : nous pensons particulièrement à Madeleine Rochon, Hélène VanNieuwenhuysse, Jean-Pierre Piché et Esther Létourneau. Mentionnons aussi la participation de Réjean Hébert aux activités du COP, alors qu'il était doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke. Nous saluons de même les efforts des membres du comité qui ont fait partie des divers groupes de travail qui ont effectué les recherches et les consultations nécessaires, lesquelles ont permis d'appuyer les décisions relatives aux objectifs et au contenu de l'enquête. Nos remerciements s'adressent également aux personnes qui, par leurs commentaires pertinents et constructifs, ont contribué à la qualité des analyses présentées dans ce volume et des autres à venir. Nous souhaitons ainsi exprimer toute notre reconnaissance à :

- François Béland, du Département d'administration de la santé, à l'Université de Montréal;
- Howard Bergman, du Département de médecine, à l'Université McGill;
- Viviane Cantin, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Lucie Dugas, de l'Office des personnes handicapées du Québec;
- Manon Duhamel, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Isabelle Émond, de l'Office des personnes handicapées du Québec;
- Julie Filion, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Patrick Fougeyrollas, de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec;
- William Murray, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Michel Préville, du Département des sciences de la santé communautaire, à l'Université de Sherbrooke;
- Johanne Rhainds, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Alain Saucier, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Christina Wolfson, du Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, à l'Université McGill.

Nous profitons de l'occasion pour souligner la contribution exceptionnelle de Madeleine Rochon du MSSS, qui n'a ménagé aucun effort afin que l'élaboration de cette enquête soit en mesure de répondre aux nombreux défis de ce ministère en matière d'organisation des services. Nous la remercions tout particulièrement pour la générosité avec laquelle elle a su partager son expertise sur les questions liées au vieillissement et aux maladies chroniques.

On ne peut passer sous silence l'apport des organisations suivantes, qui ont autorisé l'utilisation de questions ou d'instruments de mesure aux fins de l'EQLAV. Nous sommes tout particulièrement redevables à Statistique Canada et au Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). Un merci spécial va à Patrick Fougeyrollas et à Julie Tremblay, de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, ainsi qu'à Francis Charrier du RIPPH. Ces personnes ont mis leur expertise au service de l'enquête en contribuant étroitement à l'adaptation téléphonique, pour l'EQLAV, de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) conçu par le RIPPH dans le but de mesurer la participation sociale des personnes ayant une incapacité.

Il va sans dire que le développement et la réalisation d'une enquête de cette envergure nécessitent la contribution d'une équipe qui consacre temps et énergie à assurer le succès du projet. À l'Institut, la qualité de l'enquête repose sur la compétence de professionnels, de techniciens et de fonctionnaires qui, par leur engagement, la rigueur constante avec laquelle ils ont travaillé et leur participation aux travaux du COP ou de divers groupes de travail, ont contribué largement à l'atteinte des objectifs visés. Nous tenons ainsi à remercier : Robert Courtemanche, Marcel Godbout, Marie-Ève Tremblay, Luc Belleau et Katlyn Thibodeau, de la Direction de la méthodologie et de la qualité; Nathalie Audet et Valeriu Dumitru, de la Direction des enquêtes longitudinales et sociales; Joëlle Poulin, Sophie Bérubé, Charles Alleyn, Marie-Claude Giguère et l'équipe des intervieweurs et superviseurs de la centrale téléphonique, de la Direction des stratégies et des opérations de collecte; Danielle Laplante et Claudette D'Anjou, de la Direction des communications, ainsi que Claire Fournier, Jocelyne Camirand, Rosanna Baraldi, Linda Cazale, Ariane Dubé-Linteau et Chantale Lecours, de la Direction des statistiques de santé. Merci également à notre ancienne collègue Brigitte Beauvais.

Enfin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à Ghyslaine Neill, directrice des statistiques de santé à l'Institut, qui, en tant que coprésidente au moment de la création du COP, a consolidé les assises de l'enquête lors de son développement et a appuyé le projet tout au long de sa réalisation. Nos remerciements s'adressent aussi à la haute direction de l'Institut pour la confiance qui a été accordée à l'équipe de projet pour l'accomplissement de son mandat.

Jasline Flores,
Coprésidente du comité d'orientation de projet
Institut de la statistique du Québec

TABLE DES MATIÈRES

27	Introduction	
31	Retour sur les aspects méthodologiques de l'enquête	
35	PARTIE 1	Population de 15 ans et plus avec un problème de santé de longue durée au Québec
37	Chapitre 1	Caractéristiques sociodémographiques et économiques
40	1.1	Répartition des populations avec et sans problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge
41	1.2	Fait de vivre seul
42	1.3	Niveau de revenu du ménage
45	Annexe A : Tableaux et figures complémentaires	
53	Chapitre 2	Prévalence des problèmes de santé de longue durée
55	2.1	Présence et nombre de problèmes de santé de longue durée
57	2.2	Types de problèmes de santé de longue durée
59	2.3	Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée selon la région sociosanitaire
61	PARTIE 2	Caractéristiques liées à la santé des personnes avec un problème de santé de longue durée
63	Chapitre 3	Caractéristiques de l'état de santé
65	3.1	Nombre de problèmes de santé de longue durée
67	3.2	Types de problèmes de santé de longue durée
71	3.3	Perception de l'état de santé
71	3.3.1	Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge

72	3.3.2	Perception de l'état de santé selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
73	3.3.3	Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques liées à la santé
75	3.4	Incapacité
75	3.4.1	L'incapacité selon le sexe et l'âge
77	3.4.2	L'incapacité selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
78	3.4.3	L'incapacité selon certaines caractéristiques liées à la santé

81 **Chapitre 4 Consommation de médicaments prescrits**

82	4.1	Consommation actuelle de médicaments prescrits
83	4.2	Non-observance de la posologie et motifs de non-respect
85	4.3	Nombre de médicaments différents consommés
85	4.3.1	Nombre de médicaments différents consommés selon le sexe et l'âge
86	4.3.2	Nombre de médicaments différents consommés selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
86	4.3.3	Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques liées à la santé

89 **PARTIE 3 Utilisation des services de santé et des services sociaux**

91 **Chapitre 5 Médecin de famille et endroit habituel de soins**

93	5.1	Affiliation à un médecin de famille
93	5.1.1	Affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge
94	5.1.2	Affiliation à un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
95	5.1.3	Affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé
97	5.1.4	Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge
99	5.1.5	Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
100	5.1.6	Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

102	5.2	Endroit habituel de soins
102	5.2.1	Endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge
103	5.2.2	Endroit habituel de soins selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
104	5.2.3	Endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé
105	5.2.4	Type d'endroit habituel de soins
106	5.3	Consultation auprès du médecin de famille et besoin non comblé
107	5.3.1	Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge
108	5.3.2	Consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
109	5.3.3	Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé
111	5.3.4	Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge
113	5.3.5	Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
114	5.3.6	Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé
115	5.3.7	Expérience vécue lors du plus récent épisode de besoin de consulter le médecin de famille

117 Chapitre 6 Médecins spécialistes

119	6.1	Suivi régulier et consultation auprès d'un médecin spécialiste
119	6.1.1	Suivi régulier par un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge
121	6.1.2	Suivi régulier par un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à la santé
122	6.1.3	Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge
123	6.1.4	Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
124	6.1.5	Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à la santé
127	6.2	Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste
128	6.2.1	Besoin non comblé selon le sexe et l'âge
129	6.2.2	Besoin non comblé selon certaines caractéristiques liées à la santé
131	6.2.3	Suivi régulier et besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste

133 Chapitre 7 Autres professionnels de la santé et des services sociaux

135	7.1	Suivi régulier et consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux
136	7.1.1	Suivi régulier selon le sexe et l'âge
136	7.1.2	Suivi régulier selon le niveau de revenu du ménage
137	7.1.3	Suivi régulier selon certaines caractéristiques liées à la santé
138	7.1.4	Avoir payé les frais de consultation selon le sexe et l'âge
139	7.2	Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux
139	7.2.1	Besoin non comblé de consultation selon le sexe et l'âge
140	7.2.2	Besoin non comblé de consultation selon le fait de vivre seul, le niveau de revenu du ménage et certaines caractéristiques liées à la santé

143 Chapitre 8 Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers du CLSC

145	8.1	Services hospitaliers
145	8.1.1	Services hospitaliers selon le sexe et l'âge
147	8.1.2	Services hospitaliers selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
148	8.1.3	Services hospitaliers selon certaines caractéristiques liées à la santé
150	8.1.4	Fréquence des services hospitaliers reçus
152	8.2	Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoins non comblés
152	8.2.1	Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoins non comblés de ces services selon le type de service hospitalier, le sexe et l'âge
154	8.2.2	Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge
155	8.2.3	Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
156	8.2.4	Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à la santé

159	8.2.5	Initiateur des démarches afin de recevoir des services à domicile
160	8.2.6	Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge
162	8.2.7	Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
162	8.2.8	Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à la santé
165	Chapitre 9	Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés
168	9.1	Soins de santé à domicile
168	9.1.1	Soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge
169	9.1.2	Soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
169	9.1.3	Soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé
170	9.1.4	Sources de paiement des soins de santé à domicile
172	9.1.5	Fréquence de soins de santé à domicile
173	9.2	Besoin non comblé de soins de santé à domicile
173	9.2.1	Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge
174	9.2.2	Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage
174	9.2.3	Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé
177	Chapitre 10	Besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux
181	Conclusion	
193	Références bibliographiques	

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

PARTIE 1 Population de 15 ans et plus avec un problème de santé de longue durée au Québec

Chapitre 1 Caractéristiques sociodémographiques et économiques

Tableau 1.1

Répartition selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 40

Tableau 1.2

Fait de vivre seul selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 41

Tableau 1.3

Niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 42

Tableau A1.1

Statut d'immigration selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 45

Tableau A1.2

Composition du ménage selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 46

Tableau A1.3

Occupation principale selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 47

Tableau A1.4

Niveau de scolarité selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 48

Tableau A1.5

Indice de défavorisation matérielle selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 50

Tableau A1.6

Zone de résidence selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 52

Chapitre 2 Prévalence des problèmes de santé de longue durée

Tableau 2.1

Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 55

Tableau 2.2

Prévalence d'au moins un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 56

Tableau 2.3

Prévalence des types de problèmes de santé de longue durée selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 57

Tableau 2.4

Prévalence des types de problèmes de santé de longue durée selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 59

Tableau 2.5

Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 60

PARTIE 2 Caractéristiques liées à la santé des personnes avec un problème de santé de longue durée

Chapitre 3 Caractéristiques de l'état de santé

Tableau 3.1

Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de longue durée, Québec, 2010-2011 65

Tableau 3.2

Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 66

Tableau 3.3

Proportion de personnes présentant certains types de problèmes de santé de longue durée selon le sexe, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 67

Tableau 3.4

Proportion de personnes présentant certains types de problèmes de santé de longue durée selon l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 68

Tableau 3.5

Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le type de problème, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011. 70

Tableau 3.6

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 71

Tableau 3.7

Proportion de personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 72

Tableau 3.8

Perception de l'état de santé selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 74

Tableau 3.9

Gravité de l'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 75

Tableau 3.10

Gravité de l'incapacité selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 77

Tableau 3.11

Gravité de l'incapacité selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 79

Chapitre 4 Consommation de médicaments prescrits

Tableau 4.1

Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 82

Tableau 4.2

Proportions de personnes ayant consommé des médicaments prescrits en moins ou en surplus selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée consommant des médicaments prescrits, Québec, 2010-2011 84

Tableau 4.3

Nombre de médicaments différents consommés selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 85

Tableau 4.4

Nombre de médicaments différents consommés selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 86

Tableau 4.5

Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 87

PARTIE 3 Utilisation des services de santé et des services sociaux

Chapitre 5 Médecin de famille et endroit habituel de soins

Tableau 5.1

Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011. 93

Tableau 5.2

Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 94

Tableau 5.3

Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 95

Tableau 5.4

Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 96

Tableau 5.5

Proportion de personnes n'ayant pas de médecin de famille selon le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 97

Tableau 5.6

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 98

Tableau 5.7

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 99

Tableau 5.8

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 100

Tableau 5.9

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 101

Tableau 5.10

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011. 102

Tableau 5.11

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 103

Tableau 5.12

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon la gravité de l'incapacité, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 104

Tableau 5.13

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011. 104

Tableau 5.14

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 105

Tableau 5.15

Type d'endroit habituel de soins, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011 106

Tableau 5.16

Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 107

Tableau 5.17

Consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 108

Tableau 5.18

Consultation auprès du médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011. 109

Tableau 5.19

Consultation au moins une fois auprès du médecin de famille selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 111

Tableau 5.20

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011. 112

Tableau 5.21

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 113

Tableau 5.22

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 114

Tableau 5.23

Proportion de personnes ayant pu consulter leur médecin de famille lors du dernier épisode de besoin de consultation, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste et ayant eu besoin de le consulter au moins une fois, Québec, 2010-2011 115

Chapitre 6 Médecins spécialistes

Tableau 6.1

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 119

Tableau 6.2

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 121

Tableau 6.3

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec problèmes de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 122

Tableau 6.4

Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 123

Tableau 6.5

Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 123

Tableau 6.6

Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 125

Tableau 6.7

Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 126

Tableau 6.8

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 . . . 127

Tableau 6.9

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon certains types de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 130

Tableau 6.10

Proportion de personnes suivies régulièrement par un médecin spécialiste et proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 131

Chapitre 7 Autres professionnels de la santé et des services sociaux

Tableau 7.1

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le type de professionnel, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 135

Tableau 7.2

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 136

Figure 7.1

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 137

Tableau 7.3

Proportion de personnes ayant payé pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de longue durée suivie régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux, Québec, 2010-2011 138

Tableau 7.4

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 . . . 139

Tableau 7.5

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 140

Chapitre 8 Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers du CLSC

Tableau 8.1

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 146

Tableau 8.2

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 147

Tableau 8.3

Fréquence des services hospitaliers reçus selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011. . . 151

Tableau 8.4

Proportions de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC ou ayant eu un besoin non comblé à cet égard selon le type de service hospitalier, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 153

Tableau 8.5

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 155

Tableau 8.6

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 156

Tableau 8.7

Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011 159

Tableau 8.8

Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC, selon le type de service hospitalier, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011 . 160

Tableau 8.9

Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 161

Chapitre 9 Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés

Tableau 9.1

Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 . . . 168

Tableau 9.2

Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 169

Tableau 9.3

Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 170

Tableau 9.4

Proportion de personnes selon les sources de paiement pour les soins de santé à domicile, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile, Québec, 2010-2011 171

Tableau 9.5

Nombre de mois de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile, Québec, 2010-2011 172

Tableau 9.6

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 173

Tableau 9.7

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 174

Tableau 9.8

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 175

Chapitre 10 Besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux

Tableau 10.1

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé pour divers soins de santé ou services sociaux selon l'âge, population de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 179

Liste des figures

PARTIE 1 Population de 15 ans et plus avec un problème de santé de longue durée au Québec

Chapitre 1 Caractéristiques sociodémographiques et économiques

Figure 1.1

Proportion de personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu selon l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 43

Figure 1.2

Niveau de revenu du ménage selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 44

Figure A1.1

Niveau de scolarité selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011. 49

Figure A1.2

Indice de défavorisation matérielle selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 51

Figure A1.3

Indice de défavorisation sociale selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 51

PARTIE 2 Caractéristiques liées à la santé des personnes avec un problème de santé de longue durée

Chapitre 3 Caractéristiques de l'état de santé

Figure 3.1

Perception de l'état de santé selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 73

Figure 3.2

Gravité de l'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 76

Figure 3.3

Gravité de l'incapacité selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 78

Chapitre 4 Consommation de médicaments prescrits

Figure 4.1

Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011. 83

PARTIE 3 Utilisation des services de santé et des services sociaux

Chapitre 5 Médecin de famille et endroit habituel de soins

Figure 5.1

Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 95

Figure 5.2

Consultation auprès du médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 110

Figure 5.3

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 113

Chapitre 6 Médecins spécialistes

Figure 6.1

Proportions d'hommes et de femmes suivis régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon l'âge, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 120

Figure 6.2

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 121

Figure 6.3

Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 124

Figure 6.4

Proportion d'hommes et de femmes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon l'âge, population de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 . . . 128

Figure 6.5

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 129

Chapitre 7 Autres professionnels de la santé et des services sociaux

Figure 7.2

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 141

Chapitre 8 Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers du CLSC

Figure 8.1

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 . . . 148

Figure 8.2

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service et le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 149

Figure 8.3

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service et la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 150

Figure 8.4

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 157

Figure 8.5

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le nombre de problèmes de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 157

Figure 8.6

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 158

Figure 8.7

Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 163

Figure 8.8

Proportions des personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 164

Chapitre 9 Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés

Figure 9.1

Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 169

Figure 9.2

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011. 174

INTRODUCTION

Vivre avec une maladie chronique – comme l’arthrite, le diabète ou une maladie cardiaque – c’est apprendre à composer avec un problème de santé, stable ou évolutif, nécessitant un suivi médical mais ne pouvant souvent pas être guéri. Dans bien des cas, sa progression ou les symptômes qu’il entraîne peuvent être contrôlés grâce à une médication ou un traitement approprié ou encore par des changements dans les habitudes de vie. Il est généralement établi que les maladies chroniques résultent de l’interaction entre des facteurs de risque non modifiables (comme les processus biologiques liés à la génétique ou au vieillissement) et d’autres facteurs individuels (par exemple, la sédentarité et le tabagisme) ou environnementaux (comme l’exposition à certains contaminants et la mauvaise qualité de l’air), susceptibles d’être modifiés (Bélanger et autres, 2012; Commissaire à la santé et au bien-être, 2010a; Galarneau et Rochette, 2010; Lévesque et autres, 2009).

Les maladies chroniques voient leur prévalence augmenter en fonction de l’âge. C’est donc dire qu’avec le vieillissement de la population et l’espérance de vie qui augmente, de plus en plus de personnes vivront de plus en plus longtemps avec au moins un problème de cette nature au Québec (Émond, 2011). Les besoins croissants associés à ces problèmes de santé posent plusieurs défis pour le système sociosanitaire, d’autant plus qu’une proportion non négligeable d’individus en cumulent plus d’un (Bélanger et autres, 2012; Cazale et autres, 2008; Conseil canadien de la santé, 2007; Fortin et autres, 2010). Ainsi, les répercussions des problèmes de santé chroniques sont lourdes, tant pour les personnes atteintes (notamment sur le plan de la qualité de vie et des limitations d’activités qui peuvent en découler) que pour le système de santé et des services sociaux, dont les ressources sont mises sous pression.

L’*Enquête québécoise sur les limitations d’activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) a été menée en 2010-2011 dans le but de faire un portrait statistique de l’utilisation des services de santé et des services sociaux par certaines populations considérées comme potentiellement vulnérables et de leurs besoins non comblés à cet égard. Parmi ces populations figure celle ayant au moins un problème de santé de longue durée¹, à laquelle est consacré le présent volume². L’EQLAV a été réalisée par l’Institut de la statistique du Québec suivant un mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). En permettant la production de données statistiques à l’échelle provinciale et régionale, cette enquête d’envergure contribue à l’effort de suivi de certains aspects de la performance du système de santé au Québec.

Ici comme ailleurs, une réflexion en profondeur a eu lieu au cours des dernières décennies quant à la stratégie à adopter en matière de santé et de bien-être de la population, principalement à l’égard de l’organisation et de la performance du système de santé et de services sociaux. Cette réflexion a été marquée au début des années 2000 par les travaux de la commission Clair, qui ont permis de mettre en lumière des lacunes sur le plan de l’organisation des services de santé (par exemple, quant à l’accessibilité, la continuité et la coordination des services), ainsi que sur celui de la gouvernance, en notant l’absence de mécanismes de suivi systématique des résultats et de la performance du système (Clair, 2000).

La réforme des services de santé et des services sociaux a été entreprise par la suite, appuyée sur deux grands principes – la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services –, et en misant sur l’intégration des services de première, deuxième et troisième lignes

-
1. Alors que l’expression « maladie chronique » est couramment utilisée dans les milieux cliniques et administratifs, l’expression « problème de santé de longue durée », accompagnée de sa définition, a été retenue dans l’EQLAV. Pour plus de détails sur cette définition, voir l’encadré *Indicateurs utilisés* situé dans le chapitre 1, à la page 38.
 2. Deux autres populations ciblées par l’EQLAV ont chacune fait l’objet d’une publication en 2013; il s’agit des personnes âgées de 15 ans avec incapacité (C. Fournier, G. Dubé, L. Cazale et autres, 2013) et des personnes âgées de 65 ans et plus, qu’elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée (C. Lecours, M. Murphy, G. Dubé et M. Godbout, 2013). Pour plus de détails sur les populations à l’étude dans l’EQLAV, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

(MSSS, 2009). Encadrée sur les plans législatif et administratif, cette réforme a vu sa phase d'implantation en bonne partie réalisée vers la fin de la décennie 2000 (MSSS, 2009). Un cadre ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux a par ailleurs été élaboré à des fins de gestion en 2012 (MSSS, 2012a).

Devant les défis posés par la hausse des problèmes de santé chroniques, l'adaptation des services de santé et des services sociaux pour répondre aux besoins particuliers des personnes atteintes s'est elle aussi imposée. La prévention et la gestion de ces problèmes constituent une priorité d'intervention (MSSS, 2010) comme en font foi le rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux du Commissaire à la santé et au bien-être (2010b) et le cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne, élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2012b). La mise en œuvre des actions prévoit, dans une perspective de continuum de soins, la participation de plusieurs acteurs oeuvrant entre autres dans les établissements de santé ou les cliniques médicales de première ligne. Elle interpelle également ceux du secteur de la santé publique pour soutenir la prévention, notamment quant au maintien de saines habitudes de vie. Elle prévoit aussi la participation des personnes atteintes. En effet, le soutien à l'autogestion et le développement de l'autonomie des personnes (par exemple, l'adhésion à la prise de médicaments, la formation, l'entretien motivationnel) comptent parmi les mesures essentielles à la bonne gestion des problèmes de santé chroniques (Bélanger et autres, 2012; Conseil canadien de la santé, 2010; Smith, 2012).

Présentation de la publication

Ce volume dresse un portrait statistique de l'utilisation des services de santé et des services sociaux et des besoins non comblés sur ce plan dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus déclarant au moins un problème de santé de longue durée vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel³. Par « problème de santé de longue durée », on entend un problème de santé physique ou mentale, diagnostiqué par un médecin, qui dure depuis au moins six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus. Les résultats présentés dans ce volume sont issus des données de l'EQLAV et de celles de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES)⁴, à laquelle l'EQLAV est rattachée⁵.

L'ouvrage compte dix chapitres répartis en trois grandes sections. La première décrit certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée ainsi que la prévalence de ces problèmes parmi l'ensemble des 15 ans et plus. La seconde partie documente les aspects de l'état de santé des personnes à l'étude, à savoir, le nombre et le type⁶ de problèmes de santé de longue durée déclarés, l'état de santé perçu de même que la présence et la gravité de l'incapacité, mettant à profit la richesse des données de l'EQLAV et de l'EQES sur ces sujets. Il y est aussi question de la consommation de médicaments prescrits et de l'observance de la posologie des médicaments. Enfin, la troisième section du volume, qui rassemble la plupart des résultats, est consacrée à l'utilisation de divers services de santé et services sociaux et aux besoins non comblés à cet égard, chez les personnes déclarant au moins un problème de

3. Cela inclut, entre autres, les personnes vivant dans les résidences privées pour aînés. Pour plus de détails sur la population visée de l'enquête, voir la section de ce volume consacrée aux aspects méthodologiques de l'enquête ou encore le chapitre 1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).
4. Pour plus de détails au sujet de cette enquête, voir M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).
5. Pour plus de détails au sujet de l'arrimage de l'EQLAV à l'EQES, voir le chapitre 1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).
6. L'EQLAV fournit des données concernant cinq types de problèmes de santé spécifiés qui comptent parmi les maladies chroniques faisant l'objet d'une surveillance particulière par le MSSS. Il s'agit de l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), du diabète, de la bronchite chronique (ou emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)), de l'hypertension et des maladies cardiaques (dont l'insuffisance cardiaque). Des données sont disponibles sur d'autres problèmes de santé, lesquelles sont regroupées sous le vocable « autres » dans ce volume mais qui pourront faire l'objet d'un examen détaillé ultérieurement. Pensons, entre autres, aux troubles mentaux (troubles de l'humeur, troubles anxieux, etc.).

santé de longue durée. Une gamme étendue de soins et services sont couverts, comme le fait d'avoir un médecin de famille ou un endroit habituel de soins, le suivi médical et psychosocial (consultation du médecin de famille, d'un médecin spécialiste ou d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux), les services hospitaliers et les services à domicile⁷. Un portrait aussi diversifié est rendu possible grâce au rattachement des données de l'EQLAV à celles de l'EQES.

Parmi les intérêts particuliers que présente l'EQLAV, mentionnons aussi le fait que cette enquête assure la production de données détaillées selon l'âge. Plusieurs indicateurs traités dans ce volume sont ainsi examinés, ce qui permet de porter un regard plus pointu sur la situation de certains groupes dans la population ayant au moins un problème de santé de longue durée. C'est le cas notamment des individus de 50 à 64 ans. On sait que divers programmes s'adressent aux personnes de ce groupe d'âge, par exemple en matière de dépistage et de gestion de certains problèmes de santé chroniques. Un portrait nuancé des besoins et de l'utilisation des services de santé par les aînés québécois peut aussi être présenté, notamment pour les 85 ans et plus, grâce au suréchantillonnage touchant les individus de cette tranche d'âge⁸. Par ailleurs, l'inclusion dans la population visée des individus vivant en ménage collectif non institutionnel – le plus souvent des aînés, davantage susceptibles d'avoir un ou plusieurs problèmes de santé –, contribue elle aussi à préciser la situation des personnes au-delà de 65 ans.

Du côté de la mesure des besoins non comblés de soins de santé et de services sociaux, l'EQLAV présente l'avantage de fournir des informations spécifiques par type de service ou encore par type de professionnel, auxquelles s'ajoutent dans la plupart des cas des renseignements précisant si les services requis avaient été recommandés par un médecin ou par un autre professionnel de la santé et des services sociaux. Des précisions quant au lien entre les besoins non comblés et le ou les problèmes de santé de longue durée déclarés sont également présentées. À notre connaissance, la mesure des besoins non comblés de manière aussi détaillée à l'échelle populationnelle est une première au Québec.

Dans l'ensemble, on peut souligner les efforts déployés pour s'assurer que les données de l'EQLAV répondent le mieux possible aux besoins d'informations statistiques du MSSS et de son réseau, en tenant compte de la réalité québécoise en matière d'organisation et de prestation des services de santé et des services sociaux. En documentant plusieurs aspects des besoins et de l'utilisation des services, ces données constituent un maillon important du soutien informationnel nécessaire à l'évaluation de certaines dimensions de la performance du système de santé, plus particulièrement à l'égard des personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée.

7. À noter que les données concernant l'information et l'autogestion des problèmes de santé de longue durée (par exemple, les sources d'information sur le principal problème de santé de longue durée, les changements dans les habitudes de vie, le soutien professionnel et le besoin non comblé à cet égard) seront analysées et présentées dans une publication ultérieure.

8. Pour plus de précisions, voir la section consacrée aux aspects méthodologiques de l'enquête.

RETOUR SUR LES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE L'ENQUÊTE

Dans cette section, les principaux aspects de la méthodologie¹ de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) sont repris et des éléments méthodologiques propres aux sujets traités dans ce volume sont présentés. L'EQLAV est rattachée, sur le plan de la collecte de données, à l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), menée auprès des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Cette stratégie de collecte consiste à sélectionner les répondants ciblés par l'EQLAV au sein de l'échantillon de l'EQES (en fonction de leur âge et au moyen de questions visant à détecter la présence d'une incapacité ou d'un problème de santé de longue durée), pour ensuite leur administrer le questionnaire de l'EQLAV.

L'EQLAV (comme l'EQES) porte sur l'ensemble des personnes de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. Cela comprend les personnes qui vivent dans un logement privé et celles qui vivent dans un logement collectif non institutionnel (résidence privée pour aînés, couvent, etc.). Les personnes vivant dans un logement collectif institutionnel (CHSLD, prison, centre jeunesse, centre de réadaptation, etc.) ainsi que celles résidant dans les réserves indiennes ou dans les régions sociosanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne font pas partie de la population visée par l'enquête. En tout, la population visée

par l'EQLAV représente au moins 97,5 % de l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus. Mentionnons que dans cette publication, la population visée est désignée comme étant la « population âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé² ou dans un ménage collectif³ non institutionnel ».

L'EQLAV a une portée régionale, à l'exception de certains indicateurs pour lesquels les données sont produites à l'échelle provinciale. Elle permet la diffusion de statistiques de bonne précision⁴ portant sur la population âgée de 15 ans et plus pour toute proportion de 0,5 % ou plus estimée à l'échelle de la province et de 5,8 % ou plus pour les estimations au niveau régional. Les estimations présentées dans ce volume portent essentiellement sur les personnes âgées de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée. Pour les estimations portant spécifiquement sur cette sous-population, l'enquête permet la diffusion de statistiques de bonne précision à l'échelle provinciale pour toute proportion d'au moins 1,0 %.

La base de sondage utilisée pour sélectionner l'échantillon de l'enquête a été extraite du fichier des inscriptions des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Puisque l'EQLAV est arrimée à l'EQES, le plan de sondage de l'EQES a été adapté pour permettre d'atteindre ses objectifs spécifiques. Un suréchantillonnage a été nécessaire dans 7 des 16 régions sociosanitaires⁵ ainsi que chez les personnes âgées de 85 ans

1. Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques de l'enquête, voir le chapitre 1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013)).
2. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage privé est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ).
3. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage collectif est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement collectif et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ). Dans le cas de l'EQLAV, la population visée inclut les personnes vivant en ménage collectif non institutionnel et exclut celles qui sont en ménage collectif institutionnel.
4. Coefficient de variation inférieur ou égal à 10 %.
5. Afin de permettre l'atteinte des objectifs de précision des estimations pour deux des instruments de l'EQLAV, soit la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) et l'instrument mesurant l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD), tous deux destinés aux personnes avec incapacité.

et plus. La taille d'échantillon nécessaire pour obtenir le nombre attendu de répondants (46 854 personnes pour l'EQES et 25 759 personnes pour l'EQLAV) a été établie à 77 436 personnes.

La collecte des données s'est déroulée du 18 novembre 2010 au 18 décembre 2011. Environ une dizaine de jours après l'entrevue réalisée pour l'EQES, les personnes étaient recontactées pour répondre au questionnaire de l'EQLAV. La collecte s'est effectuée par entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO). La durée moyenne d'entrevue a été d'environ 20 minutes.

Le questionnaire de l'EQLAV s'adresse plus précisément aux personnes faisant partie de l'une ou l'autre des trois populations ciblées en fonction des objectifs de l'enquête, soit :

- les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité de longue durée (c'est-à-dire six mois ou plus);
- les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée (c'est-à-dire six mois ou plus);
- les personnes âgées de 65 ans et plus (avec ou sans incapacité ou problème de santé de longue durée).

Le questionnaire contient 11 sections au total : un tronc commun concerne l'ensemble des populations ciblées par l'enquête, alors que certaines sections (ou questions) s'adressent à l'une ou l'autre des trois populations. De ce nombre, cinq ont été retenues dont les thèmes sont traités dans le présent volume : nature et gravité de l'incapacité (section NG), médicaments prescrits par un médecin (section E), consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour et services à domicile posthospitaliers (section B), soins de santé à domicile (section C) et suivi médical et psychosocial (section F)⁶.

Au total, 24 772 personnes ont répondu au questionnaire de l'EQLAV (dont 20 769 ayant un problème de santé de longue durée). Le taux de réponse pondéré global à l'enquête (49 %) correspond au produit du taux de réponse pondéré à l'EQES (63 %) et du taux de réponse pondéré au questionnaire de l'EQLAV, par rapport aux répondants qui y étaient admissibles (77 %). Dans les régions sociosanitaires, les taux de réponse globaux vont de 44 % à 56 %.

Mentionnons que 1 491 des 24 772 entrevues complétées l'ont été par un tiers. Un tiers répondant remplissait le questionnaire lorsque la personne sélectionnée n'était pas en mesure de le faire, soit pour des raisons de santé (la grande majorité des cas), soit parce qu'elle ne parlait ni le français ni l'anglais. Certaines questions portant sur des perceptions ou sur un sujet personnel et délicat n'ont cependant pas été posées aux tiers répondants. Des 20 769 entrevues complétées, 1 334 l'ont été par des tiers répondant au nom d'une personne avec au moins un problème de santé de longue durée.

Toutes les estimations produites ont été pondérées afin de tenir compte, d'une part, du fait que certaines personnes avaient plus de chances d'être sélectionnées que d'autres et, d'autre part, de la non-réponse plus importante observée chez certains groupes de personnes. Pour prendre en considération le plan de sondage, des poids d'auto-amorçage (*bootstrap*) ont été utilisés dans la production des estimations de précision et des tests statistiques. La mesure de précision utilisée dans cette publication est le coefficient de variation (CV). Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont considérées comme suffisamment précises et présentées sans commentaire. Celles dont le CV est supérieur à 15 % mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (*) dans les tableaux et les figures ainsi que dans le texte, ce qui indique que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et le fait qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont d'ailleurs fournies qu'à titre indicatif.

6. Les sections dont les thèmes n'ont pas été retenues dans le présent volume sont au nombre de six. Il s'agit de la section D portant sur les services de réadaptation spécialisés en déficience physique ou intellectuelle, de la section DD portant sur les services de réadaptation spécialisés en santé mentale ou en alcoolisme et toxicomanie, de la section V concernant l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD) et de la section M, qui est une adaptation téléphonique de la version courte de la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE), toutes ces sections s'adressant aux personnes de 15 ans et plus avec incapacité. S'ajoute à cette liste la section FR portant sur certains marqueurs de fragilité, s'adressant aux personnes âgées de 65 ans et plus (avec ou sans incapacité). À l'exception des marqueurs de fragilité, ces thèmes ont été traités dans les volumes 2 et 3 de l'EQLAV portant sur la population avec incapacité et sur celle âgée de 65 ans et plus (C. Fournier, G. Dubé, L. Cazale et autres, 2013; C. Lecours, M. Murphy, G. Dubé et M. Godbout, 2013). Enfin, les données se rapportant à la section G, qui porte sur l'information et l'autogestion de la maladie chez les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, ne sont pas analysées dans le présent volume mais le seront dans une publication ultérieure.

Les résultats présentés dans ce volume ont d'abord fait l'objet d'un test global du Khi-deux afin de mesurer l'association entre la variable d'analyse et la variable de croisement. Lorsque cette association était significative au seuil de 5 % et que la variable d'analyse ou la variable de croisement comptait plus de deux catégories, des tests d'égalité des proportions ont été menés en vue de déceler les écarts les plus importants⁷. Dans le but de faire ressortir les principales différences et d'alléger le texte, la description des catégories de variables qui se distinguent significativement de toutes les autres catégories (une ou deux, selon le cas) a été privilégiée plutôt que la présentation de toutes les différences significatives. Les résultats mentionnés sont issus d'analyses de nature bivariable uniquement. Des analyses multivariées permettraient de nuancer certains résultats et de documenter des influences pertinentes entre les variables et indicateurs. La production de ce type d'analyse dépasse cependant les objectifs de cette publication.

Toutes les estimations de proportions sont présentées avec une décimale dans les tableaux et figures, mais ont été arrondies à l'unité dans le texte (sauf celles inférieures à 5 %). En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux ou figures peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. Les populations estimées (Pe) sont quant à elles arrondies à la centaine.

Des indicateurs de l'EQLAV analysés dans ce volume et touchés par une non-réponse partielle élevée ont fait l'objet d'une imputation. C'est d'abord le cas de l'indice de gravité de l'incapacité et du nombre de problèmes de santé de longue durée. Les détails de cette imputation sont présentés dans le volume 1 de l'EQLAV⁸.

Également, d'autres variables étudiées dans ce volume affichent des taux de non-réponse partielle supérieurs à 5 %. C'est le cas des questions de perception portant sur l'état de santé et sur l'appréciation du délai écoulé entre le début des démarches en vue d'obtenir une consultation auprès du médecin généraliste et le moment de cette consultation. La majeure partie de la non-réponse partielle associée à ces variables est liée aux individus

pour lesquels le questionnaire a été rempli par un tiers répondant (majoritairement des gens incapables de répondre en raison de problèmes de santé), étant donné que l'on considère que seul le répondant visé peut émettre son avis sur ces questions.

Pour ce qui est de la perception de l'état de santé, le sens du biais tend à indiquer une sous-estimation de la proportion des gens qui se perçoivent en moyen ou mauvais état de santé pour la plupart des variables étudiées, sauf celle de l'âge et celle portant sur le fait de vivre seul. Lorsque l'on estime le biais selon ces deux dernières variables, on note une légère surestimation (de 0,1 % à 0,2 %) de la part des gens se percevant en moyen ou mauvais état de santé. Tous les résultats découlant des autres variables étudiées vont dans le sens inverse, le biais potentiel le plus élevé survenant lors de l'analyse selon l'indice de gravité de l'incapacité. D'après les résultats de cette analyse, la proportion associée aux individus s'estimant en moyenne ou mauvaise santé serait sous-estimée d'environ 1,6 %. Dans le cas de la variable évaluant l'appréciation de la personne quant au délai entre le moment du début des démarches pour consulter le médecin de famille généraliste et le moment de cette consultation, les résultats de l'analyse de la non-réponse indiquent une sous-estimation d'au plus 0,3 % de la proportion des individus qui jugent le délai raisonnable.

D'autres variables encore présentent des taux de non-réponse partielle supérieurs à 5 %. C'est le cas de l'indicateur décrivant la cause de l'incapacité « un problème de santé (ou ses séquelles) » (7 %) et, chez les personnes ayant « un problème de santé (ou ses séquelles) » comme cause de leur incapacité, l'indicateur précisant le fait que celui-ci soit leur (ou l'un de leurs) problème de santé de longue durée (9 %). En ce qui concerne ces indicateurs, la non-réponse est caractérisée par l'âge du répondant. Toutefois, le biais associé est négligeable dans les deux cas (de l'ordre de 0,1 %). L'indicateur portant sur l'inscription à un Groupe de médecine de famille (GMF) a également un taux de non-réponse élevée (14 %). Dans ce cas, le taux de non-réponse partielle est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sais pas »⁹.

7. Dans le cas où la variable de croisement était la région sociosanitaire et en présence d'un test global significatif, des tests d'égalité de proportions ont été faits entre chaque région prise individuellement et son complémentaire provincial (le reste du Québec).

8. Pour plus de détails, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

9. Pour plus de détails, voir les aspects méthodologiques du volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

Mentionnons, enfin, que le seuil à partir duquel un taux de non-réponse partielle est jugé élevé passe de 5 % à 10 % pour les indicateurs portant sur des sous-populations ou des domaines très restreints. Dans ce volume, une variable est dans cette situation, soit le besoin non comblé de soins de santé à domicile touchant l'un ou l'autre des problèmes de santé de longue durée déclarés. Le taux de non-réponse partielle pour cette variable est d'environ 42 %. Ce taux élevé s'explique par une erreur dans la programmation du questionnaire; il s'ensuit que des personnes qui auraient dû être interrogées sur ce besoin n'ont pu répondre car une question (C13A ou C13B) ne leur a pas été posée. La décision ayant été prise de ne pas imputer cette variable, aucun résultat concernant le besoin non comblé de soins de santé à domicile pour l'un ou l'autre des problèmes de santé de longue durée n'est présenté dans ce volume.

Partie 1

POPULATION DE 15 ANS ET PLUS AVEC
UN PROBLÈME DE SANTÉ DE LONGUE
DURÉE AU QUÉBEC

1

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES

GAËTANE DUBÉ

Faits saillants

- En proportion, la population de 15 ans et plus déclarant un problème de santé de longue durée compte plus de femmes et de personnes âgées de 65 ans et plus que la population sans problème de santé de longue durée.
- Le fait de vivre seul touche davantage la population avec un problème de santé de longue durée.
- Dans la population avec un problème de santé de longue durée, une personne sur cinq appartient à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Les personnes âgées entre 25 et 74 ans et celles déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus se trouvent plus fréquemment dans une telle situation économiquement défavorable.

Ce chapitre décrit la population québécoise âgée de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée et vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel¹, sous l'angle de caractéristiques sociodémographiques et économiques. Il vise notamment à faire ressortir les différences à cet égard entre les populations avec et sans problème de santé de longue durée. Les caractéristiques décrites sont le sexe, l'âge, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage. Il est à noter que d'autres caractéristiques sociodémographiques et économiques sont présentées, sous formes de tableaux et de figures, en annexe. Il s'agit du statut d'immigration, de la composition du ménage, de l'occupation principale, du niveau de scolarité, de l'indice de défavorisation (matérielle et sociale) et de la zone de résidence.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir les aspects méthodologiques à la page 31.

Indicateurs utilisés

Présence et nombre de problèmes de santé de longue durée : Indicateurs de l'état de santé définis à partir d'une série de questions portant sur des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus. Ces problèmes déclarés doivent avoir été diagnostiqués par un médecin, nécessiter un suivi médical et impliquer la prise de médicaments sur une base régulière, requérir des traitements ou demander le maintien de bonnes habitudes de vie. Les blessures dues à un accident (accident de la route, blessure au travail, blessure sportive, autres blessures) ou à des mouvements répétitifs (comme une fracture ou une tendinite) et les problèmes qui en découlent sont exclus. L'indicateur « nombre de problèmes de santé de longue durée » comprend trois catégories : aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus. Le regroupement des catégories « un problème de santé » et « deux problèmes de santé ou plus » permet de créer un second indicateur déterminant la présence d'« au moins un problème de santé de longue durée » [Indicateurs construits à partir des questions Q85 à Q89 et Q91 de l'EQES pour les participants à l'EQLAV]¹.

Statut d'immigration : Indicateur sociodémographique défini à partir du lieu de naissance des personnes et de la durée de résidence au Canada pour les personnes nées à l'étranger. Il comporte trois catégories : Canadien de naissance, immigrant récent (arrivé au Canada depuis moins de 5 ans), immigrant de longue date (arrivé au Canada depuis 5 ans ou plus) [Indicateur construit à partir des questions Q116 et Q117 de l'EQES].

Composition du ménage : Indicateur sociodémographique permettant de caractériser le type de situation correspondant au logement de la personne en tenant compte de tous les membres du ménage. Un ménage est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un même logement, qu'il soit privé ou collectif non institutionnel, cet ensemble inclut notamment les personnes qui habitent dans une résidence privée pour aînés. L'indicateur comporte cinq catégories : personne vivant seule, couple sans enfant, couple avec enfant(s) (de tous les âges), famille monoparentale, autre. Cette dernière catégorie inclut principalement les ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugal ou filial (par exemple, un frère et une sœur) ou de personnes non apparentées (par exemple, des colocataires) [Indicateur établi à partir de la question Q122 de l'EQES].

Fait de vivre seul : Fait d'appartenir ou non à un ménage composé d'une seule personne [Indicateur établi à partir de la question Q122 de l'EQES].

Occupation principale : Occupation principale au moment de l'enquête. Cet indicateur socioéconomique comprend quatre catégories : en emploi, étudiant, sans emploi, retraité. Les personnes « en emploi » incluent les personnes occupant un emploi à temps plein ou partiel ainsi que celles en congé (maladie, maternité ou paternité, etc.). Les personnes « sans emploi » incluent les personnes qui reçoivent des prestations (assurance-emploi, aide sociale) et celles qui restent à la maison [Indicateur établi à partir de la question Q126 de l'EQES].

Niveau de scolarité : Plus haut niveau de scolarité que les personnes ont complété. Cet indicateur socioéconomique comporte quatre catégories : sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires. La catégorie « diplôme d'études collégiales » comprend les personnes qui détiennent un diplôme ou un certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers, d'une école de formation professionnelle ou d'un collège commercial [Indicateur établi à partir de la question Q119 de l'EQES].

Niveau de revenu du ménage : Indicateur basé sur les seuils de faible revenu qui sont des limites de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités (nourriture, logement et habillement) qu'une famille moyenne. Les seuils varient selon sept tailles de famille et cinq tailles de communauté de résidence différentes. Cette différence additionnelle vise à tenir compte de la variation du coût de la vie parmi les communautés de tailles différentes. Ces seuils sont établis par Statistique Canada². Les deux catégories de cet indicateur sont : membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu³ et membre d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu [Indicateur construit à partir des questions Q120A, Q120B, Q121 de l'EQES et du code postal⁴].

Indice de défavorisation : Indice⁵ distinguant deux formes de défavorisation dans la population âgée de 15 ans et plus : l'une est matérielle, l'autre est sociale. L'indice regroupe certains indicateurs du recensement choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé, leurs liens avec les formes matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par aire de diffusion. Ainsi, pour la dimension matérielle, les indicateurs calculés sur la base des unités territoriales (aires de diffusion) sont les suivants : la proportion de population sans certificat ou diplôme d'études secondaires, le ratio emploi/population et le revenu moyen. Cette dimension traduit principalement les variations dans la scolarité, l'emploi et le revenu. Pour la dimension sociale, les indicateurs sont : la proportion de la population vivant seule, la proportion des personnes séparées, divorcées ou veuves et la proportion de familles monoparentales. Cette dimension traduit les variations de la structure du ménage ou de la famille et de l'état matrimonial. La population est répartie en quintiles allant du plus favorisé (quintile 1) au moins favorisé (quintile 5) [Indice construit à partir du code postal⁶].

Zone de résidence : Zone géographique attribuée à la personne et déterminée à partir des données du recensement de 2006 (à partir du code postal). Cet indicateur sociodémographique se divise en trois catégories : zone urbaine (> 100 000 habitants), zone semi-urbaine (entre 10 000 et 100 000 habitants), zone rurale (< 10 000 habitants).

1. Pour plus de détails concernant ces indicateurs, voir la section 2.3.1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).
2. Pour plus de détails sur le seuil de faible revenu avant impôt, il est possible de consulter le document *Les lignes de faible revenu, 2010-2011*. [En ligne]. [<http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/75f0002m2012002-fra.htm>].
3. Revenu égal ou inférieur au seuil de faible revenu.
4. Pour plus de détails, voir M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).
5. Pour plus de détails sur l'indice de défavorisation, voir R. Pampalon, D. Hamel et P. Gamache (2009) ainsi que M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).
6. De l'imputation est nécessaire pour construire cette variable puisque l'assignation d'une aire de diffusion à partir du code postal n'est pas toujours unique. Une telle situation se produit pour environ 24 % de la population visée. Pour plus de détails, voir M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).

1.1 Répartition des populations avec et sans problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge

Toutes proportions gardées, la population de 15 ans et plus avec un problème de santé de longue durée compte plus de femmes et plus de personnes âgées de 65 ans et plus

D'après l'EQLAV 2010-2011, environ 48 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus déclare au moins un problème de santé de longue durée (tableau 1.1). Cette population compte près de 55 % de femmes, soit une proportion supérieure à celle notée dans la population n'ayant pas de problème de cette nature (47 %). En corollaire, les hommes sont proportionnellement moins nombreux dans la population avec un problème de santé de longue durée (45 % c. 53 % dans celle sans problème de santé).

Les structures d'âge de ces deux populations présentent des différences importantes (tableau 1.1). En effet, près du tiers de la population avec un problème de santé de longue durée (32 %) est âgée de 65 ans et plus, comparativement à 6 % dans la population sans problème de santé. Bien que majoritaires dans les deux populations, les personnes âgées de 15 à 64 ans sont, toutes proportions gardées, moins nombreuses dans la population avec un problème de santé de longue durée que dans celle sans problème de santé (68 % c. 94 %).

Plus précisément, ce sont les groupes d'âges des 15 à 24 ans et des 25 à 49 ans qui sont présents en plus faible proportion dans la population avec un problème de santé de longue durée que dans la population sans un tel problème de santé (15 à 24 ans : 6 % c. 23 %; 25 à 49 ans : 28 % c. 53 %). Au-delà de 50 ans, chacun des groupes d'âges étudiés est davantage représenté dans la population ayant un problème de santé de longue durée (tableau 1.1).

Tableau 1.1
Répartition selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Sexe		
Hommes	45,2	53,2
Femmes	54,8	46,8
Groupe d'âge		
15-64 ans	68,4	94,3
15-24 ans	5,8	23,2
25-49 ans	28,0	53,3
50-64 ans	34,6	17,9
65 ans et plus	31,6	5,7
65-74 ans	17,3	3,7
75-84 ans	10,5	1,5
85 ans et plus	3,8	0,4
Ensemble de la population	48,3	51,7

1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

1.2 Fait de vivre seul

Le fait de vivre seul est plus répandu dans la population avec un problème de santé de longue durée

Dans la population ayant un problème de santé de longue durée, près d'une personne sur cinq (21 %) vit seule, comparativement à un peu plus d'une sur dix (12 %) dans celle sans problème de santé de cette nature (tableau 1.2). Cet écart entre les populations est observé tant chez les hommes (17 % c. 13 %) que chez les femmes (24 % c. 11 %), de même que chez les personnes âgées de 15 à 64 ans (16 % c. 11 %).

Les données (non présentées) d'une analyse plus fine des variations selon l'âge montrent que dans la population avec un problème de santé de longue durée, le fait de vivre seul est plus répandu dans deux groupes d'âge : il s'agit des personnes de 25 à 49 ans (14 % c. 12 %, dans la population sans problème de santé) et de celles de 50 à 64 ans (20 % c. 17 %, dans la population sans problème de santé). On remarque également que 37 % des individus âgés de 75 à 84 ans vivent seuls et que cette proportion grimpe à 52 % chez ceux de 85 ans et plus. À ces âges avancés, des proportions relativement semblables de personnes dans la population sans problème de santé de longue durée sont dans la même situation de vie.

Le fait de vivre seul est également lié au nombre de problèmes de santé de longue durée² déclaré par les individus composant la population avec au moins un problème de santé³. Les données indiquent que 25 % des personnes déclarant deux problèmes ou plus, comparativement à 17 % de celles en déclarant uniquement un, vivent seules (données non présentées)⁴.

Tableau 1.2

Fait de vivre seul selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	
Avec problème de santé de longue durée	17,4
Sans problème de santé de longue durée	12,8
Femmes	
Avec problème de santé de longue durée	24,3
Sans problème de santé de longue durée	11,2
Groupe d'âge	
15-64 ans	
Avec problème de santé de longue durée	15,9
Sans problème de santé de longue durée	10,8
65 ans et plus^a	
Avec problème de santé de longue durée	32,6
Sans problème de santé de longue durée	33,0
Ensemble de la population	
Avec problème de santé de longue durée	21,2
Sans problème de santé de longue durée	12,0

1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes de 65 ans et plus vivant seules, le test d'égalité des proportions entre les personnes avec et sans problème de santé de longue durée n'est pas significatif au seuil de 5 %.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

2. Pour plus de détails sur le nombre de problèmes de santé de longue durée, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* à la page 38. Parce que l'analyse porte sur la population ayant au moins un problème de santé de longue durée, le nombre de problèmes de santé comprend deux catégories au lieu de trois, soit « un problème de santé » et « deux problèmes de santé ou plus ».
3. Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, environ la moitié (51 %) des personnes déclarent un seul problème de santé et l'autre moitié (49 %) cumulent les problèmes de cette nature. Pour plus de détails, consulter la section 3.1 du chapitre 3.
4. Ce résultat est en partie déterminé par un effet d'âge. D'abord, chez les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, le fait de vivre seul est plus répandu parmi celles qui sont âgées de 65 ans et plus. De plus, ce groupe d'âge est davantage touché par la présence de deux problèmes de santé de longue durée ou plus, ainsi qu'il est décrit au chapitre 2.

1.3 Niveau de revenu du ménage

En proportion, la population ayant un problème de santé de longue durée compte un plus grand nombre de personnes membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu

Dans la population de 15 ans et plus avec un problème de santé de longue durée, une personne sur cinq (21 %) appartient à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (tableau 1.3). À titre comparatif, 14 % de la population sans problème de santé de longue durée doit composer avec une telle situation défavorable sur le

plan économique. Cette différence entre les populations avec et sans problème de santé de longue durée en ce qui concerne le revenu du ménage s'observe autant chez les hommes (17 % c. 13 %) que chez les femmes (24 % c. 16 %), de même que dans chacun des grands groupes d'âge (15 à 64 ans : 16 % c. 14 %; 65 ans et plus : 32 % c. 26 %).

Une analyse plus fine du niveau de revenu du ménage en fonction de l'âge révèle que dans chacun des groupes examinés se situant entre 25 et 74 ans, on trouve une proportion plus élevée de personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu dans la population avec un problème de santé de longue durée

Tableau 1.3

Niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

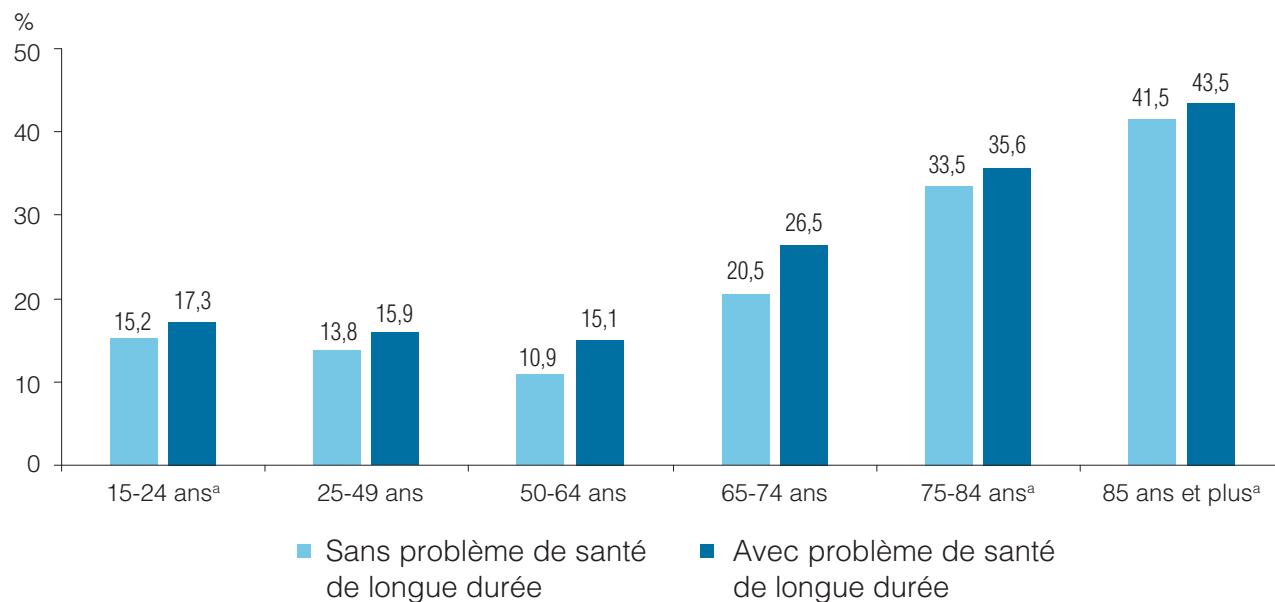
	Sous le seuil de faible revenu	Au-dessus du seuil de faible revenu
	%	
Sexe		
Hommes		
Avec problème de santé de longue durée	16,9	83,1
Sans problème de santé de longue durée	12,7	87,3
Femmes		
Avec problème de santé de longue durée	23,7	76,3
Sans problème de santé de longue durée	16,1	83,9
Groupe d'âge		
15-64 ans		
Avec problème de santé de longue durée	15,6	84,4
Sans problème de santé de longue durée	13,6	86,4
65 ans et plus		
Avec problème de santé de longue durée	31,6	68,4
Sans problème de santé de longue durée	25,6	74,4
Ensemble de la population		
Avec problème de santé de longue durée	20,7	79,3
Sans problème de santé de longue durée	14,3	85,7

1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

que dans celle sans problème de santé (figure 1.1). En ce qui concerne les groupes d'âge avancés (75 à 84 ans et 85 ans et plus), il ressort qu'au-delà du tiers des personnes doivent composer avec une telle situation économiquement défavorable. Chez ces groupes, l'enquête ne décèle toutefois pas d'écart significatif entre les populations avec et sans problème de santé de longue durée quant au niveau de revenu du ménage. Il en est de même chez les 15 à 24 ans.

Figure 1.1
Proportion de personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu selon l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

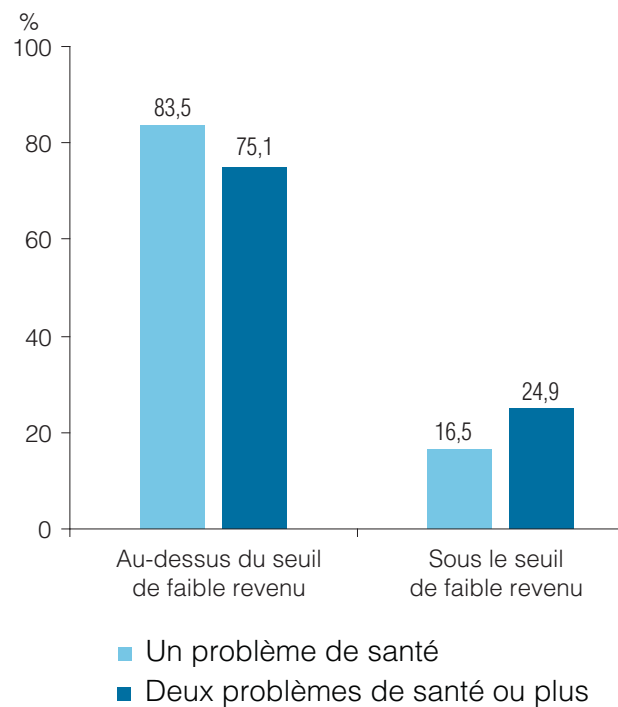
a. Pour les groupes d'âge 15-24 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus, les tests globaux du Khi-deux entre la variable « niveau de revenu du ménage » et la variable « présence d'au moins un problème de santé de longue durée » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Environ une personne sur quatre ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus est membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu

Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, le niveau de revenu du ménage est associé au nombre de problèmes de cette nature (figure 1.2). L'enquête montre qu'en comparaison de celles déclarant un problème uniquement, davantage de personnes présentant deux problèmes de santé de longue durée ou plus appartiennent à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (17 % c. 25 %).

Figure 1.2
Niveau de revenu du ménage selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

ANNEXE A : Tableaux et figures complémentaires

Tableau A1.1

Statut d'immigration selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Canadien de naissance	Immigrant récent (moins de 5 ans)	Immigrant de longue date (5 ans ou plus)
	%		
Sexe			
Hommes			
Avec problème de santé de longue durée	87,3	1,0*	11,7
Sans problème de santé de longue durée	83,2	3,6	13,3
Femmes			
Avec problème de santé de longue durée	88,9	0,9*	10,2
Sans problème de santé de longue durée	82,7	4,0	13,3
Groupe d'âge			
15-64 ans			
Avec problème de santé de longue durée	88,7	1,3	10,0
Sans problème de santé de longue durée	82,8	4,0	13,3
65 ans et plus ^a			
Avec problème de santé de longue durée	87,1	0,2**	12,7
Sans problème de santé de longue durée	85,9	x	x
Ensemble de la population			
Avec problème de santé de longue durée	88,2	0,9	10,9
Sans problème de santé de longue durée	83,0	3,8	13,3

x Donnée confidentielle.

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

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

1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes de 65 ans et plus, le test global du Khi-deux entre la variable « statut d'immigration » et la variable « présence d'au moins un problème de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Tableau A1.2

Composition du ménage selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Personne vivant seule	Couple sans enfant	Couple avec enfant(s)	Famille monoparentale	Autre ²
	%				
Sexe					
Hommes					
Avec problème de santé de longue durée	17,4	42,2	28,0	4,6	7,8
Sans problème de santé de longue durée	12,8	22,0	47,2	6,9	11,1
Femmes					
Avec problème de santé de longue durée	24,3	34,4	23,9	8,4	9,1
Sans problème de santé de longue durée	11,2	21,8	46,8	10,4	9,8
Groupe d'âge					
15-64 ans					
Avec problème de santé de longue durée	15,9	31,7	35,6	8,2	8,5
Sans problème de santé de longue durée	10,8	20,1	49,5	8,9	10,7
65 ans et plus ^a					
Avec problème de santé de longue durée	32,6	51,3	4,4	3,3	8,4
Sans problème de santé de longue durée	33,0	52,7	4,4*	2,9*	7,0
Ensemble de la population					
Avec problème de santé de longue durée	21,2	37,9	25,8	6,7	8,5
Sans problème de santé de longue durée	12,0	21,9	47,0	8,6	10,5

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

1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. La catégorie « autre » comprend les ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux (par exemple, un frère et une sœur) ou de personnes non apparentées (par exemple, des colocataires).

a. Chez les personnes de 65 ans et plus, le test global du Khi-deux entre la variable « composition du ménage » et la variable « présence d'au moins un problème de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Tableau A1.3

Occupation principale selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	En emploi	Étudiants	Sans emploi	Retraités
	%			
Sexe				
Hommes				
Avec problème de santé de longue durée	53,6	5,0	6,2	35,2
Sans problème de santé de longue durée	70,2	18,1	4,5	7,2
Femmes				
Avec problème de santé de longue durée	45,9	4,8	12,5	36,8
Sans problème de santé de longue durée	63,7	19,3	8,9	8,1
Groupe d'âge				
15-64 ans ^a				
Avec problème de santé de longue durée	69,0	7,2	11,5	12,3
Sans problème de santé de longue durée	70,5	19,8	6,6	3,1
65 ans et plus				
Avec problème de santé de longue durée	7,1	x	x	87,2
Sans problème de santé de longue durée	11,1	x	x	82,7
Ensemble de la population				
Avec problème de santé de longue durée	49,4	4,9	9,7	36,1
Sans problème de santé de longue durée	67,1	18,7	6,6	7,6

x Donnée confidentielle.

1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes âgées de 15 à 64 ans dont l'occupation principale est « en emploi », le test d'égalité des proportions entre les personnes avec et sans problème de santé de longue durée n'est pas significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Tableau A1.4

Niveau de scolarité¹ selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus² avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Sans diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études collégiales	Diplôme d'études universitaires
	%			
Sexe				
Hommes ^a				
Avec problème de santé de longue durée	29,3	21,5	23,0	26,2
Sans problème de santé de longue durée	19,1	24,4	29,7	26,8
Femmes ^b				
Avec problème de santé de longue durée	29,9	21,4	25,1	23,6
Sans problème de santé de longue durée	14,2	20,6	32,8	32,5
Groupe d'âge				
15-64 ans ^b				
Avec problème de santé de longue durée	18,8	23,6	29,3	28,3
Sans problème de santé de longue durée	14,9	22,9	32,1	30,1
65 ans et plus ^c				
Avec problème de santé de longue durée	53,5	16,7	12,7	17,1
Sans problème de santé de longue durée	48,4	17,5	15,8	18,3
Ensemble de la population				
Avec problème de santé de longue durée	29,6	21,5	24,1	24,8
Sans problème de santé de longue durée	16,8	22,6	31,2	29,4

1. Plus haut niveau de scolarité complété.

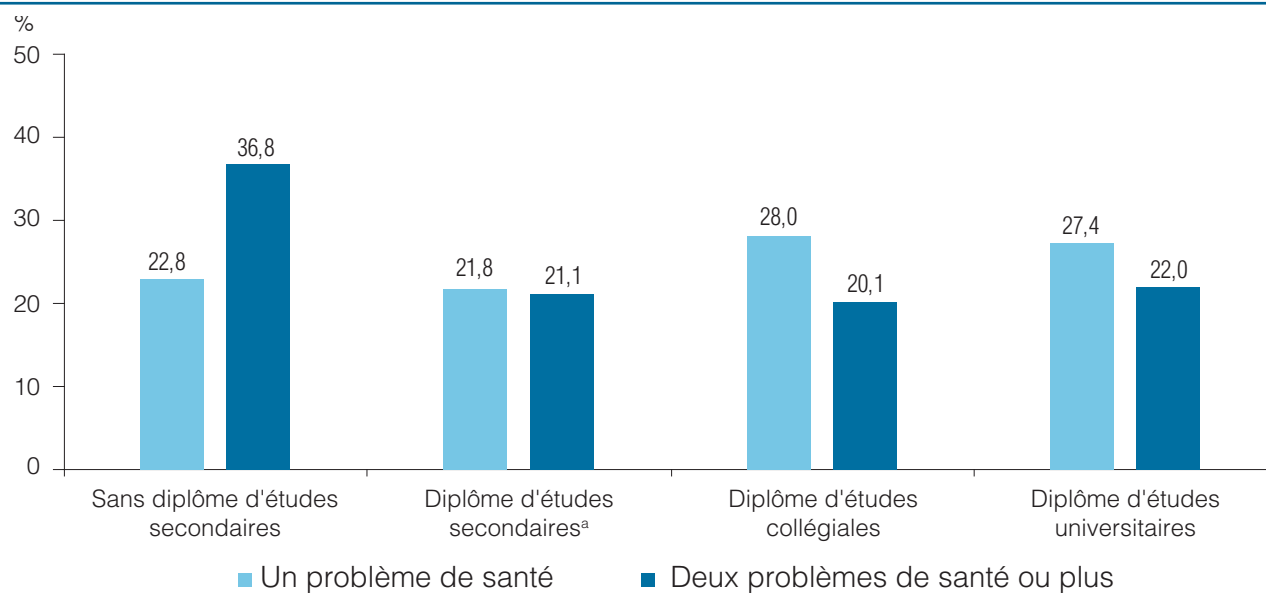
2. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

- a. Chez les hommes dont le plus haut niveau de scolarité complété est « diplôme d'études universitaires », le test d'égalité des proportions entre les personnes avec et sans problème de santé de longue durée n'est pas significatif au seuil de 5 %.
- b. Chez les femmes et les personnes âgées de 15 à 64 ans dont le plus haut niveau de scolarité complété est « diplôme d'études secondaires », les tests d'égalité des proportions entre les personnes avec et sans problème de santé de longue durée ne sont pas significatifs au seuil de 5 %.
- c. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus dont le plus haut niveau de scolarité complété est « diplôme d'études secondaires » et « diplôme d'études universitaires », les tests d'égalité des proportions entre les personnes avec et sans problème de santé de longue durée ne sont pas significatifs au seuil de 5 %.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure A1.1

Niveau de scolarité¹ selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Plus haut niveau de scolarité complété

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes dont le plus haut niveau de scolarité complété est le « diplôme d'études secondaires », le test d'égalité des proportions entre les personnes ayant un problème de santé et celles ayant deux problèmes de santé ou plus n'est pas significatif au seuil de 5%.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Tableau A1.5

Indice de défavorisation matérielle selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Quintile 1 (Très favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (Très défavorisé)
	%				
Sexe					
Hommes ^a					
Avec problème de santé de longue durée	20,5	19,6	20,8	19,7	19,4
Sans problème de santé de longue durée	21,7	21,1	19,9	19,6	17,8
Femmes ^b					
Avec problème de santé de longue durée	20,6	21,0	19,4	20,1	18,9
Sans problème de santé de longue durée	23,2	21,1	19,2	19,2	17,3
Groupe d'âge					
15-64 ans ^c					
Avec problème de santé de longue durée	21,1	20,3	19,8	19,9	19,0
Sans problème de santé de longue durée	22,4	20,9	19,6	19,6	17,4
65 ans et plus ^d					
Avec problème de santé de longue durée	19,3	20,6	20,5	20,1	19,5
Sans problème de santé de longue durée	22,0	23,6	18,0	16,8	19,6
Ensemble de la population ^e					
Avec problème de santé de longue durée	20,5	20,4	20,0	19,9	19,1
Sans problème de santé de longue durée	22,4	21,1	19,6	19,4	17,5

1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les hommes, le test global du Khi-deux entre la variable « indice de défavorisation matérielle » et la variable « présence d'au moins un problème de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Chez les femmes ainsi que chez l'ensemble de la population dont l'indice de défavorisation matérielle correspond aux quintiles 2, 3 ou 4, les tests d'égalité des proportions entre les personnes avec et sans problème de santé de longue durée ne sont pas significatifs au seuil de 5 %.

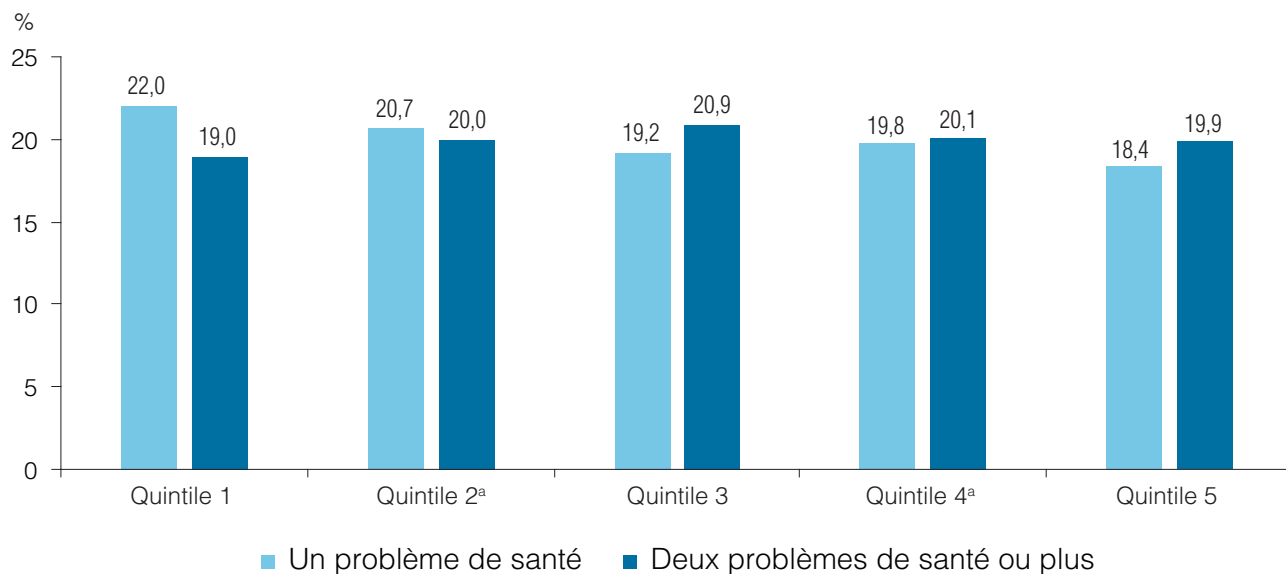
c. Chez les personnes âgées de 15 à 64 ans dont l'indice de défavorisation matérielle correspond aux quintiles 1, 2, 3 ou 4, les tests d'égalité des proportions entre les personnes avec et sans problème de santé de longue durée ne sont pas significatifs au seuil de 5 %.

d. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus dont l'indice de défavorisation matérielle correspond aux quintiles 1, 2, 3 ou 5, les tests d'égalité des proportions entre les personnes avec et sans problème de santé de longue durée ne sont pas significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure A1.2

Indice de défavorisation matérielle selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



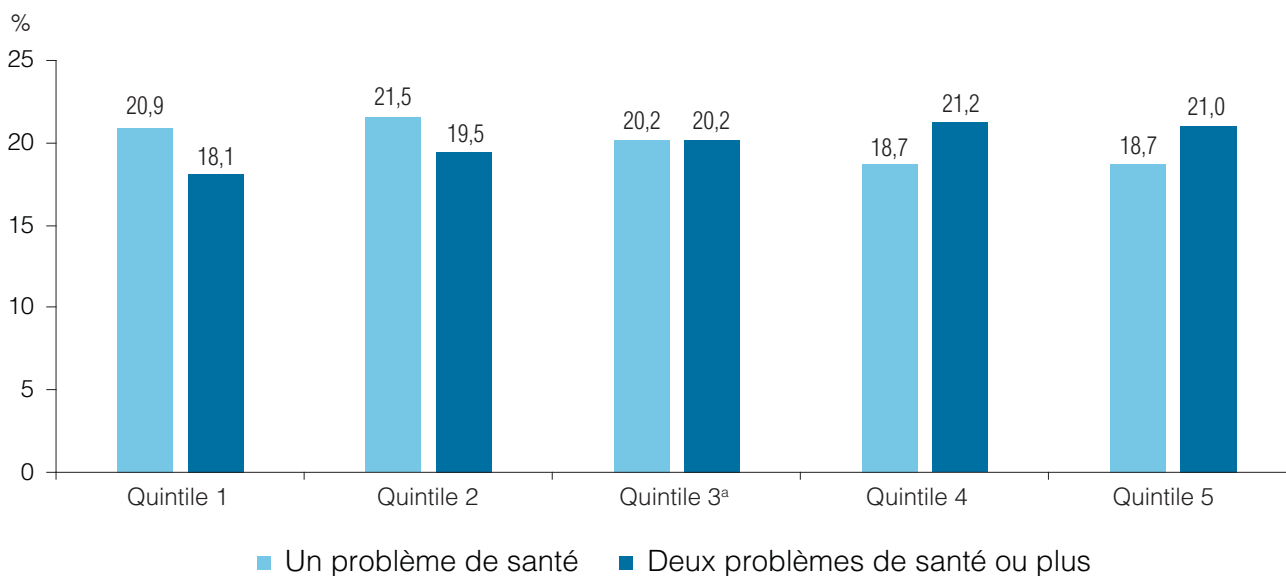
1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes dont l'indice de défavorisation matérielle correspond aux quintile 2 ou 4, les tests d'égalité des proportions entre les personnes ayant un problème de santé et celles ayant deux problèmes de santé ou plus ne sont pas significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure A1.3

Indice de défavorisation sociale selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes dont l'indice de défavorisation sociale correspond au quintile 3, le test d'égalité des proportions entre les personnes ayant un problème de santé et celles ayant deux problèmes de santé ou plus n'est pas significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Tableau A1.6

Zone de résidence selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Urbaine	Semi-urbaine	Rurale
	%		
Sexe			
Hommes			
Avec problème de santé de longue durée	66,4	12,6	21,0
Sans problème de santé de longue durée	70,8	10,7	18,5
Femmes			
Avec problème de santé de longue durée	67,4	12,5	20,1
Sans problème de santé de longue durée	71,9	10,8	17,3
Groupe d'âge			
15-64 ans			
Avec problème de santé de longue durée	68,2	12,0	19,8
Sans problème de santé de longue durée	71,7	10,6	17,7
65 ans et plus ^a			
Avec problème de santé de longue durée	64,1	13,8	22,1
Sans problème de santé de longue durée	65,1	12,0	22,9
Ensemble de la population			
Avec problème de santé de longue durée	67,0	12,5	20,5
Sans problème de santé de longue durée	71,3	10,7	18,0

1. Populations vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes de 65 ans et plus, le test global du Khi-deux entre la variable « zone de résidence » et la variable « présence d'au moins un problème de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

2

PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

CLAIRE FOURNIER et LINDA CAZALE

Faits saillants

- La présence d'au moins un problème de santé de longue durée, telle que mesurée dans l'EQLAV 2010-2011, touche environ 48 % des personnes âgées de 15 ans et plus. Chez celles de 75 ans et plus, la proportion atteint 87 %. Notons que l'enquête s'intéresse aux problèmes de santé dont la durée est de six mois ou plus.
- Lorsque l'on considère le nombre de problèmes de santé de longue durée, il ressort que près du quart (24 %) des personnes de 15 ans et plus en cumulent deux ou plus. Mentionnons que 62 % des aînés de 75 ans et plus sont dans cette situation.
- Les cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)), l'hypertension et les maladies cardiaques. S'ajoutent à cette liste d'autres problèmes de santé physique ou mentale de longue durée, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer. L'arthrite et l'hypertension s'avèrent les plus fréquemment rapportés dans la population visée (16 % et 17 %, respectivement).
- Six régions sociosanitaires affichent une prévalence d'au moins un problème de santé de longue durée supérieure lorsqu'on les compare au reste du Québec (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Côte-Nord et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine), tandis que deux autres régions présentent une prévalence inférieure (Montréal et Laval).

Ce chapitre décrit la prévalence de problèmes de santé de longue durée déclarés par la population visée dans l'EQLAV 2010-2011, soit les personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel¹. Cette population inclut notamment les personnes qui habitent dans une résidence privée pour aînés.

Dans un premier temps, les résultats concernant la prévalence des problèmes de santé de longue durée et le nombre de problèmes de santé de cette nature sont présentés. Il est utile de rappeler que les problèmes de santé de longue durée sont définis dans l'EQLAV comme des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus, diagnostiqués par un médecin, qui nécessitent un suivi médical et qui demandent de prendre des médicaments, de recevoir des traitements ou d'avoir de bonnes habitudes de vie. Sont exclus les blessures résultant d'un accident ou de mouvements répétitifs et les problèmes de santé qui en découlent. Mentionnons que l'expression « problème de santé de longue durée », accompagnée de sa définition, a été retenue aux fins de l'enquête plutôt que « maladie chronique », couramment utilisée dans les milieux clinique et administratif.

Les résultats suivants mettent en relief les prévalences observées pour cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'EQLAV, qui comptent parmi les maladies chroniques faisant l'objet d'une surveillance particulière par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2012b). Ce sont l'arthrite et le rhumatisme, le diabète, la bronchite chronique et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC),

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

l'hypertension de même que les maladies cardiaques. Ces problèmes sont aussi analysés de manière combinée, ce qui permet de décrire la proportion des personnes touchées par au moins l'un d'eux parmi l'ensemble de la population visée. La présence des problèmes de santé

de type « autres » est également abordée. Les résultats sont détaillés selon le sexe et l'âge. Le chapitre fournit également des estimations concernant la présence et le nombre de problèmes de santé de longue durée à l'échelle régionale².

Indicateurs utilisés

Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée : Indicateurs de l'état de santé définis à partir d'une série de questions portant sur des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus. Ces problèmes déclarés doivent avoir été diagnostiqués par un médecin, nécessiter un suivi médical et impliquer la prise de médicaments sur une base régulière, requérir des traitements ou demander le maintien de bonnes habitudes de vie. Les blessures dues à un accident (accident de la route, blessure au travail, blessure sportive, autres blessures) ou à des mouvements répétitifs (comme une fracture ou une tendinite) et les problèmes qui en découlent sont exclus. L'indicateur « nombre de problèmes de santé de longue durée » comprend trois catégories : aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus. Le regroupement des catégories « un problème de santé » et « deux problèmes de santé ou plus » permet de créer un second indicateur déterminant la prévalence d'« au moins un problème de santé de longue durée » [Indicateurs construits à partir des questions Q85 à Q89 et Q91 de l'EQES pour les participants à l'EQLAV]¹.

Prévalence des types de problèmes de santé de longue durée : Proportions des personnes ayant déclaré la présence des problèmes de santé de longue durée suivants : 1) arthrite (ou arthrose ou rhumatisme); 2) diabète; 3) bronchite chronique (ou emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)); 4) hypertension; 5) maladies cardiaques²; 6) autres (ce qui comprend les problèmes de santé de longue durée d'un autre type déclarés par les personnes, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer). Un autre indicateur détermine la proportion de personnes déclarant « **au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés** » (soit ceux énumérés de 1 jusqu'à 5). [Indicateurs construits à partir des questions Q85 à Q91 de l'EQES pour les participants à l'EQLAV]².

1. Pour plus de détails concernant ces indicateurs, voir la section 2.3.1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).
2. L'EQLAV permet également de documenter la proportion de personnes se disant atteintes d'insuffisance cardiaque à partir de la question Q90 de l'EQES. Il s'agit d'une sous-question à la question Q89 (de l'EQES) portant sur la présence de maladies cardiaques.

2. À l'exception des résultats concernant l'insuffisance cardiaque et les régions, les résultats de ce chapitre sont tirés de la section 2.3 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).

2.1 Présence et nombre de problèmes de santé de longue durée

Près de la moitié de la population visée par l'enquête déclare au moins un problème de santé de longue durée

Selon l'EQLAV 2010-2011, environ 48 % de la population âgée de 15 ans et plus visée par l'enquête mentionne avoir au moins un problème de santé de longue durée. Autrement dit, la présence d'au moins un problème de cette nature touche environ 3 212 900 personnes (tableau 2.1).

La proportion de personnes déclarant au moins un problème de santé de longue durée est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle croît d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre 87 % chez les aînés de 75 ans et plus

La présence d'au moins un problème de santé de longue durée est plus répandue chez les femmes (52 %) que chez les hommes (44 %) (tableau 2.1). Une variation marquée de cet indicateur est aussi notée selon l'âge. En effet, la proportion de personnes ainsi touchées est estimée à 40 % chez celles âgées de 15 à 64 ans, tandis qu'elle atteint 84 % dans le groupe des 65 ans et plus. Une analyse plus fine indique que la proportion augmente d'un groupe d'âge à l'autre, sauf chez les individus de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus, chez qui elle atteint 87 %. Par exemple, c'est environ le tiers (33 %) des personnes de 25 à 49 ans qui ont au moins un problème de santé de longue durée, comparativement à 64 % de celles de 50 à 64 ans.

Tableau 2.1
Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus	Au moins un problème de santé
	%			
Sexe				
Hommes	55,8	23,5	20,8	44,2
Femmes	47,7	25,7	26,5	52,3
Groupe d'âge				
15-64 ans	59,6	24,0	16,4	40,4
15-24 ans	80,9	15,4	3,7	19,1
25-49 ans	67,1	22,6	10,4	32,9
50-64 ans	35,6	31,2	33,1	64,4
65 ans et plus	16,1	27,4	56,6	83,9
65-74 ans	18,7	28,7	52,7	81,3
75 ans et plus	12,8	25,6	61,6	87,2
75-84 ans	13,4	26,6	60,0	86,6
85 ans et plus	11,1	22,8	66,1	88,9
Ensemble de la population	51,7	24,6	23,7	48,3
Pe (k)	3 437,8	1 637,4	1 575,5	3 212,9

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Mentionnons également que l'écart selon le sexe quant à la présence d'au moins un problème de santé de longue durée est observé dans tous les groupes d'âge (tableau 2.2)³. Même chez les aînés de 75 ans et plus, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, à déclarer au moins un problème de cette nature (89 % c. 85 %, chez les hommes).

Le fait d'avoir un seul problème de santé de longue durée concerne environ le quart des personnes de 15 ans et plus et varie peu selon l'âge

L'EQLAV fournit des informations en ce qui a trait au nombre de problèmes de santé de longue durée. Près du quart (25 %) des personnes de 15 ans et plus mentionnent un seul problème de cette nature (tableau 2.1). La proportion est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (26 % c. 23 %) ainsi que chez les personnes de 65 ans et plus, comparativement à celles âgées de 15 à 64 ans (27 % c. 24 %).

Le cumul de problèmes de santé de longue durée est un phénomène assez courant, en particulier chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Les données de l'enquête révèlent que près du quart (24 %) des personnes de 15 ans et plus présentent deux problèmes de santé de longue durée ou plus (tableau 2.1). Le cumul de problèmes de cette nature varie selon le sexe et l'âge. En effet, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à rapporter une telle situation (27 % c. 21 %). Également, si environ 16 % des personnes âgées de 15 à 64 ans ont deux problèmes de santé de longue durée ou plus, c'est le cas de plus de la moitié (57 %) des 65 ans et plus.

Une analyse plus fine indique que la proportion de personnes déclarant deux problèmes de santé ou plus augmente d'un groupe d'âge à l'autre. Mentionnons que si un tel cumul touche environ 10 % des personnes de 25 à 49 ans, c'est le cas pour le tiers (33 %) de celles de 50 à 64 ans, pour un peu plus de la moitié (53 %) des 65 à 74 ans et pour les deux tiers (66 %) des 85 ans et plus.

Tableau 2.2
Prévalence d'au moins un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

	Hommes		Femmes	
	%	Pe (k)	%	Pe (k)
Groupe d'âge				
15-64 ans	37,0	1 015,0	43,9	1 180,4
15-24 ans	16,2	83,0	22,3	104,8
25-49 ans	29,5	405,8	36,4	491,9
50-64 ans	61,6	527,3	67,1	583,4
65 ans et plus	81,5	438,4	85,9	581,0
65-74 ans	79,3	258,0	83,2	298,4
75 ans et plus	84,8	180,4	88,9	282,6
75-84 ans	84,4	140,6	88,3	196,8
85 ans et plus	86,4	39,8	90,1	85,8
Ensemble de la population	44,2	1 453,4	52,3	1 761,3

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3. Une différence minime peut être observée entre le tableau 2.1 et le tableau 2.2 concernant les estimations de population. Celle-ci s'explique par un traitement différencié de la non-réponse partielle présente pour la variable d'analyse. Pour plus de précisions sur la présentation des résultats, voir la section 1.4 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

2.2 Types de problèmes de santé de longue durée

Cette section présente les résultats concernant les cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'EQLAV. La prévalence d'autres problèmes de santé de longue durée, regroupés sous l'appellation « autres », est également abordée. Rappelons qu'une personne peut avoir plus d'un type de problème de santé de longue durée.

Près d'une personne sur trois âgée de 15 ans et plus se dit atteinte d'arthrite, de diabète, de bronchite chronique, d'hypertension ou de maladie cardiaque. Parmi ces problèmes de santé, l'hypertension et l'arthrite sont les plus répandus dans la population

Environ 17 % des personnes âgées de 15 ans et plus visées par l'enquête déclarent faire de l'hypertension et 16 %, de l'arthrite (ou de rhumatisme) (tableau 2.3). Les

maladies cardiaques sont mentionnées par 7 % de la population⁴, de même que le diabète. Enfin, 3,6 % des personnes se disent atteintes de bronchite chronique (ou de MPOC). Soulignons également que près d'une personne sur trois (32 %) rapporte au moins un de ces cinq types de problèmes de santé de longue durée (soit environ 2 109 800 personnes).

Les femmes et les hommes se distinguent quant à la prévalence des cinq types de problèmes de santé de longue durée à l'étude

Trois types de problèmes de santé de longue durée sont plus répandus chez les femmes. C'est le cas de l'arthrite (ou rhumatisme), de la bronchite chronique (ou MPOC) et de l'hypertension (tableau 2.3). À l'inverse, les hommes affichent des proportions plus élevées pour le diabète et les maladies cardiaques⁵. En considérant la présence d'au moins un de ces cinq problèmes de santé, les femmes se démarquent avec une proportion plus élevée que celle observée chez les hommes (34 % c. 29 %)⁶.

Tableau 2.3
Prévalence des types de problèmes de santé de longue durée¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	Hommes	Femmes	Ensemble de la population	
	%	%	%	Pe (k)
Arthrite / arthrose / rhumatisme	10,8	20,6	15,8	1 050,6
Diabète	7,4	6,2	6,8	454,4
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ³	3,1	4,1	3,6	242,1
Hypertension	16,0	18,7	17,4	1 155,7
Maladies cardiaques	8,0	6,1	7,0	465,5
Autres ⁴	26,2	33,1	29,7	1 975,0
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	29,2	34,2	31,7	2 109,8

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4. C'est également 1,3 % de la population de 15 ans et plus qui se dit atteinte d'insuffisance cardiaque (donnée non présentée).

5. Les hommes sont légèrement plus nombreux, en proportion, à mentionner être atteint d'insuffisance cardiaque (1,5 % c. 1,0 %, chez les femmes) (données non présentées).

6. Ce résultat peut être en partie attribuable à un effet d'âge, étant donné la plus grande longévité des femmes et l'association entre la prévalence des problèmes de santé de longue durée et l'âge.

La prévalence des cinq problèmes de santé de longue durée à l'étude augmente d'un groupe d'âge à l'autre en deçà de 65 ans. Au-delà, les variations ne sont pas toujours significatives

La prévalence des cinq types de problèmes de santé de longue durée à l'étude varie selon l'âge (tableau 2.4). Pour l'arthrite comme pour les maladies cardiaques⁷, l'augmentation des proportions de personnes concernées est graduelle et significative d'un groupe d'âge à l'autre. Mentionnons que 41 % des aînés déclarent faire de l'arthrite et 23 %, avoir une maladie cardiaque. Passé le cap des 85 ans, ces proportions s'élèvent à 50 % et à 34 %, respectivement.

Les proportions respectives de personnes déclarant la bronchite chronique (ou MPOC) et l'hypertension croissent également d'un groupe d'âge à l'autre, sauf chez celles de 75 ans et plus, qui ne se différencient pas entre elles sur ce plan. Soulignons que l'hypertension est mentionnée par près de la moitié des aînés de 75 ans et plus. Dans le cas de la bronchite chronique (ou MPOC), c'est une personne sur dix qui est touchée dans ce groupe d'âge.

Quant au diabète, une augmentation graduelle de la proportion de personnes touchées est notée entre les groupes d'âge jusqu'à celui des 65 à 74 ans, chez qui elle atteint 18 %. À partir de 65 ans, il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes d'aînés sur ce plan.

La proportion de personnes déclarant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée à l'étude varie aussi selon l'âge. L'augmentation est graduelle et significative entre chaque groupe d'âge. Signalons que près de la moitié (47 %) des personnes de 50 à 64 ans vivent une telle situation⁸. Chez les personnes de 65 à 74 ans, la proportion est de 71 %; elle est de 79 % chez celles de 75 à 84 ans et atteint 83 %, une fois le cap des 85 ans passé (tableau 2.4).

Près d'une personne sur trois mentionne des problèmes de santé de longue durée de type « autres »

Les tableaux 2.3 et 2.4 incluent aussi des résultats quant à la présence d'autres types de problèmes de santé de longue durée. Il peut s'agir de problèmes tels que l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer. Près de 30 % des personnes de 15 ans et plus déclarent ainsi avoir au moins un problème de type « autres », les femmes davantage que les hommes (33 % c. 26 %) (tableau 2.3).

La présence d'un problème de santé de longue durée de type « autres » varie selon l'âge (tableau 2.4). La proportion de personnes concernées connaît deux augmentations significatives entre les trois premiers groupes d'âge (17 % chez les 15-24 ans c. 25 % chez les 25-49 ans c. 38 % chez les 50-64 ans). Au-delà, les différences ne s'avèrent pas significatives.

7. L'insuffisance cardiaque touche 0,5 % des personnes âgées de 15 à 64 ans, comparativement à 4,9 % de celles de 65 ans et plus. Elle est faiblement rapportée chez les personnes de moins de 65 ans (0,2 %**, 25-49 ans c. 1,3 %, 50-64 ans). La proportion de personnes touchées par ce problème croît d'un groupe d'âge à l'autre chez les 65 ans et plus (3,5 %, 65-74 ans c. 5,3 %, 75-84 ans c. 10 %, 85 ans et plus) (données non présentées).

8. Parmi les cinq types de problèmes de santé désignés, l'arthrite et l'hypertension s'avèrent les plus fréquemment rapportés chez les personnes de 50 à 64 ans (23 % et 26 %, respectivement).

Tableau 2.4

Prévalence des types de problèmes de santé de longue durée¹ selon l'âge, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	15-64 ans	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
	%							
Arthrite / arthrose / rhumatisme	10,3	1,1*	5,8	22,8	40,5	37,0	43,2	50,2
Diabète	4,2	0,4**	2,2	9,5	18,7	18,1	20,1	17,7
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ³	2,3	0,8*	1,4	4,7	9,6	8,7	10,8	11,0
Hypertension	11,1	0,7**	5,7	25,6	45,8	42,9	49,0	50,8
Maladies cardiaques	3,5	0,6*	1,8	7,9	22,7	18,8	25,8	34,1
Autres ⁴	27,7	17,0	25,0	38,0	38,9	40,1	36,3	39,9
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	22,3	3,1	13,7	47,2	75,0	71,1	79,2	82,9

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

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

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

2.3 Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée selon la région sociosanitaire

L'EQLAV 2010-2011 permet également de présenter des estimations de la prévalence et du nombre de problèmes de santé de longue durée par région sociosanitaire. Au Québec, la prévalence d'au moins un problème de santé de longue durée chez les personnes de 15 ans et plus se situe entre 44 % et 57 %, selon la région (tableau 2.5).

Lorsqu'elles sont comparées au reste du Québec, les régions de Montréal et de Laval se démarquent avec une proportion plus faible de personnes dans cette situation (44 % et 45 %), tandis que six autres régions affichent au contraire une prévalence plus élevée (entre 51 % et 57 %). Ces régions sont le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Capitale-Nationale, la Mauricie et Centre-du-Québec, la Côte-Nord et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

L'examen du tableau 2.5 permet de constater que les régions de Montréal et de Laval se distinguent, avec une proportion plus importante qu'ailleurs dans la province de personnes ne déclarant pas de problème de santé de longue durée (entre 55 % et 56 %) et une proportion plus faible de personnes cumulant deux problèmes ou plus (21 %, dans les deux cas). La région de Montréal se différencie également avec une proportion moindre de personnes ayant un seul problème de santé de longue durée (23 %).

À l'exception de la région de la Capitale-Nationale, les régions présentant une prévalence plus forte de personnes avec au moins un problème de santé de cette nature ont le profil suivant : elles affichent une proportion plus importante de personnes qui en cumulent deux ou plus (entre 26 % et 31 %) et une plus faible de personnes n'ayant aucun problème de cette nature (entre 43 % et 49 %).

Mentionnons également que bien que le tableau 2.5 indique pour la région du Nord-du-Québec une proportion (30 %) significativement plus élevée qu'ailleurs au Québec de personnes ayant un problème de santé, cette région ne se distingue pas des autres quant à la présence d'au moins un problème de santé de longue durée (51 %).

Tableau 2.5
Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus	Au moins un problème de santé
	%			
Bas-Saint-Laurent	47,0 (-)	25,7	27,3 (+)	53,0 (+)
Saguenay-Lac-Saint-Jean	46,5 (-)	26,2	27,3 (+)	53,5 (+)
Capitale-Nationale	49,5 (-)	25,8	24,7	50,5 (+)
Mauricie et Centre-du-Québec	48,7 (-)	25,1	26,3 (+)	51,3 (+)
Estrie	51,2	24,7	24,1	48,8
Montréal	55,6 (+)	22,9 (-)	21,5 (-)	44,4 (-)
Outaouais	50,7	24,9	24,4	49,3
Abitibi-Témiscamingue	50,0	24,1	25,9	50,0
Côte-Nord	45,2 (-)	24,5	30,3 (+)	54,8 (+)
Nord-du-Québec	48,6	29,6 (+)	21,8	51,4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	43,4 (-)	25,8	30,8 (+)	56,6 (+)
Chaudière-Appalaches	52,3	24,3	23,5	47,7
Laval	55,1 (+)	24,1	20,7 (-)	44,9 (-)
Lanaudière	50,1	25,3	24,6	49,9
Laurentides	51,9	25,4	22,8	48,1
Montréal	50,9	25,3	23,7	49,1
Ensemble du Québec	51,7	24,6	23,7	48,3

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Note : Les signes (+) et (-) indiquent que la proportion de la région correspondante est significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Partie 2

CARACTÉRISTIQUES LIÉES À LA SANTÉ DES PERSONNES AVEC UN PROBLÈME DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

3

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTAT DE SANTÉ

CLAIRE FOURNIER et LINDA CAZALE

Faits saillants

Nombre et types de problèmes de santé de longue durée

- Parmi les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, environ la moitié en ont un seul et l'autre moitié, deux ou plus. Les femmes et les 65 ans et plus cumulent ces problèmes cette nature dans des proportions supérieures à celles des hommes et des personnes de 15 à 64 ans.
- Près des deux tiers des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée se disent atteintes de l'un ou l'autre des cinq types de problèmes désignés de manière spécifique dans l'enquête : l'arthrite, le diabète, la bronchite chronique, l'hypertension ou une maladie cardiaque. L'arthrite et l'hypertension sont les problèmes de santé les plus répandus dans la population à l'étude (33 % et 36 %, respectivement).
- Chacun des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés est plus fréquent, en proportion, chez les aînés que chez les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Perception de l'état de santé

- Dans la population à l'étude, la moitié des personnes se disent en excellente ou très bonne santé lorsqu'elles se comparent aux individus de leur âge. Par ailleurs, environ une sur six juge son état de santé comme moyen ou mauvais. Une telle perception est plus répandue chez les 15 à 64 ans que chez les aînés.

- Les personnes qui cumulent les problèmes de santé de longue durée (deux problèmes ou plus) ont une perception moins favorable de leur état de santé que celles ayant un seul problème de cette nature.

Incapacité

- Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, environ une sur deux est sans incapacité, une sur trois a une incapacité légère et une sur cinq, une incapacité modérée ou grave.
- Parmi celles qui ont une incapacité, plus de la moitié mentionnent la présence d'un problème de santé comme cause (ou l'une des causes) de sa condition, et dans la grande majorité des cas, le problème de santé de longue durée est en cause.
- L'incapacité modérée ou grave est plus répandue, en proportion, chez les personnes avec deux problèmes de santé de longue durée ou plus que chez celles avec un seul problème.

Ce chapitre décrit l'état de santé des personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée vivant, en 2010-2011, dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel¹. Plus précisément, l'analyse porte sur le nombre et les types de problèmes de santé de longue durée déclarés, l'état de santé perçu et l'incapacité. Cette dernière est analysée en tenant compte de la gravité de l'incapacité.

Les indicateurs présentés dans l'encadré suivant sont examinés selon le sexe et l'âge et, à l'occasion, selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage². L'association avec certaines caractéristiques de l'état de santé est aussi étudiée. Il est à noter que les indicateurs décrits ici sont repris dans les analyses des chapitres subséquents, à l'exception de la perception de l'état de santé.

Indicateurs utilisés

Nombre de problèmes de santé de longue durée : Nombre de problèmes de santé de longue durée chez les personnes avec au moins un problème de santé de cette nature. Pour plus de détails sur la construction de cet indicateur, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 38. Cet indicateur comprend deux catégories : un problème de santé et deux problèmes de santé ou plus.

Types de problèmes de santé de longue durée : Proportions de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant déclaré la présence des problèmes de santé de longue durée suivants : 1) arthrite (ou arthrose ou rhumatisme); 2) diabète; 3) bronchite chronique (ou emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)); 4) hypertension; 5) maladies cardiaques¹, 6) autres (ce qui comprend les problèmes de santé de longue durée d'un autre type déclarés par les personnes, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer). Un autre indicateur détermine la proportion de personnes déclarant « **au moins un des 5 types de problèmes de santé de longue durée désignés** » (soit ceux énumérés de 1 jusqu'à 5) [Indicateurs construits à partir des questions Q85 à Q89 et Q91 pour les participants à l'EQLAV].

Perception de l'état de santé : Autoévaluation de l'état de santé général exprimée par la personne en se comparant à d'autres personnes du même âge. Cet indicateur comprend trois catégories : excellent ou très bon, bon, moyen ou mauvais [Indicateur établi à partir de la question Q114 de l'EQES].

Gravité de l'incapacité : Proportion des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée qui présentent une incapacité selon un indice mesurant le niveau de gravité de l'incapacité. La mesure tient compte à la fois de la fréquence (nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité) et de l'intensité de l'incapacité (le fait d'être totalement ou partiellement incapable de pratiquer une activité donnée). Deux points sont accordés pour chaque réponse indiquant une incapacité totale à réaliser une activité, et un seul point est attribué pour chaque réponse faisant état d'une difficulté à faire une activité (« capable, mais avec difficulté ») ou d'une limitation dans le genre ou la quantité d'activités qu'on peut faire dans différents contextes (maison, travail, etc.). Autrement, aucun point n'est accordé. La somme des points représente un score. L'échelle des scores obtenus est divisée en trois catégories distinguant les niveaux d'incapacité légère (1 à 4 points), modérée (5 à 10 points) et grave (11 points et plus). Dans le présent volume, cet indicateur compte trois catégories : sans incapacité, incapacité légère et incapacité modérée ou grave [Indicateur construit à partir des questions de sélection Q95 à Q112C du questionnaire de l'EQES et des questions NG1 à NG19 de celui de l'EQLAV, ces dernières permettant de confirmer les difficultés mentionnées lors de l'EQES et de déclarer d'autres difficultés, le cas échéant, tout en précisant leur intensité]².

1. La proportion de personnes déclarant être atteintes d'insuffisance cardiaque est déterminée à partir de la question Q90 de l'EQES. Il s'agit d'une sous-question de la question Q89 (de la même enquête) portant sur la présence de maladies cardiaques.
2. Pour plus de détails concernant cet indicateur, voir la section 2.2.1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

2. Pour plus de détails sur ces deux variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* à la page 38.

3.1 Nombre de problèmes de santé de longue durée

Parmi les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, près de la moitié se disent atteintes de deux problèmes ou plus

Comme il est indiqué au tableau 3.1, les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée se partagent en deux groupes : environ la moitié (51 %) d'entre elles déclarent un seul problème de santé et l'autre moitié (49 %) cumulent deux problèmes ou plus.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir un problème de santé de longue durée (53 % c. 49 %) et les femmes, plus nombreuses à cumuler les problèmes de cette nature (51 % c. 47 %, hommes) (tableau 3.1). L'écart selon le sexe n'est cependant pas présent dans tous les groupes d'âge. Bien qu'il le soit chez le groupe des personnes de 15 à 64 ans comme chez celui des aînés de 65 ans et plus, l'analyse plus fine selon l'âge révèle des différences significatives uniquement chez les personnes de 50 à 64 ans (54 %, femmes c. 49 %, hommes), de même que chez celles de 75 ans et plus (73 % c. 67 %) et celles de 85 ans et plus (78 % c. 67 %), selon le niveau de détail étudié (tableau 3.2).

Tableau 3.1

Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de longue durée, Québec, 2010-2011

	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
	%	
Sexe		
Hommes	53,1	46,9
Femmes	49,2	50,8
Groupe d'âge		
15-64 ans	59,4	40,6
15-24 ans	80,8	19,2
25-49 ans	68,5	31,5
50-64 ans	48,5	51,5
65 ans et plus	32,6	67,4
65-74 ans	35,3	64,7
75 ans et plus	29,4	70,6
75-84 ans	30,8	69,2
85 ans et plus	25,6	74,4
Ensemble	51,0	49,0

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Cumuler les problèmes de santé de longue durée est une situation courante chez les personnes de 65 ans et plus avec au moins un problème de cette nature

Le nombre de problèmes de santé de longue durée varie également selon l'âge des personnes à l'étude. Si près de 41 % de celles âgées de 15 à 64 ans cumulent deux problèmes de santé ou plus, c'est le cas des deux tiers (67 %) des personnes de 65 ans et plus (tableau 3.1). Un examen plus détaillé selon l'âge montre que la proportion d'individus qui déclarent deux problèmes ou plus croît

significativement d'un groupe d'âge à l'autre. Soulignons que cette situation est vécue par près du tiers (32 %) des personnes de 25 à 49 ans, par environ la moitié (51 %) de celles âgées de 50 à 64 ans et par près de sept ou plus sur dix au-delà de 75 ans.

En contrepartie, le fait d'avoir un seul problème décroît avec l'âge chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. Par exemple, près de 81 % des 15 à 24 ans expérimentent cette situation, comparativement à environ la moitié (49 %) des 50 à 64 ans (tableau 3.1).

Tableau 3.2

Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Hommes		Femmes	
	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
	%			
Groupe d'âge				
15-64 ans	61,0	39,0	58,1	41,9
15-24 ans	84,8	15,2*	77,7	22,3
25-49 ans	68,7	31,3	68,3	31,7
50-64 ans	51,3	48,7	46,0	54,0
65 ans et plus	34,5	65,5	31,1	68,9
65-74 ans	35,8	64,2	34,8	65,2
75 ans et plus	32,7	67,3	27,2	72,8
75-84 ans	32,6	67,4	29,5	70,5
85 ans et plus	33,2	66,8	22,1	77,9

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

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3.2 Types de problèmes de santé de longue durée

Cette section présente les résultats concernant les cinq types de problèmes de santé documentés de manière spécifique dans l'enquête, déclarés par les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée. Il s'agit de l'arthrite (ou rhumatisme), du diabète, de la bronchite chronique (ou MPOC), de l'hypertension et des maladies cardiaques. Rappelons que ces problèmes de santé font partie des maladies chroniques faisant l'objet d'une surveillance particulière par le MSSS. Ils sont aussi analysés de manière combinée, ce qui permet de décrire la proportion de personnes en déclarant au moins un. Les autres problèmes de santé de longue durée, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer, sont quant à eux regroupés sous l'appellation « autres ».

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, près des deux tiers se disent atteintes de l'un ou l'autre des problèmes suivants : arthrite, diabète, bronchite chronique, hypertension ou maladies cardiaques. L'arthrite et l'hypertension sont les problèmes les plus répandus chez ces personnes

L'arthrite et l'hypertension ressortent comme étant les problèmes de santé de longue durée les plus répandus dans la population à l'étude. Environ 33 % des personnes font de l'arthrite (ou du rhumatisme) et 36 %, de l'hypertension (tableau 3.3). Les maladies cardiaques sont déclarées par 15 %³ des personnes et le diabète, dans une proportion similaire (14 %). Enfin, la bronchite chronique (ou MPOC) touche près de 8 % des individus. Lorsque l'on considère ces cinq types de problèmes de santé de manière combinée, environ 67 % des personnes à l'étude rapportent au moins l'un d'entre eux.

Tableau 3.3
Proportion de personnes présentant certains types de problèmes de santé de longue durée¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	%		
Arthrite / arthrose / rhumatisme	24,6	39,6	32,8
Diabète	16,9	12,0	14,2
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ^{3, a}	7,1	7,9	7,6
Hypertension ^a	36,3	35,9	36,1
Maladies cardiaques	18,0	11,6	14,5
Autres ⁴	59,4	63,4	61,6
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	67,1	66,3	66,7

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3. L'insuffisance cardiaque est rapportée par 2,6 % des personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée (donnée non présentée).

Les données révèlent par ailleurs que la majorité (62 %) des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée déclarent un ou plusieurs problèmes de type « autres ».

Certains types de problèmes de santé sont plus fréquents dans la population féminine et d'autres le sont davantage chez les hommes

L'analyse des types de problèmes de santé de longue durée révèle des variations selon le sexe et l'âge. Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, proportionnellement plus de femmes que d'hommes disent faire de l'arthrite (ou du rhumatisme) ou avoir un problème « autres » (40 % c. 25 % et 63 % c. 59 %, respectivement) (tableau 3.3). À l'inverse, le diabète et les maladies cardiaques sont plus répandus, en proportion, chez les hommes que chez les femmes (17 % c. 12 % et 18 % c. 12 %, respectivement)⁴.

Chacun des cinq types de problèmes de santé de longue durée à l'étude est plus fréquemment rapporté par les aînés. Parmi ces personnes, neuf sur dix mentionnent avoir l'un ou l'autre de ces problèmes

Pour chacun des cinq types de problèmes de santé désignés, la proportion de personnes concernées est plus élevée chez celles âgées de 65 ans et plus que chez leurs cadettes (tableau 3.4). Par exemple, le diabète touche près de 22 % des aînés avec au moins un problème de santé de longue durée, comparativement à 10 % chez les 15 à 64 ans.

L'examen détaillé montre d'abord une augmentation graduelle et significative des proportions observées pour l'arthrite (ou rhumatisme) et pour les maladies cardiaques⁵, d'un groupe d'âge à l'autre. Notons qu'un peu moins de la moitié (48 %) des aînés avec au moins un problème

Tableau 3.4

Proportion de personnes présentant certains types de problèmes de santé de longue durée¹ selon l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
	%							
Arthrite / arthrose / rhumatisme	25,7	5,7*	17,8	35,5	48,4	45,6	49,9	56,6
Diabète	10,4	2,2**	6,7	14,8	22,3	22,2	23,2	20,0
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ³	5,7	4,0*	4,2	7,3	11,5	10,7	12,5	12,4
Hypertension	27,6	3,5**	17,5	39,9	54,6	52,8	56,6	57,3
Maladies cardiaques	8,7	3,0*	5,5	12,3	27,1	23,1	29,8	38,4
Autres ⁴	68,6	89,1	76,1	59,1	46,4	49,4	41,9	45,0
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	56,0	16,5	42,2	74,1	90,0	88,0	91,9	94,6

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

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

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4. L'insuffisance cardiaque est plus fréquente, en proportion, chez les hommes avec au moins un problème de santé de longue durée que chez les femmes dans la même situation (3,6 % c. 1,9 %) (données non présentées).
5. L'insuffisance cardiaque touche 1,2 % des personnes âgées de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée, comparativement à 6 % de celles de 65 ans et plus. L'analyse détaillée selon l'âge montre notamment que ce problème de santé touche une proportion croissante de personnes d'un groupe d'âge à l'autre au-delà de 65 ans (4,4 %, 65-74 ans c. 6 %, 75-84 ans c. 12 %, 85 ans et plus) (données non présentées).

de santé de longue durée déclarent faire de l'arthrite (ou du rhumatisme) et 27 %, avoir une maladie cardiaque. Chez les 85 ans et plus, ces proportions sont de 57 % et 38 %, respectivement.

En ce qui concerne l'hypertension, une hausse de la proportion de personnes touchées est notée entre les groupes d'âge, à l'exception des deux groupes plus avancés, qui ne se démarquent pas significativement entre eux (57 % dans les deux groupes au-delà de 75 ans). Quant au diabète, les données montrent que si les personnes de 65 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée déclarent ce problème dans une proportion plus élevée que les 15 à 64 ans (22 % c. 10 %), les trois groupes d'ânés ne se distinguent pas entre eux sur ce plan.

Quant à la bronchite chronique (ou MPOC), les personnes de 15 à 24 ans avec au moins un problème de santé de longue durée et celles de 25 à 49 ans qui déclarent en être atteintes sont dans des proportions faibles et similaires (4,0 %* et 4,2 %, respectivement). La première hausse significative de la proportion de personnes concernées par ce problème de santé est notée chez les celles de 50 à 64 ans (7 %) et une deuxième, chez celles de 65 à 74 ans (11 %). Au-delà de 65 ans, la bronchite chronique (ou MPOC) touche les personnes dans des proportions similaires, quel que soit leur groupe d'âge (entre 11 % et 12 %, selon le cas).

Le fait de déclarer au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés touche une proportion de personnes qui croît de façon graduelle et significative d'un groupe d'âge à l'autre. Mentionnons que si un peu plus de la moitié (56 %) des individus âgés entre 15 et 64 ans ont au moins un de ces cinq problèmes de santé, c'est la situation de 90 % des aînés. Passé le cap de 85 ans, cette proportion s'élève à 95 % des personnes.

La relation selon l'âge est inversée en ce qui concerne les « autres » problèmes de santé de longue durée (tableau 3.4). En effet, les personnes de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée sont plus nombreuses, en proportion, à mentionner avoir de tels problèmes (69 % c. 46 %, 65 ans et plus). C'est chez les 15 à 24 ans qu'est observée la plus forte proportion d'individus dans cette situation (89 %).

Le cumul de problèmes de santé de longue durée semble plus fréquent chez les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés

Le tableau 3.5 présente les résultats concernant le nombre de problèmes de santé de longue durée, selon le type de problème de santé⁶. Par exemple, environ le quart (26 %) des personnes qui font de l'arthrite ont un seul problème de santé de longue durée et 74 % en ont deux ou plus. Pour chacun des autres types de problèmes désignés (diabète, bronchite chronique, hypertension, maladies cardiaques), c'est également au moins les trois quarts des personnes avec ce problème qui cumulent les problèmes de santé de cette nature.

Les personnes avec un problème de santé de longue durée de type « autres » (par exemple, un cancer ou une dépression chronique) ont un profil relativement différent : la proportion d'entre elles qui ont deux problèmes de santé ou plus apparaît plus faible (56 %), et la proportion de celles avec un seul problème, plus élevée (44 %).

6. Ce genre d'analyse compare les personnes ayant déclaré un type de problème de santé de longue durée donné (par exemple, l'arthrite) avec celles qui ont un ou des problèmes de santé de longue durée autres (que l'arthrite).

Tableau 3.5

Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le type de problème¹, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
	%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme		
Oui	26,4	73,6
Non	63,1	36,9
Diabète		
Oui	16,7	83,3
Non	56,6	43,4
Bronchite chronique / emphysème / MPOC³		
Oui	14,5	85,5
Non	54,1	45,9
Hypertension		
Oui	25,0	75,0
Non	65,8	34,2
Maladies cardiaques		
Oui	19,0	81,0
Non	56,5	43,5
Autres⁴		
Oui	44,4	55,6
Non	61,5	38,5
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés		
Oui	35,7	64,3
Non	82,4	17,6

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3.3 Perception de l'état de santé

L'autoévaluation de l'état de santé général est un indicateur fiable et valide de la santé d'une population (Shields et Shooshtan, 2001). Dans l'EQLAV, la mesure repose sur une appréciation globale faite par la personne elle-même en se comparant aux personnes de son âge. Cette section est consacrée aux résultats de l'enquête quant à la perception qu'ont de leur état de santé⁷ les personnes de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, économiques ou liées à la santé. Il est à noter que pour certaines analyses, l'accent est mis sur les résultats relatifs à l'état de santé perçu comme moyen ou mauvais.

3.3.1 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge

Dans la population à l'étude, près d'une personne sur six perçoit son état de santé comme moyen ou mauvais

Tout en ayant au moins un problème de santé de longue durée, environ la moitié (52 %) des personnes à l'étude se considèrent en excellente ou très bonne santé lorsqu'elles se comparent aux personnes de leur âge. Par ailleurs, elles sont près du tiers (32 %) à s'estimer en bonne santé et 17 % à juger leur état de santé comme moyen ou mauvais (tableau 3.6). À titre comparatif, près de 74 % des personnes sans problème de cette nature se perçoivent en excellente ou très bonne santé, 22 % se disent en bonne santé et une faible proportion (3,9 %) jugent leur santé plus négativement (données non présentées)⁸.

Tableau 3.6

Perception de l'état de santé¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Excellent/Très bon	Bon	Moyen/Mauvais
	%		
Sexe^a			
Hommes	52,2	31,7	16,1
Femmes	51,3	31,6	17,0
Groupe d'âge			
15-64 ans	49,8	32,2	17,9
15-24 ans	46,1	36,1	17,9
25-49 ans	47,5	33,5	19,0
50-64 ans	52,4	30,6	17,0
65 ans et plus	56,3	30,2	13,5
65-74 ans	57,8	29,3	12,9
75 ans et plus	54,1	31,6	14,3
75-84 ans	54,0	31,7	14,3
85 ans et plus	54,4	31,1	14,6
Ensemble	51,7	31,7	16,6

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « perception de l'état de santé » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7. Dans la population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, la variable « perception de l'état de santé » présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

8. Pour plus de détails sur la perception de l'état de santé dans la population de 15 ans et plus et ses liens avec des caractéristiques sociodémographiques, économiques ou liées à la santé, voir M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013). Les données reprises ici sont tirées du tableau 2.14 de cette publication.

Une perception négative de l'état de santé est plus répandue chez les personnes âgées de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée que chez les aînés étant dans cette situation

D'après l'enquête, la perception de l'état de santé ne varie pas selon le sexe des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. Par contre, elle est liée à l'âge. Ainsi, la proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé est plus élevée chez celles de 15 à 64 ans que chez les aînés (18 % c. 13 %) (tableau 3.6). Un examen plus détaillé révèle que la proportion de ces personnes percevant négativement leur état de santé est semblable dans les différents groupes d'âge entre 15 et 64 ans (entre 17 % et 19 %, selon le groupe). Une baisse significative de la proportion d'individus jugeant plus négativement leur état de santé est constatée entre le groupe des 50 à 64 ans et celui des 65 à 74 ans (17 % c. 13 %). Au-delà de 65 ans, la proportion de personnes partageant cette perception est semblable entre les groupes d'âge, selon les données.

3.3.2 Perception de l'état de santé selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée qui vivent seules et celles qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont plus nombreuses, en proportion, à se considérer en moyenne ou mauvaise santé

En plus de l'âge, la perception de l'état de santé chez les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée est associée aux deux caractéristiques sociodémographique et économique retenues aux fins des analyses (tableau 3.7). Ainsi, les données de l'enquête indiquent que la proportion des personnes qui se disent en moyenne ou mauvaise santé est plus élevée dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (21 %);
- celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (28 %).

Tableau 3.7

Proportion de personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé¹ selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	20,7
Non	15,5
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	27,7
Au-dessus du seuil de faible revenu	14,0

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3.3.3 Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques liées à la santé

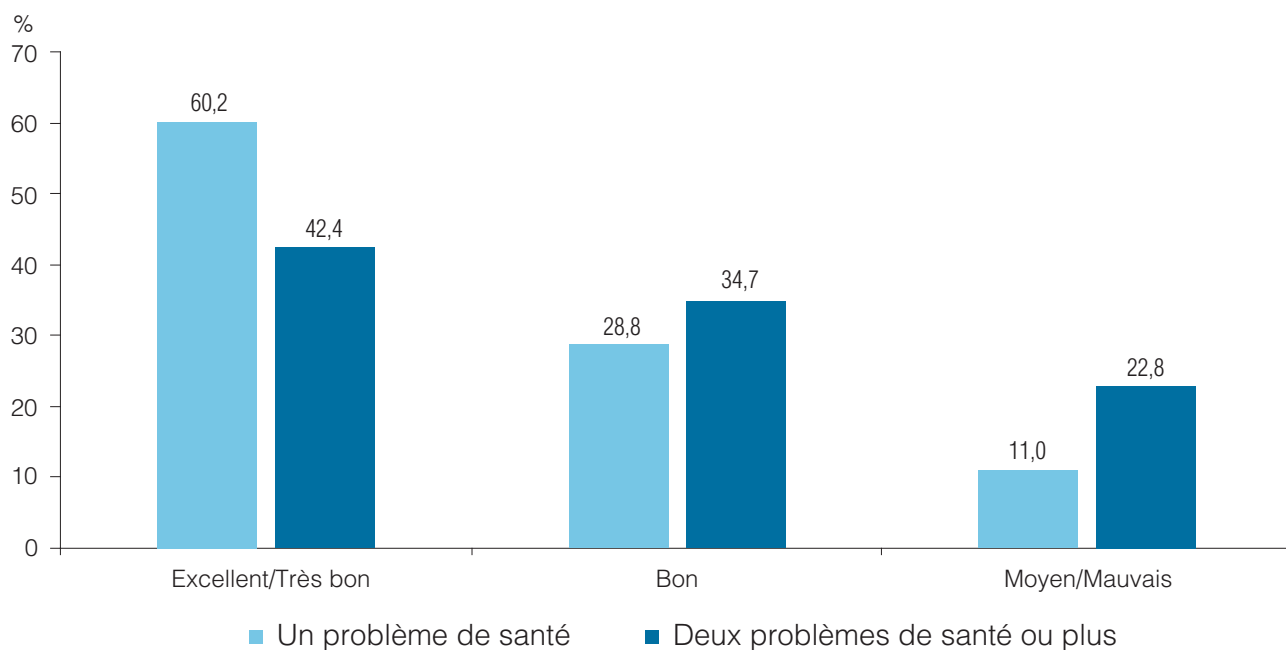
Les personnes qui cumulent les problèmes de santé de longue durée ont une perception plus négative de leur état de santé que celles ayant un seul problème de cette nature

Chez les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, la perception de l'état de santé varie également selon le nombre et le type de ces problèmes. Tout d'abord, comme la figure 3.1 le montre, la proportion d'individus se considérant en excellente ou très bonne santé est supérieure chez ceux ayant un seul problème de cette nature que chez ceux en ayant deux ou plus (60 % c. 42 %) (figure 3.1). À l'inverse, les

proportions de personnes percevant leur état de santé comme « bon » ou comme « moyen ou mauvais » sont plus élevées chez celles cumulant ces problèmes de santé que chez les autres (35 % c. 29 %, bon; 23 % c. 11 %, moyen ou mauvais). Fait à noter, près d'une personne sur quatre (23 %) évalue négativement son état de santé parmi celles ayant deux problèmes de santé ou plus.

Le tableau 3.8 présente quant à lui les résultats de l'analyse en fonction du type de problème de santé de longue durée⁹ dans la population à l'étude. Tout d'abord, pour chacun des cinq types de problèmes de santé désignés, la part des personnes percevant leur état de santé comme excellent ou très bon est inférieure chez les individus qui ont ce type de problème, comparativement à ceux qui ne l'ont pas. Par exemple, 44 % des personnes déclarant faire de l'arthrite (ou du rhumatisme) partagent cet avis

Figure 3.1
Perception de l'état de santé¹ selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9. Ce genre d'analyse compare les personnes ayant déclaré un type de problème de santé de longue durée donné (par exemple, l'arthrite) avec celles qui ont un ou des problèmes de santé de longue durée autres (que l'arthrite).

quant à leur santé, alors que cette proportion est estimée à 56 % chez de celles qui n'en sont pas atteintes. Les résultats vont dans le même sens pour les personnes déclarant des problèmes de type « autres », par rapport à celles qui n'en mentionnent pas. Enfin, lorsque l'examen porte sur la présence de l'un ou l'autre des cinq types de problèmes de santé désignés (indicateur combiné), on constate sans surprise que la proportion des personnes qui s'estiment en excellente ou en très bonne santé est inférieure chez celles indiquant cette situation que chez celles n'ayant aucun des cinq problèmes de santé désignés (49 % c. 58 %).

Du côté de la perception négative de l'état de santé (« moyen ou mauvais »), les résultats vont dans le sens inverse. En effet, quel que soit le type de problème de santé désignés, une telle évaluation est plus fréquemment rapportée par les personnes atteintes que par celles qui ne le sont pas, l'écart entre les groupes paraissant plus marqué dans le cas de la bronchite chronique (ou MPOC) (33 % c. 15 %). Un profil de résultats semblable se dégage de l'analyse qui tient compte de la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé, par rapport à l'absence de tels problèmes (18 % c. 12 %). Fait à remarquer, la part des individus qui jugent négativement leur état de santé parmi ceux déclarant être atteints de bronchite chronique (ou de MPOC) s'élève à une personne sur trois.

Tableau 3.8

Perception de l'état de santé¹ selon le type de problème de santé de longue durée², population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Excellent/Très bon	Bon	Moyen/Mauvais
	%		
Arthrite / arthrose / rhumatisme			
Oui	43,9	33,2	22,9
Non	55,7	30,8	13,6
Diabète			
Oui	38,9	36,1	25,0
Non	53,9	31,0	15,1
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ⁴			
Oui	33,2	33,8	32,9
Non	53,3	31,5	15,2
Hypertension			
Oui	49,3	32,6	18,0
Non	53,1	31,1	15,8
Maladies cardiaques			
Oui	39,8	35,7	24,6
Non	53,7	31,1	15,3
Autres ⁵			
Oui	50,5	31,6	17,9
Non	54,0	31,6	14,3
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés			
Oui	48,9	32,6	18,4
Non	58,2	29,7	12,1

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

4. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

5. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3.4 Incapacité

Outre les problèmes de santé de longue durée, l'EQLAV 2010-2011 permet de documenter d'autres conditions de santé, notamment l'incapacité. Avoir une incapacité, c'est présenter une limitation d'activités qui découle d'un état ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée (OMS, 2001). Des personnes ont par exemple de la difficulté à entendre, à voir, à marcher ou à apprendre, ou encore une limitation dans le genre ou la quantité d'activités qu'elles peuvent faire à la maison, à l'école ou au travail, ou dans d'autres contextes comme les déplacements, les sports et les loisirs. De plus, la prise en compte de la fréquence et de l'intensité des difficultés ou limitations déclarées permet de situer les personnes selon le degré de gravité de leur incapacité¹⁰.

Les résultats suivants fournissent un bref aperçu de l'incapacité de longue durée (c'est-à-dire de six mois ou plus) dans la population à l'étude. Dans les analyses, les personnes sont classées selon qu'elles sont sans incapacité, avec une incapacité légère ou encore avec une incapacité modérée ou grave. Dans certains cas, l'examen s'attarde plus particulièrement au groupe de personnes ayant une incapacité de niveau modéré ou grave. Quelques données sont aussi présentées quant aux problèmes de santé comme causes de l'incapacité.

3.4.1 L'incapacité selon le sexe et l'âge

Parmi les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, environ une personne sur deux est sans incapacité, une sur trois a une incapacité légère et une sur cinq, une incapacité modérée ou grave

Selon l'enquête, environ la moitié (49 %) des personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée sont sans incapacité. L'autre moitié sont touchées par l'incapacité, plus précisément 31 % ont une incapacité légère et 20 %, une incapacité modérée ou grave (tableau 3.9).

La gravité de l'incapacité est associée au sexe et à l'âge dans la population à l'étude (tableau 3.9). D'abord, on note que les femmes avec au moins un problème de santé de longue durée sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à présenter une incapacité modérée ou grave (23 % c. 17 %). Au contraire, l'incapacité légère et l'absence d'incapacité sont plus répandues, en proportion, chez les hommes que chez les femmes (33 % c. 30 % et 50 % c. 48 %, respectivement).

Tableau 3.9
Gravité de l'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave
	%		
Sexe			
Hommes	49,7	33,3	17,0
Femmes	47,8	29,6	22,6
Groupe d'âge			
15-64 ans	53,8	30,7	15,5
65 ans et plus	37,5	32,5	30,0
Ensemble	48,7	31,3	20,0

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

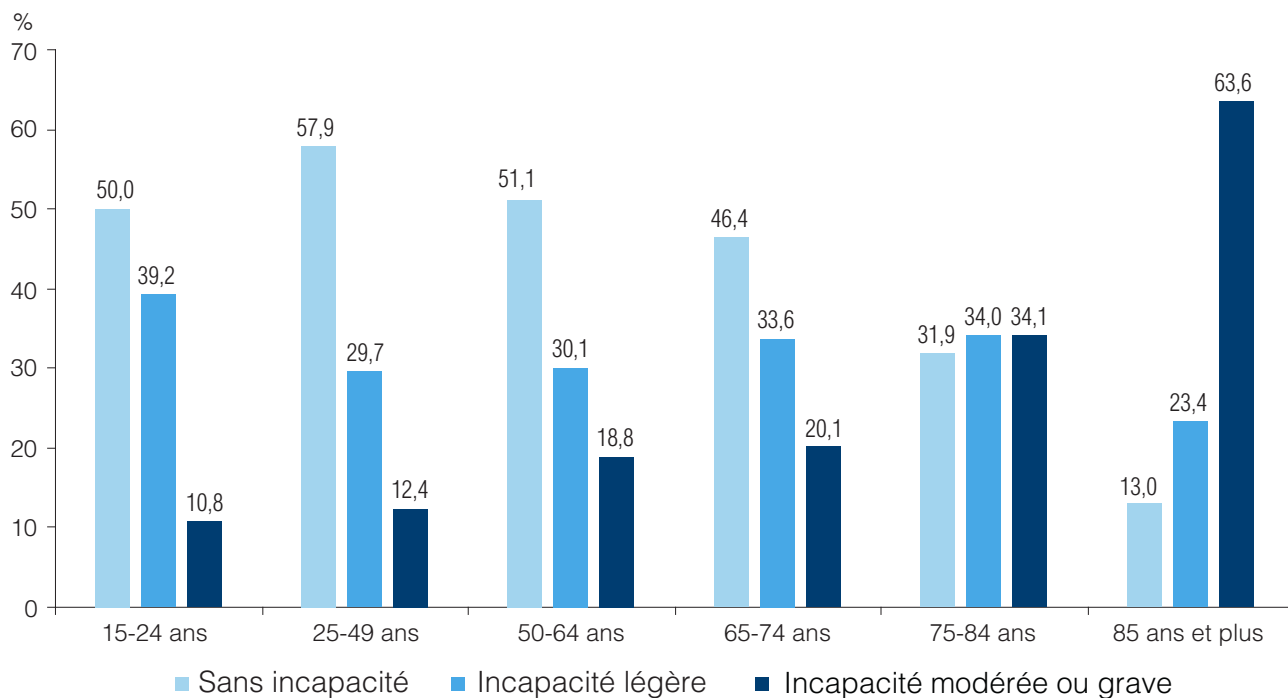
10. Pour plus de détails sur la gravité de l'incapacité, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* à la page 64.

Quant à l'âge, le tableau 3.9 indique que l'incapacité modérée ou grave est plus fréquente, en proportion, chez les personnes de 65 ans et plus, comparativement à leurs cadettes (30 % c. 15 %). La figure 3.2 détaille les résultats selon des groupes d'âge fins. L'incapacité modérée ou grave touche une proportion similaire d'individus de 15 à 24 ans et de 25 à 49 ans (11 % et 12 %, respectivement). La proportion de personnes concernées par cette situation connaît par la suite trois hausses significatives : une première chez celles de 50 à 64 ans (19 %) – les 65 à 74 ans ne se démarquant pas significativement de celles-ci selon les données (20 %) –, une autre chez celles de 75 à 84 ans (34 %) et une dernière chez les aînés de 85 ans et plus (64 %).

Par ailleurs, la part des personnes sans incapacité dans la population à l'étude suit une évolution inverse selon l'âge. L'analyse montre d'abord qu'environ 54 % des individus de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée sont sans incapacité, comparativement à 38 % de ceux âgés de 65 ans et plus (tableau 3.9). L'examen plus détaillé selon l'âge reflète une telle évolution au-delà de 25 ans. Chez les plus jeunes (15 à 24 ans), on remarque que l'absence d'incapacité est moins courante que dans le groupe d'âge suivant (50 % c. 58 %, 25 à 49 ans)¹¹.

Figure 3.2

Gravité de l'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

11. Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par le fait que les individus de 15 à 24 ans sont touchés par une incapacité liée à l'apprentissage, c'est-à-dire des troubles d'apprentissage, de perception, de l'attention ou de l'hyperactivité ayant été diagnostiqués, dans une proportion supérieure (13 %) à ce qui est observé chez les 25 à 49 ans (4,6 %). Pour plus de détails sur ces résultats, voir la section 2.2.2 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).

Parmi les personnes à l'étude ayant une incapacité, plus d'une sur deux attribue ses difficultés (en tout ou en partie) à la présence d'un problème de santé. Pour la vaste majorité d'entre elles, il s'agit d'un problème de santé de longue durée

L'EQLAV documente aussi les causes de l'incapacité chez les personnes qui vivent avec cette condition. La présence d'un problème de santé (ou ses séquelles) compte parmi les causes les plus fréquemment mentionnées par les personnes pour expliquer leurs difficultés à accomplir certaines activités ou leurs limitations¹².

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant une incapacité, qui comptent pour la moitié de l'ensemble de la population à l'étude (comme il a été précisé au début de cette section), environ 56 % attribuent leurs difficultés à un problème de santé (ou ses séquelles), les femmes plus que les hommes¹³, en proportion (59 % c. 52 %). La vaste majorité de ces personnes (89 %) précisent que leur problème de santé de longue durée (ou un de leurs problèmes, si elles en ont plus d'un) est en cause (données non présentées)¹⁴.

3.4.2 L'incapacité selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Parmi les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, la gravité de l'incapacité varie selon les deux caractéristiques sociodémographique et économique retenues pour les analyses (tableau 3.10). Si l'on s'attarde aux résultats relatifs à l'incapacité modérée ou grave, on observe que la proportion de personnes dans cette situation est plus élevée dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (29 %);
- celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (36 %).

Tableau 3.10

Gravité de l'incapacité selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave
	%		
Fait de vivre seul			
Oui	39,4	31,4	29,2
Non	51,3	31,3	17,4
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	32,6	31,1	36,3
Au-dessus du seuil de faible revenu	52,9	31,4	15,8

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

12. Cette variable est construite à partir de la question NG20. Elle présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête. Une personne peut invoquer plus d'une cause à ses difficultés ou limitations.

13. Les données ne permettent pas de déceler de différences entre les 15 à 64 ans et les 65 ans et plus à cet égard.

14. Cette variable est construite à partir des questions NG21A et NG21B. Elle présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

3.4.3 L'incapacité selon certaines caractéristiques liées à la santé

Dans la population à l'étude, les personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont plus nombreuses, en proportion, à avoir une incapacité modérée ou grave que celles qui ont un seul problème de cette nature

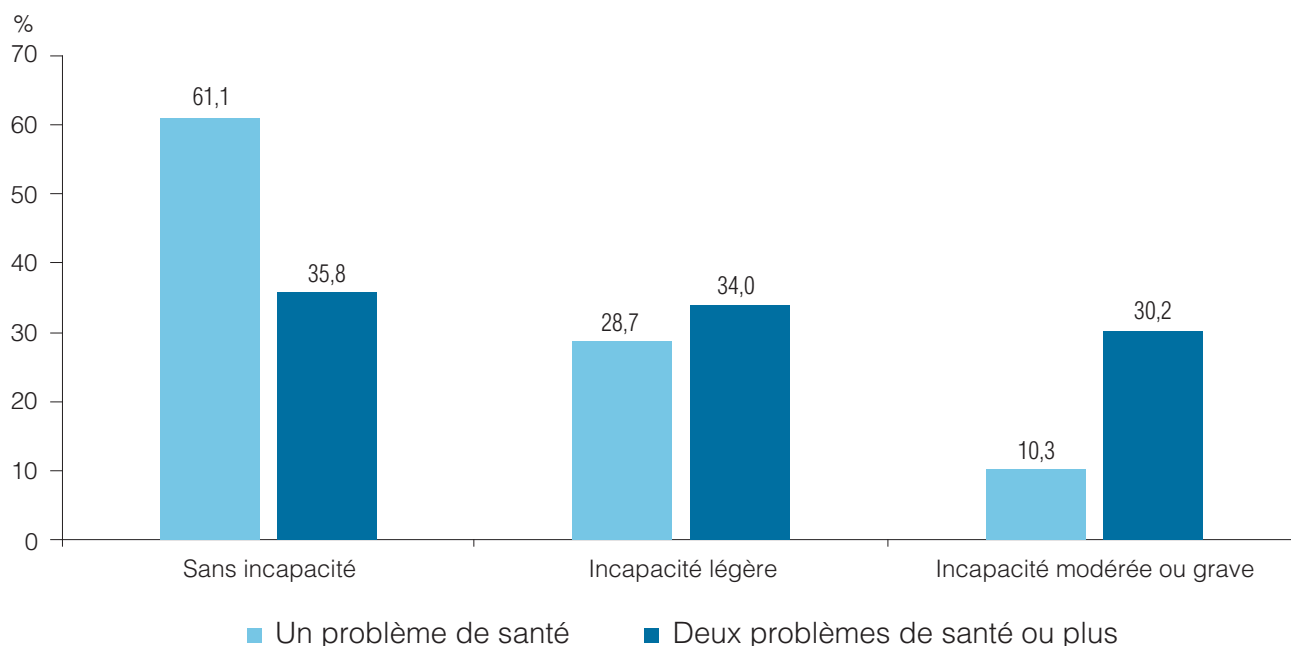
Le portrait de l'incapacité varie aussi selon le nombre et le type de problèmes de santé de longue durée dans la population à l'étude. En ce qui a trait au nombre de problèmes de santé, la figure 3.3 révèle que près de 30 % des personnes ayant deux problèmes ou plus vivent avec une incapacité modérée ou grave, comparativement à 10 % des personnes déclarant un seul problème. L'incapacité légère est aussi plus courante, en proportion, chez les

personnes cumulant les problèmes de santé de longue durée que chez celles qui en ont un seul, bien que l'écart paraisse moins marqué que dans le cas de l'incapacité modérée ou grave (34 % c. 29 %). Inversement, l'absence d'incapacité est observée chez une proportion nettement plus élevée d'individus avec un problème de santé de longue durée, par rapport à ceux qui en cumulent deux ou plus (61 % c. 36 %).

L'incapacité modérée ou grave est plus répandue, en proportion, chez les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés que chez les autres

Pour chacun des cinq types de problèmes de santé désignés, la proportion de personnes présentant une incapacité modérée ou grave est plus élevée chez celles

Figure 3.3
Gravité de l'incapacité selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

15. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

ayant ce type de problème que chez celles qui n'en sont pas atteintes (tableau 3.11). Par exemple, environ 35 % des individus qui déclarent faire de l'arthrite (ou du rhumatisme) ont une incapacité modérée ou grave, comparativement à 12 % de ceux qui n'en font pas. Lorsque l'on considère les cinq types de problèmes de santé désignés de manière combinée, près du quart des personnes (24 %) ayant au moins un d'entre eux ont une incapacité modérée ou grave. L'incapacité modérée ou grave concerne une proportion plus faible (10 %) de personnes n'ayant aucun de ces cinq types de problèmes¹⁵.

À l'opposé, l'absence d'incapacité est moins fréquemment observée, en proportion, chez les personnes atteintes que chez celles qui ne le sont pas, que les cinq types de problèmes de santé désignés soient considérés séparément ou de manière combinée. Entre autres, on note un écart relativement marqué dans ce sens pour ce qui est de la bronchite chronique (ou MPOC). Seules 22 % des personnes ayant ce type de problème n'ont pas d'incapacité, comparativement à 51 % de celles qui n'en sont pas atteintes. Les résultats vont dans le même sens pour ce qui est du type de problème « autres ».

Tableau 3.11

Gravité de l'incapacité selon le type de problème de santé de longue durée¹, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave
	%		
Arthrite / arthrose / rhumatisme			
Oui	30,7	34,3	35,1
Non	57,9	29,7	12,4
Diabète			
Oui	40,8	27,9	31,3
Non	50,1	31,8	18,1
Bronchite chronique / emphysème / MPOC³			
Oui	22,2	34,7	43,1
Non	51,1	30,9	18,0
Hypertension			
Oui	46,4	29,9	23,7
Non	50,2	32,1	17,7
Maladies cardiaques			
Oui	31,1	32,0	36,9
Non	51,8	31,1	17,0
Autres⁴			
Oui	47,7	32,0	20,2
Non	50,6	30,1	19,4
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés			
Oui	44,0	31,6	24,4
Non	60,3	30,0	9,7

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Fait à souligner, une part appréciable des personnes ayant un ou plusieurs des cinq problèmes de santé désignés (44 %) sont sans incapacité.

Quant à l'incapacité légère, le profil de résultats change selon certains types de problèmes de santé. Ainsi, si elle est moins courante, en proportion, en présence de diabète ou d'hypertension, elle l'est davantage en cas d'arthrite (ou de rhumatisme) ou de bronchite chronique (ou MPOC). L'incapacité légère est aussi plus répandue parmi les personnes déclarant des problèmes « autres » que chez celles qui n'en ont pas.

4

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

LINDA CAZALE

Faits saillants

- Au moment de l'enquête, environ 86 % des personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ont déclaré consommer des médicaments prescrits par un médecin.
- Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de cette nature qui consomment des médicaments prescrits, près de 15 % ont pris, à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois, moins de médicaments que ce qui leur était prescrit et 6 % en ont consommé en surplus. Les personnes âgées de 15 à 64 ans sont plus enclines que leurs aînées à avoir eu l'un ou l'autre de ces comportements.
- L'oubli est le motif le plus fréquemment rapporté pour avoir consommé moins de médicaments que ce qui était prescrit, et le souhait d'en retirer plus d'effets bénéfiques est celui le plus mentionné dans la situation contraire.
- La veille de l'enquête, environ 83 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont consommé au moins un type de médicaments prescrits. Plus du tiers (35 %) ont pris quatre types de médicaments ou plus, les aînés dans une proportion plus élevée que les personnes de 15 à 64 ans (57 % c. 24 %).
- La consommation de quatre types de médicaments différents ou plus est mentionnée par une majorité de personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (54 % c. 16 %, un problème de santé).

Ce chapitre boucle la partie du rapport décrivant les caractéristiques de la population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, vivant en 2010-2011 dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel¹. Il fait état des résultats obtenus à l'égard de la consommation de médicaments prescrits par un médecin chez ces personnes. Seront abordés, plus précisément, la consommation actuelle de médicaments, les comportements de non-observance de la posologie au cours d'une période d'un mois et les motifs liés à ces comportements. Le nombre de médicaments de types différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures (consommation la veille de l'enquête) est également décrit. Les estimations sont détaillées selon le sexe et l'âge et, pour quelques indicateurs, selon le fait de vivre seul, le niveau de revenu du ménage² et certaines caractéristiques liées à la santé³.

Si la consommation de médicaments est un comportement courant dans la population en général, elle l'est également chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. En effet, les médicaments sont souvent l'une des composantes importantes de la prise en charge de problèmes de cette nature. Leur efficacité tient en bonne partie à l'utilisation optimale et sécuritaire qui en est faite (Agrément Canada et autres, 2012; Samoy et autres, 2006). À cet égard, la prise de médicaments, les comportements de non-observance de la posologie et le fait de consommer plusieurs types de médicaments sont des informations utiles à documenter (Conseil canadien de la santé, 2010; Smith, 2012).

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Pour plus de détails sur ces variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 38.
3. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 64.

Indicateurs utilisés

Consommation actuelle de médicaments prescrits : Consommation de médicaments d'ordonnance au moment de l'enquête. Les médicaments d'ordonnance comprennent tous les médicaments prescrits par un médecin, incluant ceux en vente libre et les suppléments vitaminiques. Il peut s'agir de pilules, d'injections, de crèmes, de gouttes ou de pompes (inhalateurs) [Indicateur établi à partir de la question E1].

Consommation de médicaments prescrits en moins : Consommation en moins de médicaments d'ordonnance, de types différents ou d'un même type, que ce qui est prescrit par le médecin, à un moment ou à un autre, au cours d'une période d'un mois [Indicateur établi à partir de la question E4].

Consommation de médicaments prescrits en surplus : Consommation en surplus de médicaments d'ordonnance, de types différents ou d'un même type, que ce qui est prescrit par le médecin, à un moment ou à un autre, au cours d'une période d'un mois [Indicateur établi à partir de la question E6].

Nombre de médicaments différents consommés : Nombre de médicaments d'ordonnance de types différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures précédant l'enquête. Cet indicateur compte quatre catégories : aucun, un, deux ou trois, quatre ou plus. Pour certaines analyses, les trois dernières catégories sont regroupées pour former la catégorie « au moins un » [Indicateur construit à partir de la question E2].

4.1 Consommation actuelle de médicaments prescrits

Près de neuf personnes sur dix avec au moins un problème de santé de longue durée consomment des médicaments prescrits, une situation davantage observée chez les femmes et les personnes de 65 ans et plus

Comme dans la population de 15 ans et plus⁴ en général, la consommation de médicaments d'ordonnance est rapportée par une majorité de personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée. Ainsi, la proportion des individus de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de cette nature consommant des médicaments prescrits⁵ par un médecin au moment de l'enquête (consommation actuelle de médicaments prescrits) est estimée à 86 % (tableau 4.1).

Tableau 4.1
Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	83,9
Femmes	88,3
Groupe d'âge	
15-64 ans	81,7
65 ans et plus	96,3
Ensemble	86,3

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4. Selon l'EQES, 75 % des personnes âgées de 15 ans et plus mentionnent avoir consommé des médicaments prescrits par un médecin au cours d'une période de 12 mois. Cette proportion s'élève à 93 % chez les personnes de 65 ans et plus, puis grimpe à 96 % chez celles de 75 ans et plus. Pour plus de détails sur la consommation de médicaments prescrits par un médecin dans la population de 15 ans et plus, voir G. Dubé, C. Sirois et M.-E. Tremblay (2013).
5. Les médicaments prescrits comprennent tous les types de médicaments pouvant être prescrits par un médecin, incluant ceux en vente libre et les suppléments vitaminiques.

La consommation actuelle de médicaments prescrits est associée au sexe et à l'âge. En effet, si près de 88 % des femmes avec au moins un problème de santé de longue durée consomment actuellement des médicaments prescrits, c'est le cas de 84 % des hommes dans la même situation. Également, les aînés comptent, en proportion, un plus grand nombre de consommateurs actuels que les personnes âgées de 15 à 64 ans (96 % c. 82 %).

Une analyse plus détaillée, présentée à la figure 4.1, montre une progression graduelle de la proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon l'âge. Plus précisément, la présence d'écarts significatifs est notée entre tous les groupes d'âge, à l'exception des deux plus avancés (les 75 à 84 ans et les 85 ans et plus), la proportion de consommateurs actuels de médicaments passant de 65 % chez les personnes âgées de 15 à 24 ans à 98 % chez les 75 à 84 ans.

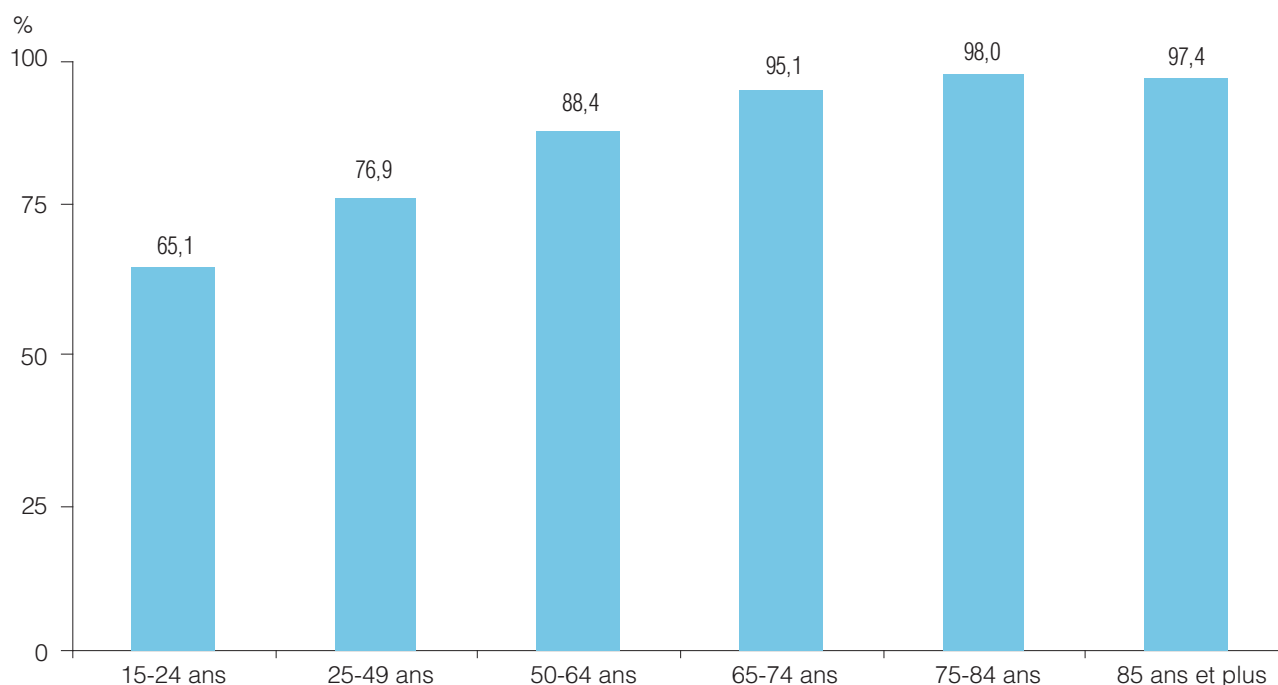
4.2 Non-observance de la posologie et motifs de non-respect

Près de 15 % des consommateurs actuels de médicaments prescrits en ont pris moins que ce qui était prescrit et 6 % en ont pris en surplus, au cours d'une période d'un mois. Les personnes de 15 à 64 ans à l'étude sont plus nombreuses, en proportion, à rapporter ces comportements

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée consommant des médicaments prescrits au moment de l'enquête, près de 15 % en ont pris moins que ce qui était prescrit, à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois (tableau 4.2). Il n'y a pas

Figure 4.1

Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

de différence selon le sexe à cet égard. Par contre, ce comportement est plus répandu, en proportion, chez les personnes de 15 à 64 ans que chez celles de 65 ans et plus (17 % c. 10 %).

Par ailleurs, environ 6 % des consommateurs actuels de médicaments en ont consommé plus que ce qui était prescrit à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois (tableau 4.2). Les femmes sont légèrement plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir eu ce comportement (6 % c. 4,9 %). Une situation similaire est constatée chez les personnes de 15 à 64 ans, comparativement aux aînés (7 % c. 3,7 %).

L'examen des données sur la consommation de médicaments prescrits en moindre quantité ou en surplus n'a pas permis de déceler de variation dans ces comportements de non-observance selon le fait de vivre seul, ni selon le niveau de revenu du ménage.

L'oubli est la raison la plus fréquemment mentionnée par les personnes ayant consommé moins de médicaments que ce qui était prescrit; avoir davantage d'effets bénéfiques est celle invoquée pour justifier une consommation en surplus

Les raisons motivant le fait d'avoir consommé moins ou plus de médicaments que ce qui avait été prescrit par le médecin ont été documentées dans l'EQLAV 2010-2011⁶. Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant pris moins de médicaments au cours d'une période d'un mois, les raisons suivantes sont invoquées pour expliquer ce comportement (données non présentées):

- le coût des médicaments : 7 %;
- un oubli : 55 % (60 % chez les hommes c. 51 % chez les femmes);
- les effets secondaires : 19 % (15 % chez les hommes c. 21 % chez les femmes);
- la crainte de devenir dépendant : 14 % (15 % chez les 15 à 64 ans c. 10 % chez les 65 ans et plus);
- un problème d'accès à une pharmacie : 1,5 %*.

Par ailleurs, les raisons rapportées par les personnes ayant consommé des médicaments en plus grande quantité que prévu sont les suivantes (données non présentées):

- avoir oublié les avoir déjà pris : 4,8 %*;
- avoir davantage d'effets bénéfiques : 74 %.

Tableau 4.2

Proportions de personnes ayant consommé des médicaments prescrits en moins ou en surplus¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée consommant des médicaments prescrits³, Québec, 2010-2011

	A pris <u>moins</u> que ce qui était prescrit ^a	A pris <u>plus</u> que ce qui était prescrit
	%	
Sexe		
Hommes	14,8	4,9
Femmes	14,7	6,1
Groupe d'âge		
15-64 ans	17,4	6,6
65 ans et plus	9,9	3,7
Ensemble	14,7	5,6

1. Une personne peut avoir présenté un seul des deux comportements ou les deux, à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Consommation actuelle de médicaments prescrits.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6. Ces variables sont tirées des questions E5 et E7. Une personne peut invoquer plus d'une raison.

4.3 Nombre de médicaments différents consommés

4.3.1 Nombre de médicaments différents consommés selon le sexe et l'âge

La veille de l'enquête, environ 83 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont consommé au moins un type de médicaments prescrits

Le nombre de médicaments différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête par les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée est présenté au tableau 4.3. Il ressort que près de 83 % de ces personnes ont consommé au moins un type de médicaments prescrits. Les femmes se retrouvent dans cette situation en plus forte proportion que les hommes, ainsi que les personnes de 65 ans et plus comparativement à celles de 15 à 64 ans (85 % c. 81 % et 95 % c. 78 %, respectivement). L'examen détaillé selon l'âge révèle un accroissement de la proportion de personnes qui ont pris au moins un

type de médicaments d'un groupe d'âge à l'autre, entre 15 et 74 ans. Fait à remarquer, plus de huit personnes sur dix ont une telle consommation chez les 50 à 64 ans.

Également, les données concernant le nombre de médicaments différents consommés indiquent que la veille de l'enquête, près de 17 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée n'avaient pris aucun médicament, 18 % en avaient consommé un seul type, 31 % deux ou trois types et 35 % quatre ou plus (tableau 4.3).

La veille de l'enquête, environ le tiers (35 %) des personnes à l'étude ont consommé quatre types de médicaments ou plus, les aînés en plus forte proportion que les personnes de 15 à 64 ans

Le profil des consommateurs varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques et liées à la santé. Les résultats qui suivent mettront en évidence les caractéristiques des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ou plus ayant consommé quatre types de médicaments différents ou plus la veille de l'enquête.

Tableau 4.3

Nombre de médicaments différents consommés¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
	%				
Sexe					
Hommes	19,2	17,9	28,5	34,4	80,8
Femmes	14,7	18,5	32,2	34,6	85,3
Groupe d'âge					
15-64 ans	22,3	22,5	31,0	24,1	77,7
15-24 ans	42,6	29,5	23,8	4,0*	57,4
25-49 ans	28,7	27,9	28,6	14,9	71,3
50-64 ans	13,6	17,0	34,3	35,1	86,4
65 ans et plus	4,5	8,7	29,4	57,3	95,5
65-74 ans	5,6	10,4	31,5	52,5	94,4
75-84 ans	3,1*	7,2	28,1	61,6	96,9
85 ans et plus	3,5	4,7	23,4	68,4	96,5
Ensemble	16,7	18,2	30,5	34,5	83,3

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

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête.

2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Soulignons tout d'abord qu'une proportion similaire de femmes et d'hommes avec au moins un problème de santé de longue durée ont consommé quatre types de médicaments ou plus (34 % et 35 %) (tableau 4.3). Par ailleurs, les données révèlent que si près du quart (24 %) des personnes de 15 à 64 ans ont connu une telle consommation, c'est la situation rapportée par 57 % des aînés. Un examen plus détaillé en fonction de l'âge indique que la proportion de personnes ayant consommé quatre types de médicaments ou plus se situe à 52 % chez celles de 65 à 74 ans, comparativement à 62 % chez celles de 75 à 84 ans. Cette proportion connaît une autre hausse significative, pour atteindre 68 % chez les aînés de 85 ans et plus. Chez les personnes de 15 à 64 ans, la consommation de quatre types de médicaments ou plus augmente aussi d'un groupe d'âge à l'autre (4,0 %, 15-24 ans c. 15 %, 25-49 ans c. 35 %, 50-64 ans).

4.3.2 Nombre de médicaments différents consommés selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

En plus de l'âge, le nombre de médicaments différents consommés est associé à d'autres caractéristiques des personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée. Il ressort que la proportion de celles consommant quatre types de médicaments ou plus est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 4.4) :

- les personnes vivant seules (46 %);
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (46 %).

4.3.3 Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques liées à la santé

Un peu plus de la moitié des personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus ont consommé quatre types de médicaments ou plus la veille de l'enquête

Ce chapitre sur la consommation de médicaments prescrits se termine par l'examen du nombre de médicaments différents consommés au cours des vingt-quatre dernières précédant l'enquête, en fonction de certaines caractéristiques liées à la santé chez les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, soit la présence et la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de cette nature et la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de longue durée désignés dans l'EQLAV. Rappelons que ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphyseme ou maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)), l'hypertension et les maladies cardiaques. Cet examen s'attarde à la consommation d'au moins un type de médicaments puis sur celle de quatre types ou plus.

Tableau 4.4

Nombre de médicaments différents consommés¹ selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
	%				
Fait de vivre seul					
Oui	12,5	13,6	28,1	45,7	87,5
Non	17,9	19,4	31,2	31,5	82,1
Niveau de revenu du ménage					
Sous le seuil de faible revenu	14,1	13,5	26,2	46,2	85,9
Au-dessus du seuil de faible revenu	17,5	19,4	31,6	31,5	82,5

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête.

2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, la consommation d'au moins un type de médicaments est plus répandue, en proportion, chez celles ayant une incapacité modérée ou grave (90 %) que chez celles sans incapacité ou celles dont l'incapacité est légère (81 % et 82 %, respectivement) (tableau 4.5). L'analyse de la proportion des personnes concernées qui consomment quatre types de médicaments ou plus indique un gradient. En effet, une telle consommation est mentionnée par environ un quart (24 %) des personnes en l'absence d'incapacité, cette proportion s'élevant à 35 % en cas d'incapacité légère pour atteindre 61 % lorsque l'incapacité est modérée ou grave.

En ce qui concerne le nombre de problèmes de santé de longue durée, les données de l'EQLAV révèlent que la consommation d'au moins un type de médicaments est plus répandue, en proportion, chez les personnes ayant deux problèmes de santé de cette nature ou plus que chez celles avec un seul problème (94 % c. 73 %)

(tableau 4.5). C'est également chez les personnes cumulant ces problèmes qu'est observée une proportion plus élevée de consommateurs de quatre types de médicaments ou plus (54 % c. 16 %, un problème de santé).

Mentionnons, enfin, que la consommation d'au moins un type de médicaments et celle de quatre types ou plus varient selon la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés. La consommation d'au moins un type de médicaments est davantage rapportée, en proportion, par les personnes ayant déclaré l'un ou l'autre de ces cinq types de problèmes de santé que par celles ayant un problème de santé de longue durée autre que ceux-ci (par exemple, les personnes ayant indiqué l'ostéoporose, le cancer ou la dépression chronique) (89 % c. 73 %). La consommation de quatre types de médicaments ou plus est aussi proportionnellement plus répandue chez les individus ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés (46 % c. 11 %, aucun).

Tableau 4.5

Nombre de médicaments différents consommés¹ selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
	%				
Gravité de l'incapacité					
Sans incapacité	18,7	23,7	34,1	23,6	81,3
Incapacité légère	18,2	16,3	30,7	34,8	81,8
Incapacité modérée ou grave	9,5	7,9	21,6	61,1	90,5
Nombre de problèmes de santé de longue durée					
Un problème de santé	26,6	27,6	30,2	15,6	73,4
Deux problèmes de santé ou plus	6,4	8,4	30,8	54,3	93,6
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés ³					
Oui	11,4	11,8	30,6	46,2	88,6
Non	27,2	31,4	30,6	10,8	72,8

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête.

2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

3. Ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Partie 3

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

5

MÉDECIN DE FAMILLE ET ENDROIT HABITUEL DE SOINS

ARIANE DUBÉ-LINTEAU

Faits saillants

Affiliation à un médecin de famille

- Au Québec, neuf personnes sur dix déclarant au moins un problème de santé de longue durée ont un médecin de famille. En proportion, les personnes qui n'ont pas ce type de problème de santé sont nettement moins nombreuses à avoir un médecin de famille (deux personnes sur trois).
- Parmi les personnes avec un problème de santé de longue durée, près d'une sur dix indique un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, soit une proportion inférieure à celle notée dans la population sans problème de cette nature (près d'une personne sur cinq).
- Dans la population avec un problème de santé de longue durée, le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est plus répandu chez les hommes, chez les 15 à 24 ans et les 25 à 49 ans, chez les personnes ayant une incapacité légère et chez celles ayant un seul problème de santé de longue durée.

Endroit habituel de soins

- Plus de neuf personnes sur dix ayant un problème de santé de longue durée ont un endroit habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux. Cette proportion est inférieure (près de huit personnes sur dix) dans la population sans problème de cette nature.
- Dans la population avec un problème de santé de longue durée, la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins est plus faible chez les hommes, chez les 15 à 24 ans et chez celles ayant un seul problème de santé de cette nature.

- Les personnes à l'étude ayant un endroit habituel de soins rapportent majoritairement (85 %) qu'il s'agit d'une clinique ou d'un bureau de médecin.

Consultation auprès du médecin de famille

- Plus de neuf personnes sur dix (92 %) avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste ont consulté ce dernier au moins une fois au cours d'une période de 12 mois. Plus précisément, 30 % l'ont consulté une seule fois, 26 % deux fois et 36 % trois fois ou plus.
- Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, les femmes, les personnes âgées de 65 ans et plus, celles vivant seules, celles qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, celles ayant une incapacité modérée ou grave et celles cumulant les problèmes de santé sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté leur médecin de famille à trois occasions ou plus. Fait à souligner, plus de la moitié des personnes avec incapacité modérée ou grave consultent à une telle fréquence.
- Environ 17 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant un médecin de famille ont eu besoin d'une consultation, sans pouvoir l'obtenir, au cours d'une période de 12 mois. Les femmes sont plus concernées que les autres par un tel besoin non comblé.
- Environ 44 % des personnes à l'étude ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille ont indiqué que ce besoin est lié à leur problème de santé de longue durée.

Le présent chapitre introduit la troisième partie du volume consacrée à l'utilisation de divers services de santé et services sociaux, en examinant le recours aux services du médecin de famille et l'endroit habituel de soins chez les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée. Il vise d'abord à faire un portrait de l'affiliation à un médecin de famille et du besoin non comblé à cet égard. L'endroit où les gens consultent habituellement un médecin pour leurs soins de santé généraux est aussi documenté. Pour ces aspects en particulier, les données de l'enquête permettent de comparer la situation des personnes avec un problème de santé de longue durée à celle des personnes sans problème de cette nature. Il est ensuite question de la consultation du médecin de famille chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée qui

ont un généraliste pour médecin de famille et également de la présence d'un besoin non comblé de consultation, la période de référence étant de 12 mois. Mentionnons que l'enquête permet d'établir si le besoin non comblé de consultation est lié, en tout ou en partie, à l'un ou l'autre des problèmes de santé de longue durée déclarés.

Les données sont présentées en fonction du sexe et de l'âge. Pour certains indicateurs, elles sont analysées selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage¹ de même que selon certaines caractéristiques liées à la santé, soit la gravité de l'incapacité, le nombre et le type de problèmes de santé de longue durée². Rappelons que la population à l'étude est celle ayant au moins un problème de santé de longue durée qui vit dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel³.

Indicateurs utilisés

Médecin de famille : Indicateur déterminant l'affiliation à un médecin de famille ou à un médecin en particulier qui prend la responsabilité des soins de santé (il peut s'agir d'un médecin généraliste ou spécialiste) [Indicateur construit à partir des questions Q13 et Q14 de l'EQES].

Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille : Indicateur déterminant les personnes qui n'ont pas de médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un [Indicateur construit à partir de la question Q13, Q14 et Q19 de l'EQES].

Endroit habituel de soins : Indicateur déterminant les personnes ayant un lieu habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux, c'est-à-dire les soins de médecine générale et de chirurgie légère (comme les points de suture pour blessures mineures) [Indicateur construit à partir de la question Q3 de l'EQES].

Type d'endroit habituel de soins : Indicateur établissant le type de lieu habituel de consultation d'un médecin pour les soins de santé généraux [Indicateur construit à partir de la question Q4 de l'EQES].

Consultation auprès du médecin de famille : Indicateur établissant le nombre de consultations auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois par les personnes ayant un médecin de famille généraliste. Cet indicateur est composé de deux catégories (aucune fois; au moins une fois) ou de quatre catégories (aucune fois; une fois; deux fois; trois fois ou plus) [Indicateur construit à partir des questions FF2 et FF6].

Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille : Indicateur déterminant, chez les personnes ayant un médecin de famille généraliste, celles qui ont eu besoin d'une consultation auprès de lui au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF2 et FF4B].

1. Pour plus de détails sur ces deux variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 38.
2. Pour plus de détails sur les caractéristiques liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 64.
3. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

5.1 Affiliation à un médecin de famille

Selon l'enquête, la vaste majorité de la population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, soit 90 %, a un médecin de famille (ce qui correspond à environ 2 888 900 personnes) (tableau 5.1). Plus précisément, 85 % des personnes ont un généraliste (omnipraticien) comme médecin de famille et 4,7 %, un médecin spécialiste⁴ (données non présentées). Toutes proportions gardées, les personnes avec problème de santé de longue durée sont plus nombreuses que celles sans problème de cette nature à avoir un médecin de famille (90 % c. 68 %)⁵. Il est utile de préciser que les résultats qui suivent portent sur l'affiliation à un médecin de famille, qu'il soit généraliste ou spécialiste.

5.1.1 Affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

Neuf personnes sur dix de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée ont un médecin de famille

Dans la population de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée, la proportion de personnes ayant un médecin de famille varie selon le sexe et l'âge. Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes à avoir un médecin de famille (92 % c. 88 %) (tableau 5.1). Un écart selon le genre est aussi remarqué au sein de la population sans problème de santé puisque 76 % des femmes ont un médecin de famille, comparativement à 62 % des hommes. Lorsque l'on compare les populations avec et sans problème de santé de longue durée entre elles, on note que la proportion de personnes ayant un médecin de famille est plus élevée dans le premier groupe, autant chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 5.1

Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Sexe		
Hommes	87,9	61,6
Femmes	91,6	75,7
Groupe d'âge		
15-64 ans	87,3	67,1
15-24 ans	78,4	66,5
25-49 ans	84,1	63,9
50-64 ans	91,4	77,4
65 ans et plus	95,7	85,8
65-74 ans	95,0	83,6
75-84 ans	96,5	89,7
85 ans et plus	96,4	91,4
Ensemble de la population	89,9	68,2
Pe (k)	2 888,9	2 344,4

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

- La détermination du type de médecin de famille, soit généraliste ou spécialiste, est établie à partir de la question Q15 de l'EQES.
- À titre d'information, lorsque l'on se reporte à l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus, avec ou sans problème de santé de longue durée, 79 % des personnes ont un médecin de famille; 74 % mentionnent avoir un médecin généraliste et 4,6 % déclarent qu'un médecin spécialiste assume ce rôle. Pour plus de détails sur l'affiliation auprès d'un médecin de famille pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

La proportion de personnes ayant un médecin de famille augmente avec l'âge, que ce soit chez celles avec un problème de santé de longue durée ou chez celles sans ce type de problème. En effet, dans le premier cas, 87 % des individus âgés entre 15 et 64 ans ont un médecin de famille, alors que cette proportion atteint 96 % chez ceux de 65 ans et plus (tableau 5.1). Dans la population sans problème de santé de longue durée, ce sont plutôt 67 % des 15 à 64 ans qui ont un médecin de famille, comparativement à 86 % des 65 ans et plus.

Une analyse plus fine en fonction de l'âge révèle que parmi les personnes ayant un problème de santé de longue durée, tous les groupes d'âge comparés se distinguent de manière significative quant à la proportion de personnes ayant un médecin de famille, à l'exception des deux groupes les plus âgés. Ainsi, cette proportion passe progressivement de 78 % chez les 15 à 24 ans à 96 % chez les 75 ans et plus (tableau 5.1). Dans la population sans problème de santé de longue durée, le groupe âgé entre 25 et 49 ans présente la plus faible proportion de personnes ayant un médecin de famille (64 %), tandis que les groupes d'âge au-delà de 65 ans présentent les plus fortes proportions (de 84 % à 91 %, selon le cas).

Pour chacune des tranches d'âge, la part des personnes ayant un médecin de famille est significativement plus élevée chez celles ayant un problème de santé de longue durée, comparativement à celles sans problème de cette nature.

5.1.2 Affiliation à un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Dans la population ayant un problème de santé de longue durée, l'affiliation à un médecin de famille ne varie pas selon le fait de vivre seul. Toutefois, les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont, toutes proportions gardées, légèrement moins nombreuses à avoir un médecin de famille que celles plus avantagées quant à leur situation financière (89 % c. 90 %, au-dessus du seuil de faible revenu) (tableau 5.2).

Par ailleurs, chez les personnes sans problème de santé de longue durée, l'affiliation à un médecin de famille est à la fois associé au fait de vivre seul et au niveau de revenu du ménage. Effectivement, les personnes vivant seules (62 %) de même que celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (62 %) déclarent en moindre proportion avoir un médecin de famille que les autres (69 % dans chacun des cas).

Tableau 5.2

Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée ^a	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Fait de vivre seul		
Oui	89,3	62,0
Non	90,1	69,0
Niveau de revenu du ménage		
Sous le seuil de faible revenu	88,5	61,8
Au-dessus du seuil de faible revenu	90,2	69,2

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Dans la population avec problème de santé de longue durée, le test global du Khi-deux entre la variable « médecin de famille » et la variable « fait de vivre seul » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Mentionnons également que l'affiliation au médecin de famille est plus répandue au sein de la population avec un problème de santé que dans celle sans problème de cette nature, quel que soit le niveau de revenu du ménage des personnes ou qu'elles vivent seules ou non.

5.1.3 Affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

Parmi les personnes ayant un problème de santé de longue durée, celles avec une incapacité modérée ou grave sont proportionnellement plus nombreuses que les autres à avoir un médecin de famille

Le fait d'avoir un médecin de famille est associé à la gravité de l'incapacité, au nombre ainsi qu'au type de problèmes de santé de longue durée. Ainsi, parmi les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de cette nature, celles ayant une incapacité modérée ou grave déclarent en plus forte proportion (93 %) avoir un médecin de famille que celles ayant une incapacité légère ou qui sont sans incapacité (89 % et 90 %) (tableau 5.3). Dans le même sens, dans la population sans problème de santé de longue durée, les personnes sans incapacité (67 %) sont moins nombreuses à avoir un médecin de famille que celles avec incapacité légère (72 %) ou avec

Tableau 5.3
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Sans incapacité	89,7	67,3
Incapacité légère	88,7	72,1
Incapacité modérée ou grave	92,5	78,2

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

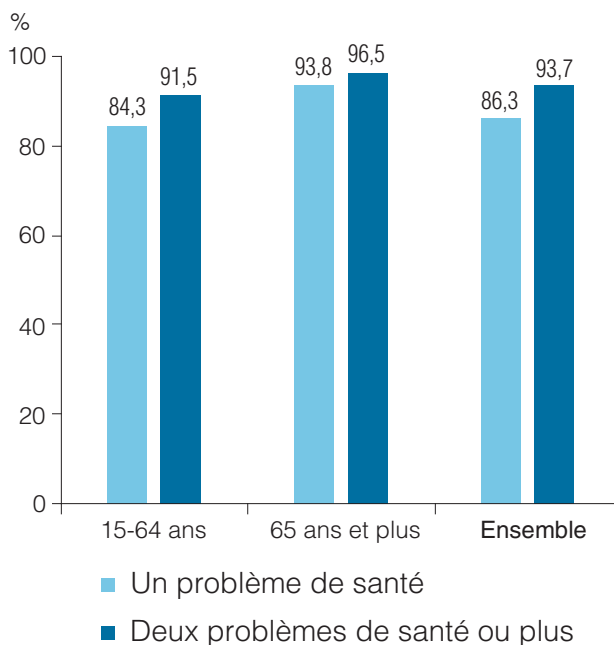
Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

incapacité modérée ou grave (78 %). Un examen comparatif des deux populations révèle que la proportion de gens ayant un médecin de famille est significativement plus élevée chez ceux ayant un problème de santé, autant chez les groupes avec incapacité que chez ceux sans incapacité.

La proportion de personnes ayant un médecin de famille croît avec le nombre de problèmes de santé de longue durée déclarés

En ce qui concerne le nombre de problèmes de santé de longue durée, les données montrent que la proportion de personnes ayant un médecin de famille est plus élevée en présence de deux problèmes ou plus qu'en présence d'un seul problème (94 % c. 86 %). Cela est vrai autant pour le groupe d'âge des 15 à 64 ans (92 % c. 84 %) que pour celui des 65 ans et plus (97 % c. 94 %) (figure 5.1).

Figure 5.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

L'affiliation à un médecin de famille est plus répandue chez les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés dans l'enquête : arthrite, diabète, bronchite chronique, hypertension ou maladies cardiaques

Les personnes se disant atteintes d'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme) sont proportionnellement plus nombreuses que celles sans ce type de problème de santé à avoir un médecin de famille⁶ (93 % c. 88 %) (tableau 5.4). Une situation semblable est observée pour les autres types de problèmes de santé désignés : diabète, bronchite

chronique (ou emphysème ou MPOC), hypertension ou maladies cardiaques. C'est donc sans surprise que l'on constate que les personnes ayant au moins un de ces cinq types de problèmes de santé déclarent en plus forte proportion avoir un médecin de famille que celles n'ayant aucun de ces problèmes⁷ (93 % c. 85 %). Au contraire, les personnes qui mentionnent avoir au moins un problème de la catégorie « autres » sont légèrement moins nombreuses, en proportion, à avoir un médecin de famille que celles n'ayant pas ces problèmes de santé (89 % c. 91 %).

Tableau 5.4

Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le type de problème de santé de longue durée¹, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type de problème de santé de longue durée	N'ayant pas ce type de problème de santé de longue durée
	%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme	92,9	88,5
Diabète	96,0	89,0
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ³	92,7	89,7
Hypertension	93,6	87,9
Maladies cardiaques	94,2	89,2
Autres ⁴	89,1	91,3
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	92,6	85,0

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6. Ce genre d'analyse compare les personnes ayant déclaré un type de problème de santé de longue durée donné (par exemple, l'arthrite) avec celles qui ont un ou des problèmes de santé de longue durée autres (que l'arthrite).

7. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

5.1.4 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

Près d'une personne avec un problème de santé de longue durée sur dix n'a pas de médecin de famille et exprime le besoin d'en avoir un, contrairement à environ une sur cinq chez celles sans problème de santé de cette nature

Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, ce sont environ 8 % des personnes qui n'ont pas de médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un (tableau 5.5). Cette proportion s'élève à 18 % dans la population sans problème de santé de longue durée (tableau 5.5). L'écart est significatif entre ces deux populations quant à leur besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille⁸. Fait à remarquer, une très faible proportion des personnes ayant un problème de santé de longue durée (2,1 %) indiquent ne pas avoir de médecin de famille et ne pas en vouloir un, alors que 14 % de celles sans problème de santé se disent dans cette situation.

La proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille varie selon le sexe et l'âge. Toutes proportions gardées, chez les personnes de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée, davantage d'hommes que de femmes ont un tel besoin non comblé (9 % c. 7 %) (tableau 5.6). Il en est de même dans la population sans problème de santé de cette nature (19 % c. 17 %).

Les analyses montrent que le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille décroît progressivement avec l'âge. En effet, ce besoin est plus fréquent chez les personnes âgées de 15 à 64 ans que chez celles de 65 ans et plus, autant dans la population avec problème de santé (10 % c. 3,1 %) que dans celle sans problème de santé (19 % c. 5 %).

Si l'on raffine le découpage selon l'âge, on remarque que chez les personnes avec un problème de santé de longue durée, la proportion de celles avec un tel besoin est plus élevée chez les deux groupes d'âge les plus jeunes, soit les 15 à 24 ans (12 %) et les 25 à 49 ans (13 %). De leur côté, les personnes âgées entre 75 et 84 ans et celles de 85 ans et plus affichent les plus faibles proportions (2,1 %* dans chacun des cas).

Tableau 5.5

Proportion de personnes n'ayant pas de médecin de famille selon le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Avec besoin non comblé d'affiliation	8,0	17,8
Sans besoin non comblé d'affiliation	2,1	14,0
Ensemble de la population	10,1	31,8

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8. À titre d'information, 13 % de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus (avec ou sans problème de santé de longue durée) n'ont pas de médecin de famille et expriment le besoin d'en avoir un. Pour plus de détails sur le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

À titre comparatif, les personnes ayant un problème de santé de longue durée sont, en proportion, moins nombreuses à avoir un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille que celles sans problème de santé de cette nature, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (tableau 5.6). Il en est de même pour les groupes d'âge situés entre 25 et 74 ans. Par contre, aucune différence significative entre les deux populations n'est observée pour les 15 à 24 ans, les 75 à 84 ans et les 85 ans et plus.

Tableau 5.6

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Sexe		
Hommes	8,9	18,7
Femmes	7,2	16,8
Groupe d'âge		
15-64 ans	10,2	18,6
15-24 ans ^a	12,1	11,9
25-49 ans	13,3	23,1
50-64 ans	7,3	13,6
65 ans et plus	3,1	5,2
65-74 ans	3,9	6,8*
75-84 ans ^a	2,1*	1,6**
85 ans et plus ^a	2,1*	3,5**
Ensemble de la population	8,0	17,8

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

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

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les 15-24 ans, les 75-84 ans et les 85 ans et plus, le test global du Khi-deux entre la variable « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » et la variable « présence d'au moins un problème de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.1.5 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Le tableau 5.7 présente la proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage. Chez les individus de 15 ans et plus avec un problème de santé de longue durée, aucune différence significative n'a été détectée en fonction de ces deux variables.

Par contre, chez les personnes sans problème de santé, les données de l'enquête montrent que celles vivant seules et celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu déclarent en plus forte proportion que les autres un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille (21 % c. 17 % et 22 % c. 17 %, respectivement).

La comparaison entre la population avec problème de santé de longue durée et celle sans problème de cette nature indique que la proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est plus faible dans le premier cas, peu importe si l'on tient compte ou non du fait de vivre seul ou du niveau de revenu du ménage (tableau 5.7).

Tableau 5.7

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée ^a	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Fait de vivre seul		
Oui	7,6	20,5
Non	8,1	17,4
Niveau de revenu du ménage		
Sous le seuil de faible revenu	9,1	22,4
Au-dessus du seuil de faible revenu	7,7	17,1

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Dans la population avec problème de santé de longue durée, les tests globaux du Khi-deux entre la variable « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.1.6 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

Parmi les personnes déclarant un problème de santé de longue durée, celles ayant une incapacité modérée ou grave sont moins nombreuses, en proportion, à avoir un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille

Chez les personnes de 15 ans et plus avec un problème de santé de longue durée, le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille varie aussi en fonction de la gravité de l'incapacité, sans toutefois suivre un gradient. Ainsi, la proportion de personnes ayant un tel besoin non comblé est moins élevée chez celles ayant une incapacité modérée ou grave (6 %), elle est plus

forte chez celles sans incapacité (8 %), puis elle est la plus élevée chez les individus ayant une incapacité légère (9 %) (tableau 5.8). Du côté de la population ne présentant aucun problème de santé de longue durée, les écarts observés vont sensiblement dans le même sens que ceux notés dans l'analyse précédente mais ils ne sont pas significatifs.

Lorsque l'on compare les deux populations, on s'aperçoit encore une fois que le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est plus répandu dans la population sans problème de santé de longue durée, quel que soit le niveau de gravité de l'incapacité (tableau 5.8).

Tableau 5.8

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée ^a
	%	
Sans incapacité	7,8	17,9
Incapacité légère	9,1	17,7
Incapacité modérée ou grave	6,4	13,4*

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

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a Dans la population sans problème de santé de longue durée, le test global du Khi-deux entre la variable « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » et la variable « gravité de l'incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Les personnes ayant un seul problème de santé de longue durée sont proportionnellement plus nombreuses à présenter un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille que celles cumulant les problèmes de cette nature

Lorsque l'on tient compte du nombre de problèmes de santé de longue durée, on observe que le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille touche moins, en proportion, les personnes cumulant ces problèmes que celles avec un seul problème (5 % c. 11 %) (tableau 5.9). Un profil de résultats semblable est constaté au sein des deux grands groupes d'âge que sont les 15 à 64 ans et les 65 ans et plus.

Mentionnons également que chez les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, la présence d'un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est moins fréquemment rapportée, en proportion, par celles ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés, soit l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension ou les maladies cardiaques, que par celles n'ayant aucun de ces problèmes (6 % c. 11 %, aucun des cinq types de problèmes⁹) (données non présentées).

Tableau 5.9

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	65 ans et plus	Ensemble
	%		
Un problème de santé	12,1	4,2	10,5
Deux problèmes de santé ou plus	7,4	2,6	5,3

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

5.2 Endroit habituel de soins

5.2.1 Endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge

Plus de neuf personnes sur dix avec un problème de santé de longue durée ont un endroit habituel pour recevoir leurs soins de santé généraux. La proportion est plus faible chez les hommes et chez les 15 à 64 ans

Le fait d'avoir un endroit habituel où consulter un médecin pour ses soins de santé généraux est la situation déclarée par plus de neuf personnes sur dix (92 %) parmi celles avec au moins un problème de santé de longue durée. Chez les personnes sans problème de santé, cette proportion est moindre (77 %)¹⁰ (tableau 5.10).

La proportion des personnes avec un problème de santé de longue durée ayant un endroit habituel de soins varie en fonction du sexe et de l'âge. L'enquête montre ainsi que 94 % des femmes dans cette situation ont un lieu

habituel de soins, tandis que c'est le cas pour 90 % des hommes (tableau 5.10). Sur le plan de l'âge, les données indiquent que la vaste majorité (96 %) des personnes âgées de 65 ans et plus ont un lieu habituel de soins. Cette situation est observée dans une proportion légèrement inférieure chez les personnes âgées entre 15 et 64 ans (91 %). On remarque plus particulièrement que la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins est la plus faible chez les 15 à 24 ans (83 %) et la plus élevée chez les 75 à 84 ans (97 %).

Dans la population sans problème de santé de longue durée, des écarts significatifs semblables à ceux notés précédemment sont observés entre hommes et femmes et entre les personnes de 65 ans et plus et leurs cadettes. Toutefois, l'examen détaillé selon l'âge fait ressortir un profil de résultats un peu différent, puisque les deux groupes d'âge les plus jeunes se distinguent de tous les autres en affichant les proportions de personnes ayant un endroit habituel de soins les plus faibles (75 %, dans les deux cas). Au-delà de 50 ans, aucune différence significative n'est notée entre les groupes.

Tableau 5.10

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Sexe		
Hommes	90,3	71,6
Femmes	94,0	83,8
Groupe d'âge		
15-64 ans	90,6	76,7
15-24 ans	82,5	74,8
25-49 ans	88,9	75,2
50-64 ans	93,4	83,8
65 ans et plus	96,1	87,4
65-74 ans	95,8	86,8
75-84 ans	97,3	88,8
85 ans et plus	94,5	87,8
Ensemble de la population	92,4	77,4

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10. Selon les données se rapportant à l'ensemble de la population de 15 ans et plus (avec ou sans problème de santé de longue durée), 85 % des personnes ont un lieu où elles consultent habituellement un médecin pour leurs soins de santé généraux. Pour plus de détails sur l'endroit habituel de soins pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de *l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

Lorsque l'on met en parallèle les populations avec et sans problème de santé de longue durée, on observe que la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins est significativement plus élevée dans la population ayant un tel problème de santé, et cela, peu importe le sexe ou le groupe d'âge (tableau 5.10).

5.2.2 Endroit habituel de soins selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Chez les personnes avec un problème de santé de longue durée, la proportion de celles ayant un endroit habituel de soins ne varie pas selon le fait de vivre seul, ni selon le niveau de revenu du ménage. Toutefois, des différences significatives selon ces deux variables sont observées au sein de la population sans problème de santé de longue durée. En effet, la proportion de personnes sans problème de santé de cette nature ayant un endroit habituel de soins est plus faible chez celles vivant seules que chez celles ne vivant pas seules (73 % c. 78 %) (tableau 5.11).

Une situation similaire est observée chez les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu : ces personnes sont moins nombreuses, en proportion, que celles plus favorisées sur ce plan à avoir un endroit habituel de soins (75 % c. 78 %).

Lorsque l'on compare les deux populations avec et sans problème de santé de longue durée entre elles, un écart significatif en faveur du premier groupe est noté quant au fait d'avoir un endroit habituel de soins, peu importe si l'on tient compte du fait de vivre seul ou du niveau de revenu du ménage (tableau 5.11).

Tableau 5.11

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée ^a	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Fait de vivre seul		
Oui	92,7	72,6
Non	92,3	78,0
Niveau de revenu du ménage		
Sous le seuil de faible revenu	91,4	75,3
Au-dessus du seuil de faible revenu	92,6	77,7

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Dans la population avec problème de santé de longue durée, les tests globaux du Khi-deux entre la variable « endroit habituel de soins » et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.2.3 Endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé

Dans la population avec un problème de santé de longue durée, la proportion des personnes ayant un endroit habituel de soins ne varie pas selon la gravité de l'incapacité. Il en est autrement pour la population sans problème de santé, puisque les personnes ayant une incapacité modérée ou grave (88 %) affirment en plus forte proportion avoir un endroit habituel de soins que les personnes sans incapacité (77 %) ou celles dont l'incapacité est légère (79 %) (tableau 5.12).

En proportion, les personnes avec un problème de santé de longue durée sont plus nombreuses à avoir un endroit habituel de soins, comparativement à celles sans ce type de problème, et ce, indépendamment du niveau de gravité de l'incapacité (tableau 5.12).

La proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins augmente en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée

La proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins croît avec le nombre de problèmes de santé de longue durée, passant de 90 % chez celles ayant un seul problème de cette nature à 95 % chez celles ayant deux problèmes ou plus (tableau 5.13). Cette relation est présente autant chez les 15 à 64 ans que chez les 65 ans et plus.

Tableau 5.12

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon la gravité de l'incapacité, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée ^a	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Sans incapacité	92,6	76,9
Incapacité légère	91,5	78,5
Incapacité modérée ou grave	93,4	88,0

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Dans la population avec problème de santé de longue durée, le test global du Khi-deux entre la variable « endroit habituel de soins » et la variable « gravité de l'incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Tableau 5.13

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	65 ans et plus	Ensemble
	%		
Un problème de santé	88,7	94,8	89,9
Deux problèmes de santé ou plus	93,4	96,8	94,9

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le fait d'avoir un endroit habituel de soins est plus répandu chez les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes désignés : arthrite, diabète, bronchite chronique, hypertension ou maladies cardiaques

Pour chacun des cinq types de problèmes de santé désignés dans l'enquête (arthrite, diabète, etc.), les personnes qui sont atteintes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un endroit habituel de soins que celles qui ne le sont pas. D'ailleurs, lorsque l'on compare les personnes ayant au moins un de ces types de problèmes à celles qui n'en ont aucun, il s'avère que les premières mentionnent en plus grande proportion que les secondes avoir un endroit habituel de soins (94 % c. 89 %) (tableau 5.14).

5.2.4 Type d'endroit habituel de soins

Les personnes de 15 ans et plus avec un problème de santé de longue durée rapportent majoritairement la clinique ou le bureau de médecin comme endroit habituel de soins

À l'exemple de la population québécoise âgée de 15 ans et plus¹¹, la grande majorité (85 %) des personnes avec un problème de santé de longue durée ayant un endroit habituel de soins mentionnent la clinique ou le bureau de médecin comme type d'endroit pour recevoir leurs soins de santé généraux (tableau 5.15). Toujours dans la population à l'étude, les autres personnes se déclinent comme suit : 7 % utilisent le CLSC comme endroit habituel de soins, 3,2 % la clinique externe d'un hôpital, 2,7 % un autre type d'endroit et, finalement, 2,1 % consultent à l'urgence d'un hôpital. Également selon l'enquête, 66 % des personnes ayant un endroit habituel de soins affirment qu'il s'agit d'un groupe de médecine de famille (GMF)¹².

Tableau 5.14

Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le type de problème de santé de longue durée¹, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type de problème de santé de longue durée	N'ayant pas ce type de problème de santé de longue durée
	%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme	94,1	91,5
Diabète	95,7	91,9
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ³	94,4	92,2
Hypertension	95,1	90,9
Maladies cardiaques	94,5	92,0
Autres ^{4, a}	92,0	93,0
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	94,0	89,4

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

a. Chez les personnes dont un problème de santé de longue durée appartient à la catégorie « autres », le test global du Khi-deux entre la variable « endroit habituel de soins » et la variable « autre problème de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

11. Pour plus de détails sur l'endroit habituel de soins pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

12. L'indicateur portant sur l'inscription à un groupe de médecine de famille est tiré des questions Q4 et Q5 de l'EQES. Cet indicateur présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sais pas ». Pour plus de détails, voir les aspects méthodologiques de l'EQES (M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013).

Le profil de résultats de la population avec problème de santé de longue durée diffère de manière significative de celui de la population sans problème de cette nature pour chacun des différents types d'endroits habituels de soins, à l'exception de la clinique externe d'un hôpital. Ainsi, en proportion, davantage de personnes avec un tel problème que de personnes sans problème reçoivent habituellement leurs soins dans une clinique ou un bureau de médecin (85 % c. 82 %), ou encore dans un « autre » type d'endroit (2,7 % c. 1,3 %)¹³ (tableau 5.15).

De même, proportionnellement plus de personnes avec un problème de santé de longue durée déclarent avoir un GMF comme endroit habituel pour recevoir leurs soins (66 % c. 63 %). À l'inverse, moins de personnes avec un tel problème de santé que de personnes sans ce type de problème consultent pour leurs soins de santé généraux dans un CLSC (7 % c. 8 %) ou à l'urgence d'un hôpital (2,1 % c. 4,9 %).

5.3 Consultation auprès du médecin de famille et besoin non comblé

Cette section vise à présenter le profil de la consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois chez les personnes de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée, ainsi que leur besoin non comblé sur ce plan. Les résultats présentés portent sur l'expérience vécue par celles ayant un généraliste (omnipraticien) comme médecin de famille, soit 85 % des personnes aux prises avec au moins un problème de santé de longue durée¹⁴.

Tableau 5.15

Type d'endroit habituel de soins, populations de 15 ans et plus¹ avec et sans problème de santé de longue durée ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011

	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Clinique ou bureau de médecin	84,7	82,0
CLSC	7,3	8,4
Urgence d'un hôpital	2,1	4,9
Clinique externe d'un hôpital ^a	3,2	3,4
Autre ²	2,7	1,3
Groupe de médecine de famille ³	65,5	62,5

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. La catégorie d'endroit « autre » inclut les cliniques de médecin dans les résidences privées pour aînés et le médecin qui se rend à domicile.

3. L'indicateur portant sur l'inscription à un groupe de médecine de famille présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sais pas ». Pour plus de détails, voir les aspects méthodologiques de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES) (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

a. Chez les personnes dont l'endroit habituel de soins est « Clinique externe d'un hôpital », le test global du Khi-deux entre la variable « type d'endroit habituel de soins » et la variable « présence d'au moins un problème de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

13. Ce résultat est en partie attribuable à l'inclusion des cliniques de médecin situées dans les résidences privées pour aînés et des médecins qui se rendent à domicile dans la catégorie « autre » de la variable « endroit habituel de soins ».

14. Pour plus de détails, voir la section 5.1, à la page 93.

5.3.1 Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

Sur une période de 12 mois, 92 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille l'ont consulté. Plus précisément, 30 % l'ont consulté une seule fois, 26 % deux fois et 36 % trois fois ou plus

Les données de l'enquête montrent que la très grande majorité (92 %) des personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille ont consulté ce dernier au moins une fois au cours d'une période de 12 mois. Plus précisément, environ 36 % des personnes ont vu leur médecin de famille trois fois ou plus, 26 % l'ont rencontré deux fois, 30 % l'ont visité une seule fois et 8 % ne l'ont pas consulté du tout (tableau 5.16). Pour les prochaines analyses, une attention particulière est portée aux résultats concernant la fréquence de consultation « au moins une fois » et « trois fois ou plus ».

Chez les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, les hommes et les 15 à 64 ans consultent moins fréquemment leur médecin de famille

Dans la population de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée et ayant un médecin de famille, les femmes sont légèrement plus nombreuses, en proportion, que les hommes à l'avoir consulté au moins une fois sur une période de 12 mois (92 % c. 91 %) (tableau 5.16). Toutefois, cet écart selon le sexe n'est observé que chez les deux plus jeunes groupes d'âge (15 à 24 ans : 89 % c. 70 %; 25 à 49 ans : 90 % c. 85 %, données non présentées). Au-delà de 50 ans, aucune différence significative selon le sexe n'est notée. En ce qui a trait à la fréquence de consultation « trois fois ou plus », les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à avoir ainsi consulté leur médecin de famille (37 % c. 33 %) (données non présentées).

Tableau 5.16

Consultation auprès du médecin de famille¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois
	%				
Sexe					
Hommes	9,0	30,4	27,5	33,1	91,0
Femmes	7,8	29,8	25,0	37,5	92,2
Groupe d'âge					
15-64 ans	9,8	32,0	25,1	33,1	90,2
15-24 ans	18,8	31,3	26,0	23,9	81,2
25-49 ans	12,3	31,7	23,0	33,0	87,7
50-64 ans	6,9	32,3	26,5	34,3	93,1
65 ans et plus	5,4	26,2	28,1	40,3	94,6
65-74 ans	5,5	28,4	28,4	37,7	94,5
75-84 ans	4,9	25,2	28,6	41,3	95,1
85 ans et plus	5,8	19,2	25,5	49,5	94,2
Ensemble	8,3	30,0	26,1	35,6	91,7

1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Quant à l'âge, la proportion de personnes ayant consulté leur médecin de famille au moins une fois au cours de la période de référence est plus élevée chez les 65 ans et plus que chez les 15 à 64 ans (95 % c. 90 %) (tableau 5.16). Une analyse plus fine de la fréquence de consultation indique que les personnes âgées de 65 ans et plus sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que celles de 15 à 64 ans à avoir consulté leur médecin deux fois (28 % c. 25 %) ou trois fois ou plus (40 % c. 33 %). En contrepartie, les personnes âgées entre 15 et 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses à l'avoir vu une fois (32 % c. 26 %) ou pas du tout (10 % c. 5 %). Lorsqu'on pose un regard plus attentif sur les personnes d'un âge plus avancé, on remarque que 41 % des 75 à 84 ans et 49 % des 85 ans et plus ont consulté leur médecin de famille trois fois ou plus.

5.3.2 Consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

La fréquence à laquelle les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée consultent leur médecin de famille généraliste varie significativement selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage. Ainsi, la proportion de celles ayant consulté au moins une fois leur médecin de famille au cours d'une période de 12 mois est plus élevée chez les personnes membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (94 % c. 91 %, au-dessus du seuil de faible revenu) (tableau 5.17).

Si l'on s'attarde à la fréquence de consultation la plus élevée (trois fois ou plus), on observe que les personnes vivant seules (43 %) ainsi que celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (45 %) présentent les plus fortes proportions de personnes ayant consulté leur médecin de famille à une telle fréquence¹⁵.

Tableau 5.17

Consultation auprès du médecin de famille¹ selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois ^a
	%				
Fait de vivre seul					
Oui	7,3	26,5	23,6	42,7	92,7
Non	8,6	31,0	26,8	33,6	91,4
Niveau de revenu du ménage					
Sous le seuil de faible revenu	6,3	22,9	25,8	45,0	93,7
Au-dessus du seuil de faible revenu	8,8	31,8	26,1	33,3	91,2

1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes ayant consulté leur médecin de famille au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, le test global du Khi-deux entre la variable « nombre de consultations » et la variable « fait de vivre seul » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

15. Un profil de résultats inverse est observé lorsque l'examen porte sur les fréquences « aucune fois » et « une fois ».

5.3.3 Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

Plus d'une personne sur deux ayant au moins un problème de santé de longue durée et une incapacité modérée ou grave a consulté son médecin de famille trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

Chez les personnes concernées, la fréquence de consultation auprès du médecin de famille varie aussi en fonction de certaines caractéristiques liées à leur santé. Les résultats présentés au tableau 5.18 font état de la relation qui existe entre cette fréquence et la gravité de

l'incapacité. D'une part, les données montrent que la proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant consulté, sur une période de 12 mois, leur médecin au moins une fois est plus élevée chez celles dont l'incapacité est modérée ou grave (94 %), comparativement à celles dont l'incapacité est légère (92 %), les personnes qui sont sans incapacité affichant de leur côté la proportion la plus faible à cet égard (90 %).

D'autre part, un profil de résultats allant dans le même sens est noté en ce qui concerne la consultation « trois fois ou plus », les écarts entre les estimations paraissant cette fois plus marqués (53 %, incapacité modérée ou grave c. 39 %, incapacité légère c. 26 %, sans incapacité).

Tableau 5.18

Consultation auprès du médecin de famille¹ selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois
	%				
Sans incapacité	9,6	36,5	27,6	26,4	90,4
Incapacité légère	7,8	27,6	26,0	38,5	92,2
Incapacité modérée ou grave	6,1	18,0	22,6	53,3	93,9

1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Environ 43 % des personnes cumulant les problèmes de santé de longue durée et 27 % de celles ayant un seul problème de cette nature ont consulté leur médecin de famille trois fois ou plus sur une période de 12 mois

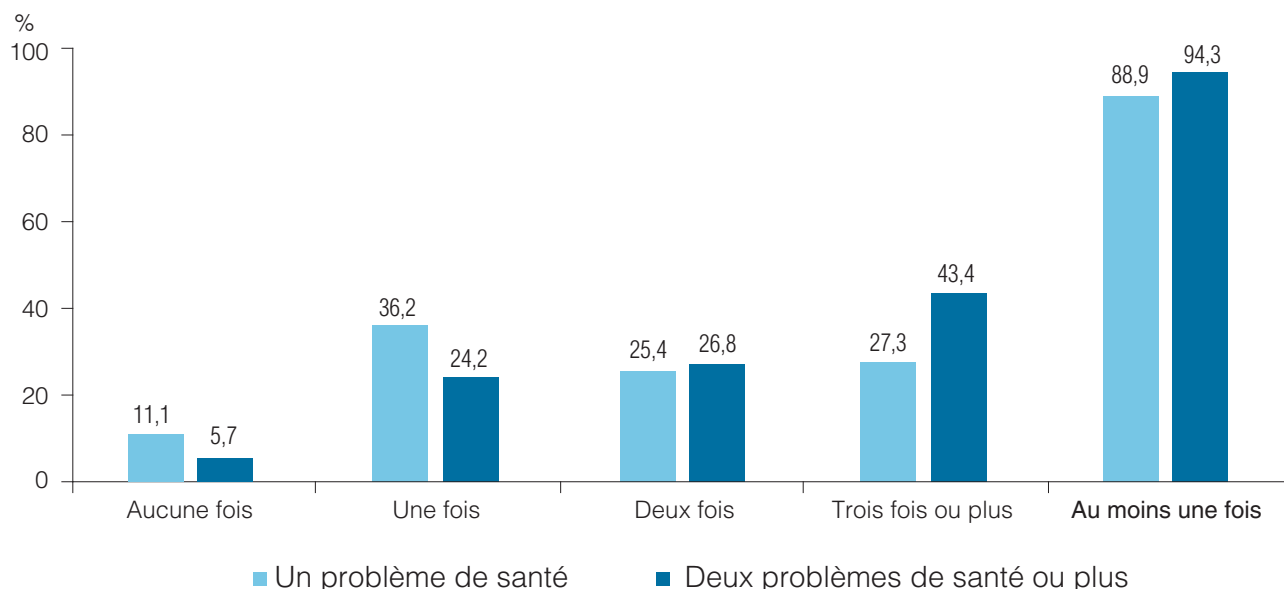
La figure 5.2 illustre la relation entre la fréquence de consultation du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois et le nombre de problèmes de santé de longue durée chez les personnes ayant au moins un problème de cette nature et ayant un médecin de famille généraliste. Ainsi, les individus cumulant ces problèmes sont proportionnellement plus nombreux que ceux en ayant un seul à avoir consulté leur médecin au moins une fois (94 % c. 89 %) ou trois fois ou plus (43 % c. 27 %). Au contraire, les personnes avec un seul problème de cette nature déclarent en plus forte proportion l'avoir rencontré « une fois » (36 % c. 24 %) ou ne pas l'avoir consulté du tout (11 % c. 6 %).

Les personnes atteintes d'arthrite, de diabète, de bronchite chronique, d'hypertension ou de maladies cardiaques consultent leur médecin de famille au moins une fois au cours d'une période de 12 mois en plus grande proportion que celles n'ayant aucun de ces problèmes de santé

La proportion de personnes ayant consulté leur médecin de famille au moins une fois au cours d'une période de 12 mois varie selon le type de problème de santé de longue durée. Ainsi, pour chacun des cinq types de problèmes de santé désignés, elle est plus élevée chez celles ayant ce problème que chez celles ne l'ayant pas (par exemple pour le diabète : 96 % c. 91 %) (tableau 5.19). Les résultats vont dans le même sens lorsque l'on met en relation le fait d'avoir l'un ou l'autre des cinq problèmes de santé désignés et l'absence de ces problèmes (94 % c. 88 %). Par contre, les personnes ayant un problème de santé de type « autres » sont moins nombreuses, en proportion, à avoir consulté leur médecin de famille que les autres personnes (91 % c. 93 %).

Figure 5.2

Consultation auprès du médecin de famille¹ selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Tableau 5.19

Consultation au moins une fois¹ auprès du médecin de famille selon le type de problème de santé de longue durée², population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type de problème de santé de longue durée	N'ayant pas ce type de problème de santé de longue durée
	%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme	93,6	90,8
Diabète	95,7	91,0
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ⁴	94,6	91,5
Hypertension	94,9	89,7
Maladies cardiaques	93,6	91,3
Autres ⁵	91,0	92,7
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	93,7	87,5

1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

4. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

5. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.3.4 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

Environ 17 % des personnes à l'étude ayant un médecin de famille ont eu besoin d'une consultation, sans pouvoir l'obtenir, au cours d'une période de 12 mois. Les femmes et les personnes de 15 à 64 ans expriment en plus grande proportion un tel besoin non comblé de consultation

Selon les données, environ 17 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille ont eu besoin d'une consultation, sans pouvoir l'obtenir, au cours d'une période de 12 mois (tableau 5.20). Mentionnons qu'environ 44 % d'entre elles ont indiqué que ce besoin non comblé de consultation est lié à leur problème de santé de longue durée (ou à l'un de leurs problèmes de santé de longue durée si elles en ont plus d'un)¹⁶ (donnée non présentée).

16. Cet indicateur est construit à partir des questions FF5A1, FF5A2, FF5B1 et FF5B2.

Tableau 5.20

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	12,8
Femmes	20,2
Groupe d'âge	
15-64 ans	19,7
15-24 ans	18,2
25-49 ans	23,0
50-64 ans	17,5
65 ans et plus	11,6
65-74 ans	12,0
75-84 ans	11,9
85 ans et plus	9,1
Ensemble	17,0

1. Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

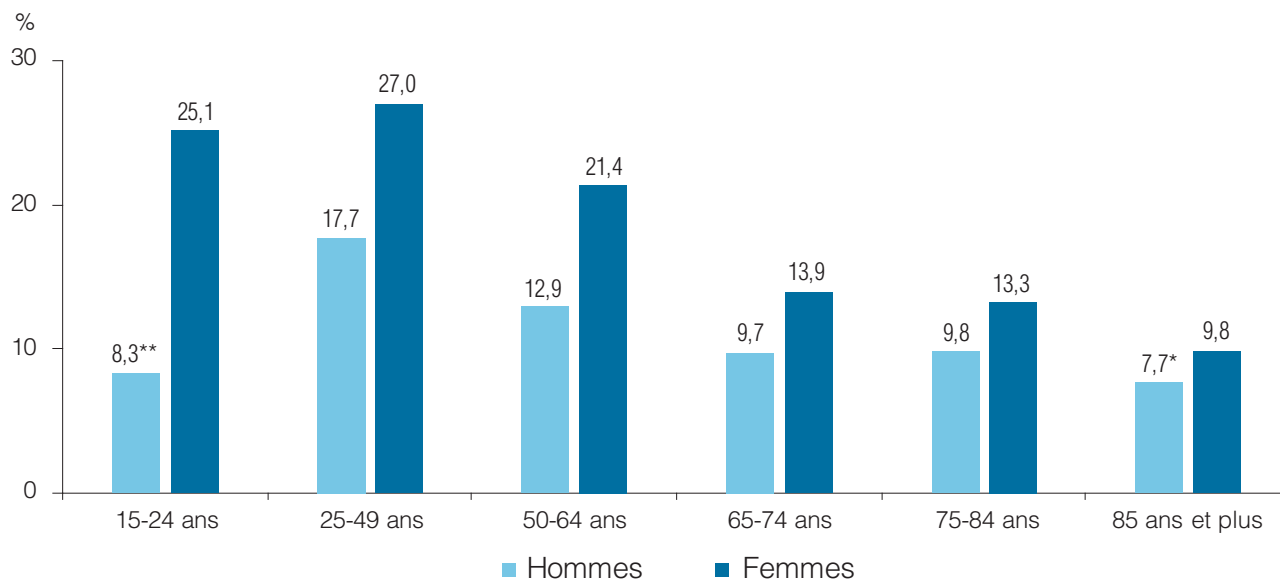
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille est associé au sexe et à l'âge. Toutes proportions gardées, les femmes sont plus touchées que les hommes par un tel besoin non comblé (20 % c. 13 %). Il en est de même des personnes âgées de 15 à 64 ans, comparativement à celles de 65 ans et plus (20 % c. 12 %). Chez les 65 ans et plus, le besoin non comblé de consultation est plus faible, en proportion, chez le sous-groupe des 85 ans et plus (9 %). Chez les 15 à 64 ans, aucun sous-groupe d'âge ne se distingue des deux autres sur ce plan.

Une analyse des écarts selon le sexe pour chacun des groupes d'âge révèle l'ampleur du besoin des femmes avec au moins un problème de santé de longue durée. En effet, la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès de leur médecin de famille est plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge, bien que chez les 75 à 84 ans et les 85 ans et plus, l'écart observé ne soit pas significatif (figure 5.3).

Figure 5.3

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



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

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

1. Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.3.5 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

La proportion de personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée présentant un besoin non comblé de consultation auprès de leur médecin de famille varie selon le fait de vivre seul (tableau 5.21). En effet, les individus vivant dans cette situation déclarent en moindre proportion que les autres un tel besoin non comblé (15 % c. 17 %). Mentionnons que le besoin non comblé de consultation n'est pas associé au niveau de revenu du ménage chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée.

Tableau 5.21

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille¹ selon le fait de vivre seul, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	15,2
Non	17,4

1. Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.3.6 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

L'enquête montre que le besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille n'est pas associé au nombre de problèmes de santé de longue durée. Il est cependant lié à la gravité de l'incapacité. En effet, la proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste exprimant un tel besoin est plus élevée chez celles dont l'incapacité est modérée ou grave que chez celles sans incapacité (19 % c. 16 %) (données non présentées)¹⁷.

La proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation varie également selon le type de problème de santé. Ainsi, les individus atteints de diabète, d'hypertension ou de maladies cardiaques expriment en plus faible proportion avoir un besoin non comblé de consultation que ceux qui n'ont pas ce type de problème de santé (14 % c. 17 % et 14 % c. 19 % et 14 % c. 17 %) (tableau 5.22). D'ailleurs, les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés sont proportionnellement moins nombreuses que celles n'ayant aucun de ces problèmes à avoir un tel besoin non comblé de consultation (16 % c. 20 %). Par contre, on fait la constatation inverse lorsque l'on compare les personnes ayant un problème de santé de la catégorie « autres » et celles sans ce type de problème de santé (19 % c. 14 %).

Tableau 5.22

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille¹ selon le type de problème de santé de longue durée², population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type de problème de santé	N'ayant pas ce type de problème de santé
	%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme ^a	17,7	16,4
Diabète	14,2	17,4
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ^{4,a}	19,0	16,8
Hypertension	14,4	18,5
Maladies cardiaques	14,4	17,5
Autres ⁵	18,9	13,9
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	15,7	19,5

1. Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

4. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

5. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

17. Ces deux proportions ne se distinguent cependant pas de celle observée chez les personnes dont l'incapacité est légère (17 %) (donnée non présentée).

5.3.7 Expérience vécue lors du plus récent épisode de besoin de consulter le médecin de famille

Dans la population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste, environ 94 % des personnes ont eu besoin de le consulter au moins une fois au cours d'une période de 12 mois¹⁸ (donnée non présentée). Parmi ces personnes, 92 % ont pu le rencontrer la dernière fois (ou l'unique fois) qu'elles en ont eu besoin¹⁹ (tableau 5.23). Par ailleurs, plus de huit individus sur dix (86 %) jugent raisonnable le délai écoulé entre le début de leurs démarches en vue d'obtenir une consultation et le moment de cette consultation²⁰ (donnée non présentée).

D'avantage d'hommes que de femmes ont pu consulter leur médecin de famille la dernière fois (ou l'unique fois) qu'ils ont eu besoin de le faire (94 % c. 91 %) (tableau 5.23). Il en est de même des personnes de 65 ans et plus, comparativement à celles de 15 à 64 ans (94 % c. 92 %).

Parmi les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée n'ayant pas pu rencontrer leur médecin de famille la dernière fois (ou l'unique fois) qu'elles ont eu besoin de le faire (soit 8 %), plus de la moitié (53 %) ont consulté un autre médecin ou un autre professionnel de la santé²¹. De ces personnes, 35 % ont vu un autre médecin de la même clinique (ou du même CLSC) que leur médecin de famille, 30 % se sont dirigées vers un médecin d'une autre clinique (ou d'un autre CLSC), 26 % se sont présentées à l'urgence d'un hôpital, 3,9 %* ont consulté un autre professionnel de la santé, 2,8 %** ont contacté Info-Santé et, enfin, 4,2 %** ont eu accès à une autre source²² (données non présentées).

Enfin, sur l'ensemble des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille et qui ont eu besoin de le consulter au moins

Tableau 5.23

Proportion de personnes ayant pu consulter leur médecin de famille lors du dernier épisode de besoin de consultation, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste et ayant eu besoin de le consulter au moins une fois², Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	94,4
Femmes	91,0
Groupe d'âge	
15-64 ans	91,6
65 ans et plus	94,2
Ensemble	92,5

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Besoin de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

une fois au cours d'une année, environ 3,5 % n'ont pas pu le faire la dernière fois (ou l'unique fois) qu'elles en ont eu besoin, et elles n'ont pas consulté un autre médecin ou un autre professionnel de la santé à cette occasion. Les données de l'enquête ne permettent pas de détecter d'écart significatif entre les sexes sur ce plan. Elles montrent par contre que la proportion de personnes concernées qui se trouvent dans cette situation est plus élevée chez les 15 à 64 ans (4,0 %) que chez les 65 ans et plus (2,7 %) (données non présentées).

18. L'indicateur visant à documenter le besoin de consultation du médecin de famille généraliste au cours d'une période de 12 mois est construit à partir de la question FF2.

19. L'indicateur visant à documenter le fait d'avoir pu consulter le médecin de famille généraliste à la suite du dernier (seul) épisode de besoin ressenti au cours d'une période de 12 mois est construit à partir de la question FF2. Sont exclues les personnes ayant mentionné ne pas avoir eu besoin de consulter au cours de la période de référence.

20. La variable visant à qualifier le délai entre le moment où les démarches pour voir le médecin ont commencé et le moment de la consultation est tirée de la question FF3A. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

21. La variable visant à documenter le fait de consulter un autre médecin ou un autre professionnel de la santé est tirée de la question FF3B.

22. Les variables décrivant le médecin ou le professionnel de la santé consulté sont construites à partir de la question FF3C. Une personne peut avoir consulté plus d'un médecin ou professionnel de la santé.

Faits saillants

- Une personne sur deux avec au moins un problème de santé de longue durée est suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste : les femmes, les personnes âgées de 65 ans et plus, celles ayant une incapacité modérée ou grave et celles cumulant les problèmes de santé se trouvent davantage concernées par cette situation.
- Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée et suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, celles dont l'état de santé est moins favorable consultent davantage. En effet, sept personnes sur dix ayant une incapacité modérée ou grave et six personnes sur dix cumulant les problèmes de santé de longue durée ont vu leur médecin spécialiste deux fois ou plus au cours d'une période de 12 mois.
- Environ 12% des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée présentent un besoin non comblé de consultation auprès de leur médecin spécialiste. Cette proportion est plus élevée au sein des groupes suivants : les femmes, les 15 à 64 ans et les personnes ayant une incapacité modérée ou grave.
- La moitié des personnes ayant un tel besoin non comblé ont indiqué que la consultation qu'elles n'ont pu obtenir était liée à leur problème de santé de longue durée.

Ce chapitre s'intéresse à la consultation auprès des médecins spécialistes chez les personnes de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée, qui vivent dans un ménage privé ou un ménage collectif non institutionnel¹. Une première partie établit un portrait du suivi régulier par au moins un médecin spécialiste chez les personnes formant la population à l'étude, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques (sexe, âge, fait de vivre seul et niveau de revenu du ménage²) et liées à la santé³. Il est utile de préciser que le concept de suivi dans l'EQLAV fait référence aux rencontres régulières⁴ que les personnes ont avec un ou plusieurs médecins spécialistes au sujet de leur état de santé. Puis, le nombre de consultations auprès du ou des médecins spécialistes effectuant un suivi régulier est examiné selon les mêmes caractéristiques, la période de référence étant de 12 mois.

La seconde partie du chapitre décrit la présence d'un besoin non comblé de consultation au cours d'une période de 12 mois, que la personne soit suivie régulièrement ou non par un médecin spécialiste. Mentionnons que les données de l'enquête permettent de préciser si le besoin non comblé à cet égard est lié, en tout ou en partie, à l'un ou l'autre des problèmes de santé de longue durée déclarés. Le besoin non comblé d'une consultation ayant fait l'objet d'une recommandation de la part d'un médecin est aussi documenté. Pour la plupart de ces analyses, les résultats sont présentés selon les mêmes caractéristiques que dans la première partie du chapitre.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Pour plus de détails sur ces variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 38.
3. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 64.
4. Dans l'enquête, l'expression « rencontres régulières » signifie que le ou les professionnels ont été consultés plus d'une fois et qu'ils peuvent être consultés au besoin. Ces rencontres peuvent avoir lieu plusieurs fois par année, une seule fois ou même aux deux ans.

Indicateurs utilisés

Médecin spécialiste : Indicateur déterminant les personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste (par exemple : un cardiologue, un endocrinologue, un ophtalmologiste, etc.) [Indicateur construit à partir des questions FF10A et FF10B].

Consultation auprès d'un médecin spécialiste : Indicateur établissant le nombre de consultations auprès d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois chez les personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste. Cet indicateur est présenté en trois catégories (aucune fois; une fois; deux fois ou plus). Si la personne est suivie régulièrement par deux ou plusieurs médecins spécialistes, le nombre total de consultations auprès de ces médecins pendant la période de référence est pris en compte [Indicateur construit à partir de la question FF11].

Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir. Cet indicateur se rapporte aux personnes, qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un médecin spécialiste [Indicateur construit à partir de la question FF12A]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle au moins une consultation n'ayant pu être obtenue avait été recommandée par un médecin. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé d'une consultation recommandée** » [Indicateur construit à partir des questions FF12A et FF14].

Type de médecin spécialiste : Indicateur établissant les personnes suivies régulièrement pour chaque type de médecin spécialiste. Une personne peut être suivie par plus d'un type de médecin [Indicateur construit à partir de la question FF10C].

Besoin non comblé de consultation par type de médecin spécialiste : Indicateurs déterminant, pour chaque type de médecin spécialiste, les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès de ce médecin au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir. Ces indicateurs se rapportent aux personnes, qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un médecin spécialiste. Une personne peut déclarer un besoin non comblé de consultation à l'égard de plus d'un type de médecin [Indicateurs construits à partir des questions FF12A et FF12B].

6.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un médecin spécialiste

6.1.1 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, une personne sur deux est suivie régulièrement par un ou plusieurs médecins spécialistes. Cette proportion est plus élevée chez les femmes et chez les personnes de 65 ans et plus

L'EQLAV montre qu'environ la moitié (50 %) des personnes de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée sont suivies régulièrement par un ou plusieurs médecins spécialistes (tableau 6.1). Toutes proportions gardées, les femmes déclarent un tel suivi davantage que les hommes (51 % c. 48 %). Il en est de même des personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement aux plus jeunes (58 % c. 46 %). Un découpage plus fin selon l'âge révèle que seul le groupe des 15 à 24 ans se distingue significativement de tous les autres groupes d'âge en affichant la plus faible proportion de personnes suivies régulièrement par un spécialiste (38 %). Parmi les aînés, ce sont les personnes de 85 ans et plus qui sont les moins nombreuses, en proportion, à être suivies régulièrement (52 %).

Tableau 6.1

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	48,4
Femmes	51,0
Groupe d'âge	
15-64 ans	46,2
15-24 ans	37,6
25-49 ans	44,2
50-64 ans	49,3
65 ans et plus	57,6
65-74 ans	57,8
75-84 ans	59,1
85 ans et plus	52,2
Ensemble	49,8

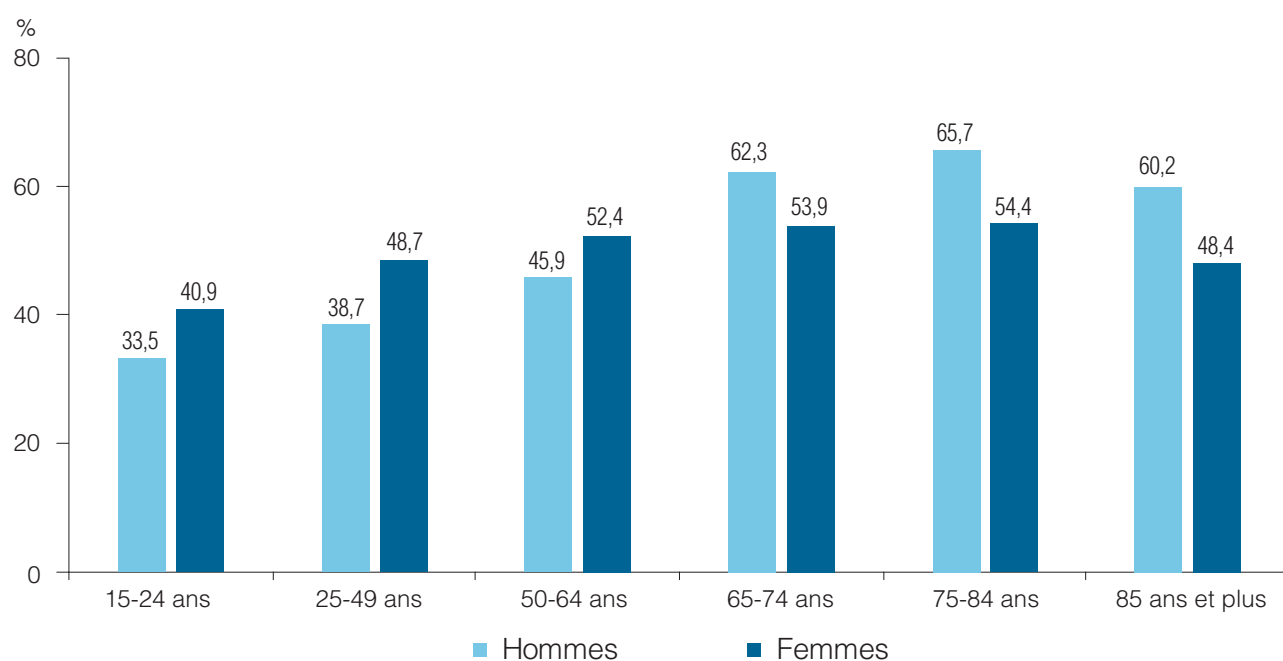
1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

La différence déjà soulignée entre les hommes et les femmes concernant le fait d'être suivi régulièrement par un médecin spécialiste cache un portrait plus nuancé, lorsque l'on tient compte de l'âge. Ainsi, deux profils de résultats se dégagent de la figure 6.1, à savoir qu'entre 25 et 64 ans, les femmes ont un tel suivi en proportions significativement plus élevées que les hommes^{5, 6}, tandis qu'au-delà de 65 ans, c'est l'inverse.

Selon les données de l'EQLAV, le suivi régulier par au moins un médecin spécialiste n'est pas associé au fait de vivre seul, ni au niveau de revenu du ménage chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée.

Figure 6.1
Proportions d'hommes et de femmes suivis régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon l'âge, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5. Les écarts notés entre les sexes chez les 25 à 49 ans peuvent être expliqués, en partie, par le suivi médical offert aux femmes durant la grossesse et la maternité.
6. Il est à noter que selon les données de l'enquête, la différence entre les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans n'est pas significative.

6.1.2 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à la santé

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, celles ayant une incapacité modérée ou grave et celles cumulant les problèmes de santé sont plus nombreuses, en proportion, à être suivies par un médecin spécialiste

Dans la population à l'étude, le fait d'être suivi régulièrement par au moins un médecin spécialiste est également associé à certaines variables liées à la santé, soit la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et le type de problème de cette nature. D'abord, les données de l'EQLAV montrent qu'un tel suivi croît avec la gravité de l'incapacité : si près de 45 % des personnes sans incapacité sont suivies régulièrement, c'est le cas de 51 % de celles ayant une incapacité légère et, enfin, de 60 % de celles ayant une incapacité modérée ou grave (figure 6.2).

Par ailleurs, les résultats de l'enquête indiquent que les personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (58 %) sont, en proportion, plus nombreuses à être suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste que celles avec un seul problème de cette nature (42 %) (tableau 6.2).

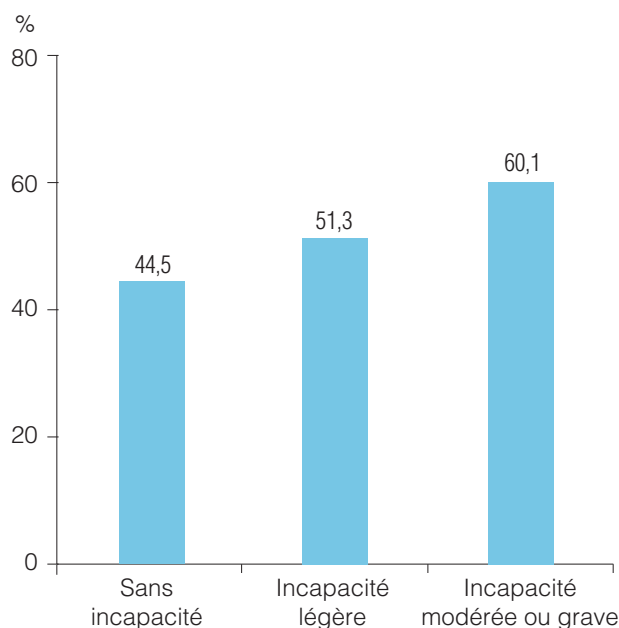
Tableau 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Un problème de santé	42,3
Deux problèmes de santé ou plus	57,6

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus¹ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*

Les données révèlent également que la proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste est supérieure chez celles déclarant certains types de problèmes de santé, par rapport à celles qui n'en sont pas atteintes⁷ : il s'agit de l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), du diabète, de la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC) et des maladies cardiaques (tableau 6.3). Il en est de même chez les individus ayant un problème de type « autres » et pour ceux ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés⁸. Cependant, les personnes faisant de l'hypertension ne se distinguent pas de manière significative de celles n'ayant pas ce problème de santé. Fait à remarquer, plus de sept personnes sur dix déclarant une maladie cardiaque sont suivies régulièrement par un médecin spécialiste.

6.1.3 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

Environ trois personnes sur cinq ayant au moins un problème de santé de longue durée, suivies régulièrement par un médecin spécialiste, ont consulté celui-ci deux fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, 60 % ont consulté ce dernier « deux fois ou plus » au cours de la période de référence, 33 % l'ont consulté « une fois » et 7 % ne l'ont pas consulté du tout (tableau 6.4). La consultation auprès d'un médecin spécialiste n'est pas associée au sexe des individus mais

Tableau 6.3

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le type de problème de santé de longue durée¹, population de 15 ans et plus² avec problèmes de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type de problème de santé	N'ayant pas ce type de problème de santé
	%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme	54,2	47,8
Diabète	59,6	48,2
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ³	58,1	49,1
Hypertension ^a	49,2	50,2
Maladies cardiaques	70,8	46,2
Autres ⁴	51,5	46,9
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	51,9	45,7

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

a. Le test global du Khi-deux entre la variable « médecin spécialiste » et la variable « hypertension » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7. Ce genre d'analyse compare les personnes ayant déclaré un type de problème de santé de longue durée donné (par exemple, l'arthrite) avec celles qui ont un ou des problèmes de santé de longue durée autres (que l'arthrite).

8. Rappelons que ces problèmes de santé sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

Tableau 6.4

Consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
	%		
Sexe^a			
Hommes	7,3	32,5	60,2
Femmes	7,1	32,5	60,5
Groupe d'âge			
15-64 ans	8,3	32,8	58,9
15-24 ans	10,3*	29,8	59,9
25-49 ans	8,7	28,1	63,2
50-64 ans	7,8	36,5	55,7
65 ans et plus	5,1	32,0	62,9
65-74 ans	5,5	32,9	61,5
75-84 ans	4,2*	30,7	65,2
85 ans et plus	5,9*	31,6	62,5
Ensemble	7,2	32,5	60,3

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

1. Au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « consultation auprès d'un médecin spécialiste » est non significatif au seuil de 5 %.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

elle varie en fonction de leur âge. Toutefois, les différences significatives observées concernent seulement les deux grands groupes d'âge: les personnes de 65 ans et plus sont, toutes proportions gardées, moins nombreuses que les 15 à 64 ans à n'avoir pas consulté leur médecin spécialiste (5 % c. 8 %), mais plus nombreuses à l'avoir fait « deux fois ou plus » (63 % c. 59 %).

6.1.4 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Selon l'EQLAV, la fréquence de consultation du médecin spécialiste n'est pas associée au fait de vivre seul chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. Celle-ci varie cependant selon le niveau de revenu du ménage. En effet, les personnes concernées appartenant à un ménage se classant sous le seuil de faible revenu sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté « deux fois ou plus » que celles dont la situation financière est plus favorable (64 % c. 59 %) et moins nombreuses à l'avoir fait « une fois » (29 % c. 33 %) (tableau 6.5).

Tableau 6.5

Consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
	%		
Sous le seuil de faible revenu	7,1	28,7	64,2
Au-dessus du seuil de faible revenu	7,2	33,5	59,4

1. Au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.1.5 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à la santé

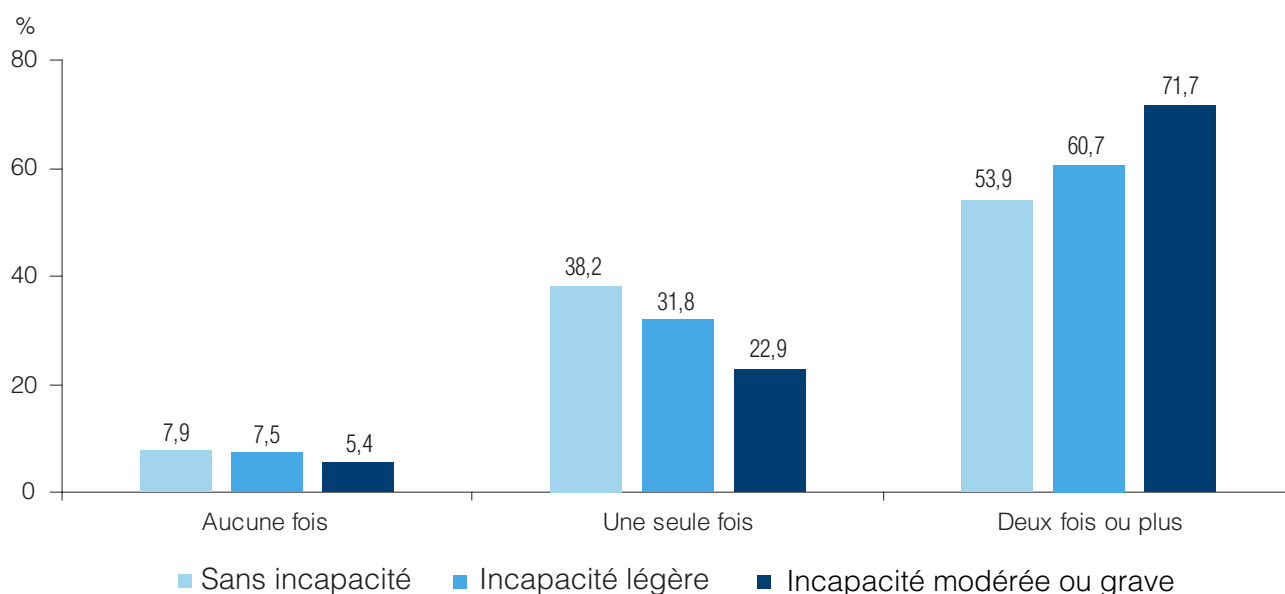
Parmi les personnes à l'étude suivies régulièrement par un médecin spécialiste, environ sept sur dix ayant une incapacité modérée ou grave et six sur dix ayant deux problèmes de santé ou plus ont consulté celui-ci « deux fois ou plus » au cours d'une période de 12 mois

La fréquence de consultation du médecin spécialiste au sein de la population concernée varie en fonction de la gravité de l'incapacité. Ainsi, la proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée

ayant consulté un médecin spécialiste « deux fois ou plus » au cours d'une période de 12 mois présente un gradient : celle-ci passe de 54 % chez les personnes sans incapacité à 61 % chez celles dont l'incapacité est légère, pour atteindre 72 % chez celles dont l'incapacité est modérée ou grave (figure 6.3).

Inversement, la proportion de personnes ayant consulté leur médecin spécialiste « une fois » diminue en fonction de la gravité de l'incapacité (38 %, sans incapacité c. 32 %, incapacité légère c. 23 %, incapacité modérée ou grave). La même tendance est observée chez les individus n'ayant pas consulté leur médecin spécialiste au cours de la période de référence, bien qu'aucune différence significative ne soit notée entre les personnes sans incapacité et celles avec incapacité légère.

Figure 6.3
Consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus² ayant au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011



1. Au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

La fréquence de consultation auprès du médecin spécialiste est également associée au nombre de problèmes de santé de longue durée. En effet, les personnes cumulant les problèmes de cette nature déclarent en plus forte proportion avoir consulté leur médecin spécialiste « deux fois ou plus », comparativement à celles ayant un seul problème (63 % c. 56 %) (tableau 6.6). En revanche, elles sont moins nombreuses à affirmer l'avoir consulté « une fois » ou à ne pas l'avoir consulté durant la période de référence (31 % c. 35 % et 6 % c. 9 %, respectivement).

Tableau 6.6

Consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus² ayant au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
	%		
Un problème de santé	8,8	35,0	56,2
Deux problèmes de santé ou plus	5,9	30,6	63,5

1. Au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le tableau 6.7 présente la fréquence de consultation en fonction de la présence ou non de certains types de problèmes de santé de longue durée. Par exemple, les personnes faisant de l'arthrite sont plus nombreuses, en proportion, que celles qui n'en font pas à avoir consulté un médecin spécialiste « deux fois ou plus » (63 % c. 59 %).

Une situation semblable est notée pour deux autres problèmes de santé, soit le diabète et la bronchite chronique (65 % c. 59 % et 67 % c. 60 %, respectivement). Les personnes ayant déclaré un problème de type « autres » sont aussi plus nombreuses à avoir consulté « deux fois ou plus » (63 % c. 56 %).

Tableau 6.7

Consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon le type de problème de santé de longue durée, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
	%		
Arthrite / arthrose / rhumatisme			
Oui	6,6	30,4	63,0
Non	7,5	33,6	58,9
Diabète			
Oui	5,8	29,5	64,7
Non	7,4	33,1	59,4
Bronchite chronique / emphysème / MPOC³			
Oui	7,0*	26,1	66,9
Non	7,2	33,1	59,8
Hypertension^a			
Oui	6,3	33,7	60,1
Non	7,7	31,8	60,5
Maladies cardiaques^a			
Oui	5,9	32,4	61,7
Non	7,5	32,5	60,1
Autres⁴			
Oui	7,0	30,3	62,7
Non	7,5	36,3	56,2
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés^a			
Oui	6,8	32,9	60,4
Non	8,1	31,6	60,3

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

1. Au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « consultation auprès d'un médecin spécialiste » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste

Un peu plus d'une personne sur dix avec au moins un problème de santé de longue durée présente un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste. Le problème de santé de longue durée est en cause dans un cas sur deux où l'on note la présence d'un tel besoin non comblé

de longue durée. Les données montrent qu'environ 12 % d'entre elles ont déclaré un tel besoin non comblé. Parmi ces personnes, près de la moitié (49 %) précisent que la consultation non reçue était liée à leur problème de santé de longue durée⁹ (donnée non présentée). Par ailleurs, la proportion des individus qui signalent un besoin non comblé pour une consultation ayant été recommandée par un médecin est estimée à 7 % (tableau 6.8).

L'enquête fournit aussi de l'information concernant le besoin de consulter un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir obtenir de consultation, chez les personnes ayant au moins un problème de santé

Tableau 6.8

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Besoin non comblé de consultation	Besoin non comblé d'une consultation recommandée ³
	%	
Sexe		
Hommes	9,5	6,0
Femmes	13,2	8,7
Groupe d'âge		
15-64 ans	13,9	8,9
15-24 ans	13,5	5,7*
25-49 ans	16,4	10,1
50-64 ans	11,9	8,5
65 ans et plus	6,4	4,4
65-74 ans	7,4	5,3
75-84 ans	5,9	3,7*
85 ans et plus	3,7	2,2*
Ensemble	11,5	7,5

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

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Consultation recommandée par un médecin.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9. Cette variable est tirée des questions F13A et F13B.

6.2.1 Besoin non comblé selon le sexe et l'âge

Le besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste est lié au sexe et à l'âge. Les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir déclaré un tel besoin (13 % c. 9 %) (tableau 6.8). Cela se vérifie chez les trois groupes d'âge les plus jeunes seulement puisqu'au-delà de 65 ans, aucune différence significative selon le sexe n'est observée (figure 6.4).

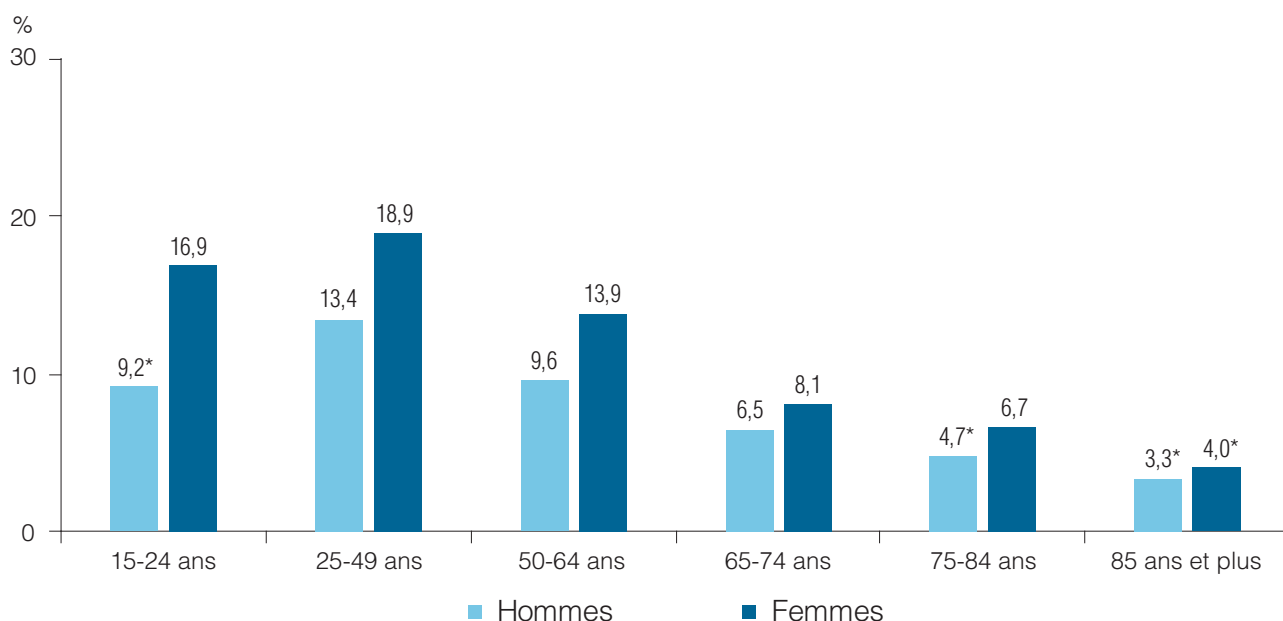
L'analyse selon l'âge indique que les individus de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreux à mentionner un besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste que ceux de 65 ans et plus (14 % c. 6 %)

(tableau 6.8). Cela dit, un examen plus approfondi révèle que seul le groupe des 85 ans et plus se distingue de tous les autres, en affichant la proportion la plus faible de personnes qui n'ont pu obtenir de consultation (3,7 %). Notons qu'un profil de résultats similaire est observé lorsque l'on tient compte du besoin non comblé relatif à une consultation qui a été recommandée par un médecin.

Il est à noter que chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, les données de l'EQLAV ne permettent pas de détecter une association significative entre le besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste et le fait de vivre seul, ni avec le niveau de revenu du ménage.

Figure 6.4

Proportion d'hommes et de femmes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon l'âge, population de 15 ans et plus² ayant au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



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

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

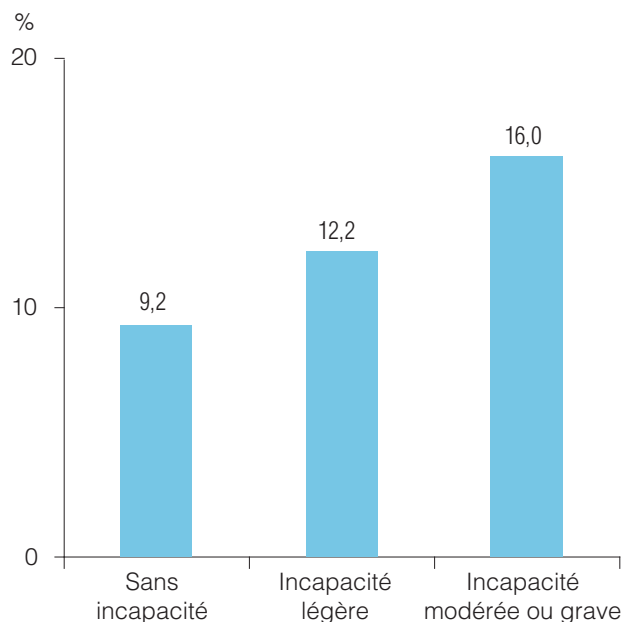
6.2.2 Besoin non comblé selon certaines caractéristiques liées à la santé

Le besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste est plus répandu chez les personnes ayant une incapacité modérée ou grave que chez celles ayant une incapacité légère ou qui sont sans incapacité

La proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée qui présentent un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste varie en fonction de la gravité de l'incapacité. Comme il est illustré à la figure 6.5, un gradient est observé à cet égard puisque la part des personnes concernées par ce besoin non comblé augmente avec la gravité de l'incapacité (9 %, sans incapacité c. 12 %, incapacité légère c. 16 %, incapacité modérée ou grave). Les résultats vont dans le même sens lorsqu'est étudié le besoin non comblé impliquant une consultation recommandée (6 %, sans incapacité c. 8 %, incapacité légère c. 11 %, incapacité modérée ou grave) (données non présentées).

Figure 6.5

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste n'est cependant pas associé au nombre de problèmes de santé de longue durée chez les personnes ayant au moins un problème de santé de cette nature. La présence d'un tel besoin varie par ailleurs selon le type de problème de santé de longue durée. Ainsi, les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête (arthrite, diabète, bronchite chronique, hypertension ou maladies cardiaques) sont moins nombreuses, en proportion, à mentionner la présence d'un

besoin non comblé de consultation que celles n'ayant aucun de ces problèmes¹⁰ (10 % c. 14 %) (tableau 6.9). L'examen plus détaillé révèle que cette situation s'applique en particulier aux personnes ayant l'un des problèmes suivants : le diabète, l'hypertension et les maladies cardiaques. À l'inverse, les personnes ayant un problème de type « autres » mentionnent un besoin non comblé de consultation, au cours d'une période de 12 mois, en proportion plus élevée que celles n'étant pas dans cette condition (13 % c. 9 %).

Tableau 6.9

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste¹ selon certains types de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type de problème de santé	N'ayant pas ce type de problème de santé
	%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme ^a	11,7	11,3
Diabète	9,7	11,8
Bronchite chronique / emphysème / MPOC ^{3,a}	13,2	11,3
Hypertension	8,8	13,1
Maladies cardiaques	9,2	11,9
Autres ⁴	13,3	8,6
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	10,1	14,2

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

6.2.3 Suivi régulier et besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste

En terminant, le tableau 6.10 présente, pour chacun des types de médecin spécialiste, la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée suivies régulièrement par le médecin spécialiste en question, ainsi que la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation. Rappelons qu'une personne peut être suivie par plus d'un type de médecin spécialiste et qu'elle peut aussi mentionner un besoin non comblé à l'égard de plusieurs de

ces professionnels. Par conséquent, aucun test statistique n'a été réalisé permettant de comparer les données par type de médecin entre elles.

Parmi les personnes à l'étude, mentionnons à titre d'exemple que 10 % rapportent être suivies par un cardiologue, 7 % par un gynécologue et 10 % par un ophtalmologiste. Les autres médecins spécialistes sont mentionnés dans des proportions allant de 0,6 % à 4,8 %. Quant au besoin non comblé de consultation par type de médecin spécialiste, les proportions de personnes concernées se situent entre 0,3 % et 1,8 % (tableau 6.10).

Tableau 6.10

Proportion de personnes suivies régulièrement par un médecin spécialiste et proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste^{1,2}, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Suivi régulier	Besoin non comblé de consultation
	%	
Cardiologue	9,9	0,9
Chirurgien ⁴	2,5	0,5
Dermatologue	2,9	1,8
Endocrinologue	3,6	0,5*
Gastro-entérologue	3,3	1,4
Gynécologue	7,4	1,7
Hématologue	0,9	0,1**
Interniste	0,6	—
Néphrologue	1,2	—
Neurologue	3,5	0,7
Oncologue	2,8	0,1**
Ophtalmologiste	10,3	0,8
ORL	2,8	0,5
Orthopédiste	2,4	1,1
Pneumologue	2,7	0,4*
Psychiatre	2,2	0,3*
Rhumatologue	2,5	0,5
Urologue	4,8	0,4*
Autre ⁵	3,8	1,1

— Donnée infime

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

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

1. Au cours d'une période de 12 mois.

2. Une personne peut être suivie régulièrement par plus d'un médecin spécialiste ou avoir un besoin non comblé à l'égard de plus d'un médecin spécialiste.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

4. Entrent dans cette catégorie tous les types de chirurgien (dentiste, oncologue, etc.).

5. La catégorie « autre » comprend les spécialités suivantes : allergologue, anesthésiste, gériatre, hépatologue, infectiologue, pédiatre, physiatre, radiologue et autre indéterminée.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7

AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

LINDA CAZALE

Faits saillants

- Selon l'EQLAV, un peu plus de la moitié des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin. Le dentiste et l'optométriste sont les types de professionnels les plus fréquemment mentionnés.
- Le suivi régulier par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin est plus répandu dans certains groupes, notamment les femmes, les personnes âgées de 15 à 64 ans, celles faisant partie d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu et celles déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus.
- La plupart des personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux (sept sur dix) ont payé, en totalité ou en partie, les frais de consultation de l'un ou l'autre des professionnels consultés au cours d'une période de 12 mois. Les femmes ainsi que les personnes âgées de 15 à 64 ans sont plus nombreuses dans cette situation.
- Environ 2,8% des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont eu besoin, à un moment ou à un autre au cours d'une période de 12 mois, de consulter un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, sans pouvoir le faire. Parmi ces personnes, un peu plus de la moitié précisent que ce besoin non comblé de consultation concerne leur problème de santé de longue durée.

- Un tel besoin non comblé de consultation touche plus particulièrement les personnes de 15 à 64 ans, celles vivant seules, celles qui vivent dans un ménage dont le revenu est insuffisant et celles ayant une incapacité modérée ou grave. En contrepartie, les personnes déclarant avoir l'un ou l'autre des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête sont moins touchées que celles qui déclarent en avoir aucun.

Les deux chapitres précédents ont permis de décrire la consultation auprès du médecin de famille (chapitre 5) et celle des médecins spécialistes (chapitre 6). Le présent chapitre documente cette fois la consultation auprès des professionnels de la santé ou des services sociaux autres qu'un médecin chez les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel¹.

Est d'abord présenté un portrait des personnes faisant partie de la population étudiée qui sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin. Précisons que dans l'EQLAV, le concept de suivi fait référence aux rencontres régulières² que les personnes ont avec un ou des professionnels de la santé ou des services sociaux au sujet de leur état de santé. Les professionnels rencontrés peuvent être, entre autres, un chiropraticien, un dentiste, une infirmière ou un ostéopathe. Il peut s'agir de professionnels oeuvrant dans le réseau public ou dans le secteur privé. Le chapitre traite également du fait d'avoir payé pour une consultation auprès d'un tel professionnel, pendant la période de référence de 12 mois.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

2. Dans l'enquête, l'expression « rencontres régulières » signifie que le ou les professionnels ont été consultés plus d'une fois et qu'ils peuvent être consultés au besoin. Ces rencontres peuvent avoir lieu plusieurs fois par année, une seule fois ou même aux deux ans.

Ensuite, il est question du besoin non comblé de consultation au cours de la même période, chez l'ensemble des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. Soulignons que les données de l'enquête permettent d'établir si ce besoin est lié, en tout ou en partie, à l'un ou l'autre des problèmes de santé de longue durée déclarés. La présence d'un besoin non comblé pour une consultation ayant fait l'objet d'une recommandation de

la part d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux est aussi examinée, ce qui apporte une information plus spécifique quant aux services que les personnes n'ont pu obtenir. Les données sont analysées en fonction du sexe, de l'âge et, dans certains cas, selon le fait de vivre seul, le niveau de revenu du ménage³ et certaines caractéristiques liées à la santé⁴.

Indicateurs utilisés

Professionnel de la santé ou des services sociaux : Indicateur déterminant les personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin (par exemple : une infirmière, un physiothérapeute, un psychologue, un optométriste, etc.) [Indicateur construit à partir des questions FF16A, FF16B, FF18A et FF18B].

Type de professionnel de la santé ou des services sociaux consulté : Indicateurs déterminant les personnes suivies régulièrement pour chaque type de professionnel de la santé ou des services sociaux [Indicateurs construits à partir des questions FF16A, FF16B, FF18A, FF18AA, FF18B, FF18BB].

Avoir payé les frais de consultation : Indicateur déterminant les personnes qui ont payé (en tout ou en partie) les frais de consultation de l'un ou l'autre des professionnels de la santé ou des services sociaux consultés au cours d'une période de 12 mois parmi l'ensemble de celles qui sont suivies régulièrement. Le montant déboursé peut avoir été versé par la personne elle-même ou par une assurance privée [Indicateur construit à partir des questions FF16C et FF19].

Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir. Cet indicateur se rapporte aux personnes qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un tel professionnel [Indicateur construit à partir de la question FF20]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle au moins une consultation n'ayant pu être obtenue avait été recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé d'une consultation recommandée** » [Indicateur construit à partir des questions FF20 et FF22].

3. Pour plus de détails sur ces deux variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 38.
4. Pour plus de détails sur les caractéristiques liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 64.

7.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

Un peu plus de la moitié des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin. Le dentiste et l'optométriste sont les types de professionnels les plus fréquemment rapportés

Parmi les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, environ 53 % sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin (tableau 7.1). Plusieurs types de professionnels sont mentionnés par ces personnes, le dentiste (34 %) et l'optométriste (20 %) étant les plus courants. Quant à l'infirmière, elle est rapportée par environ 8 % des personnes qui indiquent que ce suivi concerne leur problème de santé de longue durée (ou l'un ou l'autre de leurs problèmes de santé, s'ils en ont plus d'un). Les autres types de professionnels ont été mentionnés dans des proportions allant de 0,3 %* à 4,2 %, selon le cas.

L'enquête fournit aussi des renseignements sur la présence d'un professionnel autre qu'un médecin (par exemple, une infirmière ou un travailleur social), agissant comme intervenant pivot ou agent de liaison, c'est-à-dire organisant les services, les traitements ou les soins pour la personne. Selon les données, environ 4,0 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée rapportent avoir un tel professionnel (donnée non présentée)^{5, 6}.

Tableau 7.1

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin¹ selon le type de professionnel, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Chiropraticien	2,7
Dentiste	34,1
Infirmière	8,3
Massothérapeute	1,9
Nutritionniste	0,3*
Optométriste	20,0
Ostéopathe	2,0
Physiothérapeute	4,2
Psychologue ³	3,3
Travailleur social	0,6
Autre ⁴	4,0
Ensemble	53,2

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

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Cette catégorie comprend également les psychothérapeutes et les thérapeutes en relation d'aide.
4. La catégorie « autre » comprend les professionnels suivants: acupuncteur, audiologiste, diététiste, éducateur spécialisé, ergothérapeute, homéopathe, inhalothérapeute, intervenant en santé mentale, kinésiologue, médecines douces, naturopathe, orthophoniste, pharmacien, podiatre ou podologue et autre.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5. Cette variable est tirée de la question F23.

6. Mentionnons qu'un peu plus de la moitié (53 %) des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont déclaré ne pas consulter ce type de professionnel et que 44 % ont indiqué que recevoir des services d'un tel professionnel « ne s'applique pas » à leur situation (données non présentées).

7.1.1 Suivi régulier selon le sexe et l'âge

Les femmes et les personnes âgées de 15 à 64 ans sont plus nombreuses, en proportion, à être suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin

La proportion de personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée qui sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin varie selon le sexe et l'âge (tableau 7.2). Tout d'abord, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir un tel suivi (58 % c. 47 %). Cette situation est aussi davantage rapportée par les personnes de 15 à 64 ans, comparativement à celles de 65 ans et plus (55 % c. 49 %). L'analyse détaillée par groupe d'âge indique que les personnes âgées entre 15 et 64 ans ne se distinguent pas entre elles quant au fait d'être suivi régulièrement (entre 55 % et 56 %). Les groupes d'ânés sont également comparables sur ce plan (entre 47 % et 50 %).

7.1.2 Suivi régulier selon le niveau de revenu du ménage

Outre le sexe et l'âge, la proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin varie selon le niveau de revenu du ménage⁷. En effet, les personnes faisant partie d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu sont plus nombreuses, en proportion, à avoir un tel suivi régulier que celles moins favorisées sur le plan économique (56 % c. 45 %, sous le seuil de faible revenu) (données non présentées).

Tableau 7.2

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	47,2
Femmes	58,2
Groupe d'âge	
15-64 ans	55,1
15-24 ans	55,9
25-49 ans	55,6
50-64 ans	54,6
65 ans et plus	49,1
65-74 ans	50,1
75-84 ans	46,9
85 ans et plus	50,0
Ensemble	53,2

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7. Cette proportion ne varie cependant pas selon le fait de vivre seul, d'après les données de l'enquête.

7.1.3 Suivi régulier selon certaines caractéristiques liées à la santé

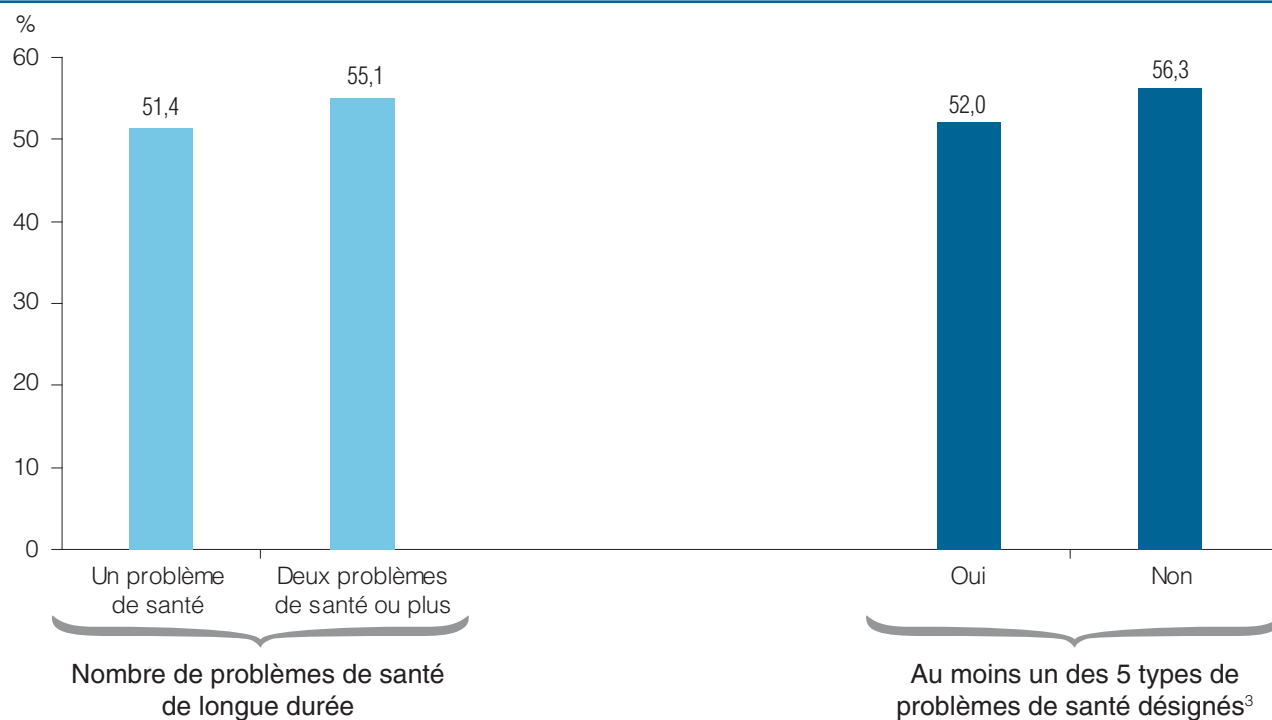
Le suivi régulier par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin est plus répandu chez les personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus. Par contre, il l'est moins chez celles déclarant l'un ou l'autre des cinq types de problèmes de santé désignés dans l'enquête

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, la présence d'un suivi régulier par au moins un professionnel de la santé ou des services

sociaux autre qu'un médecin varie selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et selon la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête^{8, 9}. Ainsi, la proportion des personnes ayant un tel suivi régulier est plus élevée chez celles cumulant les problèmes de santé de longue durée que chez celles ayant un seul problème de cette nature (55 % c. 51 %) (figure 7.1). Par ailleurs, le fait d'être suivi régulièrement est moins répandu, en proportion, chez les individus ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés (arthrite ou arthrose ou rhumatisme), diabète, bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), hypertension et maladies cardiaques) que chez ceux n'ayant aucun de ces problèmes¹⁰ (52 % c. 56 %).

Figure 7.1

Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin¹ selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8. Rappelons que ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

9. Elle ne varie cependant pas selon la gravité de l'incapacité, d'après les données de l'enquête.

10. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

7.1.4 Avoir payé les frais de consultation selon le sexe et l'âge

Environ sept personnes sur dix parmi celles qui sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin ont payé pour consulter l'un ou l'autre de ces professionnels au cours d'une période de 12 mois. Les femmes et les 15 à 64 ans sont davantage concernés par cette situation

Environ 70 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin ont payé pour la consultation¹¹ de l'un ou l'autre des professionnels consultés au cours d'une période de 12 mois (tableau 7.3). Il y a des différences selon le sexe et l'âge à cet égard. En effet, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, à avoir payé des frais de consultation que les hommes (72 % c. 67 %).

L'analyse selon l'âge montre, quant à elle, que la proportion de personnes ayant payé pour une consultation est plus élevée chez celles de 15 à 64 ans que chez leurs aînées (76 % c. 55 %). Plus précisément, on note que ce sont les personnes âgées de 25 à 49 ans qui sont les plus nombreuses, en proportion, à avoir payé pour consulter un professionnel (79 %). Les données révèlent qu'après 65 ans, la proportion de personnes dans cette situation diminue au fil des âges : elle passe de 62 %, chez les 65 à 74 ans, à 50 % chez les 75 à 84 ans, pour enfin se situer à 38 % chez les 85 ans et plus.

Tableau 7.3

Proportion de personnes ayant payé pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de longue durée suivie régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	67,2
Femmes	72,0
Groupe d'âge	
15-64 ans	76,3
15-24 ans	68,8
25-49 ans	79,1
50-64 ans	75,2
65 ans et plus	54,9
65-74 ans	61,6
75-84 ans	49,6
85 ans et plus	38,0
Ensemble	70,1

1. Ce sont les personnes qui ont payé (en tout ou en partie) les frais de consultation de l'un ou l'autre des professionnels de la santé ou des services sociaux consultés au cours d'une période de 12 mois. Le montant déboursé peut avoir été versé par la personne elle-même ou par une assurance privée.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

11. La personne peut avoir payé en tout ou en partie les frais de consultation. Le montant déboursé pour la consultation peut avoir été versé par la personne elle-même ou par une assurance privée.

7.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

7.2.1 Besoin non comblé de consultation selon le sexe et l'âge

Environ 2,8% des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont eu besoin de consulter un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, sans pouvoir le faire

Chez les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, environ 2,8 % n'ont pas pu consulter un professionnel de la santé ou des

services sociaux autre qu'un médecin au cours d'une période de 12 mois, alors qu'elles auraient voulu le faire (tableau 7.4). Parmi elles, un peu plus de la moitié (57 %) précisent un besoin non comblé de consultation concernant leur problème de santé de longue durée (ou l'un ou l'autre de leurs problèmes de santé, s'il y en a plus d'un) (donnée non présentée)¹². Il est à noter que près de 1,4 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée mentionnent un besoin non comblé pour au moins une consultation ayant été recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux.

Si les données de l'enquête ne permettent pas de détecter de différence selon le sexe quant à la présence d'un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin chez la population à l'étude, il en va autrement lorsque

Tableau 7.4

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Besoin non comblé de consultation ^a	Besoin non comblé pour une consultation recommandée ^{3, a}
	%	
Sexe		
Hommes	2,4	1,2
Femmes	3,1	1,6
Groupe d'âge		
15-64 ans	3,4	1,8
15-24 ans	5,2*	2,4**
25-49 ans	4,6	2,5
50-64 ans	2,2	1,1
65 ans et plus	1,3	0,5*
65-74 ans	1,2*	0,5**
75-84 ans	1,6*	0,7**
85 ans et plus	1,4*	0,4**
Ensemble	2,8	1,4

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

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

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Consultation recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre les variables « besoin non comblé de consultation » et « besoin non comblé pour une consultation recommandée » et la variable « sexe » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

12. Cette variable est tirée des questions F21A et F21B.

l'analyse tient compte de l'âge. On observe en effet que le besoin non comblé de consultation auprès d'un tel professionnel est plus répandu, en proportion, chez les personnes de 15 à 64 ans que chez celles de 65 ans et plus (3,4 % c. 1,3 %). L'analyse détaillée montre que les groupes d'âge situés entre 15 et 49 ans rapportent un tel besoin en plus fortes proportions (5,2 %*, chez les 15-24 ans et 4,6 %, chez les 25-49 ans), comparative-ment au groupe âgé de 50 à 64 ans (2,2 %). Les aînés, toutefois, ne se différencient pas entre eux sur ce plan.

La proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée qui mentionnent que la consultation non obtenue avait été recommandée par un professionnel de la santé ou des services sociaux est plus élevée chez celles de 15 à 64 ans que chez celles de 65 ans et plus (1,8 % c. 0,5 %*).

7.2.2 Besoin non comblé de consultation selon le fait de vivre seul, le niveau de revenu du ménage et certaines caractéristiques liées à la santé

Toutes proportions gardées, les personnes vivant seules et celles qui vivent dans un ménage dont le revenu est insuffisant rapportent plus fréquemment un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin

Les données de l'enquête révèlent que la proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin est un peu plus élevée chez celles qui vivent seules que chez les autres (3,9 % c. 2,5 %) (tableau 7.5). Elle est également plus élevée chez les personnes membres d'un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (3,6 % c. 2,6 %, au-dessus du seuil de faible revenu)¹³.

Tableau 7.5

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin¹ selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	3,9
Non	2,5
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	3,6
Au-dessus du seuil de faible revenu	2,6

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux est plus fréquent chez les personnes ayant une incapacité modérée ou grave. Toutefois, il l'est moins chez celles se disant atteintes d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, la présence d'un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin est également associée à la gravité de l'incapacité et à la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés¹⁴. En effet, la présence d'un tel besoin est plus répandue, en proportion, chez les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave (5 %) que chez les autres (3,5 %, incapacité légère c. 1,4 %, incapacité sévère c. 1,4 %).

13. Le besoin non comblé pour une consultation auprès d'un professionnel recommandée par un médecin ou un autre professionnel ne varie cependant pas selon le fait de vivre seul, ni selon le niveau de revenu du ménage.

14. Elle ne varie cependant pas selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, d'après les données de l'enquête.

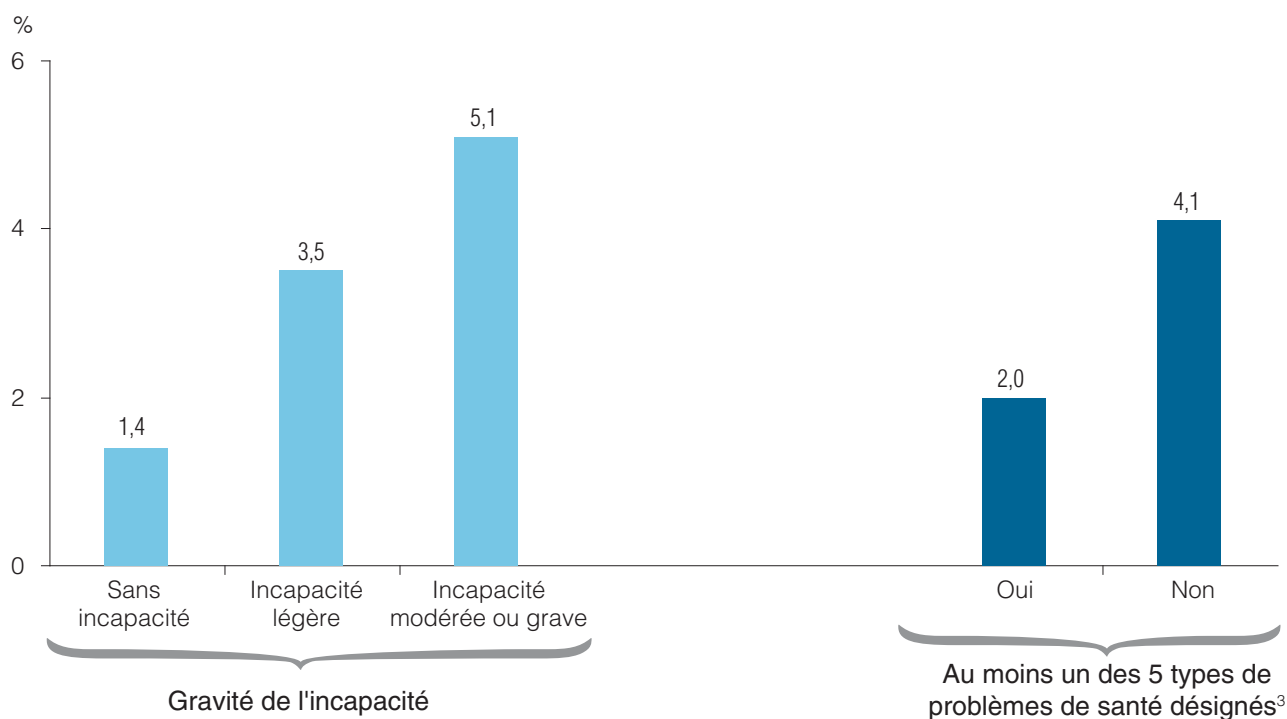
sans incapacité) (figure 7.2). Les résultats vont dans le même sens lorsque la consultation non reçue avait été recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux (2,9 %, incapacité modérée ou grave c. 1,6 %, incapacité légère c. 0,7 %*, sans incapacité) (données non présentées).

En terminant, l'examen tenant compte de la présence de l'un ou l'autre des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés montre que la proportion de

personnes ayant un besoin non comblé de consultation est plus élevée chez celles n'ayant aucun de ces problèmes¹⁵ (4,1 % c. 2,0 %, chez celles ayant au moins un des cinq problèmes) (figure 7.2). La proportion de personnes qui mentionnent un besoin non comblé pour une consultation ayant fait l'objet d'une recommandation par un médecin ou un autre professionnel est également légèrement supérieure chez celles n'ayant aucun de ces problèmes (2,0 % c. 1,1 %, chez celles ayant au moins un des cinq problèmes) (données non présentées).

Figure 7.2

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin¹ selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

15. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.



SERVICES DE L'HÔPITAL ET SERVICES À DOMICILE POSTHOSPITALIERS DU CLSC

LINDA CAZALE

Faits saillants

- Chez les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, environ quatre sur dix ont utilisé, au cours d'une période de 12 mois, au moins un des trois services hospitaliers documentés dans l'enquête, soit la consultation à l'urgence, l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour.
- Parmi les personnes à l'étude, le recours aux services hospitaliers est plus répandu chez celles ayant deux problèmes de cette nature ou plus et chez celles qui ont une incapacité modérée ou grave. Dans ce dernier groupe, plus de la moitié des personnes ont utilisé au moins un service de l'hôpital.
- Près d'une personne sur dix parmi celles ayant utilisé l'un ou l'autre des services hospitaliers a eu des services à domicile du CLSC à la suite de son congé de l'hôpital : plus précisément, 7 % des personnes ont reçu des soins de santé et 1,9 % de l'aide à domicile. Les aînés sont plus nombreux, en proportion, que les personnes de 15 à 64 ans à avoir reçu ces services à domicile. Chez les 85 ans et plus, plus d'une personne sur quatre est dans cette situation.
- L'utilisation des services à domicile posthospitaliers du CLSC augmente avec la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et la présence d'au moins un des cinq types de problèmes désignés dans l'enquête (arthrite, diabète, bronchite chronique, hypertension ou maladies cardiaques).
- Six personnes sur dix mentionnent le personnel de l'hôpital comme initiateur des démarches auprès du CLSC afin que des services à domicile leur soient fournis à la suite de leur congé de l'hôpital. Par ailleurs, près d'une personne sur cinq précise avoir fait elle-même les démarches, ou par l'intermédiaire d'un proche.
- Environ 3,3 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée considèrent ne pas avoir reçu les soins de santé à domicile du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de leur congé de l'hôpital. En ce qui concerne l'aide à domicile, 6 % des personnes mentionnent un tel besoin non comblé.

Ce chapitre aborde l'utilisation de services de santé et de services sociaux sous trois aspects principaux. L'examen porte en premier lieu sur le recours à trois services hospitaliers, soit la consultation à l'urgence, l'hospitalisation et la chirurgie d'un jour, au cours d'une période de 12 mois, chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. Suit une description de l'utilisation des services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC à la suite du dernier service hospitalier reçu.

Les besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers sont ensuite présentés, en précisant pour certaines analyses le besoin non comblé pour un service (soins de santé ou aide à domicile) recommandé par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Les estimations sont détaillées selon le sexe et l'âge et,

pour quelques indicateurs, selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage¹ de même que selon certaines caractéristiques liées à la santé². Rappelons que la population avec au moins un problème de santé de longue durée à l'étude dans l'EQLAV est âgée de 15 ans et plus et vit dans un ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel³.

Indicateurs utilisés

Services de l'hôpital

Consultation à l'urgence : Consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital au moins une fois au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur ne tient pas compte des fois où la personne s'est présentée à l'urgence mais est repartie avant d'avoir vu un médecin [Variable tirée de la question Q55 de l'EQES].

Hospitalisation : Par hospitalisation, on entend avoir passé au moins une nuit dans une chambre à l'hôpital au moins une fois au cours d'une période de 12 mois [Variable tirée de la question Q45 de l'EQES].

Chirurgie d'un jour : Chirurgie ayant lieu dans une salle d'opération d'un hôpital ou d'une clinique médicale mais qui ne nécessite pas d'y passer la nuit au moins une fois au cours d'une période de 12 mois [Variable tirée de la question B3 de l'EQLAV].

Au moins un service hospitalier : Indicateur déterminant les personnes ayant reçu, au cours d'une période de 12 mois, au moins un service hospitalier parmi les types de services suivants : consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour [Indicateur construit à partir des questions Q55 et Q45 de l'EQES et de la question B3 de l'EQLAV].

Fréquence des services hospitaliers reçus : Pour chaque type de service hospitalier (consultation à l'urgence, hospitalisation, chirurgie d'un jour), nombre de fois où le service a été reçu au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur compte trois catégories : aucune fois, une fois, deux fois ou plus [Indicateurs construits à partir des questions Q55, Q45 de l'EQES et de la question B3 de l'EQLAV].

Services à domicile posthospitaliers

Services à domicile posthospitaliers du CLSC : Utilisation des services à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier (que ce soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour) reçu au cours d'une période de 12 mois chez les personnes ayant reçu au moins un service hospitalier. Cet indicateur général tient compte des deux types de services à domicile documentés dans l'EQLAV qui font aussi l'objet d'indicateurs spécifiques : 1) les soins de santé à domicile, par exemple des prises de sang et des changements de pansements ou des traitements [Indicateur construit à partir des questions B6A, B10A, B13A], et 2) l'aide à domicile, par exemple l'aide pour les soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger ou encore pour les tâches domestiques comme préparer les repas, faire de l'entretien ménager, etc. [Indicateur construit à partir des questions B7A, B11A et B14A]. L'utilisation des services à domicile posthospitaliers du CLSC est aussi décrite selon le type de services hospitaliers reçus (consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour).

1. Pour plus de détails sur ces deux variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 38.
2. Pour plus de détails sur les caractéristiques liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 64.
3. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de services à domicile du CLSC (soins de santé ou aide à domicile) à la suite de leur dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir les obtenir. Cet indicateur général tient compte des besoins non comblés pour les deux types de services à domicile posthospitaliers (soins de santé à domicile et aide à domicile) et les trois types de services hospitaliers (consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour), lesquels font aussi l'objet d'indicateurs spécifiques [Indicateurs construits à partir des questions B6B, B7B, B10B, B11B, B13B et B14B]. Une variante de ces indicateurs tient compte de l'information selon laquelle au moins un service à domicile posthospitalier n'ayant pu être obtenu avait été recommandé par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC recommandés** » [Indicateurs construits à partir des questions B6B, B6C, B7B, B7C, B10B, B10C, B11B, B11C, B13B, B13C, B14B et B14C].

Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC : Personne ayant fait les démarches afin que la personne puisse recevoir des services à domicile du CLSC à la suite de son dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur comprend quatre catégories : le personnel de l'hôpital, le médecin de famille, la personne elle-même ou ses proches, autres personnes. Il se rapporte aux personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC [Indicateur construit à partir des questions B8A, B12A et B15A].

8.1 Services hospitaliers

8.1.1 Services hospitaliers selon le sexe et l'âge

Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, près de quatre personnes sur dix ont utilisé l'un ou l'autre des services hospitaliers suivants : consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour

Selon l'EQLAV, environ 39 % des personnes âgées de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ont reçu au moins un service hospitalier au cours d'une période de 12 mois : plus précisément, près de 30 % ont consulté un médecin à l'urgence, 12 % ont été hospitalisées et 11 % ont subi une chirurgie d'un jour (tableau 8.1)⁴. Pour le recours à ces services, des différences selon le sexe et l'âge sont notées.

Si les femmes avec au moins un problème de santé de longue durée sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir été hospitalisées au cours de la période de référence (13 % c. 12 %), ces derniers sont légèrement plus nombreux à avoir eu une chirurgie d'un

jour (11 % c. 10 %, femmes). D'après les données, le fait d'avoir consulté à l'urgence ne varie cependant pas selon le sexe. Également, les hommes et les femmes ont utilisé au moins un service hospitalier dans des proportions similaires.

L'analyse des données révèle que la consultation à l'urgence et l'hospitalisation sont toutes deux associées à l'âge, ce qui n'est pas le cas de la chirurgie d'un jour. Ainsi, le fait d'avoir consulté à l'urgence est un événement plus courant, en proportion, chez les personnes de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée que chez les aînés qui se trouvent dans cette condition (31 % c. 27 %)⁵. Un examen plus détaillé selon l'âge montre que ce sont les personnes de 15 à 24 ans qui sont les plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté (41 %). La proportion d'individus concernées baisse ensuite à 34 % chez les 25 à 49 ans, pour diminuer de nouveau chez les 50 à 64 ans (26 %). Entre 50 et 84 ans, cette proportion demeure relativement stable puisqu'aucune différence significative n'est observée entre les différents groupes d'âge. Puis, on assiste à une remontée chez les personnes de 85 ans et plus, plus du tiers d'entre elles (35 %) ayant consulté un médecin à l'urgence au cours de la période de référence.

4. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier au cours de la période de référence. Chaque service peut également avoir été reçu à plus d'une occasion (voir le tableau 8.3).

5. Ce résultat pourrait être associé au fait que les personnes de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée ont un médecin de famille dans une proportion plus faible que celles âgées de 65 ans et plus (87 % c. 96 %) (pour plus de détails, voir le chapitre 5).

En ce qui concerne l'hospitalisation, il ressort qu'elle est, en proportion, plus fréquemment observée chez les aînés avec au moins un problème de santé de longue durée que chez les personnes de 15 à 64 ans (16 % c. 10 %). Plus précisément, près du quart (25 %) des personnes de 85 ans et plus ont subi un tel événement au moins une fois au cours de la période de référence, ce qui en fait le groupe d'âge le plus touché par l'hospitalisation. Les aînés de 75 à 84 ans viennent au second rang à cet égard (18 %), suivis des 65 à 74 ans (14 %). Chez les personnes de 15 à 64 ans, aucun groupe d'âge ne se distingue des deux autres concernant le fait d'avoir été hospitalisé (entre 10 % et 13 %).

Enfin, lorsque les informations sur les trois types de services hospitaliers sont combinées, il appert que les personnes de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée ne se démarquent pas des aînés quant au fait d'avoir reçu au moins un service hospitalier au cours d'une période de 12 mois (39 % et 38 %). Ce résultat masque un portrait plus nuancé qui ressort de l'analyse détaillée selon l'âge. En effet, cet examen met en lumière le fait que l'utilisation d'au moins un service hospitalier est plus répandue, en proportion, chez les personnes âgées entre 15 et 49 ans et chez celles de 85 ans et plus (entre 42 % et 47 %, selon le cas). Elle est toutefois moins fréquente chez celles qui ont entre 50 et 74 ans (35 % et 36 %).

Tableau 8.1

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier^{1,2} selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Consultation à l'urgence ^a	Hospitalisation	Chirurgie d'un jour ^b	Au moins un service hospitalier ^a
	%			
Sexe				
Hommes	29,1	11,5	11,4	37,6
Femmes	30,2	13,0	10,1	39,4
Groupe d'âge				
15-64 ans	30,8	10,4	10,4	38,9
15-24 ans	41,1	13,1	8,7	46,5
25-49 ans	34,3	10,8	10,4	42,2
50-64 ans	26,2	9,7	10,7	35,0
65 ans et plus	27,3	16,5	11,3	37,9
65-74 ans	25,2	13,9	11,5	35,6
75-84 ans	27,8	17,8	11,7	39,2
85 ans et plus	35,2	24,6	8,9	44,9
Ensemble	29,7	12,3	10,7	38,6

1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.

2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « âge » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.1.2 Services hospitaliers selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, le recours aux trois types de services hospitaliers varie selon le niveau de revenu du ménage, tandis que seule l'hospitalisation est associée au fait de vivre seul (tableau 8.2). Les résultats de cette analyse dans la population à l'étude sont présentés en fonction du type de service examiné.

Consultation à l'urgence

Tout d'abord, la proportion de personnes ayant consulté au moins une fois un médecin à l'urgence de l'hôpital, au cours d'une période de 12 mois, est plus élevée dans le groupe suivant :

- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (33 %).

Hospitalisation

La proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois est supérieure dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (14 %);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (17 %).

Chirurgie d'un jour

Le fait d'avoir subi au moins une chirurgie d'un jour au cours de la période de référence est plus répandu au sein du groupe suivant :

- les personnes appartenant à un ménage qui vit au-dessus du seuil de faible revenu (11 %).

Au moins un service hospitalier

La proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier (consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour), au cours de la période de 12 mois, est plus élevée dans le groupe suivant :

- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (41 %).

Tableau 8.2

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier^{1, 2} selon le type de service, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Consultation à l'urgence ^a	Hospitalisation	Chirurgie d'un jour ^a	Au moins un service hospitalier ^a
	%			
Fait de vivre seul				
Oui	29,8	14,4	9,7	38,6
Non	29,7	11,8	10,9	38,6
Niveau de revenu du ménage				
Sous le seuil de faible revenu	33,2	17,5	9,2	41,3
Au-dessus du seuil de faible revenu	28,5	11,0	11,1	37,7

1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.

2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « fait de vivre seul » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.1.3 Services hospitaliers selon certaines caractéristiques liées à la santé

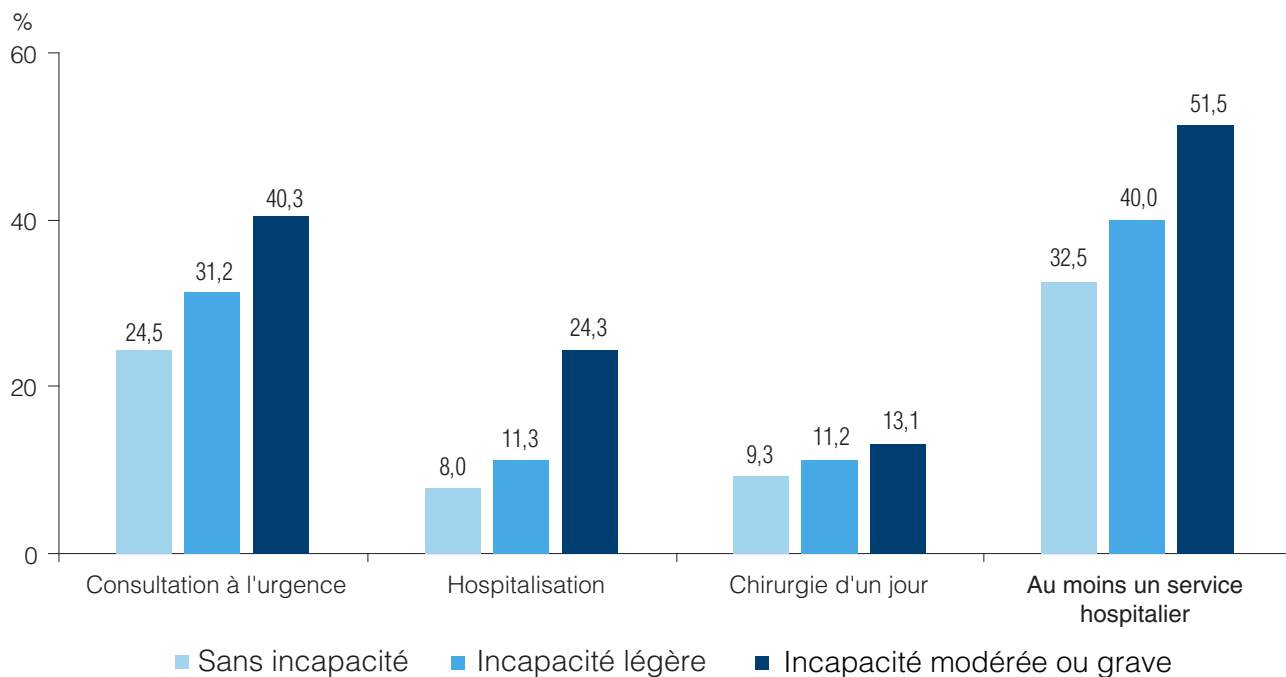
Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, le recours aux services hospitaliers est plus répandu, en proportion, chez celles ayant une incapacité modérée ou grave et chez celles ayant deux problèmes de cette nature ou plus

Le recours aux services hospitaliers est associé à la gravité de l'incapacité (figure 8.1). La proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant consulté au moins une fois un médecin à l'urgence d'un hôpital croît avec chaque niveau de cet indice : elle passe ainsi de 24 %, chez les personnes sans incapacité, à 31 % chez celles ayant une incapacité légère, puis à 40 % chez celles dont l'incapacité est modérée ou grave.

La part des personnes hospitalisées au cours de la période de 12 mois augmente aussi avec la gravité de l'incapacité, et ce, de façon plus marquée en présence d'une incapacité modérée ou grave (8 %, sans incapacité c. 11 %, incapacité légère c. 24 %, incapacité modérée ou grave). Chez les personnes vivant avec une incapacité modérée ou grave, environ une sur quatre a été hospitalisée.

Une relation allant dans le même sens est observée pour la chirurgie d'un jour et pour le recours à au moins un service hospitalier. Soulignons qu'un peu plus de la moitié (51 %) des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée et présentant une incapacité modérée ou grave ont reçu au moins un service hospitalier au cours de la période de référence.

Figure 8.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier^{1, 2} selon le type de service et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.

2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

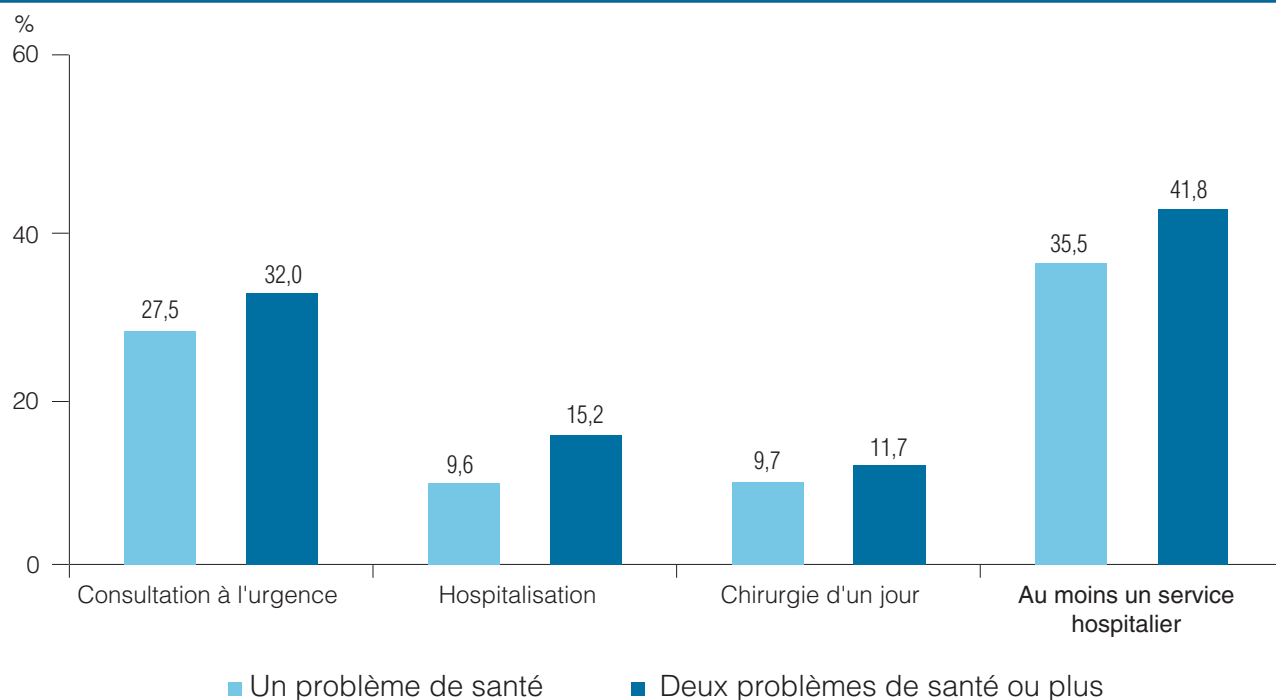
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le recours aux services hospitaliers varie également selon le nombre de problèmes de santé de longue durée (figure 8.2). Les personnes ayant deux problèmes de cette nature ou plus sont plus nombreuses, en proportion, que celles en ayant un seul à avoir consulté à l'urgence au cours de la période de référence (32 % c. 27 %). L'hospitalisation et la chirurgie d'un jour sont aussi des événements plus fréquemment rapportés, en proportion, par les personnes ayant deux problèmes ou plus que par les autres (15 % c. 10 % et 12 % c. 10 %, respectivement), de même que l'utilisation d'au moins un service hospitalier est plus courante chez les personnes ayant deux problèmes (42 % c. 36 %, un problème de santé).

La présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'EQLAV, soit l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'hypertension ou les maladies cardiaques, est associée à un seul des services hospitaliers examinés (figure 8.3). En effet, l'hospitalisation est plus répandue chez les personnes ayant au moins un de ces cinq problèmes que chez celles n'en ayant aucun⁶ (13 % c. 10 %). Autrement, il n'y a pas de différence observée entre ces groupes quant au recours aux autres services hospitaliers, ni au fait d'avoir utilisé au moins un des trois services.

Figure 8.2

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier^{1,2} selon le type de service et le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.

2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.

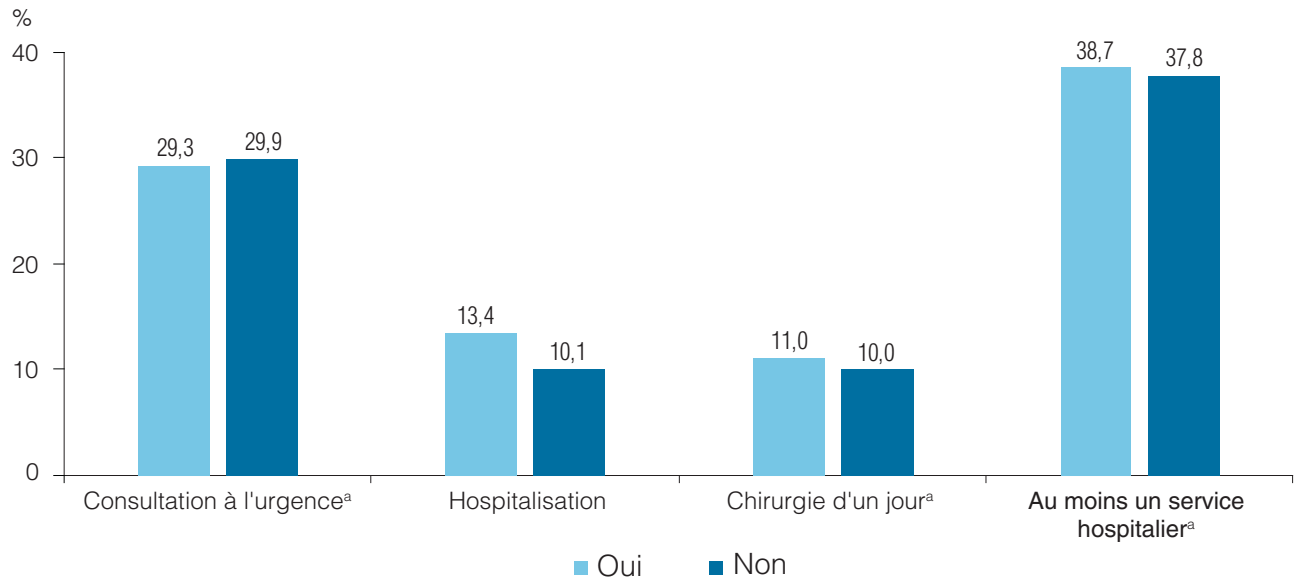
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

Figure 8.3

Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier^{1,2} selon le type de service et la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés³, population de 15 ans et plus⁴ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.

2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.

3. Ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

4. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « au moins un des 5 types de problèmes désignés » est non significatif au seuil de 5%.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.1.4 Fréquence des services hospitaliers reçus

Le tableau 8.3 présente la fréquence des services hospitaliers reçus, au cours d'une période de 12 mois, chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, en distinguant les types de services et en détaillant les résultats selon le sexe et l'âge pour deux groupes d'âge.

Près de 70 % des personnes avec au moins un problème de cette nature n'ont pas consulté un médecin à l'urgence au cours de la période de référence, tandis que 17 % l'ont fait « une fois » et 12 %, « deux fois ou plus ». Les femmes sont légèrement plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir consulté à l'urgence « deux fois ou plus » (13 % c. 12 %). Les aînés de 65 ans et plus se

retrouvent en plus forte proportion que les personnes de 15 à 64 ans à ne pas avoir consulté à l'urgence (73 % c. 69 %). Ils sont par ailleurs moins nombreux à l'avoir fait « deux fois ou plus » (11 % c. 13 %).

L'hospitalisation a touché, au cours de la période de référence, environ 12 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée : plus précisément, 9 % ont été hospitalisées « une fois » et 3,4 %, « deux fois ou plus ». Si le nombre d'hospitalisations n'est pas associé au sexe, il varie selon l'âge. Ainsi, le fait de ne pas avoir été hospitalisé est plus répandu, en proportion, chez les personnes de 15 à 64 ans (90 % c. 84 %, 65 ans et plus). À l'inverse, le fait d'avoir été hospitalisé « une fois » ou « deux fois ou plus » est plus fréquent chez les aînés que chez les personnes plus jeunes (12 % c. 8 % et 4,9 % c. 2,6 %, respectivement).

La chirurgie d'un jour est réalisée chez un peu plus d'une personne sur dix avec au moins un problème de santé de longue durée (11 %) : 8 % ont subi cette intervention « une fois » et 2,3 %, « deux fois ou plus » (tableau 8.3). Toutes proportions gardées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir subi une chirurgie d'un

jour (90 % c. 89 %) et moins nombreuses à y avoir eu recours « une fois » (8 % c. 9 %). Également, les aînés sont en plus grand nombre, en proportion, que les personnes âgées de 15 à 64 ans à avoir subi une telle intervention « deux fois ou plus » (3,4 % c. 1,8 %).

Tableau 8.3

Fréquence des services hospitaliers reçus^{1,2} selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	1 fois	2 fois ou plus
	%		
Consultation à l'urgence	70,3	17,2	12,5
Sexe			
Hommes	70,9	17,5	11,6
Femmes	69,8	17,0	13,1
Groupe d'âge			
15-64 ans	69,2	17,5	13,3
65 ans et plus	72,7	16,8	10,5
Hospitalisation	87,7	9,0	3,4
Sexe^a			
Hommes	88,5	8,4	3,1
Femmes	87,0	9,4	3,6
Groupe d'âge			
15-64 ans	89,6	7,8	2,6
65 ans et plus	83,5	11,6	4,9
Chirurgie d'un jour	89,3	8,4	2,3
Sexe			
Hommes	88,6	9,1	2,3
Femmes	89,9	7,8	2,3
Groupe d'âge			
15-64 ans	89,6	8,6	1,8
65 ans et plus	88,7	7,9	3,4

1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.

2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « hospitalisation » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoins non comblés

Dans cette section, l'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC et la présence de besoins non comblés pour de tels services sont d'abord analysées selon le type de service hospitalier reçu. Précisons que parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu au moins un service hospitalier au cours d'une période de 12 mois, une consultation à l'urgence est le dernier (seul) service reçu par environ 56 % des individus, l'hospitalisation concerne 22 %⁷ d'entre elles et une chirurgie d'un jour, 22 %⁸ (données non présentées). Dans un deuxième temps, l'utilisation de services à domicile posthospitaliers et la présence de besoins non comblés à cet égard sont abordées sans distinguer le type de service hospitalier⁹.

8.2.1 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoins non comblés de ces services selon le type de service hospitalier, le sexe et l'âge

Le tableau 8.4 présente les proportions de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur dernier service hospitalier au cours d'une période de 12 mois. Chaque ligne du tableau détaille les données relatives à un type de service hospitalier. Les services à domicile sont de deux types, soit les soins de santé et l'aide à domicile¹⁰. Ce tableau inclut aussi les besoins non comblés pour de tels services, c'est-à-dire les services que les personnes n'ont pas reçus et dont elles auraient eu besoin, de leur point de vue, à la suite de leur congé de l'hôpital.

Consultation à l'urgence

Environ 3,2 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur consultation à l'urgence. C'est toutefois 6 % des personnes avec au moins un problème de cette nature qui expriment un besoin non comblé à cet égard

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée dont le dernier service hospitalier est une consultation à l'urgence, environ 3,2 % ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de cette consultation; 2,8 % ont reçu des soins de santé et 1,0 %* de l'aide à domicile (tableau 8.4). Précisons qu'une personne peut avoir eu des soins de santé ou de l'aide à domicile ou les deux. Si le recours à ces services ne varie pas selon le sexe, des différences selon l'âge sont notées. Ainsi, la proportion de personnes ayant reçu des soins de santé est plus élevée chez les aînés que chez celles âgées entre 15 et 64 ans (7 % c. 1,5 %*). L'aide à domicile et les services à domicile (pris globalement) sont aussi davantage répandus, en proportion, chez les aînés que chez les personnes plus jeunes (3,0 %* c. 0,3 %** et 8 % c. 1,7 %*) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Parmi les personnes concernées, près de 6 % considèrent ne pas avoir reçu les services à domicile du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de leur consultation à l'urgence. Plus spécifiquement, environ 2,8 % ont exprimé un besoin non comblé de soins de santé et 4,4 %, d'aide à domicile. Ces besoins non comblés ne sont associés ni au sexe ni à l'âge (données non présentées selon le sexe et l'âge).

7. Les personnes dont le dernier (seul) service hospitalier reçu est une consultation à l'urgence suivie d'une hospitalisation sont classées dans la catégorie « hospitalisation ».

8. L'EQLAV 2010-2011 nous renseigne sur le lieu de la chirurgie d'un jour pour les personnes ayant reçu ce service la dernière (seule) fois qu'elles ont eu un service hospitalier au cours de la période de référence. Les données indiquent que la grande majorité de ces personnes ont subi leur chirurgie d'un jour à l'hôpital ou dans un CLSC (91 %) et les autres, dans une clinique médicale (9 %) (données non présentées, tirées des questions B9A et B9B).

9. Il est à noter que pour certaines personnes considérées comme ayant reçu au moins un service hospitalier, il n'a pas été possible de déterminer le type du dernier (seul) service reçu, ni de recueillir des informations sur les services à domicile du CLSC obtenus à la suite de ce service. Bien qu'elles représentent une proportion minime de l'ensemble, la non-réponse partielle attribuable à ces personnes est susceptible d'entraîner un biais potentiel, allant dans le sens d'une très légère surestimation des proportions de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC et de celles mentionnant un besoin non comblé pour de tels services, parmi la population ayant reçu au moins un service hospitalier (que ce soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour). Des analyses ultérieures permettront de préciser ce biais.

10. Pour plus de détails sur les services à domicile, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* de ce chapitre, à la page 144.

Tableau 8.4

Proportions de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC^{1,2} ou ayant eu un besoin non comblé à cet égard³ selon le type de service hospitalier, population de 15 ans et plus⁴ avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Services à domicile reçus			Besoin non comblé		
	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Total	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Total
	%					
Consultation à l'urgence ⁵	2,8	1,0*	3,2	2,8	4,4	5,8
Hospitalisation ⁶	23,0	5,5	24,4	5,0*	11,1	12,8
Chirurgie d'un jour ⁷	2,7*	0,7**	3,0*	3,0*	6,8	8,2

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

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

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.

3. Une personne peut avoir un besoin non comblé de soins de santé à domicile ou d'aide à domicile, ou les deux, au cours d'une période de 12 mois.

4. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

5. La consultation à l'urgence est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 56 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service à l'hôpital.

6. L'hospitalisation est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 22 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service à l'hôpital.

7. La chirurgie d'un jour est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 22 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service à l'hôpital.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Mentionnons également qu'environ 1,5 %* des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée signalent que les services à domicile qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de leur consultation à l'urgence avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Les femmes ne se distinguent pas des hommes à cet égard, ni les aînés par rapport aux personnes de 15 à 64 ans (données non présentées).

Hospitalisation

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, près du quart ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur hospitalisation, les aînés davantage que les plus jeunes. Cependant, un peu plus d'une personne sur dix considère ne pas avoir obtenu les services à domicile dont elle aurait eu besoin à la suite de cette hospitalisation

Près du quart (24 %) des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant eu une hospitalisation comme dernier service hospitalier ont eu des services à domicile du CLSC à la suite de celle-ci (tableau 8.4); 23 % ont reçu des soins de santé et 6 %, de l'aide à domicile. Si la prestation de ces services ne diffère pas selon le sexe, elle varie en fonction de l'âge. En effet, elle est plus souvent mentionnée, en proportion, chez les personnes de 65 ans et plus que chez les plus jeunes pour les soins de santé, l'aide à domicile et les services à domicile considérés globalement (31 % c. 18 %; 10 % c. 2,3 %** et 33 % c. 18 %, respectivement) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Par ailleurs, près de 13 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée concernées rapportent la présence de besoins non comblés de services à domicile du CLSC à la suite d'une hospitalisation : 5 %* n'ont pas reçu les soins de santé requis de leur point de vue et 11 %, l'aide à domicile. Si ces besoins non comblés ne varient pas selon l'âge, les femmes sont plus

nombreuses, en proportion, que les hommes à indiquer la présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile et de services à domicile (pris globalement) (14 % c. 7 %* et 17 % c. 8 %*, respectivement) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Enfin, soulignons qu'environ 5 %* des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée mentionnent que les services à domicile (pris globalement) qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de leur hospitalisation avaient été recommandés. Il n'y a pas de différence selon l'âge à cet égard. Cependant, la proportion de femmes à exprimer cette situation est plus élevée que celle des hommes (7 %* c. 3,1 %**) (données non présentées).

Chirurgie d'un jour

Environ 3,0 %* des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur chirurgie d'un jour. Près de 8 % de ces personnes rapportent la présence d'un besoin non comblé sur ce plan

La prestation de services à domicile du CLSC à la suite d'une chirurgie d'un jour touche près de 3,0 %* des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée : ainsi, 2,7 %* ont reçu des soins de santé et 0,7 %** de l'aide à domicile (tableau 8.4). Il n'y a pas de différence selon le sexe et l'âge à cet égard (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Un peu moins d'une personne sur dix (8 %) avec au moins un problème de santé de longue durée ayant eu une chirurgie d'un jour comme dernier service hospitalier considère ne pas avoir reçu les services à domicile du CLSC dont elle aurait eu besoin à la suite de cette intervention. Plus spécifiquement, environ 3,0 %* des personnes ont exprimé un besoin non comblé de soins de santé et 7 %, d'aide à domicile. La présence de ces besoins n'est pas associée à l'âge. Les femmes sont cependant plus nombreuses, en proportion, que les hommes à indiquer des besoins non comblés pour les soins de santé, l'aide à domicile et les services totaux (c'est-à-dire considérés globalement) (4,4 %* c. 1,5 %** ; 10 % c. 2,7 %** et 12 % c. 3,7 %*, respectivement) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Finalement, environ 2,9 %* des personnes concernées mentionnent que les services à domicile qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de cette intervention avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel

de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Il n'y a pas de différence selon l'âge et le sexe sur ce plan (données non présentées).

8.2.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

Le tableau 8.5 présente les proportions de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant eu des services à domicile du CLSC à la suite du dernier service hospitalier au cours d'une période de 12 mois (tous types de services confondus). On y distingue les services à domicile posthospitaliers selon le type (soins de santé, aide à domicile, services totaux) et détaille les résultats selon le sexe et l'âge.

Près de 8 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital (tous services hospitaliers confondus) : 7 % ont eu des soins de santé et 1,9 %, de l'aide à domicile. Les personnes de 65 ans et plus sont plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu ces services que leurs cadettes

C'est un peu moins d'une personne sur dix (8 %) avec au moins un problème de santé de longue durée qui a eu des services à domicile du CLSC à la suite du dernier service hospitalier reçu au cours d'une période de 12 mois. Plus précisément, 7 % ont reçu des soins de santé à domicile et 1,9 %, de l'aide à domicile. Si la prestation de services à domicile posthospitaliers du CLSC ne diffère pas selon le sexe, quelques différences sont observées selon l'âge.

Les aînés sont ainsi plus nombreux, en proportion, que les personnes de 15 à 64 ans à avoir reçu des services à domicile (soins de santé : 13 % c. 4,6 % ; aide à domicile : 4,5 % c. 0,8 %* ; services totaux : 14 % c. 4,9 %). Un examen plus détaillé des groupes d'âge montre que l'utilisation de ces services (soins de santé, aide à domicile et services totaux) est plus fréquente, en proportion, chez les 85 ans et plus, comparativement aux deux autres groupes d'aînés. Fait à remarquer, près de 27 % des individus de 85 ans et plus ont reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital. Chez les personnes âgées entre 15 et 64 ans, il n'y a pas de différence entre les groupes d'âge quant au recours aux services à domicile posthospitaliers.

Tableau 8.5

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC^{1, 2} selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile ^a	Aide à domicile ^a	Services à domicile ^a
	%		
Sexe			
Hommes	6,9	1,5*	7,3
Femmes	7,4	2,2	8,2
Groupe d'âge			
15-64 ans	4,6	0,8*	4,9
15-24 ans	3,5**	x	4,3**
25-49 ans	4,3	0,3**	4,5
50-64 ans	5,1	1,2*	5,5
65 ans et plus	13,0	4,5	14,3
65-74 ans	9,2	2,6*	10,2
75-84 ans	14,2	5,1*	15,4
85 ans et plus	24,1	10,1	27,0
Ensemble	7,2	1,9	7,8

x Donnée confidentielle

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

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

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.2.3 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

En plus de l'âge, l'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC est associée aux deux caractéristiques sociodémographique et économique retenues aux fins des analyses (tableau 8.6).

Soins de santé à domicile

La proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile du CLSC à la suite du dernier service hospitalier reçu au cours de la période de 12 mois est plus élevée chez les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (10 %);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (12 %).

Aide à domicile

La proportion des personnes à l'étude ayant reçu de l'aide à domicile à la suite de leur congé de l'hôpital est supérieure dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (3,5 %*);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (4,1 %).

Services à domicile

Enfin, la proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC est, elle aussi, plus élevée dans les deux groupes suivants :

- les personnes vivant seules (11 %);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (13 %).

Tableau 8.6

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC^{1,2} selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Services à domicile
	%		
Fait de vivre seul			
Oui	10,0	3,5*	11,1
Non	6,4	1,5	6,9
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	12,4	4,1	13,3
Au-dessus du seuil de faible revenu	5,7	1,2	6,2

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.2.4 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à la santé

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, l'utilisation des services à domicile posthospitaliers du CLSC augmente avec la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de cette nature et la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés

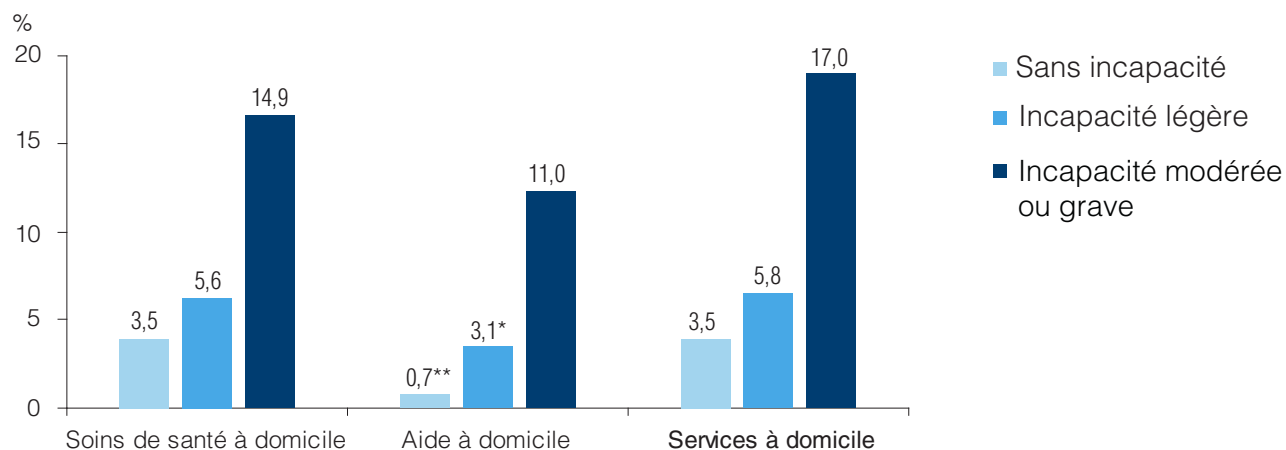
Le recours aux services à domicile posthospitaliers du CLSC varie selon la gravité de l'incapacité chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée (figure 8.4). Ainsi, la proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile à la suite de leur congé de l'hôpital, qui est de 3,5 % chez celles sans incapacité, connaît une première hausse chez celles dont l'incapacité est légère (6 %) puis une autre augmentation, cette fois plus marquée, chez celles dont

l'incapacité est modérée ou grave (15 %). Les résultats qui concernent l'aide à domicile de même que ceux relatifs aux services totaux à domicile vont dans le même sens (0,7 %** c. 3,1 %* c. 11 % et 3,5 % c. 6 % c. 17 %, respectivement), les personnes avec une incapacité modérée ou grave se distinguant là encore en étant nettement plus enclines à recourir à ces services. Soulignons que près d'une personne sur cinq (17 %) parmi celles avec une incapacité modérée ou grave a reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC.

Le recours aux services à domicile posthospitaliers du CLSC est aussi associé au nombre de problèmes de santé de longue durée (figure 8.5). En effet, les personnes ayant deux problèmes de cette nature ou plus sont plus nombreuses, en proportion, que celles ayant un problème à avoir reçu de tels services à la suite de leur congé de l'hôpital, qu'il soit question des soins de santé, de l'aide à domicile ou des services à domicile considérés globalement (9 % c. 5 %, soins de santé; 2,8 % c. 0,9 %**, aide à domicile; 10 % c. 5 %, services à domicile).

Figure 8.4

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC^{1,2} selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



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

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

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

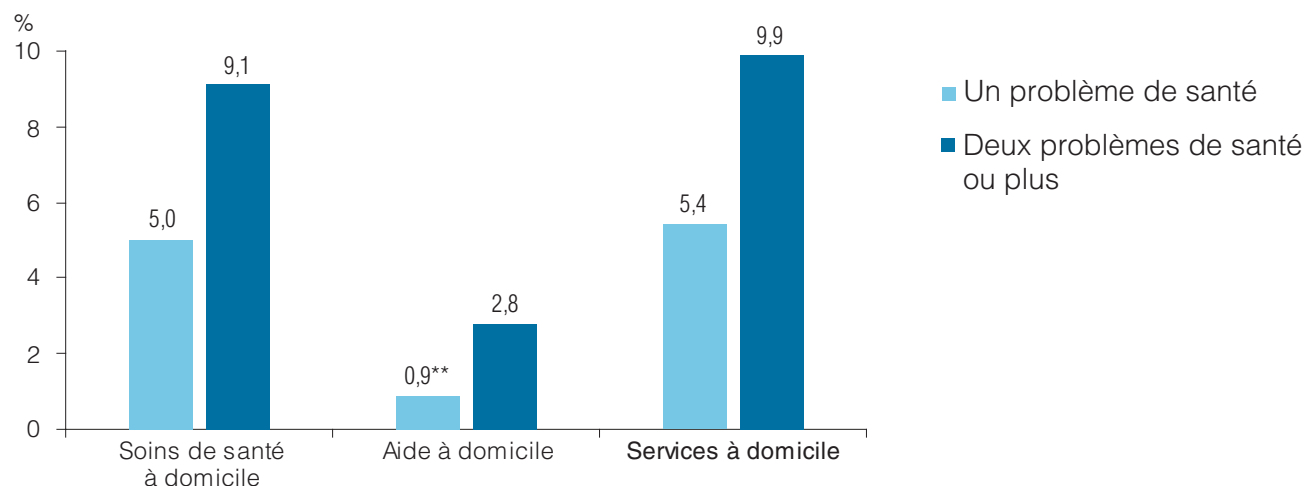
2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 8.5

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC^{1,2} selon le nombre de problèmes de longue durée, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



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

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.

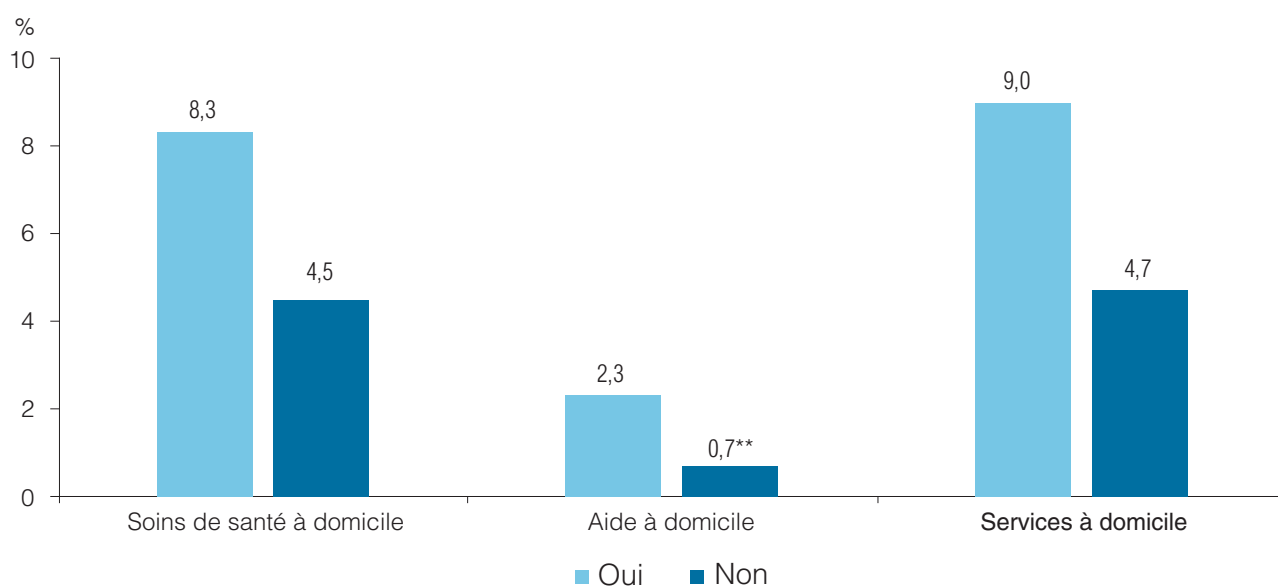
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Lorsque l'on considère la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés (arthrite, diabète, etc.), il ressort que les personnes en ayant au moins un ont reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC en plus forte proportion que les autres¹¹ (soins de santé : 8 % c. 4,5 %; aide à domicile : 2,3 % c. 0,7 %^{**}; services à domicile : 9 % c. 4,7 %) (figure 8.6).

Figure 8.6

Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC^{1,2} selon la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés³, population de 15 ans et plus⁴ avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



^{**} Coefficient de variation supérieur à 25%; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.

3. Ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

4. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

11. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

8.2.5 Initiateur des démarches afin de recevoir des services à domicile

Parmi les personnes à l'étude ayant reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital, la majorité indiquent que c'est le personnel de l'hôpital qui a entrepris les démarches auprès du CLSC afin qu'elles les reçoivent

Pour environ 60 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC, c'est le personnel de l'hôpital qui a fait les démarches auprès du CLSC afin que ces services leur soient fournis (tableau 8.7). Pour 16 % des personnes concernées, les démarches ont été réalisées par le médecin de famille. Environ une personne sur cinq (19 %) les a faites elle-même, ou c'est l'un de ses proches qui s'en est chargé, et pour 5 %*, d'autres personnes ont pris cette initiative.

L'initiateur des démarches auprès du CLSC varie selon le sexe : en proportion, les hommes mentionnent plus fréquemment le personnel de l'hôpital, tandis que les femmes sont plus nombreuses à déclarer qu'elles font les démarches elles-mêmes ou avec l'aide de leurs proches

S'il n'y a pas de différence selon l'âge quant à l'initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir entrepris ces démarches elles-mêmes, ou encore par l'intermédiaire d'un proche (25 % c. 10 %*). À l'inverse, le personnel de l'hôpital se retrouve en plus forte proportion comme initiateur des démarches chez les hommes (69 % c. 53 %, femmes). Les données de l'enquête ne permettent cependant pas de détecter d'association entre l'initiateur des démarches et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage ».

Tableau 8.7

Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011

	Le personnel de l'hôpital	Le médecin de famille	La personne elle-même ou ses proches	Autres personnes
	%			
Sexe				
Hommes	69,3	15,1*	9,5*	6,0**
Femmes	53,4	16,2	25,5	4,9**
Catégories d'âge^a				
15-64 ans	64,7	12,9*	16,8*	5,6**
65 ans et plus	56,3	18,1*	20,4	5,2**
Ensemble	60,0	15,8	18,8	5,4*

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

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

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Les résultats qui précèdent précisent l'initiateur des démarches auprès du CLSC pour l'obtention de services à domicile, quel que soit le service hospitalier reçu préalablement au cours d'une période de 12 mois. Or, les données permettent d'indiquer plus spécifiquement qui a pris l'initiative des démarches en tenant compte, cette fois, du type de service hospitalier reçu la dernière fois¹². En ce qui a trait à l'hospitalisation, il ressort que pour près de 70 % des personnes à l'étude ayant reçu des services à domicile du CLSC après leur congé de l'hôpital, c'est le personnel de l'établissement qui a fait les démarches (tableau 8.8). Le médecin de famille a réalisé celles-ci pour 12 %* de personnes et les personnes elles-mêmes, ou encore un proche, les ont faites dans une proportion de 13 %.

En ce qui concerne les services à domicile du CLSC qui font suite à une consultation à l'urgence, les données indiquent que le médecin de famille s'est occupé des démarches pour environ le quart (25 %*) des personnes concernées. L'initiative du personnel de l'hôpital et le fait d'entreprendre soi-même les démarches sont chacun mentionnés par environ le tiers des personnes (36 %* et 31 %*, respectivement). Enfin, le personnel de l'hôpital a réalisé les démarches pour environ 45 %* des personnes ayant reçu des services du CLSC à la suite d'une chirurgie d'un jour.

Tableau 8.8

Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC¹, selon le type de service hospitalier, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011

	Le personnel de l'hôpital	Le médecin de famille	La personne elle-même ou ses proches	Autres personnes
	%			
Consultation à l'urgence	36,0*	25,1*	31,0*	7,8**
Hospitalisation	69,8	12,1*	13,2	4,8**
Chirurgie d'un jour	45,3*	x	31,2**	x

x Donnée confidentielle.

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

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

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.2.6 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

Le tableau 8.9 présente les proportions de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant eu des besoins non comblés de soins de santé ou d'aide à domicile à la suite du dernier service hospitalier reçu¹³ au cours d'une période de 12 mois. Les données sur les besoins non comblés de services recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital, sont aussi comprises dans ce tableau.

Environ 3,3 % des individus avec au moins un problème de santé de longue durée considèrent ne pas avoir reçu les soins de santé à domicile du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de leur congé de l'hôpital. En ce qui concerne l'aide à domicile, 6 % des personnes mentionnent un tel besoin non comblé

Selon l'enquête, environ 3,3 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu au moins un service hospitalier estiment ne pas avoir reçu les soins de santé à domicile posthospitaliers du CLSC

12. Rappelons qu'une consultation à l'urgence est le dernier service hospitalier reçu par 56 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée; pour 22 %, ce service est une hospitalisation et pour 22 %, c'est une chirurgie d'un jour.

13. Rappelons que ce service peut être une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour.

dont elles auraient eu besoin à la suite de leur congé de l'hôpital (lors du dernier service reçu). La proportion de personnes exprimant un besoin non comblé d'aide à domicile se chiffre, quant à elle, à 6 %. Par ailleurs, ce sont respectivement 1,2 % et 1,9 % des personnes qui mentionnent que les soins de santé et l'aide à domicile qu'elles n'ont pas reçus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Quelques différences selon le sexe et l'âge sont observées concernant ces besoins non comblés.

Tout d'abord, soulignons que la présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile est plus fréquente, en proportion, chez les femmes que chez les hommes (8 % c. 4,0 %). Les femmes sont aussi légèrement plus nombreuses à rapporter la présence d'un besoin non comblé de soins de santé à domicile recommandés (1,5 %* c. 0,8 %, hommes). Signalons également que la présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux est plus répandue, en proportion, chez les personnes de 65 ans et plus (2,9 %* c. 1,5 %, 15 à 64 ans).

Tableau 8.9

Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC¹ selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile		Aide à domicile	
	Besoin non comblé de soins ^a	Besoin non comblé de soins recommandés ^{3, b}	Besoin non comblé d'aide ^b	Besoin non comblé d'aide recommandée ^{3, c}
	%			
Sexe				
Hommes	2,9*	0,8*	4,0	1,4*
Femmes	3,6	1,5*	8,2	2,3
Groupe d'âge				
15-64 ans	3,4	1,2*	5,9	1,5*
65 ans et plus	3,2	1,3*	7,4	2,9*
Fait de vivre seul				
Oui	5,3*	2,4*	10,4	3,6*
Non	2,8	0,9*	5,2	1,4*
Niveau de revenu du ménage				
Sous le seuil de faible revenu	6,3*	1,9*	11,5	4,2*
Au-dessus du seuil de faible revenu	2,5	1,0*	5,0	1,3*
Ensemble	3,3	1,2	6,4	1,9

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

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « âge » est non significatif au seuil de 5 %.

c. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.2.7 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Outre le sexe et l'âge, les besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC varient selon d'autres caractéristiques des personnes à l'étude ayant reçu au moins un service hospitalier au cours d'une période de 12 mois. Comme le montre le tableau 8.9, les résultats convergent dans le même sens, que l'analyse porte sur les soins de santé ou sur l'aide à domicile.

Soins de santé à domicile

La proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant exprimé un besoin non comblé de soins de santé du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital est plus élevée chez :

- les personnes vivant seules (5 %*);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (6 %*).

Lorsque l'on considère le besoin non comblé pour des soins de santé ayant été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, la proportion est aussi plus grande dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (2,4 %*);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (1,9 %*).

Aide à domicile

La proportion de personnes à l'étude ayant mentionné un besoin non comblé d'aide à domicile à la suite du dernier service hospitalier est plus élevée dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (10 %);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (12 %).

La proportion de personnes concernées rapportant que l'aide à domicile qu'elles n'ont pas reçue avait été recommandée est plus élevée dans les deux groupes suivants :

- les personnes vivant seules (3,6 %*);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (4,2 %*).

8.2.8 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à la santé

Parmi les personnes à l'étude, la présence d'un besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC est plus répandue, en proportion, chez celles ayant une incapacité modérée ou grave, qu'il soit question de soins de santé ou d'aide à domicile

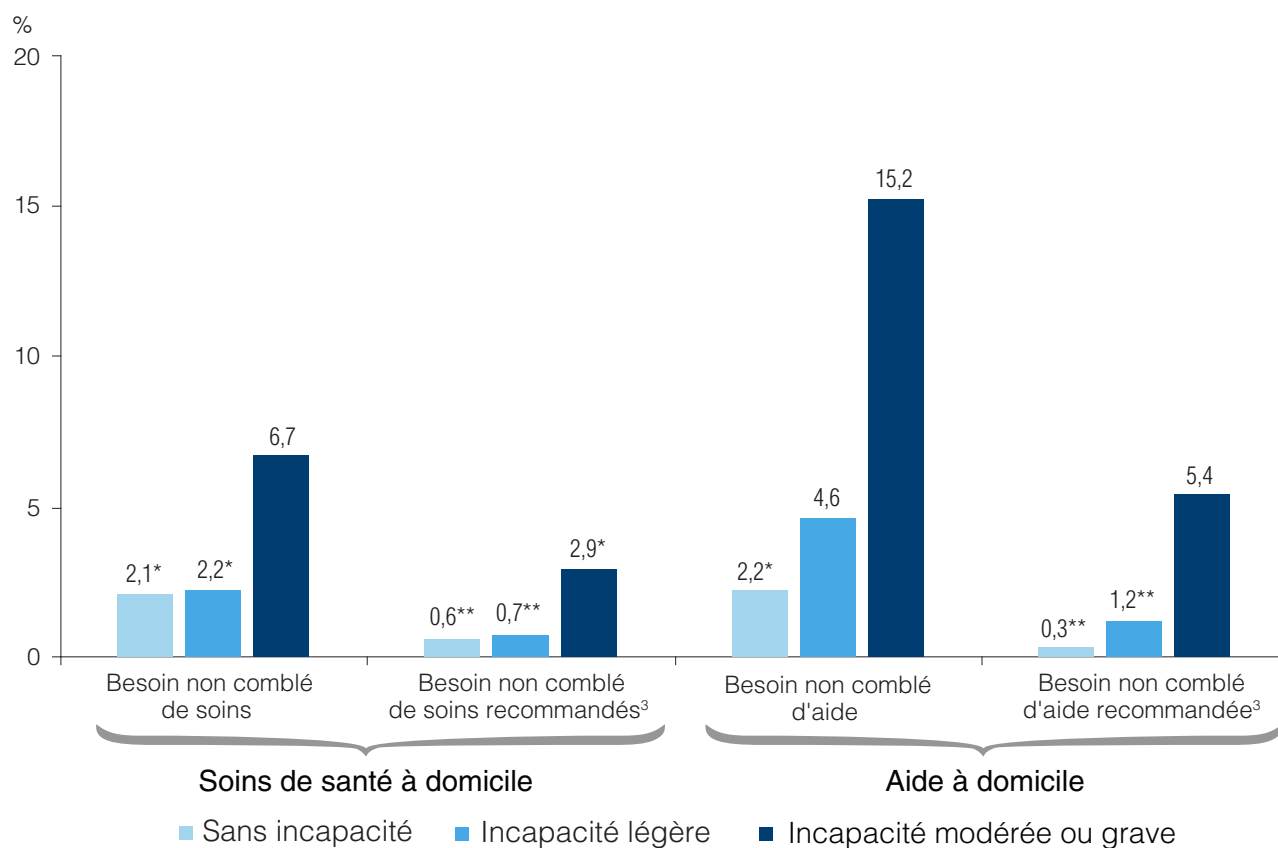
Les besoins non comblés de soins de santé et d'aide à domicile sont aussi associés à la gravité de l'incapacité chez les personnes à l'étude ayant reçu au moins un service hospitalier (figure 8.7). D'abord, pour les soins de santé, la proportion des individus exprimant un besoin non comblé est plus élevée chez ceux dont l'incapacité est modérée ou grave (7 %) que chez les autres (2,2 %*, incapacité légère et 2,1 %*, sans incapacité). Les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave sont également plus nombreuses, en proportion, à mentionner un besoin non comblé de soins de santé qui avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux (2,9 %* c. 0,7 %**, incapacité légère et 0,6 %**, sans incapacité).

En ce qui concerne l'aide à domicile, c'est environ 15 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant une incapacité modérée ou grave qui déclarent un besoin non comblé pour ce type de service à la suite de leur congé de l'hôpital. Une proportion plus faible est notée chez les personnes dont l'incapacité est légère, la plus faible part étant notée chez les personnes n'ayant pas d'incapacité (4,6 %, incapacité légère c. 2,2 %*, sans incapacité). La présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile recommandée suit une évolution semblable selon la gravité de l'incapacité.

Fait à remarquer, quels que soient les services à domicile posthospitaliers pour lesquels un besoin non comblé est mentionné (soins de santé ou aide), la situation moins favorable des personnes qui ont une incapacité modérée ou grave, par rapport à celle des autres personnes, ressort nettement des résultats (figure 8.7).

Figure 8.7

Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC¹ selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



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

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

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

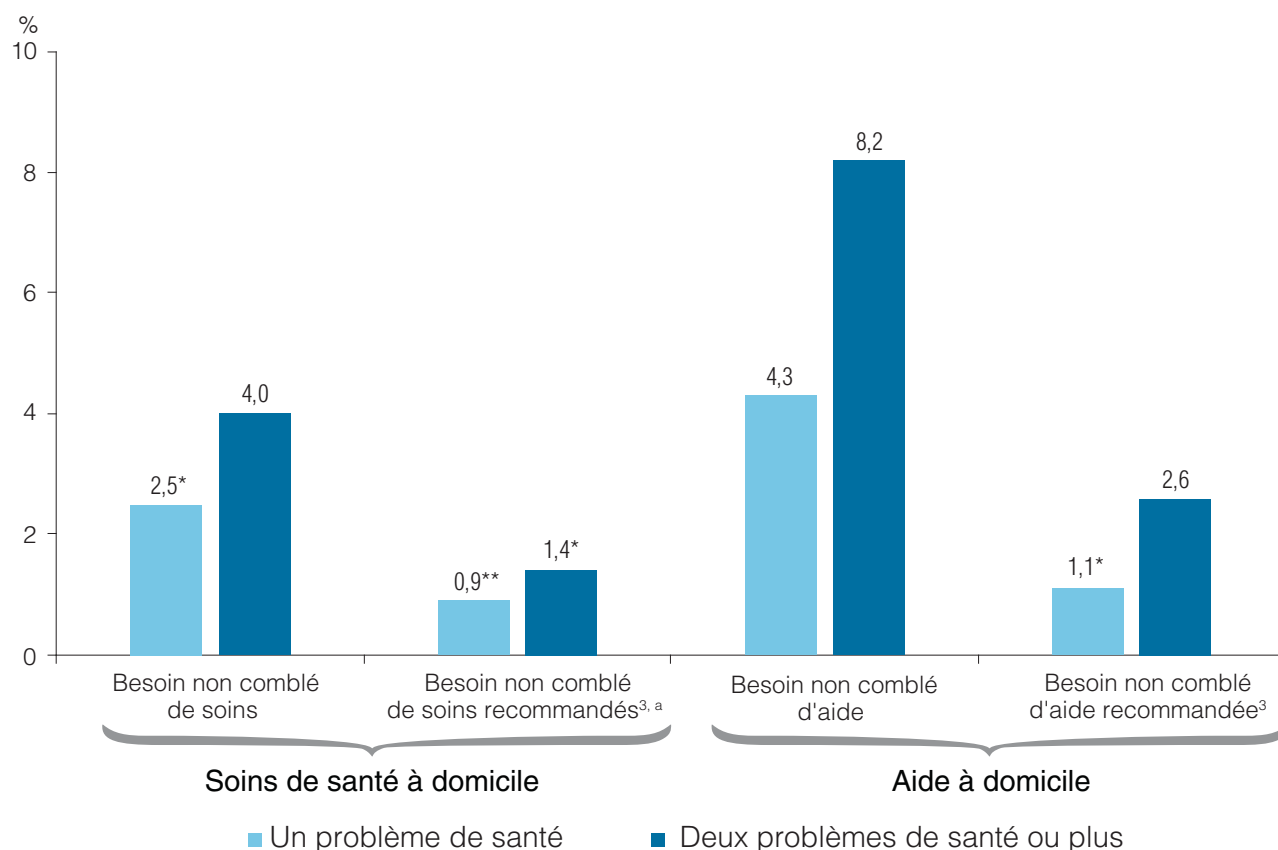
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

La présence de besoins non comblés est aussi associée au nombre de problèmes de santé de longue durée (figure 8.8). En effet, les personnes avec deux problèmes de cette nature ou plus sont plus nombreuses, en proportion, que celles avec un problème à exprimer un tel besoin, tant en matière de soins de santé que du côté de l'aide à domicile (4,0 % c. 2,5 %* et 8 % c. 4,3 %, respectivement). Elles sont aussi en plus grand nombre, proportionnellement, à rapporter que l'aide à domicile qu'elles n'ont pas reçue avait été recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux (2,6 % c. 1,1 %*, un problème de santé).

Mentionnons, enfin, que les besoins non comblés de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC ne sont pas associés à la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés de manière spécifique dans l'enquête (arthrite, diabète, etc.).

Figure 8.8

Proportions des personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC¹ selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée et ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



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

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

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9

SOINS DE SANTÉ À DOMICILE DU CLSC OU D'AUTRES ORGANISMES PUBLICS OU PRIVÉS

LINDA CAZALE

Faits saillants

- Environ 6 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois. Plus de la moitié (58 %) d'entre elles mentionnent que les soins obtenus sont liés, en tout ou en partie, à leur problème de santé de longue durée.
- L'utilisation des soins de santé à domicile est plus répandue, en proportion, chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant une incapacité modérée ou grave, chez celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus et chez celles ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé suivants : l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)), l'hypertension et les maladies cardiaques.
- Le CLSC a assumé les frais encourus pour les soins de santé à domicile pour la majorité des personnes qui en ont reçu.
- Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile, environ 27 % en ont reçu durant 12 mois.
- Au sein de la population ayant au moins un problème de santé de longue durée, la présence d'un besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois est mentionnée par environ 2,5 % des personnes.
- Le besoin non comblé de soins de santé à domicile est davantage répandu chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant une incapacité modérée ou grave (près d'une personne sur dix).

Dans le chapitre précédent, l'attention a porté sur l'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC par les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu au moins un service de l'hôpital. Le présent chapitre traite, quant à lui, de l'ensemble des soins de santé à domicile reçus par les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée au cours d'une période de 12 mois. Par soins de santé, on entend par exemple des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements par un physiothérapeute. Il s'agit de soins de santé reçus au domicile à la suite d'un congé de l'hôpital (ce qui inclut les soins posthospitaliers d'un CLSC déjà décrits au chapitre 8), ou pour toute autre condition de santé, et dispensés par un CLSC ou par un autre organisme, par exemple une agence privée ou une coopérative de santé.

Dans un premier temps, la proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile parmi celles de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée est examinée. Mentionnons que les données de l'enquête permettent d'établir si cette utilisation de soins de santé à domicile est liée, en tout ou en partie, à l'un ou l'autre des problèmes de santé de longue durée déclarés. Il est ensuite question des sources de paiement des soins de santé à domicile. Les résultats

de deux indicateurs de fréquence, le nombre de mois de soins de santé à domicile (au cours d'une période de 12 mois) et le nombre de jours de soins de santé à domicile (au cours d'une période de deux semaines) sont par la suite présentés. Puis, le besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois est abordé¹. La présence d'un besoin non comblé pour des soins ayant fait l'objet d'une recommandation de la part d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux est aussi examinée, ce qui fournit un portrait plus précis des soins à domicile que les personnes n'ont pu obtenir.

Les estimations sont détaillées selon le sexe et l'âge et, pour quelques indicateurs, selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage² de même que selon certaines caractéristiques liées à la santé³. Rappelons que la population avec au moins un problème de santé

de longue durée ciblée par l'EQLAV est âgée de 15 ans et plus et vit dans un ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel⁴.

Les informations présentées dans ce chapitre apportent un éclairage utile dans la perspective d'améliorer et d'étendre les programmes de soins et de services à domicile au Québec. Ces soins et services contribuent tant au maintien à domicile des personnes qui veulent demeurer dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible qu'à leur retour rapide à la maison après un épisode de soins (Des Rivières et autres, 2005; MSSS, 2003). Dans le contexte du vieillissement de la population, les services à domicile – incluant les soins de santé – sont appelés à prendre de l'ampleur pour répondre aux besoins des personnes, notamment de celles ayant un problème de santé de longue durée.

-
1. Les questions permettant d'établir si le besoin non comblé est lié à l'un ou l'autre des problèmes de santé de longue durée déclarés sont disponibles dans l'enquête (C5A, C5B, C13A et C13B). Dans ce chapitre, cet indicateur n'est pas présenté en raison d'un taux de non-réponse partielle élevée. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
 2. Pour plus de détails sur ces deux variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 38.
 3. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 64.
 4. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

Indicateurs utilisés

Soins de santé à domicile : Indicateur déterminant les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois. Par soins de santé, on entend par exemple des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements par un physiothérapeute. Sont exclus les services d'un médecin, d'un travailleur social, d'un intervenant en santé mentale ou d'un ambulancier. Ces soins comprennent ceux reçus d'un CLSC à la suite d'un service hospitalier ainsi que tout autre soin reçu à une autre occasion ou pour une autre condition de santé, dispensé par un CLSC ou par un autre organisme (par exemple, une agence privée, une coopérative) [Indicateur construit à partir des questions B6A, B10A, B13A, C1A et C8A].

Sources de paiement des soins de santé à domicile : Sources ayant assumé les frais encourus pour les soins de santé à domicile chez les personnes ayant reçu de tels services au cours d'une période de 12 mois. Trois sources sont documentées dans l'enquête : le CLSC, la personne elle-même (ce qui inclut le paiement par un proche ou par une assurance privée [financement partiel ou total]) et une « autre » source non précisée. Une personne peut mentionner plus d'une source de paiement pour les soins de santé à domicile qu'elle a reçus [Indicateurs construits à partir des questions C1B et C10].

Nombre de mois de soins de santé à domicile : Nombre de mois pour lesquels des soins ont été reçus chez les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois. Quatre catégories composent cet indicateur : moins de 2 mois, entre 2 et 5 mois, entre 6 et 11 mois et 12 mois [Indicateur construit à partir des questions C3 et C11].

Nombre de jours de soins de santé à domicile : Nombre de jours pour lesquels des soins ont été reçus chez les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours des deux semaines précédant l'enquête (ces personnes sont déterminées à partir des questions C7A et C15A). Trois catégories composent cet indicateur : un jour, entre 2 et 6 jours et entre 7 et 14 jours [Indicateur construit à partir des questions C7B et C15B].

Besoin non comblé de soins de santé à domicile : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions B6B, B10B, B13B, C4, C12A et C12B]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle les soins de santé à domicile n'ayant pu être obtenus avaient été (en tout ou en partie) recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de soins de santé à domicile recommandés** » [Indicateur construit à partir des questions B6B, B6C, B10B, B10C, B13B, B13C, C4, C12A, C12B et C14].

9.1 Soins de santé à domicile

9.1.1 Soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

Environ 6 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois

D'après l'enquête, environ 6 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois (ce qui correspond à environ 189 300 personnes) (tableau 9.1). Un peu plus de la moitié (58 %) d'entre elles mentionnent que les soins reçus sont liés, en tout ou en partie, à leur problème de santé de longue durée ou à l'un ou l'autre de leurs problèmes de santé si elles en ont plus d'un⁵ (donnée non présentée).

Les données révèlent des différences selon le sexe et l'âge quant à l'utilisation de ces soins. Ainsi, les femmes avec au moins un problème de santé de longue durée sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir reçu des soins de santé à domicile (7 % c. 4,9 %). Un profil de résultats similaire est noté chez les aînés, comparativement aux personnes de 15 à 64 ans (11 % c. 3,4 %). Une analyse plus détaillée en fonction de l'âge montre que chez les 65 ans et plus, la proportion de personnes ayant reçu ce type de soins croît d'un groupe à l'autre, passant de 5 % chez celles de 65 à 74 ans à 13 % chez celles de 75 à 84 ans, pour atteindre le tiers (33 %) chez les 85 ans et plus. Par ailleurs, l'utilisation de ces soins de santé touche une proportion semblable de personnes dans les groupes d'âge inférieur (de l'ordre de 3 %).

Tableau 9.1

Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile^{1,2} selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	4,9
Femmes	6,7
Groupe d'âge	
15-64 ans	3,4
15-24 ans	3,6*
25-49 ans	3,3
50-64 ans	3,4
65 ans et plus	11,4
65-74 ans	5,4
75-84 ans	13,4
85 ans et plus	33,2
Ensemble	5,9
Pe (k)	189,3

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

1. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5. Cet indicateur est construit à partir des questions C2A, C2B, C9A et C9B.

9.1.2 Soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

En plus du sexe et de l'âge, l'utilisation de soins de santé à domicile est associée aux deux caractéristiques sociodémographique et économique retenues aux fins des analyses (tableau 9.2). En effet, la proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de cette nature, au cours d'une période de 12 mois, est plus élevée dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (9 %);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (10 %).

9.1.3 Soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, celles qui ont une incapacité modérée ou grave ont reçu des soins de santé à domicile dans une proportion atteignant presque une personne sur cinq

Le recours aux soins de santé à domicile est également associé à la gravité de l'incapacité. La proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu de tels soins, au cours de la période de référence, augmente avec chaque niveau de gravité. Si environ 2,0 % des personnes sans incapacité en ont eu, c'est le cas de 4,0 % de celles dont l'incapacité est légère, et cette proportion fait un bond à 18 % chez celles dont l'incapacité est modérée ou grave (figure 9.1).

Tableau 9.2

Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile^{1,2} selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	8,7
Non	5,1
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	10,4
Au-dessus du seuil de faible revenu	4,7

1. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

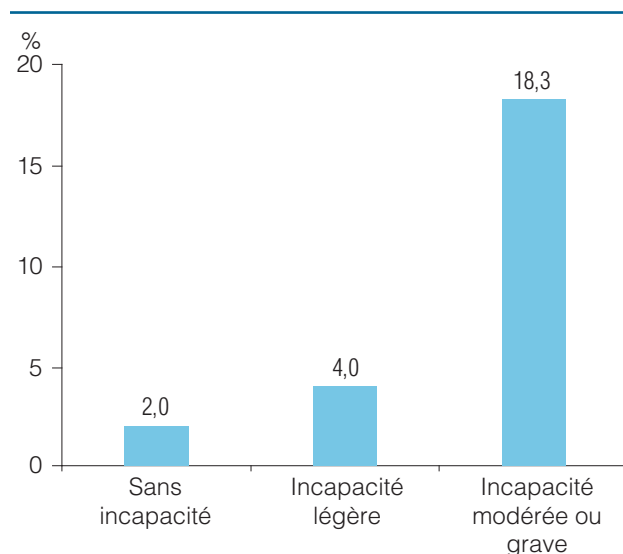
2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 9.1

Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile^{1,2} selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



1. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

L'utilisation des soins de santé à domicile varie aussi selon le nombre de problèmes de santé de longue durée (tableau 9.3). Les données révèlent en effet que les personnes avec deux problèmes de santé de cette nature ou plus sont plus nombreuses, en proportion, que celles avec un problème à avoir reçu de tels soins de santé (8 % c. 3,5 %). Le recours à ces soins est aussi plus répandu, en proportion, chez les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés dans l'enquête (l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)), l'hypertension et les maladies cardiaques) que chez celles ne rapportant aucun de ces problèmes de santé⁶ (7 % c. 3,7 %).

9.1.4 Sources de paiement des soins de santé à domicile

Le CLSC est la source de paiement la plus fréquemment mentionnée par les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile

La vaste majorité (86 %) des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile, au cours d'une période de 12 mois, mentionnent le CLSC comme source de paiement de ces soins (tableau 9.4); environ 16 % indiquent qu'elles ont payé⁷ pour leurs soins, et une faible proportion (1,9 %*) déclarent une autre source de paiement (non précisée). Signalons qu'une personne peut mentionner plus d'une source de paiement pour les soins de santé à domicile qu'elle a reçus.

Les données de l'enquête ne permettent pas de détecter de différence en fonction du sexe quant aux sources de paiement. Toutefois, les personnes âgées de 65 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée sont plus nombreuses, en proportion, que celles de 15 à 64 ans à mentionner le CLSC (89 % c. 81 %) (tableau 9.4). Ces dernières rapportent avoir payé pour des soins de santé à domicile dans une proportion plus élevée que les aînés (20 % c. 13 %).

Tableau 9.3

Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile^{1, 2} selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus³ avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Nombre de problèmes de santé de longue durée	
Un problème de santé	3,5
Deux problèmes de santé ou plus	8,3
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés⁴	
Oui	6,8
Non	3,7

1. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

4. Ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

7. Cela inclut le paiement par un proche de la personne ou encore au moyen d'une assurance privée qui rembourse en partie ou en totalité le coût des soins de santé à domicile.

Tableau 9.4

Proportion de personnes selon les sources de paiement¹ pour les soins de santé à domicile^{2, 3}, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus⁴ avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile payés par		
	Le CLSC	La personne elle-même ⁵	Autre ⁶
	%		
Sexe^a			
Hommes	88,1	13,7*	1,8**
Femmes	84,5	17,3	2,0**
Groupe d'âge			
15-64 ans	80,8	19,6	1,4**
65 ans et plus	89,3	13,4	2,3**
Ensemble	85,9	15,9	1,9*

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

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

1. Une personne peut mentionner plus d'une source de paiement.

2. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

3. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).

4. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

5. Cela fait référence au paiement par la personne ou par un proche, ou encore par une assurance privée (financement partiel ou total).

6. Autre source de paiement non précisée.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sources de paiement » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Par ailleurs, le fait d'avoir payé soi-même pour des soins de santé à domicile est associé au niveau de revenu du ménage. Ainsi, dans la population à l'étude, cette situation est signalée par environ une personne sur cinq (20 %) chez les membres d'un ménage qui vit au-dessus du seuil de faible revenu, comparativement à une personne sur dix (9 %*) chez les individus dont le ménage vit sous ce seuil. À l'inverse, les personnes davantage favorisées sur le plan économique sont moins nombreuses, en proportion, à mentionner le CLSC comme source de paiement (83 % c. 91 %, sous le seuil de faible revenu) (données non présentées).

9.1.5 Fréquence de soins de santé à domicile

Cette section est consacrée aux deux indicateurs de fréquence de soins de santé à domicile estimés à partir des données de l'EQLAV 2010-2011. Il s'agit du nombre de mois de soins à domicile reçus au cours d'une période de 12 mois et du nombre de jours de soins à domicile reçus au cours d'une période de deux semaines.

Nombre de mois de soins de santé à domicile

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile, environ le quart en ont eu durant 12 mois, cette fréquence d'utilisation étant plus répandue au-delà de 65 ans

Parmi les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois, près de 42 % en ont eu « moins de 2 mois », 23 % « entre 2 et 5 mois », 8 % « entre 6 et 11 mois » et 27 % « durant les 12 mois ». Les hommes et les femmes ne sont pas différents statistiquement sur ce plan, selon les données de l'enquête (tableau 9.5).

Cependant, le nombre de mois de soins de santé à domicile est associé à l'âge. Les personnes de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée sont nettement plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu des soins « moins de 2 mois » (61 % c. 29 %, chez les 65 ans et plus). À l'opposé, c'est plus du tiers (36 %) des personnes de 65 ans et plus qui ont reçu de tels soins « durant 12 mois », comparativement à 14 %* de celles âgées entre 15 et 64 ans. Les aînés indiquent également en plus forte proportion avoir reçu des soins durant une période se situant « entre 2 et 5 mois » (26 % c. 18 %, chez les 15-64 ans).

Nombre de jours de soins de santé à domicile

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile, près de 30 % en ont reçu au cours des deux semaines précédant l'enquête (donnée non présentée). Si les hommes et les femmes ne sont pas différents statistiquement sur ce plan, les aînés sont plus nombreux, en proportion, que les personnes de 15 à 64 ans à être dans cette situation (37 % c. 18 %) (données non présentées).

Tableau 9.5

Nombre de mois de soins de santé à domicile¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée ayant reçu des soins de santé à domicile³, Québec, 2010-2011

	Moins de 2 mois	Entre 2 et 5 mois	Entre 6 et 11 mois	12 mois
	%			
Sexe^a				
Hommes	47,2	21,0	6,9*	25,0
Femmes	38,7	23,9	8,5	28,9
Groupe d'âge				
15-64 ans	60,8	18,0	6,7*	14,5*
65 ans et plus	29,3	26,0	8,6	36,1
Ensemble	41,9	22,8	7,9	27,4

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

1. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « nombre de mois de soins à domicile » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Chez les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours de la période de référence de deux semaines, un peu moins de la moitié (47 %) en ont eu « 1 jour », 38 % « entre 2 et 6 jours » et 15 %* « entre 7 et 14 jours » (données non présentées). L'enquête ne permet pas de détecter d'association significative selon le sexe ou l'âge à cet égard.

9.2 Besoin non comblé de soins de santé à domicile

9.2.1 Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

Environ 2,5 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont eu besoin de soins de santé à domicile, sans pouvoir les obtenir

Dans la population de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, environ 2,5 % des personnes estiment ne pas avoir reçu les soins de santé à domicile dont elles auraient eu besoin au cours d'une période de 12 mois (tableau 9.6). Toutes proportions gardées, les femmes avec au moins un tel problème de santé sont légèrement plus nombreuses que les hommes à mentionner la présence d'un besoin non comblé de soins de santé à domicile (2,9 % c. 1,9 %). Les individus de 65 ans et plus sont également plus nombreux à rapporter cette situation (3,0 % c. 2,2 %, 15 à 64 ans). C'est chez les aînés de 85 ans et plus qu'est observée la proportion la plus élevée de personnes ayant un tel besoin non comblé (6 %), les groupes d'âge entre 15 et 84 ans ne se démarquant pas entre eux sur ce plan.

Environ 1,0 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée déclarent un besoin non comblé de soins de santé à domicile qui avaient été (en tout ou en partie) recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux (donnée non présentée). Les femmes expriment cette situation dans une proportion légèrement supérieure aux hommes (1,2 % c. 0,8 %*). Il en est de même chez les aînés, comparativement aux personnes de 15 à 64 ans (1,4 % c. 0,9 %*) (données non présentées).

Tableau 9.6

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	1,9
Femmes	2,9
Groupe d'âge	
15-64 ans	2,2
15-24 ans	1,7**
25-49 ans	2,9
50-64 ans	1,8
65 ans et plus	3,0
65-74 ans	2,2
75-84 ans	3,2*
85 ans et plus	5,9
Ensemble	2,5

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

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

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9.2.2 Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

La présence d'un besoin non comblé de soins de santé à domicile est aussi associée aux deux caractéristiques sociodémographique et économique retenues aux fins des analyses (tableau 9.7). La proportion de personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant eu un besoin de cette nature au cours d'une période de 12 mois est en effet plus élevée chez :

- les personnes vivant seules (4,0 %);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (5 %).

9.2.3 Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, la présence d'un besoin non comblé de soins de santé à domicile est plus répandue chez celles dont l'incapacité est modérée ou grave, chez celles ayant deux problèmes de cette nature ou plus et chez celles avec au moins un des cinq types de problèmes désignés

La présence d'un besoin non comblé de soins de santé à domicile varie également selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés. Soulignons tout d'abord que près de 8 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant une incapacité modérée ou grave indiquent un besoin de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois (figure 9.2). Cette proportion est supérieure à celle observée chez les personnes sans incapacité et chez celles avec une incapacité légère, ces deux groupes ne se distinguant pas entre eux à cet égard (0,9 %* et 1,7 %, respectivement).

Tableau 9.7

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile¹ selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	4,0
Non	2,0
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	5,3
Au-dessus du seuil de faible revenu	1,7

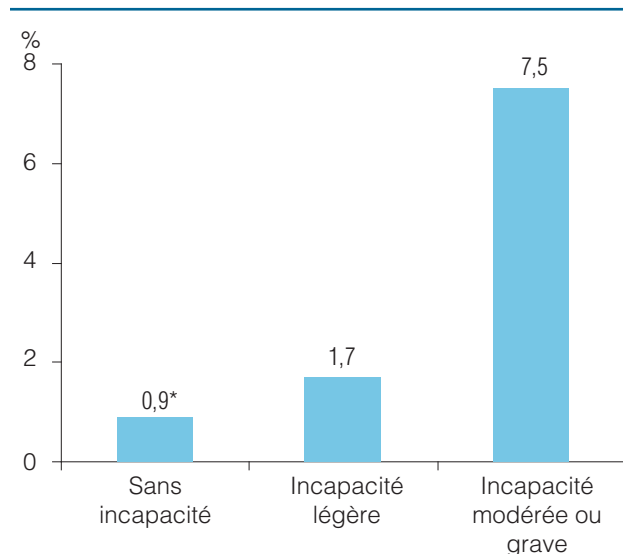
1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 9.2

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile¹ selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011



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

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Enfin, les données de l'enquête révèlent que le besoin non comblé de soins de santé à domicile est plus répandu, en proportion, chez les personnes avec deux problèmes de santé de longue durée ou plus que chez celles avec un problème de santé de cette nature (3,5 % c. 1,5 %) (tableau 9.8). Également, la part des personnes ayant un tel besoin est légèrement plus élevée chez celles qui déclarent au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés dans l'enquête que chez celles n'ayant aucun de ces problèmes⁸ (2,7 % c. 1,9 %).

Tableau 9.8

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile¹ selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus² avec au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	%
Nombre de problèmes de santé de longue durée	
Un problème de santé	1,5
Deux problèmes de santé ou plus	3,5
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés³	
Oui	2,7
Non	1,9

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Ces problèmes sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8. Ces personnes ont cependant au moins un autre problème de santé de longue durée, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

10

BESOINS NON COMBLÉS POUR DIVERS SOINS DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX

MAXIME MURPHY

Faits saillants

- Dans la population ayant au moins un problème de santé de longue durée, les personnes âgées de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses que leurs aînées à avoir eu besoin de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques, d'une opération, de soins dentaires, de soins de la vue, de soins pour la santé mentale, de services de réadaptation physique ou de lunettes, sans pouvoir les obtenir.

La partie du présent volume consacrée à l'utilisation des services de santé et des services sociaux dans la population âgée de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée s'achève avec ce court chapitre, qui décrit les besoins non comblés de ces personnes pour divers soins de santé ou services sociaux, soit les tests de laboratoire et les examens radiologiques, les opérations (interventions chirurgicales), les soins dentaires, les soins de la vue, les soins pour la santé mentale, la réadaptation physique, les lunettes et l'aide technique. Dans certains cas, les besoins non comblés détaillés dans les chapitres précédents sont englobés dans les indicateurs présentés dans ce chapitre. À titre d'exemple, l'indicateur décrivant le besoin non comblé pour des soins de la vue tient compte des besoins non comblés mentionnés pour une consultation auprès d'un ophtalmologiste (traités dans le chapitre 6) ou pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé et des services sociaux, quand il s'agit d'un optométriste (inclus dans les analyses du chapitre 7).

L'enquête fournit aussi de l'information précisant si certains soins ou services n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Cette précision touche les besoins non comblés pour les soins de la vue, les soins en santé mentale ainsi que les services de réadaptation physique.

Dans ce chapitre, les besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux sont analysés en fonction du sexe et de l'âge. La période de référence considérée, comme dans les chapitres précédents, est de 12 mois.

Indicateurs utilisés

Besoin non comblé de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques : Indicateur déterminant la proportion de personnes qui ont eu besoin de tests de laboratoire (comme une prise de sang ou un test d'urine) ou d'examens radiologiques (comme une radiographie, un électrocardiogramme, une mammographie ou une échographie) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF24].

Besoin non comblé d'une opération : Indicateur déterminant la proportion de personnes qui ont eu besoin d'une opération (intervention chirurgicale, incluant la chirurgie d'un jour) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF25].

Besoin non comblé de soins dentaires : Indicateur déterminant la proportion de personnes qui ont eu besoin de soins dentaires au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF20, FF20A et FF26].

Besoin non comblé de soins de la vue : Indicateur déterminant la proportion de personnes qui ont eu besoin de soins pour la vue (incluant le besoin de consultation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF20, FF20A et FF27]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins de la vue n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de soins de la vue recommandés** » [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF14, FF20, FF20A, FF22, FF27 et FF27A].

Besoin non comblé de soins pour la santé mentale : Indicateur déterminant la proportion de personnes qui ont eu besoin de soins pour la santé mentale (incluant le besoin de consultation d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social ou d'un intervenant en santé mentale) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions DD2A, DD2B, DD5A, DD5B, FF12A, FF12B, FF20, FF20A et FF28]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins pour la santé mentale n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de soins pour la santé mentale recommandés** » [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF14, FF20, FF20A, FF22, FF28 et FF28A].

Besoin non comblé de réadaptation physique : Indicateur déterminant la proportion de personnes qui ont eu besoin de réadaptation physique pour des problèmes de mouvement, d'audition, de parole ou de vision (donnée, par exemple, par un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste [pour une déficience de la parole], un audiologiste [pour une déficience auditive] ou un spécialiste en orientation et mobilité [pour une déficience de la vue]) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir des questions D6A, D6B, FF20, FF20A et FF29]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins de réadaptation n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de réadaptation physique recommandée** » [Indicateur construit à partir des questions FF20, FF20A, FF22, FF29 et FF29A].

Besoin non comblé de lunettes : Indicateur déterminant la proportion de personnes qui ont eu besoin de lunettes au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF30].

Besoin non comblé d'une aide technique : Indicateur déterminant la proportion de personnes qui ont eu besoin d'un appareil auditif, d'une marchette, d'un fauteuil roulant ou d'une autre aide technique (incluant le besoin de services d'entraînement pour une aide technique) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir des questions D7A et FF31].

Parmi les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, la proportion de celles qui expriment un besoin non comblé se situe entre 1,0 % et 4,7 %, selon les soins de santé ou les services examinés (tableau 10.1). Par exemple, on retient qu'au cours d'une période de 12 mois, près d'une personne ayant au moins un problème de santé sur 20 (4,7 %) a eu besoin de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques, sans pouvoir les obtenir.

L'analyse révèle une association significative entre les besoins non comblés et le sexe pour quatre des soins de santé ou services sociaux examinés dans ce chapitre. Plus précisément, les femmes ayant au moins un problème de santé de longue durée mentionnent en plus forte proportion que les hommes un besoin non comblé de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques (6 % des femmes c. 3,8 % des hommes), de soins pour

la santé mentale (2,9 % c. 2,1 %), de soins pour la santé mentale recommandés (1,4 % c. 0,9 %*) et, finalement, de lunettes (2,4 % c. 1,6 %) (données non présentées).

Le tableau 10.1 montre par ailleurs que la présence de besoins non comblés est associée à l'âge pour la plupart des soins de santé et services à l'étude. Comparativement aux personnes de 65 ans et plus, celles âgées de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un besoin non comblé pour les soins de santé ou les services sociaux suivants : les tests de laboratoire ou les examens radiologiques, les opérations, les soins dentaires, les soins de la vue, les soins pour la santé mentale (notamment lorsque ces soins avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux), les services de réadaptation physique (notamment lorsque ces services avaient été recommandés) et les lunettes.

Tableau 10.1

Proportion de personnes ayant un besoin non comblé pour divers soins de santé ou services sociaux¹ selon l'âge, population de 15 ans et plus² ayant au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 2010-2011

	Groupe d'âge		Ensemble
	15-64 ans	65 ans et plus	
	%		
Tests de laboratoire ou examens radiologiques	5,7	2,7	4,7
Opération	1,9	1,1	1,6
Soins dentaires	4,2	1,3	3,3
Soins de la vue	2,8	2,0	2,5
Soins de la vue recommandés ^a	1,3	1,1	1,2
Soins pour la santé mentale	3,4	0,7*	2,5
Soins pour la santé mentale recommandés	1,6	0,2**	1,2
Services de réadaptation physique	3,3	2,0	2,9
Services de réadaptation physique recommandés	1,3	0,7*	1,1
Lunettes	2,4	1,4	2,1
Aide technique ^a	0,9	1,2	1,0

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

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

1. Besoin non comblé de soins de santé ou de services sociaux au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « âge » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

CONCLUSION

Cette publication dresse un portrait statistique des besoins et de l'utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes âgées de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé chronique, à partir des données de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV) et de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), à laquelle l'EQLAV est rattachée. Il s'agit du dernier volume d'une série de quatre visant à dépeindre la situation de certaines populations considérées comme potentiellement vulnérables sur le plan de la santé¹. On y présente des données détaillées et représentatives décrivant l'état de santé des personnes ayant de tels problèmes de santé, les services reçus et ceux qui n'ont pu être obtenus, même à la suite d'une recommandation par un médecin ou un autre professionnel de la santé. Grâce aux données, le lien entre certains services utilisés ou besoins non comblés et les problèmes de santé de longue durée déclarés est aussi établi. Rappelons que la population visée de l'EQLAV est celle vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel, ce qui inclut les personnes vivant dans une résidence privée pour aînés. Aussi, dans l'enquête, l'expression « problèmes de santé de longue durée » est utilisée pour désigner les problèmes de santé chroniques, définis comme des problèmes de santé physique ou mentale, diagnostiqués par un médecin, qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

Au Québec comme ailleurs, les problèmes de santé chroniques sont en hausse, avec ce que cela entraîne de répercussions sur la vie de nombreuses personnes – notamment les incapacités qui peuvent en découler – et de pression sur le système de santé, qui doit répondre aux besoins croissants à cet égard. Les données de l'enquête contribuent à enrichir notre compréhension

de la situation des personnes concernées quant à leurs besoins et leur utilisation des services, en fonction de leur état de santé. Elles comblent certains besoins d'informations jugées prioritaires pour évaluer la performance du système sociosanitaire au regard de la gestion des problèmes de santé de longue durée, dans un contexte de suivi de la réforme des services de santé au Québec.

Dans ce volume, des faits saillants signalés tout au long des chapitres ont permis de mettre en lumière les principaux résultats de l'EQLAV concernant la population à l'étude. Cette conclusion en reprend les grandes lignes, tout en proposant une perspective d'ensemble. Certains groupes plus vulnérables sur le plan de la santé ou encore plus susceptibles de voir leurs besoins de services non comblés sont identifiés. Enfin, quelques pistes d'analyse et de recherche sont dégagées afin que l'exploitation des données de cette vaste et riche enquête se poursuive.

Population de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée au Québec

En 2010-2011, au Québec, un peu moins de la moitié des personnes de 15 ans et plus ont au moins un problème de santé de longue durée, et près du quart cumulent deux problèmes ou plus

Selon les données de l'EQLAV 2010-2011, c'est 48 % de la population âgée de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec qui a au moins un problème de santé de longue durée (soit environ 3 212 900 personnes). Rappelons que l'enquête s'intéresse aux problèmes de santé, physique ou mentale, qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient

1. Deux autres populations ciblées par l'EQLAV ont chacune fait l'objet d'une publication en 2013 : il s'agit des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité (C. Fournier, G. Dubé, L. Cazale et autres, 2013) et des personnes de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée (C. Lecours, M. Murphy, G. Dubé et autre, 2013).

durer six mois ou plus. Ce sont des problèmes de santé diagnostiqués par un médecin, qui nécessitent un suivi médical et qui demandent de prendre des médicaments, de recevoir des traitements ou d'avoir des habitudes de vie favorables à la santé. Plus précisément, les données indiquent qu'environ le quart (25 %) des personnes déclarent un seul problème de santé et à peu près autant (24 %), deux problèmes ou plus (soit environ 1 575 500 personnes cumulant plus d'un problème de santé).

Les femmes sont plus nombreuses, en proportion, à cumuler les problèmes de santé de longue durée. Cette condition touche aussi davantage les aînés, surtout ceux de 85 ans et plus, chez qui deux personnes sur trois ont deux problèmes ou plus

En proportion, davantage de femmes que d'hommes rapportent au moins un problème de santé de longue durée (52 % c. 44 %), ce résultat étant en partie attribuable au fait que les problèmes de santé voient leur prévalence augmenter avec l'âge et à la plus grande longévité des femmes (Payeur, 2011). Le cumul de problèmes de santé de longue durée atteint 27 % chez les femmes, comparativement à 21 % chez les hommes.

La présence d'au moins un problème de santé de longue durée augmente avec l'âge. Si environ 40 % des personnes âgées de 15 à 64 ans sont touchées par cette situation, c'est le cas de 84 % des 65 ans et plus. Le cumul de problèmes de cette nature touche aussi une proportion croissante de personnes avec l'avancée en âge (16 %, 15 à 64 ans c. 57 %, 65 ans et plus). Un examen détaillé révèle que tant la présence d'au moins un problème de santé de longue durée que le cumul de problèmes sont nettement plus courants au-delà de 50 ans. Ainsi, entre 50 et 64 ans, les deux tiers (64 %) des personnes ont au moins un problème de santé de longue durée et le tiers (33 %) en ont deux ou plus, des proportions qui distinguent ce groupe de ceux qui sont plus jeunes de façon relativement marquée. Comme on peut s'y attendre, les personnes âgées de 85 ans et plus affichent des proportions élevées à cet égard, près de 89 % ayant au moins un problème et les deux tiers (66 %), deux ou plus.

Près d'une personne sur trois âgée de 15 ans et plus déclare l'un ou l'autre des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête, soit l'arthrite, le diabète, la bronchite chronique, l'hypertension ou une maladie cardiaque, et les personnes de 65 ans et plus sont davantage touchées

Cinq types de problèmes de santé de longue durée, faisant l'objet d'une surveillance particulière par le MSSS, sont documentés de manière spécifique dans l'enquête. Ce sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)), l'hypertension et les maladies cardiaques. Ces cinq types de problèmes sont aussi analysés de manière combinée, ce qui permet de décrire la proportion de personnes touchées par au moins un d'entre eux. Par ailleurs, l'enquête fournit des données relativement à d'autres problèmes de santé (par exemple, le cancer, la dépression chronique, l'ostéoporose), analysés dans ce volume de façon regroupée, sous le vocable « autres ».

Parmi les types de problèmes de santé de longue durée étudiés, les plus répandus chez les personnes de 15 ans et plus sont l'arthrite et l'hypertension, les prévalences étant de 16 % et 17 %, respectivement. Les maladies cardiaques sont mentionnées par 7 % des individus concernés, de même que le diabète. Enfin, 3,6 % des personnes se disent atteintes de bronchite chronique. Soulignons également que près d'une personne sur trois (32 %) rapporte au moins un de ces cinq problèmes de santé de longue durée et 30 %, au moins un « autre » problème.

L'arthrite, la bronchite chronique et l'hypertension sont plus fréquentes, en proportion, chez les femmes que chez les hommes, tandis que le diabète et les maladies cardiaques se retrouvent en plus forte proportion chez les hommes. Pour les cinq types de problèmes de santé désignés, la proportion de personnes touchées est plus élevée chez celles de 65 ans et plus que chez les 15 à 64 ans. La présence d'un problème de santé de longue durée de type « autres » est aussi plus courante chez les aînés que chez les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, près de trois personnes sur dix sont âgées de 65 ans et plus

On observe qu'au-delà de 50 ans, quel que soit le groupe d'âge examiné, la population avec au moins un problème de santé de longue durée rassemble un plus grand nombre de personnes, en proportion, que celle sans problème de longue durée. Plus particulièrement, les aînés de 65 ans et plus représentent près de trois personnes sur dix dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, comparativement à environ un individu sur dix dans le reste de la population visée.

Dans la population à l'étude, une personne sur cinq vit seule et une personne sur cinq vit dans un ménage dont le revenu est insuffisant

Environ une personne avec au moins un problème de santé de longue durée sur cinq vit seule, les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus se retrouvant davantage dans cette situation. Chez ces dernières, c'est près du tiers qui vivent seules. L'insuffisance de revenu du ménage (définie par le fait d'être membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu) est une condition de vie partagée elle aussi par environ une personne avec un problème de santé de longue durée sur cinq (21 %).

Les personnes qui cumulent plus d'un problème de santé de longue durée présentent des caractéristiques sociale et économique moins favorables

Les caractéristiques moins favorables sur les plans social et économique sont davantage observées en présence de plusieurs problèmes de santé de longue durée (deux problèmes ou plus). Ainsi, vivre seul est une situation de vie partagée par 25 % des personnes cumulant plus d'un problème de santé. Quant à l'insuffisance de revenu du ménage, elle touche aussi près du quart (25 %) des personnes ayant plus d'un problème de ce type. De leur côté, les personnes ayant un seul problème de santé sont moins touchées, en proportion, par ces situations défavorables (17 %, dans les deux cas). Il est à noter que ces résultats s'expliquent en partie par un effet d'âge puisque les indicateurs examinés y sont associés.

Caractéristiques liées à la santé de la population ayant au moins un problème de santé de longue durée

État de santé

Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, les cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés sont plus fréquents chez les aînés

Il est intéressant de tracer le profil de l'état de santé à partir des différents indicateurs examinés dans l'enquête, cette fois au sein de la population qui rapporte au moins un problème de santé de longue durée. Tout d'abord, pour chacun des cinq types de problèmes de santé désignés, la proportion de personnes concernées est plus élevée chez les aînés que chez les individus de 15 à 64 ans. Par exemple, l'arthrite touche près de 48 % des personnes de 65 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, comparativement à 26 % des 15 à 64 ans. Pour quelques problèmes de santé de longue durée, les données indiquent aussi des différences entre les groupes d'âge chez les aînés. C'est le cas de l'arthrite, dont la proportion de personnes atteintes passe de 46 % chez les aînés de 65 à 74 ans à 50 % chez ceux de 75 à 84 ans et, enfin, à 57 % chez ceux de 85 ans et plus. Une situation semblable est observée pour les maladies cardiaques (23 %, 65-74 ans c. 30 %, 75-84 ans c. 38 %, 85 ans et plus). Pour chacun des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés, la proportion de personnes touchées en-deçà de 65 ans est plus élevée chez celles de 50 à 64 ans. Par exemple, 36 % de ces personnes font de l'arthrite et 40 % de l'hypertension, comparativement à 17 % et 18 % chez les 25 à 49 ans.

La relation selon l'âge est inversée en ce qui concerne les « autres » problèmes de santé de longue durée (par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer). Ce sont les personnes de 15 à 64 ans avec au moins un problème de santé de longue durée qui sont plus nombreuses, en proportion, à rapporter un tel problème (69 % c. 46 %, 65 ans et plus). C'est chez le groupe des 15 à 24 ans qu'est observée la plus forte proportion (89 %).

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, environ la moitié ont un seul problème et l'autre moitié, deux ou plus

Les données de l'enquête révèlent aussi que les personnes de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée se partagent en deux groupes : environ la moitié (51 %) ont un seul problème et l'autre moitié (49 %) en cumulent plus d'un. La proportion des individus déclarant deux problèmes de santé ou plus croît avec l'âge (41 %, chez les 15 à 64 ans c. 67 %, 65 ans et plus). Les données plus détaillées montrent que la moitié des personnes de 50 à 64 ans cumulent les problèmes de cette nature, ce qui en fait un groupe nettement plus touché que ceux d'âge moins avancé. Chez les aînés de 85 ans et plus, près des trois quarts sont dans cette situation.

Le cumul de problèmes de santé de longue durée semble aussi plus fréquent chez les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés. C'est environ 64 % des individus ayant au moins un de ces problèmes (arthrite, diabète, bronchite chronique, hypertension ou maladies cardiaques) qui rapportent une telle condition (comparativement à 18 % chez celles n'ayant aucun de ces cinq problèmes).

Chez les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, la perception négative de l'état de santé est davantage mentionnée par celles de 15 à 64 ans, celles vivant seules, celles dont le revenu est insuffisant et celles cumulant plus d'un problème de santé de longue durée

Malgré le fait qu'elles déclarent au moins un problème de santé de longue durée, la majorité des personnes à l'étude ont une perception positive de leur état de santé (état de santé bon, très bon ou excellent) lorsqu'elles se comparent aux autres individus de leur âge. Cette statistique positive ne doit pas occulter le fait qu'environ 17 % des individus se disent en moyenne ou mauvaise santé. Dans la population sans problème de santé de longue

durée, les personnes percevant négativement leur état de santé (moyen ou mauvais) sont en proportion nettement plus faible (3,9 %) (Tremblay, Dubé et Baraldi, 2013).

Dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée, la perception négative de l'état de santé est similaire chez les hommes et chez les femmes. Une telle perception est toutefois plus répandue chez certains groupes de la population concernée : les personnes âgées de 15 à 64 ans (18 %)², celles vivant seules (21 %), celles vivant sous le seuil de faible revenu (28 %), celles cumulant les problèmes de cette nature (23 %) et celles ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés (arthrite, diabète, bronchite chronique, hypertension et maladies cardiaques) (18 %). Fait à remarquer, la part des individus qui jugent négativement leur état de santé parmi ceux déclarant être atteints de bronchite chronique (ou de MPOC) s'élève à une personne sur trois.

La moitié des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée vivent également avec une incapacité

Parmi les personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, 51 % vivent également avec une incapacité. Plus précisément, 31 % ont une incapacité légère et 20 %, une incapacité modérée ou grave. Chez ces personnes avec incapacité, plus de la moitié (56 %) attribuent leurs difficultés ou limitations à un problème de santé, et la très vaste majorité d'entre elles précisent que c'est leur problème de santé de longue durée qui est en cause.

Il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes avec au moins un problème de santé de longue durée qui vivent avec une incapacité modérée ou grave (23 % c. 17 %). Les aînés sont aussi davantage dans cette situation que leurs cadets (30 % c. 15 %)³. L'examen détaillé selon l'âge permet néanmoins de nuancer ce résultat. Déjà, à partir de 50 ans, c'est une personne à l'étude sur cinq ou plus qui a un tel niveau d'incapacité. Chez les aînés de 85 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée, la proportion atteint 64 %. L'incapacité modérée ou grave est aussi

2. Il n'y a pas de différence entre les 3 sous-groupes des 15-24, 25-49 et 50-64 ans à cet égard. La perception négative est plus élevée chez les 50-64 ans que chez les 65-74 ans (17 % c. 13 %).
3. L'incapacité modérée ou grave touche une proportion similaire de personnes de 50 à 64 ans et de 65 à 74 ans (19 % et 20 %, respectivement).
4. Il est utile de rappeler qu'un effet d'âge peut expliquer en partie le profil de résultats concernant l'état de santé, selon diverses caractéristiques, sachant que certains indicateurs examinés varient en fonction de l'âge.

plus répandue dans les groupes suivants : les personnes qui vivent seules (29 %), celles qui sont sous le seuil de faible revenu (36 %), celles cumulant des problèmes de santé de longue durée (30 %) et celles ayant au moins un des cinq types de problèmes désignés (24 %)⁴.

Consommation de médicaments

Près de neuf personnes avec au moins un problème de santé de longue durée sur dix consomment des médicaments prescrits par un médecin au moment de l'enquête. Des comportements de non-observance de la posologie sont rapportés par certaines d'entre elles, en particulier dans le groupe des 15 à 64 ans

Comme il a été dit précédemment, parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, nombreuses sont celles qui cumulent ce type de problème ou qui vivent avec une incapacité. C'est donc sans surprise que les données de l'enquête révèlent que la consommation de médicaments prescrits par un médecin est un phénomène courant chez ces personnes : en effet, 86 % d'entre elles ont mentionné consommer des médicaments (un ou plusieurs) au moment de l'enquête. Cette situation est davantage rapportée par les femmes (88 %) et par les personnes de 65 ans et plus (96 %)⁵.

Parmi les personnes à l'étude consommant des médicaments, 15 % disent avoir pris une moindre quantité que ce qui était prescrit et 6 %, une plus grande quantité, au cours d'une période d'un mois⁶. Ces comportements de non-observance sont davantage présents chez les personnes âgées de 15 à 64 ans. L'oubli est le motif le plus fréquemment rapporté par les personnes concernées pour avoir consommé moins de médicaments (55 %). D'autres motifs sont aussi invoqués, entre autres la crainte de devenir dépendant (14 %) et le coût des médicaments (7 %). Chez les personnes ayant pris des médicaments en surplus, les trois quarts déclarent, comme raison, les effets bénéfiques additionnels qu'elles peuvent en retirer.

Mentionnons également que plus du tiers (35 %) des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont consommé quatre types de médicaments ou plus au cours d'une période de 24 heures⁷, ⁸. Les aînés et les personnes cumulant plus d'un problème de santé de longue durée rapportent davantage une telle consommation (57 % et 54 %, respectivement). Soulignons que plus des deux tiers (68 %) des aînés de 85 ans et plus consomment quatre types de médicaments ou plus.

Bien qu'il concerne une faible proportion de la population étudiée, le phénomène de la non-observance de la posologie des médicaments prescrits fait l'objet d'une attention particulière en raison des notions d'efficacité et de sécurité qui se rattachent à l'utilisation des médicaments. L'étude de ce phénomène est d'autant plus importante qu'une proportion appréciable de personnes avec un problème de santé de longue durée prennent plusieurs types de médicaments, notamment chez les 50 à 64 ans, qui comptent aussi parmi les individus plus enclins à prendre moins ou plus de médicaments que ce qui a été prescrit.

Utilisation des services de santé et des services sociaux et besoins non comblés

Médecin de famille et endroit habituel de soins

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, près de neuf sur dix ont un médecin de famille. Neuf sur dix mentionnent également avoir un endroit habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux

Dans la population ayant au moins un problème de santé de longue durée, la grande majorité des personnes, soit 90 %, indiquent avoir un médecin de famille ou un médecin qui prend la responsabilité de leurs soins de santé (il s'agit d'un médecin généraliste dans presque

5. La consommation de médicaments prescrits augmente d'un groupe d'âge à l'autre entre 15 et 74 ans (65 %, 15-24 ans c. 77 %, 25-49 ans c. 88 %, 50 à 64 ans c. 95 %, 65-74 ans).

6. C'est-à-dire au cours du mois précédant l'enquête.

7. C'est-à-dire au cours des 24 heures précédant l'enquête.

8. L'analyse détaillée selon l'âge permet de constater des écarts marqués entre les groupes, notamment entre les 25 à 49 ans (15 %), les 50 à 64 ans (35 %) et les 65 à 74 ans (52 %).

tous les cas). Cette proportion est plus élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus (96 %) que chez les 15 à 64 ans (87 %), les 15 à 24 ans se distinguant en affichant la proportion la plus faible (78 %). L'affiliation à un médecin de famille est plus répandue dans la population avec au moins un problème de santé de longue durée que dans celle sans problème de cette nature, et ce, quel que soit le groupe d'âge.

Les personnes qui mentionnent avoir un endroit habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux sont aussi largement majoritaires (92 %) au sein de la population avec au moins un problème de santé de longue durée. À cet égard, les personnes âgées de 15 à 64 ans affichent une proportion moins élevée que les aînés, la proportion la plus faible étant notée une fois de plus chez les 15 à 24 ans. L'endroit habituel de soins mentionné par les personnes est une clinique ou un bureau de médecin dans 85 % des cas environ.

Le fait d'avoir un médecin de famille comme celui d'avoir un endroit habituel de soins sont davantage rapportés, en proportion, par les personnes cumulant des problèmes de santé de longue durée de même que par celles ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés (arthrite, diabète, etc.). Un effet d'âge explique en partie ces résultats puisque ces caractéristiques sont plus répandues chez les personnes de 65 ans et plus. On constate de plus que les personnes vivant avec une incapacité modérée ou grave sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un médecin de famille.

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, environ 8 % n'ont pas de médecin de famille et exprime le besoin d'en avoir un

Près de 10 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée n'ont pas de médecin de famille. Si l'on s'en tient aux personnes qui en voudraient un, elles représentent 8 % de la population à l'étude. Cette proportion est plus faible que ce qui est noté dans la population sans problème de santé de longue durée (18 %).

Un besoin non comblé de médecin de famille est exprimé en proportion plus élevée par les hommes et par les personnes âgées de moins de 50 ans. Cependant, les personnes vivant dans un ménage sous le seuil de faible

revenu et celles vivant seules ne se distinguent pas des autres à cet égard. Par ailleurs, il est intéressant de souligner que les personnes dont l'état de santé est moins favorable (celles cumulant plus d'un problème de santé de longue durée et celles ayant une incapacité modérée ou grave) sont moins nombreuses à avoir un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille (environ une personne sur vingt). Les résultats vont dans le même sens lorsque l'on compare les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés (arthrite, diabète, etc.) à celles qui n'ont aucun de ces problèmes.

Parmi les personnes qui ont un médecin de famille, un peu plus du tiers l'ont consulté trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant un médecin de famille généraliste (environ 85 % de la population à l'étude), neuf sur dix l'ont consulté au moins une fois au cours d'une période de 12 mois⁹, et plus du tiers l'ont fait à trois occasions ou plus. Cette fréquence de consultation (3 fois ou plus) est davantage notée chez les femmes et chez les aînés (parmi les 85 ans et plus, c'est la moitié des personnes). Elle l'est aussi chez les individus aux caractéristiques sociales, économiques et de santé moins favorables, notamment en ce qui concerne le revenu du ménage, le fait de vivre seul, le cumul de problèmes de santé de longue durée et la présence d'une incapacité modérée ou grave. Les personnes déclarant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés sont aussi plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté leur médecin de famille trois fois ou plus.

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, près d'une sur six (17 %) mentionne qu'il lui est arrivé d'avoir besoin d'une consultation auprès de son médecin de famille, sans pouvoir l'obtenir

Un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille est rapporté en proportion plus élevée chez les femmes, les personnes âgées de 15 à 64 ans et les personnes ayant au moins l'un des cinq types de problèmes de santé désignés (en particulier, le diabète, l'hypertension ou les maladies cardiaques),

9. C'est-à-dire au cours des 12 mois précédant l'enquête.

comparativement aux personnes qui ont d'autres problèmes de cette nature. Soulignons que les individus vivant seuls déclarent en proportion plus faible un tel besoin non comblé. Comme pour le besoin d'un médecin de famille, le besoin non comblé de consultation auprès de son médecin de famille au cours d'une période de 12 mois ne varie pas en fonction du niveau de revenu du ménage dans la population à l'étude. Fait à noter, parmi les personnes exprimant un tel besoin non comblé, un peu plus de quatre sur dix indiquent que ce besoin est lié à leur problème de santé de longue durée.

Médecins spécialistes

La moitié des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée mentionnent être suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste

Environ 50 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée sont suivies régulièrement par un ou plusieurs médecins spécialistes, les médecins les plus fréquemment mentionnés étant le cardiologue et l'ophtalmologiste (une personne sur dix environ, dans chacun des cas). Un tel suivi est plus souvent rapporté par les femmes (51 %) et par les personnes de 65 ans et plus (58 %). Cela dit, un examen détaillé en fonction du sexe et de l'âge nuance ce tableau. En ce qui a trait à l'écart selon le sexe, on constate que c'est seulement dans les groupes de personnes âgées entre 25 et 64 ans que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être suivies régulièrement. Au-delà de 65 ans, les hommes le sont davantage. L'analyse selon l'âge révèle aussi que la part de personnes suivies régulièrement par un médecin spécialiste se situe à environ 60 % entre 65 et 84 ans, pour ensuite diminuer à 52 % chez celles âgées de 85 ans et plus.

En ce qui concerne la fréquence de consultation, il ressort que trois personnes sur cinq (60 %) ont consulté à deux occasions ou plus au cours d'une période de 12 mois parmi celles avec au moins un problème de santé de longue durée suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste. La proportion est plus élevée chez les aînés (63 %), mais les trois groupes d'âge entre 65 et 85 ans et plus ne se distinguent pas entre eux sur le plan statistique.

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée et une incapacité modérée ou grave, sept sur dix ont consulté leur médecin spécialiste à deux occasions ou plus en une année

Qu'il s'agisse du suivi régulier par au moins un médecin spécialiste ou de la consultation de ce type de médecin à deux occasions ou plus au cours d'une période de 12 mois, la part des personnes concernées augmente avec la gravité de l'incapacité et avec le nombre de problèmes de santé de longue durée. Par exemple, la proportion des gens ayant consulté à deux occasions ou plus passe de 54 % chez les personnes sans incapacité à 61 % chez celles dont l'incapacité est légère et à 72 % chez celles dont l'incapacité est modérée ou grave. Les personnes qui cumulent les problèmes de santé de longue durée sont aussi plus nombreuses que celles ayant un seul problème de cette nature à avoir consulté à deux occasions ou plus (63 % c. 56 %).

Plus d'une personne avec au moins un problème de santé de longue durée sur dix mentionne avoir eu besoin d'une consultation auprès d'un médecin spécialiste, sans pouvoir l'obtenir

Un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois est rapporté par près de 12 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. Cette proportion est de 7 % si l'on ne tient compte que du besoin d'une consultation ayant fait l'objet d'une recommandation par un autre médecin.

Les femmes ainsi que les personnes âgées de 15 à 64 ans déclarent un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste en proportions plus élevées (13 % et 14 %, respectivement). Encore une fois, l'examen détaillé permet de nuancer les résultats. Ainsi, les 85 ans et plus comptent environ 3,7 % de personnes dans cette situation, ce qui en fait le groupe d'âge le moins touché.

Il est intéressant de souligner que le besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste ne varie pas selon le fait de vivre seul ni selon le niveau de revenu du ménage, d'après l'EQLAV. La présence d'un tel besoin est cependant plus répandue chez les personnes dont

l'incapacité est modérée ou grave (16 %) et chez celles n'ayant aucun des cinq types de problèmes de santé désignés (14 %). Par ailleurs, elle n'est pas associée au nombre de problèmes de santé de longue durée.

Parmi les personnes ayant déclaré un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste, environ la moitié précisent que la ou les consultations non obtenues étaient liées à leur problème de santé de longue durée.

Autres professionnels de la santé et des services sociaux

Un peu plus de la moitié des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin

Selon l'enquête, un peu plus de la moitié (53 %) des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin (par exemple, l'infirmière, le dentiste, l'optométriste, le psychologue, le physiothérapeute ou l'ostéopathe). Un tel suivi est plus répandu chez les femmes, chez les personnes âgées de 15 à 64 ans et chez celles cumulant plus d'un problème de santé de longue durée. On remarque cependant une proportion plus faible quant au suivi régulier chez les personnes dont le ménage vit sous le seuil de faible revenu et chez celles ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé désignés.

Parmi les personnes qui sont suivies régulièrement, 70 % ont dû payer les frais, en tout ou en partie, pour l'une ou l'autre des consultations avec un professionnel de la santé ou des services sociaux, au cours d'une période de 12 mois. Les femmes sont plus nombreuses à l'avoir fait ainsi que les personnes âgées de 25 à 49 ans (72 % et 79 %, respectivement). Il est utile de rappeler que pour plusieurs professionnels, les services offerts relèvent du secteur privé.

Bien que relativement peu de personnes à l'étude expriment un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux, certains groupes sont plus touchés que d'autres

Ainsi, environ 2,8 % des personnes âgées de 15 ans et plus avec au moins un problème de santé de longue durée ont eu besoin, à un moment ou à un autre au cours d'une période de 12 mois, d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, sans pouvoir l'obtenir. Cette proportion est estimée à 1,4 % si l'on considère la présence d'un besoin non comblé pour une consultation recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé.

Certains groupes de personnes sont plus susceptibles de présenter un tel besoin non comblé : il s'agit des personnes âgées de 15 à 64 ans, de celles vivant seules, de celles membres d'un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu, de celles n'ayant aucun des cinq types de problèmes de santé de longue durée et de celles ayant une incapacité modérée ou grave. Mentionnons que ce besoin non comblé ne diffère pas selon le nombre de problèmes de santé de longue durée.

Parmi les personnes exprimant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel autre qu'un médecin, un peu plus de la moitié indiquent que ce besoin non comblé concerne leur problème de santé de longue durée.

Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers fournis par un CLSC

Chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, quatre sur dix ont reçu au moins un service hospitalier (une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour), au cours d'une période de 12 mois

Près de 30 % des personnes à l'étude ont consulté un médecin à l'urgence au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, 12 % ont été hospitalisées et 11 % ont

subi une chirurgie d'un jour. L'enquête révèle que 39 % des personnes ont reçu l'un ou l'autre de ces services à au moins une occasion pendant la période de référence.

L'hospitalisation est plus fréquemment rapportée par les femmes et la chirurgie d'un jour, par les hommes. Par ailleurs, on remarque des profils distincts selon l'âge¹⁰. En effet, comparativement au groupe des 65 ans et plus, celui des 15 à 64 ans compte plus de personnes ayant consulté à l'urgence au moins une fois, surtout chez les 15 à 24 ans (41 %). Ce résultat pourrait être analysé en parallèle avec les données de l'enquête selon lesquelles l'affiliation à un médecin de famille et le fait d'avoir un endroit habituel de soins sont moins répandus chez les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée âgées de 15 à 64 ans, notamment chez les plus jeunes (15 à 24 ans). On peut avancer qu'une personne sans médecin de famille ou sans endroit habituel de soins est plus susceptible de se rendre à l'urgence pour consulter un médecin (McCusker et autres, 2013). Quant à l'hospitalisation, l'enquête montre sans surprise qu'elle touche davantage les personnes de 65 ans et plus, en particulier celles de 85 ans et plus (une personne sur quatre).

Mentionnons que les personnes dont le ménage vit en situation d'insuffisance de revenu rapportent plus fréquemment que les autres avoir consulté un médecin à l'urgence ou avoir été hospitalisées. Les personnes vivant seules, quant à elles, sont plus nombreuses à avoir été hospitalisées au cours de la période de référence.

La part des personnes ayant reçu au moins un service hospitalier est plus grande chez celles cumulant plus d'un problème de santé de longue durée et aussi chez celles combinant problème de santé et incapacité modérée ou grave

Les proportions de personnes déclarant avoir consulté à l'urgence, avoir été hospitalisées ou avoir subi une chirurgie d'un jour augmentent avec le nombre de problèmes de santé de longue durée et avec le niveau de gravité de l'incapacité. Le profil des résultats est similaire en ce qui concerne le fait d'avoir utilisé au moins l'un

des trois services hospitaliers examinés. Soulignons que 42 % des personnes cumulant plus d'un problème de santé de longue durée ont reçu au moins un service hospitalier au cours de la période de référence. Parmi les personnes ayant une incapacité modérée ou grave, la proportion atteint 51 %.

Chez 8 % des personnes concernées, le dernier service hospitalier reçu a été suivi de services à domicile du CLSC, c'est-à-dire de soins de santé ou d'aide à domicile

Après avoir obtenu un congé de l'hôpital, il arrive qu'une personne ait besoin de services à domicile. Ce type de services, généralement de courte durée, comprend les soins de santé à domicile et l'aide à domicile. L'EQLAV a permis de documenter l'utilisation de ces services fournis par un CLSC ainsi que le besoin non comblé à cet égard, à partir de données se rapportant au dernier (ou au seul) service hospitalier reçu au cours d'une période de 12 mois (une consultation à l'urgence dans 56 % des cas, une hospitalisation dans 22 % des cas et une chirurgie d'un jour dans 22 % des cas).

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée concernées, près d'une sur dix (8 %) a reçu l'un ou l'autre des services à domicile d'un CLSC à la suite du dernier service obtenu à l'hôpital. Les soins de santé à domicile sont un peu plus courants que l'aide à domicile. En effet, 7 % des personnes ont reçu des soins de santé (comme des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements) et 1,9 % ont reçu de l'aide (par exemple, pour se laver, s'habiller ou manger ou encore pour les tâches domestiques). Lorsque l'on tient compte du type de service hospitalier utilisé, on remarque que c'est surtout à la suite d'une hospitalisation que les personnes ont reçu des services à domicile du CLSC (24 % des personnes concernées), et que cela inclut la plupart du temps des soins de santé.

Les individus ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC se retrouvent davantage parmi les groupes suivants : les personnes âgées de 65 ans et plus¹¹ – surtout parmi ceux d'âge plus avancé (chez les 85 ans et plus : 27 %) –, les personnes vivant seules,

10. On remarque notamment que les personnes de 50 à 64 ans et celles de 65 à 74 ans se ressemblent quant au profil d'utilisation de certains services hospitaliers (consultation à l'urgence : 26 % (50-64 ans) et 25 % (65-74 ans).

11. Il n'y a pas de différence entre les 3 groupes d'âge de 15 à 64 ans quant aux soins de santé, l'aide à domicile et les services à domicile. Il y en a cependant entre les 3 sous-groupes d'âinés (les 85 ans et plus étant ceux qui en reçoivent davantage). Par ailleurs, les 50 à 64 ans se distinguent des 65 à 74 ans.

celles qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, celles cumulant plus d'un problème de santé de longue durée, celles ayant au moins un des cinq types de problèmes désignés et celles ayant une incapacité modérée ou grave.

Les besoins non comblés de services à domicile du CLSC à la suite d'un service à l'hôpital sont relativement peu fréquents mais touchent certains groupes en particulier, dont les personnes qui ont une incapacité modérée ou grave en plus d'avoir un ou plusieurs problèmes de santé de longue durée

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ayant utilisé au moins un service hospitalier, certaines mentionnent avoir eu besoin de soins à domicile (3,3%) ou d'aide à domicile (6%) à la suite du dernier service obtenu à l'hôpital, sans pouvoir les obtenir. Si l'on s'en tient aux besoins non comblés de services à domicile recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, les proportions sont de 1,2% et 1,9%, respectivement. Les besoins non comblés (soins de santé à domicile et aide à domicile) ne sont pas associés à l'âge. Les femmes sont cependant plus nombreuses à rapporter un besoin non comblé d'aide à domicile.

Tant pour les soins de santé à domicile que pour l'aide à domicile, les besoins non comblés sont plus souvent rapportés par les personnes vivant seules, celles dont le ménage vit sous le seuil de faible revenu, celles cumulant des problèmes de santé de longue durée et celles ayant une incapacité modérée ou grave. C'est chez ce dernier groupe que les proportions apparaissent les plus élevées (7%, soins de santé et 15%, aide à domicile). Un profil de résultats semblable est constaté lorsqu'il s'agit des besoins non comblés de soins de santé et d'aide à domicile recommandés.

Soins de santé à domicile publics ou privés

Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, les services de soutien à domicile sont appelés à se développer davantage pour répondre aux besoins croissants. De tels services visent à permettre aux personnes de rester le plus longtemps possible à leur domicile ou d'y retourner rapidement après un épisode de soins (MSSS, 2003). Parmi eux figurent les soins de santé à domicile abordés dans l'EQLAV.

Les données de l'enquête ont permis de décrire l'ensemble des soins de santé à domicile reçus par les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée au cours d'une période de 12 mois. Cela englobe les soins de santé (comme des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements) requis en raison d'un problème de santé ou d'une perte d'autonomie temporaire ou de longue durée, fournis par un CLSC ou par tout autre organisme, que ce soit une agence privée ou une coopérative de santé. Sont aussi inclus les soins de santé à domicile posthospitaliers qui ont précédemment fait l'objet d'une description.

Parmi les personnes avec au moins un problème de santé de longue durée, l'utilisation des soins de santé à domicile et la présence d'un besoin non comblé à cet égard sont plus fréquemment rapportées par certains groupes, notamment les personnes âgées de 85 ans et plus et celles ayant une incapacité modérée ou grave

Environ 6% des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée ont reçu des soins de santé à domicile au cours de la période de référence. Plus de la moitié (58%) d'entre elles mentionnent que les soins obtenus sont liés, en tout ou en partie, à leur problème de santé de longue durée. Précisons que le CLSC a assumé les frais ou une partie des frais encourus pour les soins à domicile pour la grande majorité (86%) des personnes ayant reçu de tels soins.

Le recours à ce type de soins de santé est plus fréquemment mentionné par les femmes et par les personnes âgées de 65 ans et plus, (surtout les 85 ans et plus : 33%), de même que par celles qui présentent un portrait plus précaire sur le plan social ou économique (les personnes vivant seules et celles dont le ménage vit sous le seuil de faible revenu). Il est aussi davantage observé chez les personnes dont les caractéristiques quant au nombre de problèmes de santé et à l'incapacité sont les moins favorables (cumul de problèmes de santé; co-occurrence d'un problème de santé de longue durée et d'une incapacité modérée ou grave (18% des personnes dans ce dernier groupe)). L'utilisation des soins de santé est aussi notée chez les personnes ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés.

Un besoin non comblé pour de tels soins au cours d'une période de 12 mois est exprimé par environ 2,5 % personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. Les femmes, les personnes de 65 ans et plus, en particulier celles de 85 ans et plus (6 %), les personnes vivant seules et celles dont le ménage vit sous le seuil de faible revenu rapportent davantage cette situation. Les besoins non comblés à cet égard sont aussi plus courants chez les personnes cumulant plus d'un problème de santé de longue durée, chez celles ayant au moins un des cinq types de problèmes désignés et chez celles ayant une incapacité modérée ou grave (la proportion s'élève alors à 8 %).

Un besoin non comblé pour des soins de santé à domicile recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé est mentionné par 1,0 % des personnes avec au moins un problème de santé de longue durée. Cette proportion est légèrement plus élevée chez les femmes et chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Quelques constats et pistes de recherche

Parmi les constats se dégageant de cette étude, il ressort que dans l'ensemble, les personnes avec au moins un problème de santé chronique présentent un portrait moins favorable que celles sans problème de cette nature sur les plans social et économique, notamment en étant plus nombreuses à vivre seules et avec des revenus insuffisants. Au sein de la population à l'étude, ces caractéristiques se combinent parfois avec un profil de santé plus lourd, en raison du cumul de ces problèmes de santé ou encore de la présence de co-morbidité (présence d'incapacité). Une plus grande vulnérabilité se dégage chez certains groupes, laquelle augmente généralement avec l'âge. Ainsi, les deux tiers des personnes de 65 ans et plus cumulent plus d'un problème de santé chronique et 30 % de celles de 65 ans et plus combinent au moins un problème de santé et une incapacité modérée ou grave. Mentionnons de plus que les personnes de 50 à 64 ans forment un groupe qui, pour certains indicateurs, se rapproche des 65 à 74 ans.

Les résultats concernant ces groupes plus vulnérables (notamment les personnes ayant deux problèmes de santé chroniques ou plus ou encore une incapacité modérée ou grave) ont permis de documenter leurs besoins et leur utilisation des services sous différents angles, entre autres le fait qu'elles sont nombreuses (à hauteur de 90 %) à avoir un médecin de famille ou un endroit habituel

de soins (pour leurs soins de santé généraux) et qu'en général, elles utilisent davantage les soins de santé et les services sociaux. Cela dit, les données ont aussi mis en évidence la présence de besoins non comblés pour certains services dans la population avec au moins un problème de santé chronique, y compris chez les personnes qui présentent une plus grande vulnérabilité (par exemple, en matière de services à domicile).

Il va sans dire que les analyses présentées dans ce volume n'exploitent qu'en partie la richesse et le potentiel des données de l'EQLAV. Celles-ci constituent une mine de renseignements offrant de multiples possibilités pour approfondir l'examen des liens entre l'état de santé et l'utilisation des services de santé chez les personnes atteintes d'un problème de santé chronique, notamment celles qui présentent une plus grande vulnérabilité. De plus, l'arrimage entre l'EQLAV et l'EQES offre la possibilité de combiner des données des deux sources, élargissant du coup l'éventail des analyses possibles.

Certains résultats pourraient faire l'objet d'études plus poussées. Par exemple, la présence simultanée de plus d'un problème de santé chronique (le cumul de deux problèmes ou plus) est une condition touchant la moitié de la population à l'étude (ce qui représente le quart des personnes de 15 ans et plus au Québec). Celle-ci pourrait être examinée de manière plus approfondie afin de dresser des profils de santé plus fins. Une avenue prometteuse à cet égard consisterait à étudier certains problèmes de santé traités dans ce volume et d'autres problèmes ici amalgamés sous le vocable « autres » – pensons par exemple aux troubles mentaux –, afin de déterminer les profils les plus fréquents, en fonction du cumul de problèmes qui gagnerait à être documenté de manière plus détaillée (par exemple, on pourrait juger pertinent de préciser le cumul de trois problèmes de santé ou plus).

Un exercice similaire serait d'établir des profils de santé en tenant compte, cette fois, de la présence combinée d'un problème de santé chronique et d'une incapacité, en fonction du niveau de gravité de l'incapacité (légère, modérée ou grave). Une telle co-morbidité est également présente chez la moitié de la population à l'étude. La pertinence de cette analyse paraît évidente au vu des résultats dépeignant la situation souvent moins favorable et les besoins souvent plus grands des personnes ayant une incapacité modérée ou grave par rapport à celles sans incapacité ou même avec une incapacité légère.

Les profils ainsi dégagés pourraient être mis en relation avec l'utilisation et le besoin de services de santé et de services sociaux et avec les caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes. Une telle étude favoriserait une connaissance plus fine de la population, tant sur le plan de leur état de santé que de celui de leurs besoins de services, et permettrait de mieux cerner les groupes plus vulnérables.

D'autres thèmes de l'enquête, non traités ou peu approfondis dans le présent volume, mériteraient aussi l'attention. C'est le cas des renseignements sur l'information et l'autogestion de la maladie, portant entre autres sur les changements dans les habitudes de vie et le soutien professionnel à cet égard, lesquels peuvent être examinés selon différentes caractéristiques des personnes, dont l'âge. Un tel portrait serait utile pour soutenir les programmes comme ceux visant le dépistage ou le soutien à l'autogestion, qui s'adressent à certains groupes cibles définis notamment en fonction de la tranche d'âge des personnes. On peut penser au groupe des 50 à 64 ans comme à celui des aînés. Les données permettant de lier le besoin et l'utilisation de plusieurs services aux problèmes de santé chroniques, qui ont été présentés de manière générale dans ce volume, mériteraient également d'être analysées.

Compte tenu des transformations qui s'opèrent dans le système québécois de la santé et des services sociaux depuis quelques décennies et des nombreux défis à relever, notamment au chapitre de la gestion des problèmes de santé chroniques, les résultats de l'EQLAV présentés dans ce volume et sur le site Web de l'Institut (données régionales) seront utiles au MSSS et à son réseau à des fins d'évaluation des programmes destinés aux personnes atteintes et de suivi de la performance du système. Ils contribueront à soutenir les différents acteurs et intervenants dans leurs efforts pour améliorer la santé et le bien-être des personnes concernées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGRÉMENT CANADA, INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET INSTITUT POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS DU CANADA (2012). *Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre – Progrès à ce jour et chemin à parcourir*, Ottawa, Agrément Canada, 24 p.
- BÉLANGER, A., N. CLICHE, V. LEMIEUX et M.-J. PAQUET (2012). *La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais – Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 73 p.
- CAZALE, L., P. LAPRISE et V. NANHOU (2009). « Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales », *Zoom Santé, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Institut de la statistique du Québec, mars, 4 p.
- CLAIR, M. (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2010a). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux, RÉSUMÉ*, Québec, Commissaire à la santé et au bien-être, 27 p.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2010b). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Commissaire à la santé et au bien-être, 165 p.
- CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2010). *Aider les patients à gérer leur santé : Les Canadiens atteints de maladies chroniques obtiennent-ils le soutien nécessaire?*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 12 p.
- CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2007). *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 55 p.
- DES RIVIÈRES, M., A. MICHAUD, J. LACOURSIÈRE et N. ROBICHAUD (2005). *La pleine participation des aînés au développement du Québec. Afin de construire un Québec pour tous les âges*, Québec, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 192 p.
- DUBÉ, G., C. SIROIS et M.-E. TREMBLAY (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Tests de laboratoire, examens radiologiques et médicaments d'ordonnance : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 6, Québec, Institut de la statistique du Québec, 52 p.
- DUBÉ-LINTEAU, A., R. PINEAULT, J.-F. LÉVESQUE, C. LECOURS et M.-E. TREMBLAY (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 73 p.
- ÉMOND, V. (2011). « Les maladies chroniques : de plus en plus de Québécois à en être atteints », dans Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, p. 58-69.
- FORTIN, M., C. HUDON, J. HAGGERTY, M. van den AKKER et J. ALMIRALL (2010). « Prevalence estimates of multimorbidity : a comparative study of two sources », *BMC Health Services Research*, vol.10, n° 111, mai, 6 p.

- FOURNIER, C., M. GODBOUT et L. CAZALE (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 71 p.
- FOURNIER, C., G. DUBÉ, L. CAZALE, M. GODBOUT et M. MURPHY (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 260 p.
- GALARNEAU, Y., et Y. ROCHETTE (2010). *Orientations ministérielles en matière de maladies chroniques : directions programmes MSSS*, 3^e Rendez-vous de la gestion des maladies chroniques, 25 et 26 novembre, Montréal.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement. Cadre de référence de l'enquête*, Québec, Document de travail, juin, 41 p.
- LECOURS, C., M. MURPHY, G. DUBÉ et M. GODBOUT (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes de 65 ans et plus*, Volume 3, Québec, Institut de la statistique du Québec, 176 p.
- LÉVESQUE, J.-F., D. FELDMAN, C. DUFRESNE, P. BERGERON, B. PINARD et V. GAGNÉ (2009). « Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 40, n° 4, octobre-décembre, p. 251-265.
- MCCUSKER, J., D. ROBERGE, P. TOUSIGNANT, J.-F. LEVESQUE, A. VADEBONCOEUR, A. CIAMPI, R. BORGÈS DA SILVA, E. BELZILE et S. SANCHE (2013). *Plus liés qu'il n'y paraît : Les soins primaires et le recours aux départements d'urgence au Québec*, Rapport du Centre de recherche de St. Mary, Montréal, 22 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012a). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 25 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012b). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, Québec, Direction des services de première ligne intégrés, 29 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 53 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, 194 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Un défi de solidarité – Les services aux aînés en perte d'autonomie : Plan d'action 2005-2010*, Québec, 45 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, 45 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)*, Genève, 304 p.
- PAMPALON, R., D. HAMEL et P. GAMACHE (2009). « Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 4, p. 95-105.
- PAYEUR, F.F. (2011). « Un portrait de la mortalité selon l'âge au Québec », *Données sociodémographiques en bref*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 16, n° 1, p. 1-4.

SAMOY, L.J., P.J. ZED, K. WILBUR, R.M. BALEN, R.B. ABU-LABAN et M. ROBERTS (2006). « Drug-related hospitalizations in a tertiary care internal medicine service of a Canadian hospital: a prospective study », *Pharmacotherapy*, vol. 26, n° 11, p. 1578-1586.

SHIELDS, M., et S. SHOOSHTAN (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, décembre, p. 39-63.

SMITH, A. (2012). *Recension des écrits et des meilleures pratiques pour soutenir efficacement l'autogestion en maladies chroniques*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, janvier, 10 p.

TREMBLAY, M.-E., G. DUBÉ et R. BARALDI (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011: Méthodologie et description de la population visée*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 58 p.

Des statistiques sur le Québec d'hier et d'aujourd'hui
pour le Québec de demain