

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ

Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011

La consultation pour des services
sociaux : regard sur l'expérience
vécue par les Québécois

Volume 3

Version révisée



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
2^e trimestre 2013
ISBN 978-2-550-67916-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013

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.

Mai 2013

AVANT-PROPOS

Depuis le début des années 2000, la performance des systèmes de santé est devenue un enjeu majeur pour les pays industrialisés. En effet, au Québec comme ailleurs, la planification, l'organisation et la gestion des services visant l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population reposent sur la capacité des diverses instances concernées à mesurer l'atteinte des résultats, à partir d'un ensemble de données provenant de fichiers administratifs ou encore d'enquêtes populationnelles.

C'est dans cette perspective que l'Institut de la statistique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont élaboré, à partir de 2004, une programmation d'enquêtes permettant de documenter l'expérience de soins, d'évaluer la qualité des services et de mesurer les besoins comblés et non comblés de la population. Ce projet découle directement de l'application de l'article 46 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui stipule que l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services doivent être périodiquement évalués. En portant sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux, par les Québécois, ainsi que sur les besoins de ces derniers, l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins (EQES 2010-2011) constitue une source d'information cruciale pour l'évaluation de certains aspects du fonctionnement du système de santé, comme l'accessibilité, l'efficacité, la sécurité et l'équité.

Plus de 48 000 personnes, réparties dans 16 régions sociosanitaires, ont participé à l'EQES 2010-2011. Nous tenons à les en remercier tout particulièrement. Les renseignements qu'elles nous ont transmis sont précieux, car aucune donnée administrative ne permet de mesurer leur appréciation des services. Par ailleurs, grâce à l'ampleur de la collecte de données, les 94 CSSS visés par l'enquête pourront, pour la première fois, disposer de données comparables leur permettant de dresser un portrait de leur territoire respectif.

Plusieurs des thèmes couverts par l'enquête feront l'objet de publications au cours de l'année 2013. C'est le cas pour l'accès à un médecin de famille, la consultation d'un médecin spécialiste, l'utilisation des services hospitaliers (dont l'urgence), la prescription de tests ou d'examen et la consommation de médicaments prescrits par un médecin. En travaillant de concert avec nos partenaires de la santé et en soumettant nos méthodes de production statistique à des normes de qualité élevée, nous sommes convaincus que les analyses présentées dans ces rapports seront utiles aux acteurs responsables de la planification, de l'organisation et de la gestion du système de santé oeuvrant aux niveaux provincial, régional et local. Enfin, nous espérons que le potentiel analytique de cette enquête d'envergure sera également mis à profit par les chercheurs et les étudiants s'intéressant à l'analyse de la performance des organisations dans le domaine de la santé.

Le directeur général



Stéphane Mercier

Cette publication a été réalisée par :

Linda Cazale, Marie-Ève Tremblay
Institut de la statistique du Québec

Léo-Roch Poirier
Institut national de santé publique du Québec

Avec l'assistance technique de :

Valeriu Dumitru et Ariane Dubé-Linteau, 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 :

Ghyslaine Neill et Robert Courtemanche
Institut de la statistique du Québec

Viviane Cantin et Ginette Martel
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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
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, Léo-Roch POIRIER et Marie-Ève TREMBLAY (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 3, Québec, Institut de la statistique du Québec, 49 p.

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

...	N'ayant pas lieu de figurer
—	Néant ou zéro
—	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.

CV	Coefficient de variation
Pe	Population estimée
k	En milliers

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

REMERCIEMENTS

Le développement et la réalisation de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES 2010-2011) se sont étalés sur plusieurs années. Compte tenu de sa nouveauté, de son envergure et de son arrimage à l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV 2010-2011), l'EQES 2010-2011 a nécessité de nombreux travaux préparatoires. C'est donc dire que plusieurs personnes ont apporté leur contribution à un moment ou à un autre du processus, et nous souhaitons les en remercier chaleureusement.

Nos sincères remerciements vont d'abord à nos divers partenaires qui se sont impliqués dans les travaux du comité d'orientation de projet (COP) afin que l'EQES 2010-2011 puisse prendre son envol. Nous souhaitons souligner la collaboration de Patricia Caris, qui, alors directrice de la Direction des études et des analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et coprésidente du COP, nous a permis de bénéficier de ses connaissances du système de santé au Québec, de son expertise du domaine de l'organisation des services et de son soutien. D'autres personnes ayant oeuvré au MSSS à un moment ou à un autre ont également apporté une importante contribution en cours de projet : nous pensons particulièrement à Danielle St-Louis, Hélène VanNieuwenhuysse et Esther Létourneau. Enfin, nous remercions l'équipe Planification stratégique et évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour la lecture de ce volume.

Par ailleurs, nous souhaitons souligner l'apport inestimable des membres du COP, qui ont soutenu l'EQES 2010-2011 et nous ont permis de tirer profit de leur réflexion, de leurs recommandations et de leur savoir :

- Viviane Cantin, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Harold Côté, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Danièle Francoeur, de l'Institut national de santé publique du Québec;
- Frédéric Kuzminski, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- Jocelyn Lavallée, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- Sylvie Laverdière, du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance;
- France Laverdière, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Jean-Frédéric Levesque, de l'Institut national de santé publique du Québec;
- Raynald Pineault, de la Direction de santé publique de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec.

Les compétences et la générosité des collègues de l'Institut de la statistique du Québec ont constitué un important gage de succès pour la réalisation de l'EQES 2010-2011, et nous souhaitons ici leur dire notre fierté d'appartenir à une telle équipe. Nos remerciements vont particulièrement à Robert Courtemanche, Marcel Godbout, Marie-Ève Tremblay et Katlyn Thibodeau, de la Direction de la méthodologie et de la qualité; à Valeriu Dumitru, de la Direction des enquêtes longitudinales et sociales; à Joëlle Poulin, Annie Bellefeuille, Sophie Bérubé, Charles Alleyn, Marie-Claude Giguère et à l'équipe des intervieweurs et superviseurs de la centrale téléphonique, de la Direction des stratégies et des opérations de collecte; à Danielle Laplante et Claudette D'Anjou, de la Direction des communications, ainsi qu'à Rosanna Baraldi, Claire Fournier, Ariane Dubé-Linteau, Chantale Lecours, Linda Cazale, Gaëthane Dubé, Kate Dupont et Amélie Lavoie, de la Direction des statistiques de santé. Nous désirons aussi remercier nos anciens collègues Brigitte Beauvais et Guillaume Marois. À tous ceux et celles qui ont, à un moment ou à un autre, contribué aux travaux du COP ou des divers groupes de travail, nous souhaitons dire toute notre reconnaissance.

Enfin, nous tenons à remercier 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. Un grand merci va 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
Coordonnatrice et coprésidente du comité d'orientation de projet
Institut de la statistique du Québec

TABLE DES MATIÈRES

11	Liste des tableaux et des figures
13	Faits saillants
19	Introduction
21	Aspects méthodologiques
23	Résultats
23	1. Consultation d'un professionnel des services sociaux
25	1.1 Consultation d'un professionnel des services sociaux selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques
25	1.2 Consultation d'un professionnel des services sociaux selon certaines caractéristiques liées à la santé
27	1.3 Raisons de consultation
30	1.4 Lieu d'affiliation du professionnel des services sociaux consulté
32	1.4.1 Lieu d'affiliation du professionnel des services sociaux consulté selon la participation à une assurance privée pour des services de santé complémentaires
33	2. Besoins non comblés de services sociaux
35	2.1 Besoins non comblés de services sociaux selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques
37	2.2 Besoins non comblés de services sociaux selon certaines caractéristiques liées à la santé
37	2.3 Besoins non comblés de services sociaux selon la région sociosanitaire
38	3. Expérience vécue à l'égard des services sociaux reçus
39	3.1 Expérience vécue à l'égard des services sociaux reçus selon certaines caractéristiques des personnes

41	Conclusion
45	Références bibliographiques
47	Annexe A : Tableaux complémentaires
48	Annexe B : Questionnaire (extrait)

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

Résultats

Tableau 1.1

Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 24

Tableau 1.2

Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 26

Tableau 1.3

Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 27

Tableau 1.4

Raisons de consultation selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux, Québec, 2010-2011 29

Tableau 1.5

Lieu d'affiliation du professionnel rencontré selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux, Québec, 2010-2011. 31

Tableau 1.6

Lieu d'affiliation du professionnel rencontré selon la participation à une assurance privée pour des services de santé complémentaires, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux, Québec, 2010-2011 33

Tableau 2.1

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans pouvoir le faire selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 34

Tableau 2.2

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans pouvoir le faire selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 36

Tableau 2.3

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans pouvoir le faire selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 37

Tableau 2.4

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans pouvoir le faire selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 38

Tableau 3.1

Contribution des services sociaux reçus à régler les problèmes selon certaines caractéristiques des personnes, population de 15 ans et plus ayant reçu des services sociaux, Québec, 2010-2011 39

Annexe A

Tableau A1

Consultation d'un professionnel des services sociaux selon la participation à une assurance privée pour des services de santé complémentaires et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 47

Tableau A2

Personnes détenant une assurance privée pour des services de santé complémentaires selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 47

Liste des figures

Résultats

Figure 1.1

Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 24

Figure 1.2

Raisons de consultation, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux, Québec, 2010-2011 28

Figure 1.3

Lieu d'affiliation du professionnel rencontré, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux, Québec, 2010-2011 30

Figure 2.1

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans pouvoir le faire selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 35

FAITS SAILLANTS

Consultation d'un professionnel des services sociaux

- Un peu plus d'un Québécois sur dix (12 %) de 15 ans et plus a consulté, pour lui-même ou pour un proche, au moins un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois.
- La consultation de ces professionnels est plus répandue, en proportion, chez les femmes que chez les hommes (15 % c. 10 %) ainsi que chez les personnes de 15 à 64 ans, comparativement à celles de 65 ans et plus (13 % c. 9 %).
- La consultation pour des services sociaux est également observée en plus grande proportion chez les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale (20 %), les personnes nées au Canada (13 %), celles dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français ou l'anglais (13 % et 12 %), les personnes sans emploi (19 %), les personnes ayant un diplôme d'études collégiales ou universitaires (13 %, dans les deux cas), celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (16 %), les personnes résidant en zone urbaine (13 %), les personnes se classant dans les deux quintiles les plus faibles de défavorisation sociale (13 %, quintile 4 et 15 %, quintile 5) et celles détenant une assurance privée pour des services de santé complémentaires (13 %).
- Les personnes se percevant en moins bonne santé (21 %) et celles ayant au moins un problème de santé de longue durée (16 %, un problème et 16 %, deux problèmes ou plus) ou avec incapacité (20 %) sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté un professionnel des services sociaux au cours de la période de référence.
- Les trois raisons de consultation le plus souvent mentionnées sont les difficultés de nature psychologique (81 %), celles liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études (43 %) et celles posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie (33 %). Les difficultés concernant la vie conjugale ou celles touchant les enfants ou les adolescents sont rapportées par environ une personne sur cinq ayant consulté un professionnel des services sociaux.
- Les personnes de 25 à 49 ans sont plus nombreuses, en proportion, que celles des autres groupes d'âge à mentionner des difficultés de nature psychologique (86 %), des difficultés concernant les enfants ou les adolescents (26 %) et des difficultés liées à la vie conjugale (29 %). Les difficultés liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études sont davantage rapportées, en proportion, par les jeunes de 15 à 24 ans (59 %). Quant aux difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie, elles sont un peu plus mentionnées par les aînés (38 % c. 32 %, 15 à 64 ans).
- Les deux lieux d'affiliation des professionnels rencontrés le plus souvent cités sont le CLSC (36 %) et le cabinet privé, le bureau ou la clinique privés (36 %). Suivent l'hôpital (16 %) et le milieu de travail ou l'école (12 %). Les professionnels consultés affiliés aux organismes communautaires (3,6 %) et aux centres de réadaptation ou aux centres jeunesse (5 %) sont plus faiblement rapportés par les personnes.
- Si la consultation d'un professionnel affilié à un CLSC est plus répandue, en proportion, chez les aînés (65 % c. 32 %, 15-64 ans), à l'inverse, celle d'un professionnel oeuvrant dans un cabinet, un bureau ou une clinique privée l'est davantage chez les personnes de 15 à 64 ans (40 % c. 11 %, 65 ans et plus).

- Les personnes détenant une assurance privée pour des services de santé complémentaires sont plus nombreuses, en proportion, à rapporter la consultation d'un professionnel affilié au secteur privé (cabinet, bureau ou clinique) (48 % c. 23 %, sans assurance). Les personnes sans assurance pour des services complémentaires sont quant à elles plus nombreuses à mentionner la consultation d'un professionnel affilié au secteur public ou communautaire, dans un CLSC par exemple (46 % c. 27 %, avec assurance).

Besoins non comblés de services sociaux

- Dans l'enquête, une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services sociaux sans avoir pu les obtenir est considérée comme ayant un besoin non comblé. Environ 3,1 % des personnes de 15 ans et plus qui auraient eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux n'ont pu le faire en 2010-2011.
- La proportion de besoins de services sociaux non comblés est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (3,8 % c. 2,3 %). Une situation similaire prévaut chez les personnes de 15 à 64 ans, qui rapportent le besoin de tels services en plus forte proportion que les aînés (3,4 % c. 1,6 %).
- Les besoins de services sociaux non comblés sont également plus répandus chez les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale (5 %), les personnes nées à l'extérieur du Canada (5 %), celles dont la langue parlée le plus souvent à la maison n'est pas le français (4,1 %, anglais et 5 %, autre), celles sans emploi (6 %), les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (5 %), celles résidant en zone urbaine (3,4 %), les personnes se classant dans les deux quintiles les plus faibles de défavorisation sociale (quintiles 4 et 5 : 3,7 % et 3,9 %, respectivement) et celles ne détenant pas une assurance privée pour des services de santé complémentaires (3,6 %).

- Les personnes se percevant en moins bonne santé (7 %) et celles ayant au moins un problème de santé de longue durée (3,8 %, un problème et 4,2 %, deux problèmes ou plus) ou encore une incapacité (5 %) sont plus nombreuses, en proportion, à n'avoir pu consulter un professionnel des services sociaux alors qu'elles estimaient en avoir besoin.
- En comparaison du reste du Québec, les régions de Montréal et de l'Outaouais présentent toutes deux des proportions plus élevées de personnes ayant des besoins de services sociaux non comblés.

Expérience vécue à l'égard des services sociaux reçus

- Un peu moins de la moitié (48 %) des personnes ayant reçu des services sociaux considèrent que ces derniers ont beaucoup contribué à régler leurs problèmes, et près du tiers (32 %) sont d'avis qu'ils y ont assez contribué. Cependant, environ une personne sur cinq (19 %) rapporte que ces services ont peu ou n'ont pas du tout contribué à régler leurs problèmes.
- La proportion des personnes mentionnant que les services sociaux reçus ont beaucoup contribué à régler leurs problèmes est plus faible chez les étudiants (40 %) et chez les personnes qui perçoivent plus négativement leur état de santé (45 %, bon et 40 %, moyen/mauvais c. 53 % excellent/très bon).

DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ABORDÉES PAR L'ENQUÊTE

Au Québec, la performance du système de santé et des services sociaux constitue un enjeu important pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'un des principaux objectifs de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins est de produire des données statistiques permettant d'évaluer six des huit dimensions identifiées dans le cadre de référence ministériel¹ élaboré à cet effet. Ces dimensions sont les suivantes :

Accessibilité : Fait référence à la capacité du système de santé et de services sociaux de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportuns.

Continuité : Fait référence à la capacité du système de santé et de services sociaux de fournir les soins et les services requis, de façon intégrée et coordonnée. Dans le contexte de services organisés par niveau (services de première ligne, de deuxième ligne [services spécialisés] et de troisième ligne [services surspécialisés]), la continuité doit s'opérer à l'intérieur d'un niveau et entre les niveaux.

Efficacité : Fait référence à la capacité du système de santé et de services sociaux d'améliorer la santé et le bien-être.

Équité d'accès : Fait référence à la capacité du système de santé et de services sociaux de fournir les soins et les services en fonction des besoins et indépendamment des caractéristiques personnelles non reliées aux besoins, comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc.

Réactivité : Fait référence à la capacité du système de santé et de services sociaux de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers.

Sécurité : Fait référence à la capacité du système de santé et de services sociaux de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population.

1. MSSS (2012), *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 25 pages.

VARIABLES ET INDICATEURS DE CROISEMENT UTILISÉS

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. 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].

Incapacité : Indicateur de l'état de santé défini à partir de questions portant sur les difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de trouble envahissant du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée. Cet indicateur comprend deux catégories : avec incapacité (avoir déclaré l'une ou l'autre des difficultés ou limitations) et sans incapacité (n'avoir déclaré ni difficulté ni limitation) [Indicateur construit à partir des questions Q95 à Q112C et de certaines questions de l'EQLAV]¹.

Indice de défavorisation (dimension sociale) : Indice² 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 choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé, leurs affinités avec les formes matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par aire de diffusion. Seule la dimension sociale de l'indice est prise en compte dans ce volume. Elle 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 postal³].

Langue parlée le plus souvent à la maison : Indicateur sociodémographique qui comprend trois catégories : français, anglais et autre langue [Variable tirée de la question Q115].

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 Canada⁴. Les deux catégories de cet indicateur sont : membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu⁵ et membre d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu. [Indicateur construit à partir des questions⁶ Q120A, Q120B, Q121 et du code postal].

1. Pour plus de détails concernant cet indicateur et les pondérations utilisées, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

2. Pour plus de détails sur l'indice de défavorisation, voir R. Pampalon, D. Hamel et P. Gamache (2009).

3. 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.

4. 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>].

5. Revenu égal ou inférieur au seuil de faible revenu.

6. Les questions de l'EQES concernent le ménage alors que les seuils de faible revenu réfèrent à la famille, ce qui n'est pas toujours équivalent.

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].

Nombre de problèmes de santé de longue durée : Indicateur de l'état de santé défini 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. Cet indicateur comprend trois catégories : aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus [Indicateur construit à partir des questions Q85 à Q89 et Q91 pour les participants à l'EQLAV]⁷.

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].

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].

Régime d'assurance privée pour des services de santé complémentaires : Indicateur de la participation ou non à un régime d'assurance privée remboursant en partie ou en totalité des services de santé complémentaires (par exemple : les services d'un psychologue, d'un chiropraticien, etc.) [Variable tirée de la question Q127C].

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 et plus) [Indicateur construit à partir des questions Q116 et Q117].

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).

7. Pour plus de détails concernant cet indicateur et les pondérations utilisées, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

INTRODUCTION

L'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 (EQES), réalisée en vertu d'un mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), vise à documenter certains aspects de la performance du système de santé et des services sociaux. L'information statistique ainsi produite devrait notamment contribuer à soutenir l'évaluation de l'accessibilité, la continuité, la réactivité, l'efficacité, la sécurité et l'équité d'accès des services de santé et des services sociaux. L'EQES s'inscrit dans la démarche d'évaluation entreprise par le MSSS dont l'engagement figure dans son plan stratégique de 2012-2015. Cette démarche découle des nombreux constats qui se retrouvent dans les travaux de diverses commissions d'enquêtes portant sur l'amélioration des services de santé (Clair, 2000; Kirby, 2002; Romanow, 2002).

Au Québec, le système de santé a la particularité d'intégrer deux missions, soit celle rattachée à la santé et celle associée à la dimension sociale. En toile de fond de ce choix repose la conviction d'une relation étroite entre ces deux dimensions. Ce modèle reconnaît l'importance des facteurs psychosociaux associés aux problèmes de santé physique, de même que la nécessité de tenir compte des effets des problèmes de santé et des services offerts sur les capacités d'adaptation et d'intégration sociale de la personne et sur ses milieux de vie (famille, travail, etc.). À l'inverse, de nombreux problèmes sociaux ont à leur source des problèmes de santé (Duplantie, 2011).

Ce choix, fait en 1971 dans la foulée des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, a été réaffirmé au gré d'autres commissions d'enquêtes, dont la Commission Clair qui avait pour mandat de tenir un débat public sur les enjeux auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et de proposer des avenues de solution pour l'avenir (Clair, 2000). La deuxième recommandation issue de cette Commission était d'assurer l'organisation d'un réseau de 1^{re} ligne constituant l'assise principale du système de santé et des services sociaux. Le volet social de ce réseau devait relever des centres locaux

de services communautaires (CLSC). À la suite des travaux de la Commission Clair, le système de santé et de services sociaux a connu une importante réforme, qui s'est notamment traduite par la mise en place des centres de santé et des services sociaux (CSSS) et des réseaux locaux de services (RLS) (MSSS, 2006). L'un des défis actuels des CSSS consiste d'ailleurs à assurer une place adéquate aux services sociaux dans l'offre globale de services à la population (Larivière, 2011).

Mais qu'entend-on par services sociaux? Ils se définissent comme l'ensemble des pratiques psychosociales, psychothérapeutiques et psycho-éducatives destinées à améliorer le fonctionnement social et à soutenir le développement psychosocial des personnes (Comité sur l'évaluation du système des services sociaux, 2006; Commissaire à la santé et au bien-être, 2009). Ces services sont dispensés dans des établissements du secteur public¹, dans des organismes communautaires ou dans des cliniques, des bureaux ou des cabinets privés.

La gamme des services sociaux est diversifiée : on fait référence à ce vocable entre autres pour désigner des interventions communautaires, des services de placement dans des ressources d'hébergement, des services d'accompagnement pour des proches ou encore des services offerts par des professionnels de la relation d'aide (par exemple, travailleurs sociaux, psychologues). La prestation des services sociaux peut prendre plusieurs formes, l'intervention pouvant se faire de façon individuelle, en couple, en famille ou en groupe. Il importe également de souligner que les objectifs visés par les services sociaux sont multiples : ils visent notamment la promotion de la santé, la prévention des problèmes sociaux, la protection des personnes ainsi que leur adaptation sociale, leur intégration sociale et leur participation sociale (Comité sur l'évaluation du système des services sociaux, 2006; Duplantie, 2011, p. 16; MSSS, 2004a).

1. Dans le secteur public, les services sociaux s'inscrivent au sein de programmes tels que Jeunes en difficulté, Déficience intellectuelle et Dépendance, Perte d'autonomie liée au vieillissement et Santé Mentale (Commissaire à la santé et au bien-être, 2009; MSSS, 2004b).

Les services sociaux sont confrontés à plusieurs défis (Comité sur l'évaluation du système des services sociaux, 2006; Duplantie, 2011). L'un d'eux concerne l'accès aux services. À la différence des services de santé, les services sociaux ne sont pas balisés par la Loi canadienne sur la santé; c'est donc dire que les services sociaux financés par l'État sont ceux circonscrits dans des programmes visant le plus souvent des clientèles vulnérables. Cela explique, en partie, la présence importante de services sociaux privés couverts dans le cadre de régimes d'assurance privée ou collective en milieu de travail.

La présence de préjugés et de tabous envers ces services constitue un autre défi à relever : malgré les progrès réalisés à cet égard, le recours aux services sociaux demeure peu valorisé. En effet, il n'est pas forcément facile pour les personnes de discuter de leurs difficultés à assumer leurs rôles parentaux, ou de parler de problème de violence conjugale ou de trouble envahissant du développement de leur enfant, pour ne donner que quelques exemples. Même si la demande de services sociaux peut être encouragée par un professionnel de la santé, les préjugés existants peuvent freiner les initiatives individuelles. On peut ainsi penser que la demande globale actuellement exprimée sous-évalue les besoins réels dans la population.

Un autre défi consiste à évaluer les services sociaux. Quelques démarches en ce sens sont à signaler. Par exemple, en 2006, un rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec est publié par le comité sur l'évaluation du système de services sociaux². Ce comité propose l'adoption du modèle ÉGIPSS³ et la recherche d'indicateurs pertinents et compatibles avec ce modèle⁴. En 2007, la Direction des études et analyses du MSSS entreprend trois chantiers de travail pour revoir les outils de gestion et proposer des changements visant à mieux les adapter à l'organisation des services et à la gouvernance. Parmi ceux-ci, le Groupe de travail sur les indicateurs de système (GTIS) est formé afin de proposer un outil de mesure de la performance

(MSSS, 2012). De plus, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), créé en 2011, se voit confier la responsabilité d'intégrer les services sociaux dans ses mandats d'évaluation et d'amélioration.

C'est dans ce contexte d'exploration et de questionnement quant à la mise en place de mécanismes voués à l'appréciation du système québécois de services sociaux, et à l'élaboration d'outils de gestion adaptés aux nouvelles réalités organisationnelles, que l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) a été élaborée. Sans prétendre rendre compte de l'expérience de soins dans sa globalité⁵, et dans la perspective d'obtenir quelques données de base, les membres du comité d'orientation de l'enquête ont profité de la mise en chantier de l'EQES pour intégrer neuf questions sur les services sociaux.

Mentionnons que l'*Enquête Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé* (1992-1993 et 1998) ont permis d'estimer le recours aux services de professionnels des services sociaux. Par exemple, les données de l'*Enquête sociale et de santé* de 1998 indiquent que 0,7 % des Québécois ont consulté un travailleur social et 0,9 %, un psychologue au cours des deux semaines précédant l'enquête (Fournier et Piché, 2000). Aucun autre aspect de l'expérience de soins associée aux services sociaux n'est cependant couvert par ces enquêtes.

Ce troisième volume de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* fait état des résultats obtenus à l'égard des services sociaux. Ces résultats sont abordés sous trois aspects : la consultation d'un professionnel des services sociaux en 2010-2011, le besoin de consulter un tel professionnel sans avoir pu le faire (besoin non comblé) et l'expérience vécue à l'égard des services sociaux reçus sous l'angle de l'efficacité. Quelques données à l'échelle des régions sociosanitaires (RSS) sont présentées dans ce volume. D'autres données au niveau des RSS et à l'échelle des réseaux locaux de services (RLS) sont, quant à elles, diffusées sur le [site Web](#) de l'Institut de la statistique du Québec.

2. Ce comité avait été créé par le Conseil de la santé et du bien-être. Ce dernier a été remplacé en 2006 par le Commissaire à la santé et au bien-être.
3. ÉGIPSS est l'acronyme pour « Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé », choisi par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) affilié à l'Université de Montréal.
4. Les indicateurs à retenir devraient s'inscrire dans les différentes dimensions du modèle et inclure un sondage de type populationnel pouvant explorer la perception, les besoins et la satisfaction par rapport aux services sociaux (Comité sur l'évaluation du système des services sociaux, 2006).
5. Pour ce faire, une enquête devrait être entièrement consacrée à l'approfondissement des enjeux posés par les services sociaux.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Cette section présente les principaux aspects de la méthodologie¹ de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) ainsi que des éléments méthodologiques propres aux sujets traités dans ce volume. 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 pour personnes âgées, 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'EQES représente environ 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'EQES a été construite de façon à produire des estimations tant à l'échelle nationale que régionale (régions sociosanitaires ou RSS) et locale (réseaux locaux de services ou RLS). Elle vise une bonne précision pour toute proportion de 15 % ou plus dans chacun des 94 territoires de RLS du Québec ainsi que pour les proportions de 5 % ou plus dans chacune des régions sociosanitaires et de 4 % ou plus pour les personnes âgées de 85 ans et plus, à l'échelle de la province.

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. Elle a été stratifiée selon le territoire de RLS, le groupe d'âge et le sexe. Au total, 77 436 personnes ont été sélectionnées dans l'échantillon.

La collecte des données s'est déroulée du 28 octobre 2010 au 4 décembre 2011 au moyen d'entrevues téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO). La durée moyenne des entrevues a été d'un peu plus de 22 minutes. Le questionnaire de l'enquête est composé de huit sections : endroit habituel de soins ; médecin de famille ; test ; spécialiste ; hospitalisation ; urgence ; ensemble des soins ; médicaments et services sociaux. À la fin de l'entrevue, les répondants qui remplissaient certains critères d'admissibilité⁴ pouvaient être invités à participer à une autre enquête, soit l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) qui cherche à documenter des problèmes de santé plus spécifiques.

Au total, 48 100 personnes ont participé à l'enquête, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 63,3 %. Les taux de réponse par RSS oscillent entre 59 % et 69 %. Il est à noter que lorsque la personne sélectionnée était incapable de répondre au questionnaire soit en raison de son état de santé ou parce qu'elle ne parlait ni le français ni l'anglais, une tierce personne pouvait répondre aux questions. Cependant, certaines questions portant sur les perceptions ou sur l'appréciation des services ne leur étaient pas posées étant donné que l'on considère que seul le répondant visé peut émettre son avis sur ces questions. Sur les 48 100 entrevues complétées, 2 023 ont ainsi été administrées à des tiers répondants. Comme ce phénomène compte pour 4 % des entrevues, le biais engendré par la non-réponse découlant des répondants par procuration peut être considéré comme étant négligeable lors de la production d'estimations.

-
1. Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques, voir M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (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 l'EQES, la population visée inclut les personnes vivant en ménage collectif non institutionnel et exclut celles qui sont en ménage collectif institutionnel.
 4. Les critères de sélection étaient : avoir un problème de santé de longue durée, avoir une incapacité ou être âgé de 65 ans et plus.

Il est à noter que la section portant sur la consultation pour des services sociaux constitue une exception puisque 10 % des entrevues ont été faites par des tiers répondants. Ainsi, dans les analyses portant sur les raisons de la consultation et sur l'efficacité des services sociaux, il a été décidé de ne pas inférer les résultats à l'ensemble de la population, mais bien à la population qui était en mesure de répondre à ces questions. Afin d'alléger le texte, on parlera de la population de 15 ans et plus, mais cela ne sera pas tout à fait exact. Les personnes légèrement sous-représentées sont majoritairement celles âgées de 65 ans et plus, celles avec incapacité ainsi que celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus.

Toutes les estimations présentées sont 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. De façon à prendre en compte le plan de sondage, des poids d'auto-amorçage (*bootstrap*) ont été utilisés pour les estimations de précision et les 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. Les estimations dont le CV est supérieur à 15 % mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (*) dans les tableaux et les figures pour indiquer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Celles dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et pour attirer l'attention sur le fait qu'elles doivent être utilisées avec circonspection et qu'elles ne sont fournies qu'à titre indicatif. Des notes sont ajoutées en bas de page pour tous les résultats avec un niveau faible ou passable de précision, qu'ils soient ou non présentés dans les tableaux ou figures. Aucun résultat ayant un coefficient de variation supérieur à 25 % n'est commenté dans le présent volume.

Les résultats présentés 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 est significative au seuil de 0,05 et lorsque la variable d'analyse ou la variable de croisement compte plus de deux catégories, des tests d'égalité des proportions sont menés pour déceler les écarts les plus importants⁵. 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.

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 pour les proportions supérieures 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.

L'une des variables traitées dans ce volume présente une non-réponse partielle élevée parce qu'elle donne lieu à beaucoup de « Ne sait pas » comme réponse. Il s'agit de celle concernant le fait d'avoir une assurance privée qui rembourse les médicaments, les soins dentaires ou les services de santé complémentaires (5,8 %). Une analyse des caractéristiques des non-répondants partiels à ces questions révèle que la non-réponse est caractérisée selon l'âge. Ainsi, la proportion de personnes ayant répondu « Ne sait pas » est plus importante chez les 15 à 24 ans. Toutefois, une analyse a indiqué que l'effet du biais induit par l'âge était négligeable sur l'estimation de la variable.

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

RÉSULTATS

1. Consultation d'un professionnel des services sociaux

Cette première partie des résultats dresse le portrait de la population de 15 ans et plus ayant consulté pour elle-même ou pour un proche¹ un professionnel des services sociaux (travailleur social, psychologue, éducateur spécialisé, etc.) au cours d'une période de 12 mois. Dans un premier temps, la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux est estimée. Suivent la présentation des caractéristiques sociodémographiques, économiques² et liées à la santé³ associées à la consultation.

Sont ensuite présentées les proportions de personnes ayant consulté pour les cinq raisons de consultation⁴ documentées dans l'enquête ainsi qu'une analyse selon le sexe et l'âge. La dernière partie de cette section fournit des résultats quant aux lieux d'affiliation des professionnels rencontrés par les personnes. Une analyse de ces lieux selon le sexe, l'âge et la présence d'une assurance privée pour des services de santé complémentaires complète cette section des résultats.

Un peu plus d'un Québécois sur dix a consulté (au moins) un professionnel des services sociaux.

Au Québec, la proportion des personnes de 15 ans et plus ayant consulté au cours d'une période de 12 mois pour elle-même ou pour un proche au moins un professionnel des services sociaux⁵ est de 12 %, ce qui représente environ 819 600 personnes (tableau 1.1).

La consultation d'un professionnel des services sociaux est plus répandue chez les femmes ainsi que chez les personnes de 15 à 64 ans.

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir eu recours aux services de ces professionnels en 2010-2011 (15 % c. 10 %). Cet écart significatif selon le sexe s'observe pour tous les groupes d'âge, à l'exception de celui des 65 à 74 ans (figure 1.1).

La consultation d'un professionnel des services sociaux est également associée à l'âge (tableau 1.1). Elle est plus répandue, en proportion, chez les personnes de 15 à 64 ans (13 %) que chez celles de 65 ans et plus (9 %). Un examen plus détaillé des sous-groupes d'âge montre que le recours aux services de ces professionnels est proportionnellement plus fréquent chez les gens de 15 à 49 ans (14 %, 15-24 ans et 15 %, 25-49 ans) comparativement à ceux de 50 à 64 ans (10 %). Parmi les aînés, les personnes de 85 ans et plus sont plus nombreuses, en proportion (17 %), à avoir fait appel à ces professionnels, tandis que celles de 65 à 74 ans sont moins nombreuses à l'avoir fait (7 %).

-
1. Les personnes pouvaient avoir consulté un professionnel des services sociaux pour des difficultés concernant un proche, par exemple un enfant ou un parent âgé. L'accompagnement d'un proche à un rendez-vous n'est cependant pas considéré comme une consultation.
 2. Pour connaître la définition de ces variables, voir l'encadré Variables et indicateurs de croisement utilisés à la page 16.
 3. Pour connaître la définition de ces variables, voir l'encadré Variables et indicateurs de croisement utilisés à la page 16. De plus, pour les analyses portant sur les indicateurs « Incapacité » et « Nombre de problèmes de santé de longue durée », la pondération de l'EQLAV a été utilisée. Pour plus de détails, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
 4. Ces raisons de consultation correspondent approximativement aux types de services généralement disponibles dans les établissements du réseau public, et permettent de couvrir la vaste majorité des problématiques pour lesquelles les personnes s'adressent aux professionnels des services sociaux, selon la base de données I-CLSC.
 5. La variable portant sur le fait d'avoir consulté un professionnel des services sociaux correspond à la question Q75 (Annexe B).

Tableau 1.1

Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	9,5
Femmes	15,1
Groupe d'âge	
15-64 ans	13,1
15-24 ans	14,2
25-49 ans	14,6
50-64 ans	10,1
65 ans et plus	8,6
65-74 ans	6,6
75-84 ans	9,1
85 ans et plus	17,3
Ensemble de la population	12,3
Pe (k)	819,6

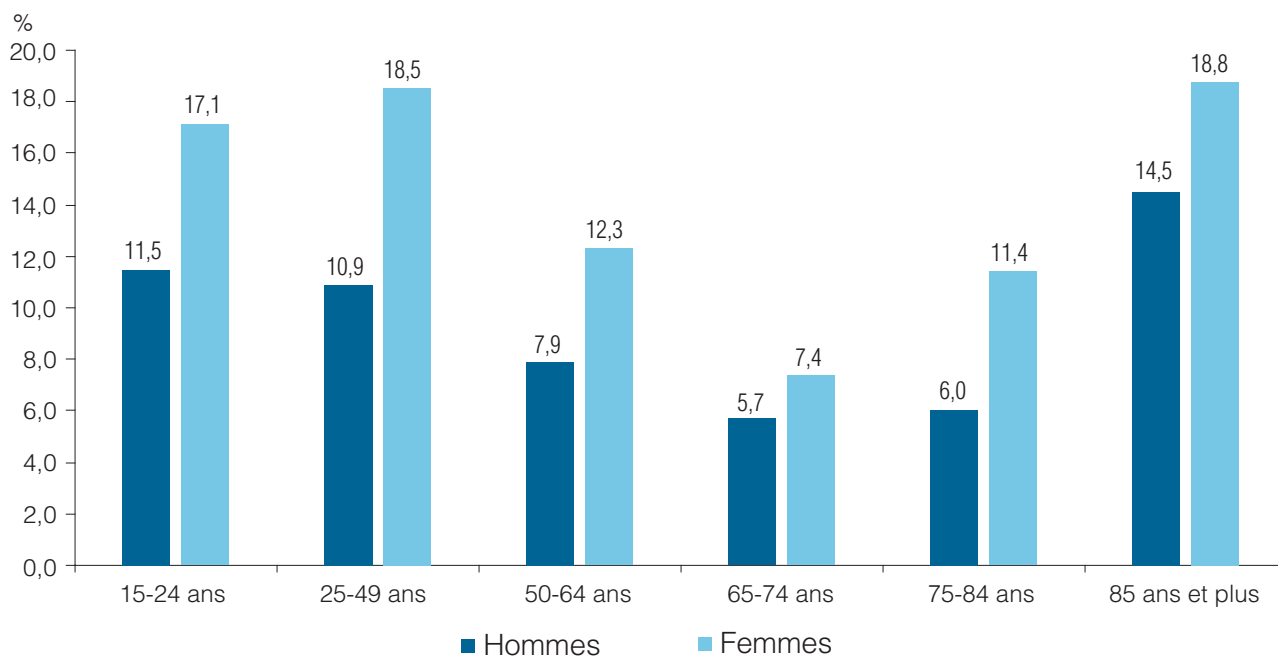
1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

Figure 1.1

Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011



1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

1.1 Consultation d'un professionnel des services sociaux selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Outre le sexe et l'âge, la consultation d'un professionnel des services sociaux varie selon d'autres caractéristiques sociodémographiques et économiques (tableau 1.2). En effet, la proportion de Québécois de 15 ans et plus ayant consulté en 2010-2011 est plus élevée dans les groupes suivants :

- Les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale (20 %);
- Les personnes nées au Canada (13 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français ou l'anglais (13 % et 12 %);
- Les personnes sans emploi (19 %);
- Les personnes ayant un diplôme d'études collégiales ou universitaires (13 %, dans les deux cas);
- Les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (16 %);
- Les personnes se classant dans les deux quintiles les plus faibles de défavorisation sociale (13 %, quintile 4 et 15 %, quintile 5);
- Les personnes résidant en zone urbaine (13 %);
- Les personnes détenant une assurance privée pour des services de santé complémentaires^{6,7} (13 %).

Cette proportion est toutefois moindre au sein des groupes suivants :

- Les personnes vivant en situation de couple sans enfant (8 %);
- Les personnes retraitées (9 %).

1.2 Consultation d'un professionnel des services sociaux selon certaines caractéristiques liées à la santé

Les personnes se percevant en moins bonne santé, celles ayant au moins un problème de santé de longue durée ou souffrant d'incapacité sont plus nombreuses à avoir consulté un professionnel des services sociaux.

La proportion de personnes de 15 ans et plus ayant eu recours aux services d'un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois varie également selon la perception de l'état de santé, la présence de problèmes de santé de longue durée et la présence d'incapacité (tableau 1.3).

Ainsi, les individus qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais sont plus susceptibles d'avoir eu recours aux services de ces professionnels (21 %) que ceux le percevant plus positivement (13 %, bon c. 10 %, excellent ou très bon).

Également, les personnes qui ont un ou plusieurs problèmes de santé de longue durée sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté un professionnel des services sociaux que celles qui n'en ont aucun (16 %, un problème et 16 %, deux problèmes ou plus c. 9 %, aucun).

Par ailleurs, environ 20 % des personnes avec incapacité ont consulté un professionnel des services sociaux en 2010-2011, comparativement à 9 % des personnes qui ont mentionné n'avoir aucune incapacité.

6. Le tableau A1 présenté à l'Annexe A fournit des données additionnelles à cet égard. Notons que si près de 17 % des femmes détenant ce type d'assurance ont consulté un professionnel des services sociaux, c'est le cas de 9 % des hommes. Soulignons également que si la consultation d'un professionnel des services sociaux ne varie pas selon la présence, ou non, d'une assurance privée chez les hommes (9 %, avec assurance et 10 %, sans assurance), tel n'est pas le cas chez les femmes (17 %, avec assurance c. 14 %, sans assurance).

7. Selon l'EQES, une proportion semblable d'hommes et de femmes détiennent une assurance privée pour des services de santé complémentaires (52 % et 51 %). Les données montrent cependant des différences selon l'âge. Le lecteur est invité à consulter le tableau A2 (Annexe A) pour plus de détails.

Tableau 1.2

Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux¹ selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%
Composition du ménage	
Personne vivant seule	15,4
Couple sans enfant à la maison	8,2
Couple avec enfant(s) à la maison	11,9
Famille monoparentale	20,5
Autre ³	15,0
Naissance au Canada	
Oui	12,8
Non	9,7
Langue parlée le plus souvent à la maison	
Français	12,6
Anglais	12,5
Autre	8,4
Occupation principale	
En emploi	12,2
Étudiant	14,2
Sans emploi	19,0
Retraité	8,7
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	11,3
Diplôme d'études secondaires	11,1
Diplôme d'études collégiales	12,6
Diplôme d'études universitaires	13,3
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	15,8
Au-dessus du seuil de faible revenu	11,6
Indice de défavorisation (dimension sociale)	
Quintile 1 (Très favorisé)	11,1
Quintile 2	11,1
Quintile 3	11,4
Quintile 4	13,4
Quintile 5 (Très défavorisé)	14,7
Zone de résidence	
Urbaine	13,0
Semi-urbaine	11,3
Rurale	10,5
Assurance privée pour des services de santé complémentaires	
Oui	13,0
Non	11,7

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

Tableau 1.3

Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux¹ selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	9,7
Bon	13,4
Moyen/mauvais	20,8
Nombre de problèmes de santé de longue durée	
Aucun problème de santé	9,5
Un problème de santé	15,5
Deux problèmes de santé ou plus	16,0
Incapacité	
Avec incapacité	19,5
Sans incapacité	9,0

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

1.3 Raisons de consultation

Plusieurs raisons peuvent amener une personne à consulter un professionnel des services sociaux. Dans l'EQES, cinq⁸ d'entre elles sont documentées, et les résultats sont présentés à la figure 1.2 et au tableau 1.4. L'ordre de présentation des raisons ne suppose pas qu'il y a une différence significative entre elles. Notons qu'une personne pouvait avoir mentionné plus d'une raison de consultation⁹.

Les trois raisons de consultation le plus souvent rapportées sont les difficultés de nature psychologique, celles liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études et celles posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie.

Parmi les personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux en 2010-2011, environ 81 % l'ont fait, entre autres raisons, pour des difficultés de nature psychologique (figure 1.2). La présence de difficultés

liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études a été mentionnée par près de 43 % des personnes. Le tiers (33 %) d'entre elles ont rapporté des difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie d'un proche comme raison de consultation. Également, environ une personne sur cinq a mentionné la présence de difficultés concernant leur vie conjugale ou de difficultés à propos de leur enfant ou de leur adolescent comme raison de consultation (22 % et 18 %, respectivement).

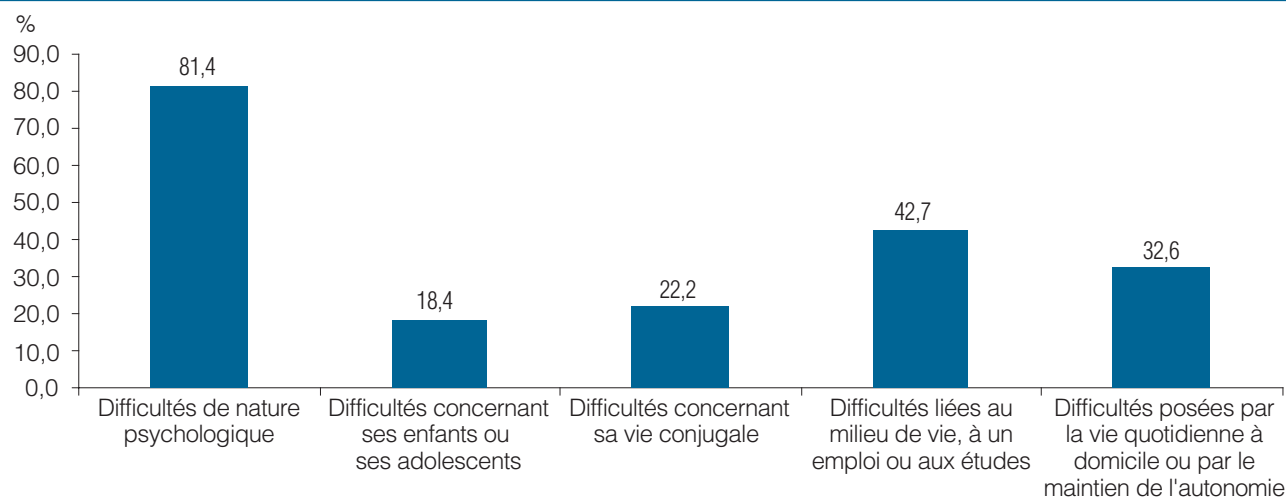
Les raisons de consultation varient selon le sexe. En comparaison des femmes, les hommes sont plus nombreux, en proportion, à avoir mentionné des difficultés concernant leur vie conjugale (25 % c. 21 %) (tableau 1.4). À l'inverse, proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont signalé la présence de difficultés concernant leurs enfants ou leurs adolescents (21 % c. 14 %).

8. Les variables portant sur les raisons de la consultation correspondent aux questions Q76 à Q80 (Annexe B).

9. Rappelons que pour les questions Q76 à Q80, une partie de la population visée est sous-représentée. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

Figure 1.2

Raisons de consultation¹, population de 15 ans et plus² ayant consulté un professionnel des services sociaux³, Québec, 2010-2011



1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison de consultation.

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

3. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

Les difficultés de nature psychologique, celles concernant ses enfants ou ses adolescents ou celles concernant sa vie conjugale sont davantage signalées par les personnes de 25 à 49 ans. Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus nombreux, en proportion, à rapporter les difficultés liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études. Les difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie sont un peu plus mentionnées par les aînés.

Les raisons de consultation varient également selon l'âge, comme en témoignent les résultats présentés au tableau 1.4. Pour chaque raison de consultation, des différences sont en effet observées par grand groupe d'âge ainsi que par groupe d'âge plus fin.

Difficultés de nature psychologique

- En comparaison des personnes de 65 ans et plus, celles de 15 à 64 ans sont plus nombreuses, en proportion, à avoir invoqué cette raison (57 % c. 84 %).

- Parmi les personnes de 15 à 64 ans, celles âgées de 25 à 49 ans se distinguent avec une proportion atteignant 86 %.
- Chez les aînés, cette raison est davantage rapportée par les personnes de 65 à 74 ans (68 % c. 47 %, chez les 75-84 ans et 27 %, chez les 85 ans et plus).

Difficultés concernant les enfants et les adolescents

- Cette raison de consultation est davantage signalée par les personnes de 15 à 64 ans que par celles de 65 ans et plus (19 % c. 9 %^{*10}).
- Un peu plus du quart (26 %) des personnes de 25 à 49 ans ont rapporté des difficultés de cette nature. La proportion est d'ailleurs plus élevée dans ce groupe d'âge que dans tous les autres groupes d'âge.

Difficultés concernant la vie conjugale

- Cette raison de consultation est davantage rapportée par les personnes de 15 à 64 ans que par celles de 65 ans et plus (23 % c. 10 %^{*11}).

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

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

Tableau 1.4

Raisons de consultation¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² ayant consulté un professionnel des services sociaux³, Québec, 2010-2011

	Difficultés de nature psychologique	Difficultés concernant ses enfants ou ses adolescents	Difficultés concernant sa vie conjugale	Difficultés liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études	Difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie
	%				
Sexe					
Hommes	79,9	14,2	24,7	44,8	31,2
Femmes	82,4	20,9	20,8	41,4	33,4
Groupe d'âge					
15-64 ans	83,7	19,3	23,5	45,8	32,1
15-24 ans	78,2	3,0**	16,2	59,2	36,2
25-49 ans	86,3	26,0	28,6	43,2	29,3
50-64 ans	82,1	16,0	16,9	41,5	35,6
65 ans et plus	57,3	9,3*	9,6*	10,6*	37,7
65-74 ans	67,8	10,2*	13,0*	12,7*	34,0
75-84 ans	47,2	8,7**	5,4**	8,1**	46,3
85 ans et plus	26,7	5,4**	...	6,2**	32,3

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

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison de consultation.

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

3. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

- Les personnes de 25 à 49 ans sont les plus nombreuses, en proportion (29 %), à avoir consulté pour cette raison, comparativement à celles de tous les autres groupes d'âge.

Difficultés liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études

- Cette raison de consultation a été mentionnée en plus forte proportion par les personnes de 15 à 64 ans que par celles de 65 ans et plus (46 % c. 11 %^{*12}).
- Près de six jeunes sur dix (59 %) de 15 à 24 ans ont rapporté des difficultés de cette nature. C'est la proportion la plus élevée parmi les groupes d'âge retenus.

Difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie

- Cette raison de consultation a été rapportée en plus forte proportion par les aînés que par les personnes de 15 à 64 ans (38 % c. 32 %).
- Parmi les personnes de 15 à 64 ans, ce sont celles de 25 à 49 ans qui ont mentionné en plus faible proportion cette raison (29 % c. 36 %, 15-24 ans et 36 %, 50-64 ans).

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

1.4 Lieu d'affiliation du professionnel des services sociaux consulté

Le lieu d'affiliation du professionnel des services sociaux rencontré peut être un établissement du réseau public de la santé (par exemple, un CLSC), un organisme communautaire ou un cabinet, un bureau ou une clinique privés. Les résultats concernant ce lieu d'affiliation¹³ sont présentés à la figure 1.3. L'ordre de présentation des lieux ne suppose pas qu'il y a une différence significative entre eux. Notons qu'une personne peut avoir mentionné plus d'un lieu d'affiliation.

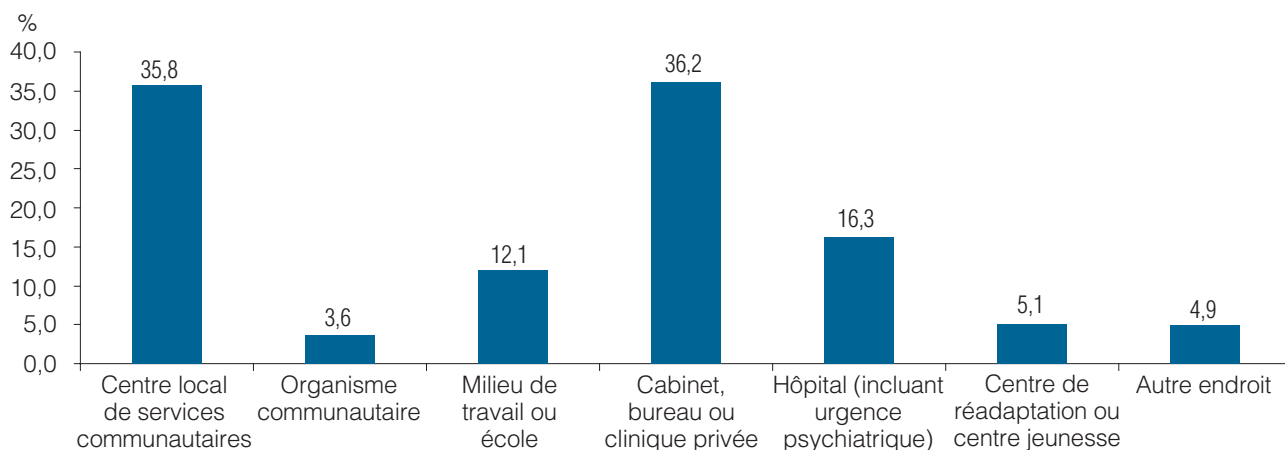
Les deux lieux d'affiliation des professionnels le plus fréquemment mentionnés sont le CLSC et les cabinets privés. Suivent l'hôpital (incluant l'urgence psychiatrique) et le milieu de travail ou l'école. Les organismes communautaires, les centres de réadaptation ou centres jeunesse sont plus faiblement rapportés par les personnes de 15 ans et plus.

Les données de l'EQES indiquent que le CLSC est le lieu d'affiliation rapporté par environ 36 % des personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux (figure 1.3). Une proportion similaire de personnes (36 %) ont mentionné un cabinet, un bureau ou une clinique privés comme lieu d'affiliation. Près de 16 % ont cité l'hôpital (incluant l'urgence psychiatrique) et 12 %, le milieu de travail ou encore l'école. Les autres lieux sont rapportés dans de plus faibles proportions (5 %, centre de réadaptation ou centre jeunesse; 4,9 %, autre endroit; 3,6 %, organisme communautaire).

Des différences selon le sexe sont observées pour deux lieux d'affiliation. En proportion, les femmes ont davantage mentionné le CLSC comme lieu d'affiliation du professionnel rencontré que les hommes (37 % c. 33 %). Le centre de réadaptation ou le centre jeunesse est quant à lui rapporté en plus forte proportion par les hommes (7 % c. 4,0 % pour les femmes) (tableau 1.5).

Figure 1.3

Lieu d'affiliation du professionnel rencontré¹, population de 15 ans et plus² ayant consulté un professionnel des services sociaux³, Québec, 2010-2011



1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'un lieu d'affiliation.

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

3. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

13. La variable portant sur le lieu d'affiliation du professionnel des services sociaux rencontré correspond à la question Q81 (Annexe B). L'enquête ne documente pas le lieu de la consultation, qui pourrait être par exemple le domicile, mais plutôt le lieu d'affiliation du professionnel rencontré.

Les personnes âgées mentionnent davantage le CLSC et l'hôpital comme lieux d'affiliation. Le cabinet, le bureau ou la clinique privés sont davantage indiqués par les 15 à 64 ans, en particulier les 25-49 ans. Le milieu de travail ou l'école ainsi que le centre de réadaptation ou centre jeunesse sont des lieux d'affiliation davantage cités par les jeunes de 15 à 24 ans.

Le lieu d'affiliation du professionnel des services sociaux rencontré varie également selon l'âge. Le tableau 1.5 présente les proportions de personnes de 15 ans et plus

ayant consulté pour recevoir des services sociaux dans les lieux d'affiliation visés par l'enquête en différenciant des groupes d'âge. Pour cinq de ces lieux, des différences sont généralement observées par grand groupe d'âge et, parfois, pour des groupes d'âge plus fin¹⁴.

CLSC

- Les personnes âgées de 65 ans et plus sont nettement plus nombreuses, en proportion, que celles de 15 à 64 ans à avoir indiqué ce lieu (65 % c. 32 %).

Tableau 1.5

Lieu d'affiliation du professionnel rencontré¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus² ayant consulté un professionnel des services sociaux³, Québec, 2010-2011

	Centre local de services communautaires	Organisme communautaire ^a	Milieu de travail ou école ^b	Cabinet, bureau ou clinique privée ^b	Hôpital (incluant urgence psychiatrique) ^b	Centre de réadaptation ou centre jeunesse	Autre endroit ^a
	%						
Sexe							
Hommes	33,0	4,2*	10,8	34,6	17,5	6,9	5,6
Femmes	37,4	3,3	12,8	37,1	15,5	4,0	4,5
Groupe d'âge							
15-64 ans	31,5	3,7	13,7	39,8	15,6	5,3	5,1
15-24 ans	32,9	4,2*	32,1	27,2	10,8	8,9	3,9*
25-49 ans	30,2	3,6	10,5	45,3	14,6	4,4	5,4
50-64 ans	33,4	3,7*	6,7	37,2	21,8	4,3*	5,2*
65 ans et plus	65,2	3,1*	...	11,3	21,0	3,7*	3,8*
65-74 ans	50,7	4,9**	...	17,6*	27,6	3,4**	3,7**
75-84 ans	70,9	...	...	9,0**	17,8*	6,0**	4,5**
85 ans et plus	84,7	...	...	2,4**	13,4	...	3,1**

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

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'un lieu d'affiliation.

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

3. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

a. Le test global du Khi-deux entre ce lieu et les variables « sexe » et « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

14. Les résultats non significatifs sur le plan statistique ne sont pas commentés; ainsi aucun résultat concernant les organismes communautaires et le lieu dit « autre » n'est rapporté dans cette section.

- Si un peu plus de la moitié (51 %) des personnes de 65 à 74 ans ont mentionné le CLSC comme lieu d'affiliation du professionnel rencontré, la proportion augmente à 71 % chez les personnes de 75 à 84 ans et à 85 % chez celles de 85 ans et plus.
- Les personnes de 15 à 64 ans ne se distinguent pas entre elles quant à ce lieu d'affiliation.

Cabinet, bureau ou clinique privés

- Les personnes de 15 à 64 ans sont plus nombreuses, en proportion, à avoir mentionné une organisation du secteur privé comme lieu d'affiliation du professionnel rencontré que les aînés (40 % c. 11 %).
- Environ 45 % des personnes de 25 à 49 ans ont mentionné ce lieu d'affiliation. Cette proportion est plus élevée que celles de tous les autres groupes d'âge.
- Ce sont les personnes de 75 ans et plus qui ont le moins rapporté le secteur privé comme lieu d'affiliation du professionnel rencontré (6 %^{*15}) (donnée non présentée).

Hôpital (incluant urgence psychiatrique)

- Les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus nombreuses, en proportion, que celles de 15 à 64 ans à avoir mentionné ce lieu d'affiliation du professionnel (21 % c. 16 %).
- Toutefois, les aînés de 75 ans et plus ne se distinguent pas sur ce plan des jeunes de 15 à 24 ans (11 %, 15-24 ans et 18 %^{*16}, 75-84 ans et 13 %, 85 ans et plus).

Milieu de travail ou école

- Près du tiers (32 %) des jeunes de 15-24 ans ont mentionné soit le milieu de travail, soit l'école comme lieu d'affiliation du professionnel rencontré.
- Ce lieu d'affiliation est plus faiblement rapporté par les personnes des autres groupes d'âge.

Centre de réadaptation ou centre jeunesse

- Les personnes de 15 à 64 ans ne se démarquent pas de celles de 65 ans et plus quant à ce lieu d'affiliation (5 % et 3,7 %^{*17}).
- Environ 9 % des jeunes de 15 à 24 ans ayant consulté un professionnel des services sociaux ont mentionné ce lieu d'affiliation; c'est la plus forte proportion observée dans tous les groupes d'âge.

1.4.1 Lieu d'affiliation du professionnel des services sociaux consulté selon la participation à une assurance privée pour des services de santé complémentaires

Les personnes détenant une assurance privée pour des services de santé complémentaires sont plus nombreuses à mentionner le cabinet, le bureau ou la clinique privés comme lieux d'affiliation du professionnel rencontré. Quant aux personnes sans assurance complémentaire, elles sont plus nombreuses, en proportion, à avoir cité un CLSC, un organisme communautaire, l'hôpital ou encore un centre de réadaptation ou un centre jeunesse.

Outre le sexe et l'âge, le lieu d'affiliation du professionnel des services sociaux rencontré varie selon la participation à une assurance privée remboursant en partie ou en totalité les services de santé complémentaires reçus. Ainsi, près de la moitié (48 %) des personnes détenant une telle assurance ont mentionné comme lieu d'affiliation un cabinet, un bureau ou une clinique privés, comparativement à près du quart (23 %) de celles qui n'en avaient pas (tableau 1.6). Le milieu de travail ou l'école est un lieu d'affiliation davantage rapporté, en proportion, par les personnes détenant une assurance privée pour des services de santé complémentaire (14 % c. 8 %).

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

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

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

Les personnes qui ne détiennent pas d'assurance de ce type sont plus nombreuses, en proportion, à avoir rapporté les quatre lieux d'affiliation suivants : CLSC, organisme communautaire, hôpital et centre de réadaptation ou centre jeunesse. Le CLSC constitue le lieu le

plus souvent mentionné : environ 46 % des personnes ne détenant pas d'assurance privée pour des services de santé complémentaires ont consulté à cet endroit, tandis que c'est le cas de 27 % des personnes détenant une telle assurance.

Tableau 1.6

Lieu d'affiliation du professionnel rencontré¹ selon la participation à une assurance privée pour des services de santé complémentaires, population de 15 ans et plus² ayant consulté un professionnel des services sociaux³, Québec, 2010-2011

	Centre local de services communautaires	Organisme communautaire	Milieu de travail ou école	Cabinet, bureau ou clinique privés	Hôpital (incluant urgence psychiatrique)	Centre de réadaptation ou centre jeunesse	Autre endroit ^a
	%						
Assurance privée							
Oui	27,2	2,6*	13,8	48,5	15,1	4,0	4,4
Non	45,6	4,9	8,2	23,0	18,1	6,6	5,5

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

1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'un lieu d'affiliation.

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

3. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et ce lieu d'affiliation est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

2. Besoins non comblés de services sociaux

La seconde section des résultats dresse le portrait de la population de 15 ans et plus ayant ressenti le besoin de consulter un professionnel des services sociaux (travailleur social, psychologue, éducateur spécialisé, etc.) sans pouvoir le faire au cours d'une période de 12 mois. Le concept de « besoin non comblé » correspond à la différence entre les services jugés nécessaires par la personne pour traiter un problème particulier et les services effectivement reçus (Sanmartin et autres, 2002). Ainsi, une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services sociaux mais n'ayant pas obtenu ces services présente un besoin non comblé de services sociaux¹⁸.

Dans un premier temps, la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant exprimé un tel besoin est étudiée selon le sexe et l'âge. Dans un second temps, les besoins non comblés sont analysés selon certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques et liées à la santé. Cette section se termine avec la présentation des données régionales.

Environ 3,1 % des personnes qui auraient eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux en 2010-2011 n'ont pu le faire.

18. Cette définition s'inspire de celle des besoins de services médicaux non comblés (Lévesque et autres, 2007).

Au Québec, la proportion de la population de 15 ans et plus n'ayant pu consulter en 2010-2011 un professionnel des services sociaux et qui auraient eu besoin de le faire¹⁹ est de 3,1 %, ce qui représente environ 203 300 personnes (tableau 2.1).

La présence de besoins non comblés de services sociaux est légèrement plus importante chez les femmes que chez les hommes, de même que chez les personnes de 15 à 64 ans comparativement à leurs aînés.

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir exprimé le besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans avoir pu le faire au cours d'une période de 12 mois (3,8 % c. 2,3 %). Cet écart significatif selon le sexe s'observe plus particulièrement pour deux groupes d'âge, soit les personnes de 25 à 49 ans (5 % c. 3,1 %) et celles de 50 à 64 ans (3,0 % c. 1,5 %) (figure 2.1).

Les besoins non comblés varient également selon l'âge. En effet, les personnes de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir pu consulter un professionnel des services sociaux en comparaison de celles de 65 ans et plus (3,4 % c. 1,6 %) (tableau 2.1). Notons la présence de différences significatives à l'intérieur de ces deux groupes. La présence de besoins non comblés pour des services sociaux est plus répandue, en proportion, chez les aînés de 85 ans et plus (3,4 % c. 1,1 %^{*20}, 65-74 ans et 1,7 %^{*21}, 75-84 ans) et chez les personnes de 25 à 49 ans (4,2 % c. 3,1 %, 15-24 ans c. 2,3 %, 50-64 ans).

Tableau 2.1

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux¹ sans pouvoir le faire selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	2,3
Femmes	3,8
Groupe d'âge	
15-64 ans	3,4
15-24 ans	3,1
25-49 ans	4,2
50-64 ans	2,3
65 ans et plus	1,6
65-74 ans	1,1*
75-84 ans	1,7*
85 ans et plus;	3,4
Ensemble de la population	3,1
Pe (k)	203,3

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

1. Besoin de consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

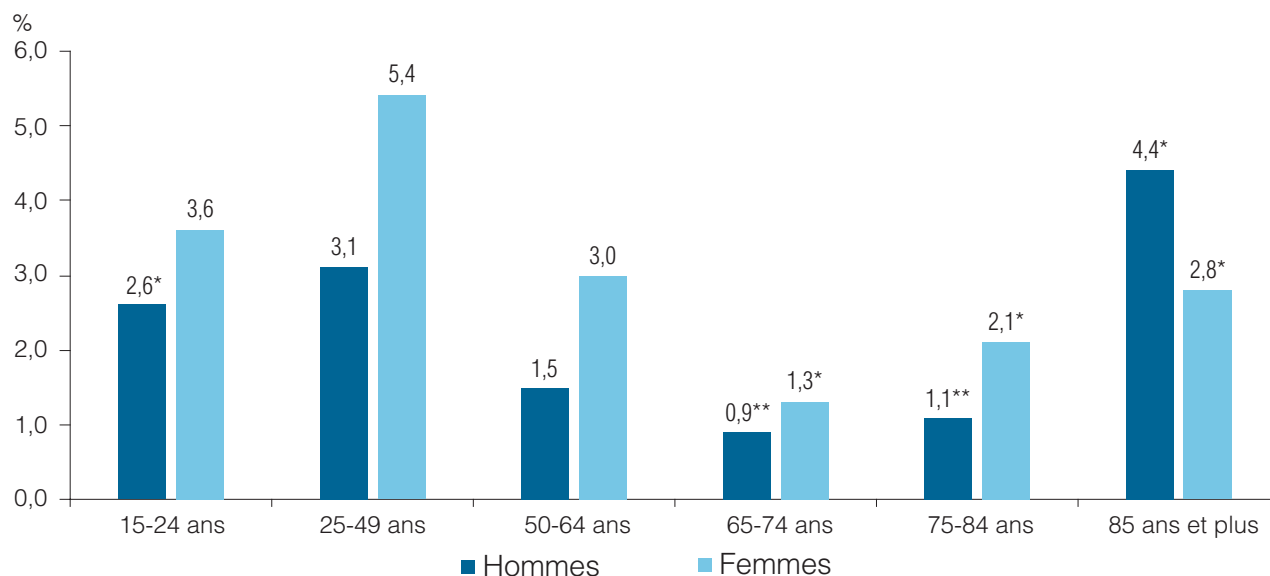
19. La variable portant sur le besoin non comblé de services sociaux correspond à la question Q83 (Annexe B).

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

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

Figure 2.1

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans pouvoir le faire¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus², 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 de consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

2.1 Besoins non comblés de services sociaux selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

La présence de besoins non comblés est associée à d'autres caractéristiques sociodémographiques et économiques retenues dans l'enquête (tableau 2.2). En effet, les besoins non comblés de services sociaux au cours d'une période de 12 mois sont plus répandus dans les groupes suivants :

- Les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale (5 %);
- Les personnes nées à l'extérieur du Canada (5 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est l'anglais (4,1 %) ou une langue autre que le français ou l'anglais (5 %);
- Les personnes sans emploi (6 %);

- Les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (5 %);
- Les personnes se classant dans les deux quintiles les plus faibles de la dimension sociale de l'indice de défavorisation (3,7 %, quintile 4 et 3,9 %, quintile 5);
- Les personnes résidant en zone urbaine (3,4 %);
- Les personnes ne détenant pas une assurance privée pour des services de santé complémentaires (3,6 %).

La présence de besoins non comblés de services sociaux est toutefois plus faible au sein des groupes qui suivent :

- Les personnes vivant en situation de couple sans enfant (1,6 %);
- Les personnes à la retraite (1,5 %).

Tableau 2.2

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans pouvoir le faire¹ selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%
Composition du ménage	
Personne vivant seule	3,7
Couple sans enfant à la maison	1,6
Couple avec enfant(s) à la maison	3,3
Famille monoparentale	5,3
Autre ³	3,7
Naissance au Canada	
Oui	2,7
Non	5,2
Langue parlée le plus souvent à la maison	
Français	2,7
Anglais	4,1
Autre	5,4
Occupation principale	
En emploi	3,2
Étudiant	3,4
Sans emploi	5,6
Retraité	1,5
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	5,5
Au-dessus du seuil de faible revenu	2,6
Indice de défavorisation (dimension sociale)	
Quintile 1 (Très favorisé)	2,5
Quintile 2	2,5
Quintile 3	2,9
Quintile 4	3,7
Quintile 5 (Très défavorisé)	3,9
Zone de résidence	
Urbaine	3,4
Semi-urbaine	2,4
Rurale	2,1
Assurance privée pour des services de santé complémentaires	
Oui	2,6
Non	3,6

1. Besoin de consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

3. 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 des personnes non apparentées (par exemple, des colocataires).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

2.2 Besoins non comblés de services sociaux selon certaines caractéristiques liées à la santé

Les personnes se percevant en moins bonne santé, celles ayant un ou plus d'un problème de santé de longue durée ou encore une incapacité sont plus nombreuses à avoir voulu consulter un professionnel des services sociaux sans avoir pu le faire.

La présence de besoins de services sociaux non comblés, au cours de 12 mois, varie également selon l'état de santé perçu, la présence de problèmes de santé de longue durée ou d'une incapacité (tableau 2.3).

Tableau 2.3
Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux¹ sans pouvoir le faire selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	1,9
Bon	3,8
Moyen/mauvais	7,4
Nombre de problèmes de santé de longue durée	
Aucun problème de santé	2,2
Un problème de santé	3,8
Deux problèmes de santé ou plus	4,2
Incapacité	
Avec incapacité	5,2
Sans incapacité	1,9

1. Besoin de consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

En effet, les personnes qui perçoivent plus négativement leur état de santé sont plus nombreuses, en proportion, que les autres à rapporter des besoins non comblés.

Également, les personnes ayant un ou plus d'un problème de santé de longue durée sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir pu consulter un professionnel des services sociaux alors qu'elles estimaient en avoir besoin que celles n'ayant aucun problème de cette nature.

Soulignons enfin qu'environ 5 % des personnes avec incapacité ont mentionné la présence de besoins de services sociaux non comblés, comparativement à 1,9 % des personnes qui n'ont pas d'incapacité.

2.3 Besoins non comblés de services sociaux selon la région sociosanitaire

Montréal et l'Outaouais sont les deux régions où la proportion de personnes qui auraient eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans avoir pu le faire est plus élevée qu'ailleurs au Québec. À l'inverse, six régions affichent une proportion plus faible de besoins non comblés qu'ailleurs au Québec.

La proportion des personnes ayant des besoins de services sociaux non comblés fluctue entre 1,6 % et 4,2 % selon les régions (tableau 2.4). Deux régions, Montréal et l'Outaouais, présentent une proportion de personnes ayant des besoins non comblés supérieure à celle du reste du Québec. À l'inverse, six régions se démarquent avec une proportion inférieure à celle observée pour le reste du Québec : le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'Estrie, l'Abitibi-Témiscamingue, le Nord-du-Québec et Chaudière-Appalaches.

Tableau 2.4

Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans pouvoir le faire¹ selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%	
Bas-Saint-Laurent	2,0	(-)
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1,7*	(-)
Capitale-Nationale	2,5	
Mauricie et Centre du Québec	2,5	
Estrie	1,8*	(-)
Montréal	4,2	(+)
Outaouais	3,9	(+)
Abitibi-Témiscamingue	2,1*	(-)
Côte-Nord	3,1	
Nord-du-Québec	1,6*	(-)
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2,4	
Chaudière-Appalaches	1,7*	(-)
Laval	3,2	
Lanaudière	3,2	
Laurentides	3,1	
Montérégie	2,8	
Ensemble de la province	3,1	

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

1. Besoin de consultation au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un 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 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

3. Expérience vécue à l'égard des services sociaux reçus

Les résultats présentés dans cette dernière section concernent les personnes de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux, au cours d'une période de 12 mois. L'expérience vécue est décrite sous l'angle de l'efficacité, laquelle fait référence à la capacité du système à améliorer la santé et le bien-être de la population (pour plus de détails, consulter l'encadré

sur les dimensions de la performance, à la page 15). Un item de l'enquête, celui qui porte sur la contribution des services sociaux à régler les problèmes^{22,23}, permet de documenter cette dimension de la performance.

La contribution des services sociaux à régler les problèmes est d'abord présentée globalement puis selon des caractéristiques retenues dans l'enquête.

22. Rappelons que pour cet item, une partie de la population visée est sous-représentée. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

23. La variable portant sur la contribution des services sociaux reçus « à régler ses problèmes » correspond à la question Q82 (Annexe B).

3.1 Expérience vécue à l'égard des services sociaux reçus selon certaines caractéristiques des personnes

Environ la moitié des personnes considèrent que les services sociaux reçus ont beaucoup contribué à régler leurs problèmes; près du tiers jugent que ceux-ci ont assez contribué à les régler, alors qu'environ une personne sur cinq est d'avis que ces services ont peu ou n'ont pas du tout contribué à régler leurs problèmes.

Parmi les personnes de 15 ans et plus ayant consulté en 2010-2011 (12 % de la population), un peu moins de la moitié (48 %) estiment que la consultation d'un professionnel des services sociaux a « beaucoup » contribué à régler leurs problèmes, près du tiers (32 %) jugent que les services reçus ont « assez » contribué à les régler, tandis que 19 % estiment que ces services ont « peu ou pas du tout » contribué à régler leurs problèmes (tableau 3.1).

La proportion des personnes mentionnant que les services sociaux reçus ont beaucoup contribué à régler leurs problèmes est plus faible chez les étudiants ou chez les personnes percevant plus négativement leur état de santé.

La contribution des services sociaux à régler les problèmes ne varie pas selon le sexe et l'âge des personnes (données non présentées). Elle varie cependant selon deux caractéristiques abordées dans ce rapport, soit l'occupation principale et la perception de l'état de santé (tableau 3.1).

Concernant l'occupation principale, les données de l'enquête montrent que les étudiants sont proportionnellement moins nombreux que les personnes avec ou sans emploi et celles à la retraite à estimer que les services sociaux reçus ont beaucoup contribué à résoudre leurs problèmes (40 % c. 49 %, personnes avec ou sans emploi et 52 %, retraités).

Les personnes qui s'estiment en excellente ou très bonne santé sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à mentionner que les services sociaux reçus ont beaucoup contribué à résoudre leurs problèmes (53 % c. 45 % chez celles qui se perçoivent en bonne santé et 40 % chez celles qui se considèrent en moyenne ou mauvaise santé). Également, un peu plus du quart (26 %) des personnes percevant négativement leur état de santé rapportent que les services ont peu ou n'ont pas du tout contribué à résoudre leurs problèmes.

Tableau 3.1

Contribution des services sociaux reçus à régler les problèmes selon certaines caractéristiques des personnes, population de 15 ans et plus¹ ayant reçu des services sociaux², Québec, 2010-2011

	Beaucoup	Assez	Peu/pas du tout
	%		
Occupation principale			
En emploi	49,0	31,6	19,4
Étudiant	40,1	39,6	20,3
Sans emploi	49,3	30,3	20,4
Retraité	52,2	29,1	18,8
Perception de l'état de santé			
Excellent/très bon	52,9	30,7	16,4
Bon	44,8	34,4	20,8
Moyen/mauvais	39,9	33,8	26,3
Ensemble	48,2	32,4	19,5

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

2. Services reçus au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

CONCLUSION

Au Québec, le système de santé a la particularité d'intégrer deux missions, soit celle rattachée à la santé et celle associée à la dimension sociale. Comme les mécanismes d'appréciation de la performance des services sociaux restent à consolider, le présent rapport s'inscrit dans le contexte actuel de questionnement et d'exploration quant aux critères qui permettraient de le faire. L'analyse des données provenant du module de questions consacré aux services sociaux de l'EQES 2010-2011 permet néanmoins de jeter un premier regard sur l'expérience des Québécois de 15 ans et plus.

Les données de l'EQES présentées dans ce rapport fournissent de l'information sur la consultation d'un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois, sur le besoin de consulter un tel professionnel sans avoir pu le faire (besoin non comblé) et sur l'expérience vécue à l'égard des services sociaux reçus, sous l'angle de l'efficacité. En guise de conclusion, nous rappelons ici les principaux résultats afin d'offrir une vue d'ensemble de cette étude.

Consultation d'un professionnel des services sociaux

Selon les données de l'EQES, un peu plus d'un Québécois sur dix (12 %) de 15 ans et plus a consulté un professionnel des services sociaux affilié à un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux, à un organisme communautaire ou encore à un cabinet, un bureau ou une clinique privés en 2010-2011. Mentionnons que les données de l'enquête ne permettent pas de savoir si la demande pour la consultation découle d'un besoin ressenti et exprimé par la personne ou si elle provient d'une autre personne, par exemple d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui en aurait fait la suggestion, voire une référence.

Il est difficile de statuer sur l'importance du niveau de consultation d'un professionnel des services sociaux obtenu dans l'EQES (12 %) ou de le comparer avec d'autres sources d'information, notamment des données administratives qui comprennent seulement les consultations dans le réseau public. Cependant, cette proportion s'apparente à celle obtenue dans une étude

réalisée à partir des données du cycle 1.2 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) (Lesage et autres, 2010). Selon cette étude, environ le dixième (9,6 %) des Québécois de 15 ans et plus ont utilisé au moins une ressource à des fins d'amélioration de leur santé mentale sur une période de 12 mois. Dans l'ESCC, le but retenu pour la consultation d'un professionnel est « de discuter de (ses) émotions, de (sa) santé mentale ou de (sa) consommation d'alcool ou de drogues ». Si les raisons pour consulter un professionnel ne sont pas les mêmes dans l'ESCC et l'EQES, elles se recoupent néanmoins partiellement; en effet, consulter pour discuter de ses émotions s'apparente à consulter pour des difficultés de nature psychologique.

La consultation d'un professionnel des services sociaux est associée à diverses caractéristiques sociodémographiques, économiques et liées à la santé. Concernant le sexe et l'âge, mentionnons que les femmes consultent plus que les hommes (15 % c. 10 %) et que les personnes de 15 à 49 ans et celles de 85 ans et plus (14 %, 15-24 ans et 15 %, 25-49 ans et 17 %, 85 ans et plus) le font davantage que celles des autres groupes d'âge.

Également, les données montrent un recours accru aux services sociaux chez les personnes nées au Canada, chez celles dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français ou l'anglais, chez les personnes ayant un diplôme d'études collégiales ou universitaires, chez les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale, chez les personnes sans emploi, chez celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu, chez celles résidant en zone urbaine, chez les personnes se classant moins favorablement relativement à la dimension sociale de l'indice de défavorisation et chez celles détenant une assurance privée pour des services de santé complémentaires. Les personnes se percevant en moins bonne santé, celles ayant au moins un problème de santé de longue durée et les personnes avec incapacité sont aussi plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté un professionnel des services sociaux.

Les difficultés de nature psychologique, celles liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études et les difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien

de l'autonomie constituent les trois raisons de consultation le plus souvent mentionnées par les personnes (81 %, 43 % et 33 %, respectivement). Un examen des raisons de consultation selon l'âge révèle des différences à cet égard. Par exemple, les difficultés liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études sont davantage mentionnées par les jeunes de 15 à 24 ans (59 %) et celles posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie le sont davantage par les aînés (38 %). On peut présumer que ces résultats correspondent aux événements pouvant survenir aux diverses étapes de la vie.

À ce sujet, il importe de souligner que les personnes de 25 à 49 ans sont plus nombreuses à rapporter trois des raisons de consultation, soit les difficultés de nature psychologique, celles concernant les enfants ou les adolescents et celles liées à la vie conjugale (86 %, 26 % et 29 %, respectivement). Elles arrivent aussi en 2^e place pour les difficultés liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études (43 %). Ce groupe d'âge apparaît propice à la consultation de professionnels des services sociaux. Ces résultats peuvent s'expliquer, entre autres, par le cumul de rôles qu'expérimentent plusieurs personnes âgées de 25 à 49 ans; pensons à la conciliation travail-famille et à l'aide apportée à un parent plus âgé.

Les deux lieux d'affiliation des professionnels rencontrés le plus mentionnés sont le CLSC (36 %) et le bureau, le cabinet ou la clinique privés (36 %). Suivent l'hôpital (16 %), le milieu de travail ou l'école (12 %), le centre de réadaptation ou le centre jeunesse (5 %) et les organismes communautaires (3,6 %). Des différences selon l'âge et la présence d'une assurance privée pour des services complémentaires sont observées. Par exemple, le CLSC est davantage mentionné par les aînés (65 % c. 32 %, 15-64 ans), alors que le cabinet, le bureau ou la clinique privés sont rapportés en plus forte proportion par les personnes de 15 à 64 ans (40 % c. 11 %, 65 ans ou plus).

Sans surprise, les personnes détenant une assurance privée mentionnent en plus forte proportion le secteur privé comme lieu d'affiliation du professionnel rencontré (48 % c. 23 %, sans assurance privée). Il n'en demeure pas moins qu'une proportion non négligeable de personnes ne détenant pas d'assurance privée ont consulté dans le secteur privé (23 %). On peut s'interroger sur les motifs ayant amené ces personnes à le faire, sachant ce qu'il

en coûte pour recevoir ces services. Était-ce par choix ou parce que l'offre de services sociaux dans les secteurs public et communautaire était insuffisante?

Besoins non comblés de services sociaux

Rappelons que les besoins non comblés de services sociaux décrits dans ce volume sont ceux exprimés par les personnes; ils ne correspondent pas nécessairement à l'ensemble des besoins pour des services sociaux. En effet, il est possible que des professionnels de la santé aient conseillé à des personnes de consulter pour des services sociaux, ou aient fait une référence à cet égard, sans que ces personnes aient fait de démarches en ce sens, soit parce qu'elles n'en ressentaient pas le besoin, soit encore parce qu'elles ne se sentaient pas prêtes à le faire. La présence de ces besoins normatifs, définis par des professionnels (Vlachantoni et autres, 2011), n'ont pas été documentés dans l'enquête.

En 2010-2011, environ 203 300 Québécois de 15 ans et plus n'ont pas réussi à consulter un professionnel des services sociaux alors qu'ils en ont ressenti le besoin. Cela représente 3,1 % de la population. Les besoins de services sociaux non comblés apparaissent légèrement plus importants dans les régions de Montréal et de l'Outaouais (4,2 % et 3,9 %).

Il est de nouveau difficile de statuer sur l'ampleur des besoins non comblés pour des services sociaux observée dans l'EQES (3,1 %). Cette proportion se situe dans le même ordre de grandeur que celle obtenue à partir des données de l'ESCC, soit 3,8 % (Lesage et autres, 2010). Mentionnons que l'ESCC permet par ailleurs de documenter certaines raisons liées aux besoins non comblés. Celles-ci peuvent être associées au système de santé ou à des caractéristiques propres aux personnes et sont de trois types : les problèmes d'accessibilité (par exemple, la personne ne peut payer pour des services), les problèmes d'acceptabilité (par exemple, la personne préfère s'occuper elle-même de ses problèmes ou elle ne sait pas où aller chercher de l'aide) et les problèmes de disponibilité (par exemple, le temps d'attente est trop long avant de recevoir un service).

La présence de ces besoins non comblés est associée à diverses caractéristiques sociodémographiques, économiques et liées à la santé. Les femmes expriment ainsi en plus forte proportion que les hommes des besoins non comblés de services sociaux (3,8 % c. 2,3 %). C'est également le cas des personnes de 15 à 49 ans et de 85 ans et plus, comparativement aux personnes des autres groupes d'âge (3,1 %, 15 à 24 ans; 4,2 %, 25 à 49 ans; 3,4 %, 85 ans et plus).

Par ailleurs, les données montrent une proportion plus élevée de besoins non comblés chez les personnes nées à l'extérieur du Canada, chez celles dont la langue parlée le plus souvent à la maison n'est pas le français, chez les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale, chez les personnes sans emploi, chez celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu, chez celles résidant en zone urbaine, chez les personnes se classant moins favorablement relativement à la dimension sociale de l'indice de défavorisation et chez celles ne détenant pas une assurance privée pour des services complémentaires. La présence de besoins non comblés pour des services sociaux est également plus élevée chez les personnes se percevant en moins bonne santé, celles ayant au moins un problème de santé de longue durée et les personnes avec incapacité.

Expérience vécue à l'égard des services sociaux

La grande majorité (80 %) des Québécois de 15 ans et plus estiment que la consultation d'un professionnel des services sociaux a contribué à régler leurs problèmes. En effet, près de la moitié des personnes (48 %) considèrent que les services reçus y ont « beaucoup » contribué et le tiers (32 %) jugent que ces services y ont « assez » contribué. Cependant, une personne sur cinq (19 %) est d'avis que les services reçus ont peu ou n'ont pas du tout contribué à améliorer sa situation.

Il est difficile d'identifier des groupes de personnes plus susceptibles d'avoir rencontré des difficultés lors de leur expérience de soins, étant donné le peu de différences significatives selon les caractéristiques sociodémographiques, économiques et liées à la santé. Mentionnons néanmoins que les étudiants et les personnes qui évaluent plus négativement leur état de santé sont moins nombreux à rapporter que les services reçus ont beaucoup contribué à régler leurs problèmes (40 %, étudiants; 45 %, état de santé bon et 40 %, état de santé moyen/mauvais). Les étudiants auraient-ils des attentes différentes à l'égard des services sociaux? Le sens attribué à l'énoncé « contribué beaucoup à régler les problèmes » pourrait-il différer chez les personnes selon la condition de santé perçue?

L'ajout de questions lors d'une prochaine édition de l'enquête permettrait de rendre compte plus finement de l'expérience vécue quant à ces services. Ces questions pourraient porter notamment sur le volume et le type de services reçus, sur les références pour des services sociaux faites par des professionnels de la santé (besoins normatifs), sur les raisons liées à la présence de besoins non comblés et sur les dimensions de la performance, dont la réactivité (par exemple, conformité des services aux valeurs et aux attentes), l'accessibilité (par exemple, délai entre une demande de consultation et la consultation elle-même) et l'efficacité des services (par exemple, satisfaction à l'égard des services reçus, capacité accrue quant à la participation sociale).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 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, 441 p.
- COMITÉ SUR L'ÉVALUATION DU SYSTÈME DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, Montréal, 66 p.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009; état de situation portant sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins*, Québec, 76 p.
- DUPLANTIE, J.-P. (2011). « Les services sociaux : de multiples facettes et enjeux », *Le Point en administration de la santé*, vol. 7, n° 2, été, p. 16-20.
- FOURNIER, M.-A., et J. PICHÉ. « Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux », dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, p. 387-407.
- 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.
- KIRBY, M.J.L. (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie.
- LARIVIÈRE, C. (2011). « Une réforme de plus : trois défis pour des services sociaux améliorés », *Le Point en administration de la santé*, vol. 7, n° 2, été, p. 34-36.
- LESAGE, A., F. BERNÈCHE et M. BORDELEAU (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Institut de la statistique du Québec, 104 p.
- LÉVESQUE, J.-F., R. PINEAULT, L. ROBERT, M. HAMEL, D. ROBERGE, C. KAPETANAKIS, B. SIMARD et A. LAUGRAUD (2007). *Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne?*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique, 16 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 25 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, Document de consultation, 63 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004a). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Direction générale des services généraux, Québec, 180 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004b). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes de soutien*, Québec, 30 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 », *Rapport sur la santé*, vol. 20, n°4, p. 95-105.

ROMANOW, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 387 p.

SANMARTIN, C., C. HOULE, S. TREMBLAY et J.-M. BERTHELOT (2002). « Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution », *Rapports sur la santé : Statistique Canada*, n° 82-003 au catalogue, vol. 13, n° 3, mars, p. 17-24.

TREMBLAY, M.-È., 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.

VLACHANTONI, A., R. SHAW, R. WILLIS, M. EVANDROU, J. FALKINGHAM et R. LUFF (2011). « Measuring unmet need for social care amongst older people », *Population Trends*, vol. 145, n° 1, p. 1-17.

Annexe A : Tableaux complémentaires

Tableau A1

Consultation d'un professionnel des services sociaux¹ selon la participation à une assurance privée pour des services de santé complémentaires et le sexe, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	Ensemble de la population	Hommes	Femmes
	%		
Assurance privée pour des services de santé complémentaires			
Oui	13,0	9,3	16,6
Non	11,7	9,7	13,5

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

Tableau A2

Personnes détenant une assurance privée pour des services de santé complémentaires selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

	Sexes réunis	Hommes	Femmes
	%		
Groupe d'âge			
15-64 ans	57,8	57,0	58,7
15-24 ans	49,5	47,1	52,1
25-49 ans	61,9	60,9	63,0
50-64 ans	55,6	55,9	55,2
65 ans et plus	23,1	25,5	21,2
65-74 ans	28,0	29,8	26,4
75-84 ans	17,8	19,4	16,6
85 ans et plus	13,8	17,0	12,2
Ensemble de la population	51,4	51,8	51,1

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

Annexe B : Questionnaire (extrait)

Section H : services sociaux

Q75. Les prochaines questions portent sur les services psychologiques et les services sociaux. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un psychologue, un travailleur social, un éducateur spécialisé ou un autre professionnel des services sociaux rattaché, par exemple, à un CLSC, à un hôpital ou exerçant dans le privé?

CONSIGNES À L'INTERVIEWER: C'est le répondant qui doit avoir rencontré le professionnel des services sociaux mais il peut l'avoir fait pour un problème qui touche l'un de ses proches. S'il a seulement accompagné l'un de ses proches sans qu'il consulte lui-même, coder « Non ».

- 01 Oui
- 02 Non → Q83
- 08 Ne sait pas → Q83
- 09 Ne répond pas → Q83

Q76. Pour quelles raisons avez-vous consulté un professionnel des services sociaux. Était-ce pour des difficultés de nature psychologique qui vous touchent personnellement ou qui touchent l'un de vos proches?

- 01 Oui
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q77. (Pour quelles raisons avez-vous consulté un professionnel des services sociaux). Était-ce pour des difficultés concernant vos enfants ou vos adolescents, par exemple leurs comportements ou les relations que vous avez avec eux?

- 01 Oui
- 02 Non
- 07 Ne s'applique pas (n'a pas d'enfants)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q78. (Pour quelles raisons avez-vous consulté un professionnel des services sociaux). Était-ce pour des difficultés concernant votre vie conjugale?

- 01 Oui
- 02 Non
- 07 Ne s'applique pas (n'a pas de conjoint)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

- Q79.** (Pour quelles raisons avez-vous consulté un professionnel des services sociaux). Était-ce pour des difficultés liées au milieu de vie, à un emploi, ou aux études qui vous touchent personnellement ou qui touchent l'un de vos proches?
- 01 Oui
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q80.** (Pour quelles raisons avez-vous consulté un professionnel des services sociaux). Était-ce pour des difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie de l'un de vos proches?
- 01 Oui
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q81.** Le professionnel des services sociaux qui vous a offert les services travaillait-il pour...
- 01 un CLSC
 - 02 un organisme communautaire
 - 03 votre milieu de travail ou votre école
 - 04 un cabinet, un bureau ou une clinique privée
 - 05 un hôpital (inclure urgence psychiatrique)
 - 06 un centre de réadaptation ou un centre jeunesse
 - 07 un autre endroit
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q82.** Globalement, jusqu'à quel point ces services fournis par ce (ou ces) professionnel(s) ont-ils contribué à régler vos problèmes?
- 01 Beaucoup
 - 02 Assez
 - 03 Peu
 - 04 Pas du tout
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q83.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin des services d'un travailleur social, d'un psychologue, d'un éducateur spécialisé ou d'un autre professionnel des services sociaux sans pouvoir les obtenir?
- 01 Oui
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas

Des statistiques sur le Québec d'hier et d'aujourd'hui
pour le Québec de demain