

INSTITUT  
DE LA STATISTIQUE  
DU QUÉBEC

[www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)

**SANTÉ**

## Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011

Méthodologie et description  
de la population visée

Volume 1



Déjà  
**100**  
ans  
de patrimoine  
statistique

Québec 

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](http://www.stat.gouv.qc.ca)**

Ce document est disponible seulement  
en version électronique.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives Canada  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
1<sup>er</sup> trimestre 2013  
ISBN 978-2-550-67206-7 (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](http://www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm).

**Mars 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 professionnel des services sociaux, 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 œuvrant 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 : Marie-Ève Tremblay, Gaëtane Dubé et Rosanna Baraldi  
Institut de la statistique du Québec

Avec la collaboration de : Robert Courtemanche, Ariane Dubé-Linteau, Chantale Lecours,  
Claire Fournier, Linda Cazale et Ghyslaine Neill  
Institut de la statistique du Québec

Avec l'assistance technique de : Valeriu Dumitru, au traitement et à la validation des données  
Kate Dupont, à la vérification des chiffres  
Institut de la statistique du Québec

Sous la coordination de : Jasline Flores  
Institut de la statistique du Québec

Ont assuré la révision linguistique et l'édition : Micheline Lampron, à la révision linguistique  
Claudette D'Anjou, à l'édition  
Institut de la statistique du Québec

Enquête financée par : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec  
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](http://www.stat.gouv.qc.ca)

### **Citation suggérée pour le volume**

TREMBLAY, Marie-Ève, Gaëtane DUBÉ et Rosanna 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.

### **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 œuvré 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 Brigitte Poussart du MSSS 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, Gaétane 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
13	Faits saillants
17	Introduction
<b>Chapitre 1 Aspects méthodologiques</b>	
21	<b>1.1 Plan d'échantillonnage</b>
21	1.1.1 Population visée
21	1.1.2 Base de sondage
22	1.1.3 Taille et répartition de l'échantillon
24	<b>1.2 Collecte des données</b>
24	1.2.1 Prétest
24	1.2.2 Stratégie de collecte
25	1.2.3 Questionnaire
26	1.2.4 Taux d'admissibilité et taux de réponse
27	<b>1.3 Traitement des données</b>
27	1.3.1 Validation
27	1.3.2 Pondération
28	1.3.3 Analyse de la non-réponse partielle
30	1.3.4 La précision des estimations
30	1.3.5 Analyses et tests statistiques
31	<b>1.4 Présentation des résultats</b>
31	<b>1.5 Portée et limites de l'enquête</b>

## Chapitre 2 Caractéristiques de la population visée

### 33 2.1 Caractéristiques sociodémographiques et économiques

33 2.1.1 La structure par âge et sexe de la population

34 2.1.2 Le niveau de scolarité

36 2.1.3 L'occupation principale

37 2.1.4 La composition du ménage

38 2.1.5 Le statut d'immigration

38 2.1.6 La langue parlée le plus souvent à la maison

39 2.1.7 Le niveau de revenu du ménage

39 2.1.8 La zone de résidence

41 2.1.9 L'indice de défavorisation

43 2.1.10 La participation à un régime d'assurance privée

### 44 2.2 Caractéristiques liées à la santé

44 2.2.1 La perception de l'état de santé

45 2.2.2 Le nombre de problèmes de santé de longue durée

46 2.2.3 L'incapacité

### 47 2.3 Synthèse

## 49 Références bibliographiques

## 51 Annexe A: Tableaux complémentaires

## 55 Annexe B: Aspects méthodologiques complémentaires

# LISTE DES TABLEAUX

## Liste des tableaux

### Chapitre 1 Aspects méthodologiques

<b>Tableau 1.1</b> Taille d'échantillon et nombre de répondants attendu par région sociosanitaire . . . . .	23
---	----

<b>Tableau 1.2</b> Nombre de répondants et taux de réponse pondéré par région sociosanitaire . . . . .	26
--	----

### Chapitre 2 Caractéristiques de la population visée

<b>Tableau 2.1</b> Répartition de la population de 15 ans et plus selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011 . . . . .	35
---	----

<b>Tableau 2.2</b> Plus haut niveau de scolarité atteint selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	35
---	----

<b>Tableau 2.3</b> Occupation principale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	36
---	----

<b>Tableau 2.4</b> Composition du ménage selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	37
---	----

<b>Tableau 2.5</b> Statut d'immigration selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	38
--	----

<b>Tableau 2.6</b> Langue parlée le plus souvent à la maison selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	39
---	----

<b>Tableau 2.7</b> Niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	40
--	----

<b>Tableau 2.8</b> Zone de résidence selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	40
---	----

<b>Tableau 2.9</b> Niveau de défavorisation matérielle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	42
---	----

<b>Tableau 2.10</b> Niveau de défavorisation sociale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	42
---	----

<b>Tableau 2.11</b> Proportion de personnes participant à un régime d'assurance privée remboursant les médicaments, les soins dentaires et des services de santé complémentaires, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	43
---	----

<b>Tableau 2.12</b> Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	44
--	----

<b>Tableau 2.13</b> Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . .	45
---	----

**Tableau 2.14**

Perception de l'état de santé selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . . 46

**Tableau 2.15**

Proportion de personnes ayant une incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . . 46

## Annexe A

**Tableau A1**

Nombre de répondants attendu, nombre de répondants et taux de réponse pondéré par RLS . . 51

**Tableau A2**

Proportion de personnes vivant seules selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . . . . . 54

# FAITS SAILLANTS

## Aspects méthodologiques

---

- L'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES) vise à documenter six dimensions de la performance du système de santé. Ces dimensions sont les suivantes : l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, l'équité d'accès, la réactivité et la sécurité des services. Pour réaliser cet objectif, l'enquête fait appel à l'expérience vécue par la population à l'égard d'éléments clés des soins et des services qui lui sont offerts. Les données de l'EQES sont représentatives à l'échelle nationale, régionale et locale.
- L'enquête 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.
- La base de sondage utilisée pour sélectionner l'échantillon de l'enquête a été extraite du fichier des inscriptions des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La couverture de la population visée par le FIPA est estimée à au moins 95 %.
- L'EQES 2010-2011 a une portée tant nationale que régionale et locale. Elle vise la diffusion de statistiques de bonne précision pour toute proportion de 15 % et plus dans chacun des 94 réseaux locaux de services (RLS) ciblés par l'enquête.
- Puisque l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV) est arrimée à l'EQES, le plan de sondage de cette dernière a été adapté pour permettre d'atteindre les objectifs spécifiques à l'EQLAV. À cet égard, un suréchantillonnage a dû être effectué dans sept régions ainsi que pour les personnes âgées de 85 ans et plus. La taille d'échantillon nécessaire pour obtenir le nombre attendu de répondants (n = 46 854 personnes) a été établie à 77 436 personnes.
- À la suite de la réalisation d'un pré-test au début de l'été 2010, l'enquête s'est déroulée en cinq vagues, du 28 octobre 2010 au 4 décembre 2011. Au début de chacune, les personnes sélectionnées ont reçu une lettre les informant qu'elles seraient contactées pour participer à l'enquête. La collecte de données s'est effectuée par entrevue téléphonique assistée par ordinateur. La durée moyenne d'entrevue a été d'environ 22 minutes.
- Au total, 48 100 personnes ont participé à l'EQES, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 63 %. Le nombre de répondants par région sociosanitaire – lequel varie entre 1 217 pour le Nord-du-Québec et 5 459 pour Montréal – a permis d'atteindre l'objectif fixé dans chacune des régions, sauf celle du Nord-du-Québec.
- Mentionnons que 2 023 des 48 100 entrevues ont été complétées par des tiers répondants. Un tiers répondant remplit le questionnaire pour la personne sélectionnée incapable de le faire, soit pour des raisons de santé, soit parce qu'elle ne parlait ni le français ni l'anglais. Les questions portant sur des perceptions ou l'appréciation des services n'ont cependant pas été posées aux tiers répondants.

## Population visée

- La population couverte par l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* est composée en majeure partie d'individus âgés de 25 à 49 ans (41 %) et de 50 à 64 ans (26 %). Les personnes âgées de 15 à 24 ans comptent pour 15 % de l'ensemble de la population étudiée, tandis que celles de 65 à 74 ans en constituent 10 %. Les personnes de 75 à 84 ans représentent pour leur part 6 % puis celles de 85 ans et plus, 2,1 %.
- Environ 66 % des personnes font partie d'un ménage composé d'un couple avec (37 %) ou sans enfant (30 %). Approximativement 8 % sont en situation de monoparentalité et 17 % vivent seules.
- La grande majorité des personnes âgées de 15 ans et plus sont nées au Canada (86 %); un peu plus du dixième de la population se compose d'individus nés dans un autre pays et établis au Canada depuis plus de cinq ans. Enfin, l'ensemble de la population comprend 2,3 % d'immigrants récents (au pays depuis moins de cinq ans).
- Environ huit personnes sur dix (82 %) utilisent le français à la maison; 10 % utilisent l'anglais et 7 %, une autre langue que le français ou l'anglais.
- Au moment de l'enquête, 22 % des personnes détenaient un diplôme d'études secondaires, 28 %, un diplôme d'études collégiales et 27 %, un diplôme d'études universitaires; la proportion des personnes sans diplôme d'études secondaires s'élevait à 23 %.
- Au moment de l'enquête, les personnes ayant un emploi rémunéré représentaient 59 % de la population, alors que les retraités en formaient 21 %, les étudiants 12 % et les personnes sans emploi, 8 %.
- La répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon l'indice de revenu du ménage montre que les femmes se retrouvent en plus forte proportion que les hommes dans un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (20 % c. 15 %), de même que les personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à celles de 15 à 64 ans (31 % c. 14 %).
- Environ 62 % des personnes âgées de 15 ans et plus participent à un régime d'assurance privée remboursant en partie ou en totalité les montants versés pour l'une ou l'autre de ces catégories de dépenses : médicaments, soins dentaires et services de santé complémentaires, comme un test de laboratoire, un examen radiologique, un suivi psychologique, etc.
- Environ 63 % des personnes âgées de 15 ans et plus perçoivent leur état de santé comme excellent ou très bon comparativement aux personnes de leur âge. Environ 10 % jugent celui-ci moyen ou mauvais; cette proportion s'élève à 11 % chez les femmes et à 12 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus.
- Si un peu plus de la moitié de la population âgée de 15 ans et plus ne déclare aucun problème de santé de longue durée, près du quart en déclare un, et une proportion similaire en cumule deux ou plus. Les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus sont davantage touchées par de tels problèmes.
- Le tiers de la population de 15 ans et plus présente une incapacité; chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion est de plus de la moitié.

## 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]<sup>1</sup>.

**Indice de défavorisation :** Indice<sup>2</sup> distinguant deux formes de défavorisation dans la population âgée de 15 ans et plus : l'une est matérielle, l'autre est sociale. L'indice regroupe certains indicateurs du recensement choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé, leurs liens avec les formes matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par aire de diffusion. Ainsi, pour la dimension matérielle, les indicateurs calculés sur la base des unités territoriales (aires de diffusion) sont les suivants : la proportion de population sans certificat ou diplôme d'études secondaires, le ratio emploi/population et le revenu moyen. Cette dimension traduit principalement les variations dans la scolarité, l'emploi et le revenu. Pour la dimension sociale, les indicateurs sont : la proportion de la population vivant seules, la proportion des personnes séparées, divorcées ou veuves et la proportion de familles monoparentales. Cette dimension traduit les variations de la structure du ménage ou de la famille et de l'état matrimonial. La population est répartie en quintiles allant du plus favorisé (quintile 1) au moins favorisé (quintile 5) [Indice construit à partir du code postal]<sup>3</sup>.

**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 Canada<sup>4</sup>. Les deux catégories de cet indicateur sont : membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu<sup>5</sup> et membre d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu. [Indicateur construit à partir des questions<sup>6</sup> 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, et G. Raymond (2003); C. Lecours (2011).
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]<sup>7</sup>.

**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 :** Indicateur de la participation ou non à un régime d'assurance privée remboursant en partie ou en totalité les médicaments, les soins dentaires ou des services de santé complémentaires (par exemple : certains examens diagnostiques, les services d'un psychologue, d'un chiropraticien, etc.). Sont reconnues comme participant à un régime d'assurance privée les personnes ayant répondu « oui » à l'une ou l'autre des trois questions portant sur le remboursement de médicaments, de soins dentaires ou de services de santé complémentaires [Indicateur construit à partir des questions Q127A, B et C].

**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

Pour la première fois au Québec, une enquête populationnelle visant à documenter aux niveaux provincial, régional et local certains aspects de la performance du système de santé, comme l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, l'équité d'accès, la réactivité et la sécurité des services, a été réalisée en 2010-2011<sup>1</sup>. L'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en réponse à un mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), s'intéresse à un large éventail de services offerts par le réseau québécois de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation d'un médecin de famille, de l'endroit habituel de soins, de la consultation d'un professionnel des services sociaux, de l'hospitalisation, de la consultation à l'urgence, de la consultation d'un médecin spécialiste, de la prescription de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques et de la prise de médicaments prescrits par un médecin. Ces services sont documentés à l'aide de questions touchant l'expérience vécue<sup>2</sup> et la perception des personnes visées par l'enquête, soit celles âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou collectif non institutionnel, au Québec.

C'est pour répondre à son engagement d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux que le MSSS a confié à l'ISQ la responsabilité de mener l'EQES auprès de la population. L'information produite aidera à cerner certaines forces ou faiblesses du système de santé et à planifier les efforts nécessaires à l'atteinte des objectifs de qualité ciblés par le MSSS. Ces informations seront utiles aux décideurs œuvrant aux niveaux provincial, régional et local, aux chercheurs en organisation des services, aux intervenants du milieu de la santé ainsi qu'à toute personne intéressée à mieux comprendre l'expérience vécue par la population, en se fondant sur des éléments-clés caractérisant le système de santé et des services sociaux du Québec.

Plus spécifiquement, l'EQES vise à mesurer :

1. l'affiliation de la population aux services de première ligne (médecin de famille et endroit habituel de soins);
2. les besoins non comblés en matière d'affiliation aux services d'un médecin de famille, de tests et d'examens diagnostiques, de consultation de spécialistes, de même qu'en matière de services sociaux;
3. l'accessibilité
  - des services de consultation en médecine de spécialité;
  - des tests et examens diagnostiques;
  - des services d'hospitalisation;
  - des services d'urgence des hôpitaux;
4. la réactivité
  - des services à l'endroit habituel de soins;
5. la sécurité
  - des tests et examens diagnostiques;
  - de la prise de médicaments;
6. l'efficacité
  - des services de consultation en médecine de spécialité;
  - des services d'hospitalisation;
  - des services d'urgence des hôpitaux;
  - des services sociaux;
7. la continuité
  - des services de consultation en médecine de spécialité;
  - des tests et examens diagnostiques;

---

1. Plusieurs sections de cette introduction sont tirées du cadre de référence de l'enquête (Institut de la statistique du Québec, 2011).

2. L'expérience vécue correspond au fait d'avoir reçu ou non, au moment opportun, un service donné ainsi qu'à la façon dont les soins sont perçus ou ressentis par les individus.

- des services d'hospitalisation;
- des services d'urgence des hôpitaux;
- de la prise de médicaments.

#### 8. l'équité d'accès aux services.

Précisons que l'EQES constitue l'enquête principale à laquelle est rattachée l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV)*<sup>1</sup>. Les personnes ciblées par cette deuxième enquête ont été sélectionnées à partir de l'échantillon de l'EQES, au moyen d'une série de questions permettant de déterminer leur admissibilité. L'EQLAV a pour objectif de documenter la prise en charge, par le système de santé, de certains groupes vulnérables, comme les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité (depuis au moins six mois), les personnes âgées de 15 ans et plus atteintes de problèmes de santé de longue durée (depuis au moins six mois) et les personnes âgées de 65 ans et plus qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée. L'EQLAV cherche notamment à dresser un portrait statistique de l'état de santé de la population visée, de son utilisation des soins de santé et des services sociaux (incluant les services de réadaptation) et des besoins non comblés à cet égard.

## Contexte de l'enquête

En 2000, l'Organisation mondiale de la santé faisait un véritable constat d'échec du fonctionnement des systèmes de santé dans le monde, en soulignant les énormes écarts entre leur potentiel et leur performance effective. Dans le cas particulier des pays industrialisés, l'OMS affirme que les systèmes de santé « *éprouvent d'énormes difficultés à assurer la qualité et l'efficacité des services de même qu'à contrôler le rythme d'accroissement des coûts* » (OMS, 2000 cité dans Champagne, Contandriopoulos et autres, 2005 : 37). Au Canada, les rapports de la Commission Kirby (Kirby, 2003) et de la Commission Romanow (Romanow, 2002), déposés en 2002, font état de problèmes profonds qui menacent la viabilité du système public. Au Québec, le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidé par Michel Clair (MSSS, 2000) souligne l'existence de problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination et prône l'intégration et la coordination des services de santé plutôt que la protection des « silos » professionnels, institutionnels, budgétaires ou syndicaux.

Sur le plan de la gouvernance, il signale qu'aucun mécanisme ne permet de suivre systématiquement l'évolution des pratiques et les causes de l'augmentation des coûts. Il préconise un suivi des résultats et de la performance du système. La commission Clair recommande donc la mise en place de mécanismes permettant une « *évaluation continue de la qualité et de la continuité des services, de la satisfaction de la clientèle, des résultats sur la santé et de l'utilisation des ressources* » (MSSS, 2000 : 32).

Partant de ces constats, le gouvernement du Québec a décidé de revoir en profondeur sa stratégie en matière de santé et de bien-être. L'amélioration de la santé de la population, l'amélioration de l'expérience de soins et de services sociaux de même que l'optimisation des ressources deviennent les cibles à atteindre dans toute la transformation du système sanitaire (Roy, Litvak et Paccaud, 2010). De plus, le souci d'assurer la viabilité, l'efficacité et la performance du système, à la fois comme objectifs de gestion et objectifs en matière de santé et de bien-être, devient l'affaire de tous les acteurs du réseau, y compris du citoyen. La nouvelle approche gouvernementale accorde à la qualité des services une importance primordiale : les activités, les rôles et les fonctions de tous les partenaires sont redéfinis par rapport à l'usager et sont orientés vers l'atteinte d'objectifs communs de performance étroitement liés à la satisfaction des besoins de ce dernier.

Dans l'optique de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de services, le gouvernement sanctionne la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en décembre 2003 (Roy, Litvak et Paccaud, 2010 : 45). Il se dote aussi d'un cadre de gestion axée sur les résultats et l'imputabilité des organisations (Roy, Litvak et Paccaud, 2010 : 43). Ainsi, les agences de la santé et des services sociaux de même que les nouveaux réseaux locaux de services (RLS) et les établissements qui les composent reçoivent le mandat d'accroître la performance du système, de façon à contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population qu'ils desservent.

Dans la gestion du système de santé, on reconnaît de plus en plus la valeur ajoutée de la contribution des citoyens/usagers. C'est à la fois comme usager et citoyen (participant à des comités consultatifs) que l'individu est interpellé dans l'adaptation du système aux besoins de

1. Pour plus de détails au sujet de cette enquête, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

la population. Cette collaboration se concrétise tant au palier local qu'à l'échelle régionale et provinciale par la création des Forums de population et par la nomination du Commissaire à la santé et au bien-être (MSSS, 2009).

Le MSSS, pour sa part, s'engage à évaluer la performance du système de santé et des services sociaux et, de ce fait, cherche à mettre au point des outils appropriés pour constituer un ensemble de données pertinentes et à jour, utiles aux différents paliers de responsabilité populationnelle (provincial, régional et local) définis par la réforme. C'est ainsi qu'un cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion a été élaboré en 2012 (MSSS, 2012).

Le cadre ministériel d'évaluation de la performance tient compte de tous les éléments qui concourent à l'état de santé et de bien-être de la population et des relations qui les unissent, soit :

- les déterminants autres que le système public de santé et de services sociaux (les habitudes de vie, les conditions socioéconomiques et démographiques, les conditions environnementales, les services privés de santé et les services sociaux);
- le système public de santé et de services sociaux (les dimensions de la performance et les programmes);
- les conditions structurelles du système public de santé et de services sociaux (la gouvernance et les ressources humaines, financières, matérielles, technologiques et informationnelles).

À ces éléments se superposent huit dimensions de la performance :

- l'accessibilité, soit 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;
- l'équité d'accès, soit 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.;
- l'efficacité, soit la capacité du système de santé et de services sociaux d'améliorer la santé et le bien-être;

- la sécurité, soit 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 en général;
- la réactivité, soit la capacité du système de santé et de services sociaux de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers;
- l'efficience, soit la capacité du système de santé et de services sociaux d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale;
- la continuité, soit la capacité du système de santé et de services sociaux de fournir les soins et les services requis de première, deuxième ou troisième ligne, de façon intégrée et coordonnée;
- la viabilité, soit la capacité du système de santé et de services sociaux, considérée sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles, de répondre aux besoins présents et futurs de la population.

Pour mieux comprendre la portée et les limites des données de l'EQES, le présent volume est consacré à la présentation des grands paramètres méthodologiques de l'enquête ainsi qu'à la description de la population visée. Les résultats de l'EQES seront publiés au cours de 2013 dans une série de volumes abordant les thèmes suivants :

- l'affiliation à un médecin de famille et l'endroit habituel de soins;
- la consultation des professionnels des services sociaux;
- l'expérience de soins lors d'une consultation à l'urgence d'un hôpital et lors d'une hospitalisation;
- la consultation d'un médecin spécialiste;
- la prescription de tests de laboratoire ou d'examen radiologiques et la prise de médicaments prescrits par un médecin;
- les résultats régionaux et locaux relatifs à chacun des thèmes traités (sur le site Web de l'ISQ).



# 1

## ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre présente la méthodologie générale de l'EQES 2010-2011. La première section porte sur les éléments liés au plan d'échantillonnage utilisé pour l'enquête. La seconde décrit brièvement le processus de collecte des données et les résultats obtenus à cet égard. La section suivante porte sur le traitement des données de l'enquête; on y expose les étapes de la validation et de la pondération, de l'examen de la non-réponse partielle et de l'imputation de certaines variables, de même que les méthodes d'analyse retenues pour les publications de l'ISQ tirées de l'EQES. Le chapitre se termine par deux sections, l'une qui décrit les normes de présentation des résultats et l'autre, qui traite de la portée et des limites de l'enquête.

### 1.1 Plan d'échantillonnage

#### 1.1.1 Population visée

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 privé<sup>1</sup> ou dans un ménage collectif<sup>2</sup> non institutionnel ».

#### 1.1.2 Base de sondage

La base de sondage utilisée pour sélectionner l'échantillon de l'enquête a été extraite du fichier des inscriptions des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ce fichier présente plusieurs avantages : il permet notamment d'exclure la majeure partie des personnes non visées par l'enquête, tout en assurant une excellente couverture des individus ciblés; il permet également la sélection d'individus en fonction de critères d'âge, de sexe et de répartition géographique; finalement, il contient les renseignements nécessaires à l'établissement du contact avec les individus sélectionnés, soit leurs coordonnées géographiques et jusqu'à deux numéros de téléphone.

Les principaux inconvénients du FIPA sont liés à la qualité de la mise à jour des numéros de téléphone, qui sont dans certains cas inexacts ou même inexistant, ce qui complique le contact et la collecte auprès de la population échantillonnée<sup>3</sup>.

Par ailleurs, la base de sondage peut engendrer de la sous-couverture puisque certaines personnes admissibles à l'enquête ne font pas partie du FIPA, n'étant pas inscrites à la RAMQ<sup>4</sup>. Il se peut également que la base compte quelques personnes non admissibles, par exemple celles n'ayant, au moment du tirage de l'échantillon, pas encore informé la RAMQ d'un déménagement hors de la province de Québec. Il est difficile de quantifier de manière précise la couverture nette de la base de sondage, étant donné que la taille de la population visée

- 
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 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.
  3. Pour plus de détails, voir la section 1.2.2.
  4. La sous-couverture peut aussi être attribuable en partie aux personnes en curatelle publique ne vivant pas en institution qui, bien qu'elles soient admissibles à l'enquête, ne sont pas incluses dans la base de sondage extraite du FIPA.

ne peut être établie de façon exacte. Les meilleures données disponibles ayant servi à estimer cette taille sont les estimations de population de 2011, produites par l'ISQ et ajustées pour l'exclusion des personnes en institution et de celles vivant dans des réserves indiennes. En comparant ces estimations à la base de sondage, on peut établir que la couverture de la population visée par le FIPA est d'au moins 95 %<sup>5</sup>.

La population échantillonnée correspond donc aux personnes inscrites dans le FIPA qui répondent aux critères d'admissibilité. En faisant l'hypothèse que la population non couverte par l'enquête ressemble à celle qui l'est, quant à ses caractéristiques, on peut penser que l'erreur de couverture a un impact négligeable sur les estimations produites. Ainsi, on peut conclure que l'inférence porte sur l'ensemble de la population visée par l'enquête.

### 1.1.3 Taille et répartition de l'échantillon

Rappelons qu'un des objectifs de l'enquête est de fournir des estimations au niveau de la province, des régions sociosanitaires (RSS) et des réseaux locaux de services (RLS). Le plan de sondage a donc été construit de manière à :

- estimer une proportion de 15 % avec une bonne précision relative, c'est-à-dire un coefficient de variation<sup>6</sup> (CV) d'au plus 12,5 % dans chacun des 94 réseaux locaux de services (RLS) visés par l'enquête<sup>7</sup>;
- estimer une proportion de 5 % avec un CV de moins de 10 % dans chacune des RSS visées par l'enquête (sauf le Nord-du-Québec, où un CV de 12,5 % était visé);
- maximiser la taille d'échantillon efficace au niveau provincial, c'est-à-dire la taille d'échantillon ajustée pour l'effet de plan<sup>8</sup>, malgré les contraintes régionales et locales, en augmentant celle-ci dans les RLS les plus peuplés. En effet, des caractéristiques peu répandues dans la population doivent pouvoir être estimées avec une très bonne précision.

Par ailleurs, comme l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) est arrimée à l'EQES, le plan de sondage de cette dernière a dû être adapté pour permettre d'atteindre les objectifs spécifiques à l'EQLAV.

- Un suréchantillonnage a été nécessaire dans quelques régions (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière et Laurentides) afin de permettre l'atteinte des objectifs de précision des estimations pour deux des instruments de l'EQLAV, soit la mesure des habitudes de vie (MHAVIE) et l'instrument mesurant l'aide aux activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ-AVD).
- Les personnes âgées de 85 ans et plus ont été suréchantillonnées afin d'estimer des proportions de 4 % et plus avec un CV d'au plus 15 % au niveau provincial. Cet ajout d'échantillon, bien que concentré dans les régions plus peuplées, s'est fait dans tous les RLS de la province.

Le nombre total de répondants nécessaire pour atteindre tous les objectifs mentionnés précédemment a été fixé à 46 854 personnes. En faisant des hypothèses quant aux taux de réponse et d'admissibilité, la taille d'échantillon initiale a pu être déterminée pour chacune des strates de l'enquête.

Le tirage de l'échantillon, effectué par le personnel de la RAMQ selon les spécifications de l'ISQ, s'est fait après une stratification de la base de sondage visant à assurer un certain contrôle de la composition de l'échantillon. Les strates sont formées du croisement entre le RLS, le groupe d'âge (15 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans, 85 ans et plus) et le sexe. Au total, il y avait 1 893 strates dans la base de sondage, certaines ayant été regroupées à la RAMQ pour des raisons de confidentialité.

5. Le pourcentage de couverture est probablement un peu plus élevé que 95 % puisque les estimations de population considérées dans le calcul incluent des personnes non visées par l'enquête, par exemple certains résidents non permanents qui ne sont pas couverts par le régime québécois d'assurance maladie.

6. Pour plus de détails, voir la section 1.3.4.

7. Le RLS de Kawawachikamach est exclu de la population visée par l'enquête puisqu'il n'est constitué que d'une seule réserve indienne. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, le Québec compte un RLS de moins puisque le RLS du Témiscamingue et celui de Ville-Marie ont fusionné. Ils étaient distincts au moment de la conception du plan de sondage et de la collecte des données.

8. L'effet de plan est une mesure relative de la précision des estimations produites avec le plan de sondage choisi, comparativement à la précision qu'on aurait pu obtenir avec un plan aléatoire simple contenant le même nombre d'unités. Un effet de plan supérieur à 1 est associé à une moins bonne précision que celle obtenue avec l'échantillon aléatoire simple de même taille.

Pour faciliter la gestion et le suivi tout au long de la collecte, l'échantillon a été scindé en cinq vagues. Le découpage de l'échantillon en vagues permet notamment de suivre l'évolution des divers paramètres de collecte (taux d'admissibilité et de réponse) et de les réviser si certaines hypothèses de départ s'avèrent erronées. Cela constitue un avantage non négligeable puisque dans cette enquête, des objectifs quant à la précision des estimations étaient fixés pour un niveau géographique fin (par RLS) ainsi que pour les personnes âgées de 85 ans et plus. Ainsi, la partition de l'échantillon en cinq vagues a permis de sélectionner le bon nombre de personnes pour chacune des sous-populations obtenues. En début de collecte, à défaut d'avoir de l'information plus détaillée, les hypothèses de taux de réponse étaient semblables pour tous les RLS d'une région. Toutefois, en cours de route, des hypothèses à l'échelle des RLS ont pu être faites à la lumière des premiers résultats, et les tailles

d'échantillon nécessaires par RLS ont pu être ajustées. Cela a facilité l'obtention du nombre de répondants voulu à la fin de la collecte pour la majorité des RLS. Ainsi, la taille d'échantillon nécessaire pour atteindre les nombres attendus de répondants a été revue à quelques reprises au cours de la période de collecte. Elle a finalement été établie à 77 436 personnes, les cinq vagues comprenant respectivement 14 054, 13 674, 20 533, 20 467 et 8 708 personnes.

Pour chaque vague de l'enquête, à l'intérieur de chaque strate, le personnel de la RAMQ a procédé à un tirage systématique du nombre de personnes déterminé, afin d'atteindre les objectifs de précision du plan de sondage. Le tableau 1.1 présente la taille d'échantillon totale ainsi que le nombre de répondants attendu par région sociosanitaire.

Tableau 1.1  
Taille d'échantillon et nombre de répondants attendu par région sociosanitaire

	Taille d'échantillon	Nombre de répondants attendu
Bas-Saint-Laurent	4 702	2 963
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3 798	2 518
Capitale-Nationale	4 579	2 830
Mauricie et Centre-du-Québec	4 784	3 080
Estrie	4 972	3 269
Montréal	9 297	5 154
Outaouais	5 158	3 055
Abitibi-Témiscamingue	4 399	2 604
Côte-Nord	5 494	2 997
Nord-du-Québec	2 127	1 218
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	3 745	2 275
Chaudière-Appalaches	4 580	2 926
Laval	3 687	2 118
Lanaudière	3 631	2 234
Laurentides	4 854	2 946
Montréal	7 629	4 667
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>77 436</b>	<b>46 854</b>

## 1.2 Collecte des données

### 1.2.1 Prétest

Au début de l'été 2010, un prétest a été effectué auprès de 708 répondants. Afin de vérifier la compréhension du questionnaire auprès des personnes avec des profils particuliers, ce prétest a visé notamment des anglophones et des personnes âgées de 85 ans ou plus. Il avait plusieurs objectifs :

1. tester les procédures de collecte, notamment celles liées à l'arrimage EQES/EQLAV;
2. vérifier l'intelligibilité des questions des différents instruments dans les deux langues et la cohérence globale;
3. évaluer la durée de passation du questionnaire;
4. estimer le taux de réponse et le taux de refus à l'EQES ainsi que le taux d'admissibilité à l'EQLAV;
5. examiner les réponses des questionnaires remplis par des tiers répondants;
6. vérifier l'impact de l'ordre de certaines questions;
7. tester les deux questions sur le consentement au jumelage de données;
8. évaluer la non-réponse partielle.

Dans l'ensemble, les questions centrales du questionnaire ont été bien comprises par les répondants lors du prétest. Quelques recommandations ont toutefois été émises à la suite de ce prétest, notamment d'envisager une réduction du nombre de questions du questionnaire de l'EQES, afin de diminuer le fardeau des répondants, de tenir compte du taux de réponse plus bas chez les personnes âgées de 85 ans et plus, ainsi que d'élaborer des stratégies particulières pour tenter de réduire le nombre d'entrevues non complétées, surtout chez des non-francophones.

### 1.2.2 Stratégie de collecte

La collecte des données s'est déroulée du 28 octobre 2010 au 4 décembre 2011. Ainsi qu'il a été précisé à la section 1.1.3, l'échantillon a été réparti en cinq vagues de collecte, chacune correspondant à une période bien définie<sup>9</sup>. Toutefois, afin de maximiser les taux de réponse, chaque vague a été travaillée pendant les périodes consacrées aux vagues subséquentes également.

La collecte s'est effectuée par entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO) à partir du logiciel Interviewer. La durée moyenne d'entrevue a été d'un peu plus de 22 minutes. La stratégie de collecte retenue comportait l'expédition, avant le début de chacune des vagues, d'une lettre de présentation de l'enquête adressée à la personne sélectionnée afin de l'informer qu'elle serait contactée par téléphone pour y participer.

En cas d'absence ou de refus, la stratégie de collecte prévoyait aussi plusieurs tentatives afin de joindre les personnes et de les convaincre de participer à l'EQES. Par ailleurs, plusieurs stratégies ont été mises en place pour favoriser la collaboration des personnes sélectionnées, comme la publication d'articles dans certains journaux locaux et l'utilisation d'approches adaptées auprès de certaines sous-populations moins enclines à répondre, et des efforts de collecte intensifiés ont été faits en fin de vague dans les RLS où les taux de réponse étaient les plus faibles.

Des stratégies particulières ont également été employées auprès des individus pour lesquels le FIPA ne disposait pas de numéro de téléphone et auxquels la recherche automatisée<sup>10</sup> n'avait pas permis non plus d'attribuer un numéro (10,4% des personnes échantillonnées). Des recherches manuelles réalisées à l'ISQ ont été faites afin de trouver des numéros de téléphone valides, des lettres ont été adressées à ces individus leur demandant de contacter l'ISQ, et une mise à jour de leurs coordonnées téléphoniques a été effectuée en cours de collecte auprès de la RAMQ<sup>11</sup>.

9. La vague 1 a débuté le 28 octobre 2010, la vague 2 le 13 janvier 2011, la vague 3 le 11 mars 2011, la vague 4 le 16 juin 2011 et la vague 5 le 23 septembre 2011.

10. Pour les personnes dont aucun numéro de téléphone n'apparaissait dans le FIPA (30,7% des personnes échantillonnées). Une recherche par adresse effectuée par la firme Échantillonneur ASDE à l'aide de bottins informatisés a permis de réduire considérablement le nombre de personnes auxquelles aucun numéro de téléphone n'était associé.

11. Ces stratégies ont porté fruit puisque le taux de réponse pondéré de cette sous-population a été de près de 37%.

### 1.2.3 Questionnaire

L'élaboration du questionnaire de l'EQES s'est largement inspirée de six enquêtes touchant des thèmes connexes à l'organisation des services, qui contenaient des éléments d'intérêt pour la mise au point de l'outil de collecte de l'EQES. Ces enquêtes sont les suivantes :

- L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec 2005 (Pineault et autres, 2008);
- Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (Statistique Canada, 2008)<sup>12</sup>;
- International Health Survey in Seven Countries – Commonwealth Fund (2007);
- Health Care Quality Survey – Commonwealth Fund (2006);
- Primary Care Trusts Survey (Local Health Services) 2008 – Picker Institute/NHS (Martin, 2008);
- Enquête sur l'accès aux services de santé (Statistique Canada, 2005).

Mentionnons cependant que plusieurs questions ont été créées pour les besoins précis de l'EQES ou inspirées de l'EQLAV. Mis à part la section sur le profil sociodémographique du répondant et celle incluant les questions de sélection visant à déterminer l'admissibilité à l'EQLAV, le questionnaire comprend huit sections : endroit habituel de soins, médecin de famille, tests et examens, médecin spécialiste, hospitalisation, visites à l'urgence, médicaments et services sociaux. Chacune des sections filtre les répondants, soit comme usagers ou non-usagers. Les usagers répondent aux questions sur le service reçu (expériences, difficultés, appréciation, etc.) et sur les besoins non comblés, alors que les non-usagers sont d'emblée orientés vers les questions relatives aux services qu'ils auraient jugés nécessaires sans avoir pu les obtenir, soit sur les besoins non comblés.

Les deux premières sections, qui portent sur l'endroit habituel de soins et le médecin de famille, comptent respectivement 12 et 9 questions. Elles visent à estimer la proportion de personnes qui ont un lieu habituel de soins, à préciser ce lieu et à déterminer le lien entre ce lieu et le médecin de famille. Ces sections permettent de recueillir de l'information sur l'accessibilité, la réactivité et l'efficacité des services reçus à l'endroit habituel de soins.

La section suivante concerne les tests de laboratoire (ex. : prises de sang, tests d'urine) et les examens radiologiques (ex. : radiographie, mammographie, échographie) prescrits. Elle compte neuf questions qui visent à renseigner sur l'accessibilité, la continuité et la sécurité. Les questions permettent d'estimer la proportion de personnes qui ont passé un test ou un examen, de documenter le contexte et les difficultés rencontrées et d'estimer les besoins non comblés.

La quatrième section compte 11 questions visant à documenter l'accessibilité, la réactivité et l'efficacité de la consultation auprès du médecin spécialiste. Les questions renseignent sur l'interface entre la première et la deuxième ligne. Les questions permettent d'estimer la proportion de personnes qui ont été référées à un spécialiste, de documenter le contexte et les difficultés rencontrées, s'il y a lieu, de faire le lien entre le spécialiste consulté et le médecin référant et, enfin, de mesurer les besoins non comblés.

La cinquième section, qui traite de l'hospitalisation, vise à documenter l'accessibilité, la continuité, la sécurité et l'efficacité de l'hospitalisation. Elle compte 13 questions qui renseignent sur l'interface entre la première et la deuxième ligne à diverses étapes du parcours, en tenant compte de l'accompagnement offert au patient lors du congé de l'hôpital et du suivi avec le médecin de famille. Les questions permettent d'estimer la proportion des personnes ayant été hospitalisées, de documenter le contexte et les circonstances liés à l'hospitalisation, à la post-hospitalisation ainsi qu'au congé de l'hôpital.

La sixième section porte sur la consultation à l'urgence et vise à documenter l'accessibilité, la continuité et l'efficacité de ce service. Elle compte 14 questions qui s'appliquent au parcours du patient : le fait de se présenter à l'urgence, l'étape de l'hospitalisation à la suite de cette consultation et, finalement, le congé de l'hôpital. Ces questions permettent d'estimer la proportion de personnes qui ont consulté un médecin à l'urgence. Elles permettent également de faire des liens entre la visite à l'urgence, le lieu habituel de soins et le médecin de famille.

La septième section compte cinq questions qui traitent des médicaments sur ordonnance. Les répondants prenant des médicaments sans ordonnance sont donc exclus. Elle vise à documenter l'accessibilité, la continuité et la sécurité. Avec ces questions, on cherche à estimer la

12. Cette enquête a été réalisée par Statistique Canada pour le compte du Conseil canadien de la santé et du bien être.

proportion de personnes qui prennent des médicaments prescrits par un médecin. Le suivi médical et l'échange de l'information concernant les médicaments constituent des éléments importants puisqu'ils permettent de documenter la continuité.

La huitième et dernière section thématique porte sur la consultation de services sociaux, qu'ils soient publics ou privés. Malgré l'hétérogénéité des services disponibles et des lieux de consultation possibles, cette section vise à faire une première exploration du champ de l'utilisation des services sociaux, car très peu de données populationnelles ont été produites sur cette thématique au Québec. Ainsi, les services destinés aux problématiques les plus fréquentes ont été ciblés. Cette section compte neuf questions ciblant l'accessibilité et l'efficacité des services sociaux, de même que les besoins non comblés en cette matière. Les questions permettent d'estimer la proportion de personnes ayant consulté certains professionnels des services sociaux, de documenter divers aspects liés à l'expérience de consultation, dont le lieu de la consultation, et de mesurer les besoins non comblés.

## 1.2.4 Taux d'admissibilité et taux de réponse

Comme on s'y attendait, le taux d'admissibilité à l'enquête (99%) est très élevé. Seules quelques personnes ont été jugées inadmissibles au moment de la collecte, soit parce qu'elles avaient déménagé dans un ménage collectif institutionnel ou hors de la province de Québec, soit parce qu'elles étaient décédées. Le nombre de répondants et le taux de réponse pondéré obtenus par région sociosanitaire sont présentés au tableau 1.2.

Au total, 48 100 personnes ont répondu à l'enquête, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 63,3%. La proportion de non-répondants, soit 36,7%, se distribue comme suit : 12,3% sont des refus, 10,4%<sup>13</sup> des numéros de téléphone erronés; tous les autres types de non-réponse comptent pour le 14,0%<sup>14</sup> restant. L'absence de numéros de téléphone ou la présence de mauvais numéros dans la base de sondage contribue considérablement à la non-réponse. Le nombre de répondants par région sociosanitaire (RSS) varie entre 1 217, pour le

Tableau 1.2  
Nombre de répondants et taux de réponse pondéré par région sociosanitaire

	Nombre de répondants <sup>1</sup>	Taux de réponse pondéré
	n	%
Bas-Saint-Laurent	3 104	67,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	2 547	68,8
Capitale-Nationale	3 050	65,2
Mauricie et Centre-du-Québec	3 090	65,8
Estrie	3 359	68,0
Montréal	5 459	60,0
Outaouais	3 188	63,9
Abitibi-Témiscamingue	2 693	63,0
Côte-Nord	2 951	60,2
Nord-du-Québec	1 217	58,7
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2 303	63,1
Chaudière-Appalaches	2 944	66,9
Laval	2 222	60,9
Lanaudière	2 265	62,9
Laurentides	2 908	60,9
Montérégie	4 800	64,1
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>48 100</b>	<b>63,3</b>

1. Le nombre de répondants est présenté selon la région de résidence mise à jour lors de la collecte des données et non selon la région figurant dans la base de sondage.

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

13. Cette proportion correspond au résultat final obtenu à la suite de la collecte. Bien qu'identique à la proportion des personnes échantillonnées n'ayant pas de numéro de téléphone, elle regroupe au final d'autres numéros qui se sont avérés invalides en cours de collecte.
14. Ce 14,0% regroupe des types de non-réponse très variés, comme le fait de tomber sur une boîte vocale, les entrevues incomplètes, les absences prolongées de la personne sélectionnée, etc.

Nord-du-Québec, et 5 459 pour Montréal. L'objectif quant au nombre de répondants a été atteint dans toutes les régions sociosanitaires, à l'exception de la Côte-Nord. En tentant d'atteindre cet objectif pour toutes les RSS et tous les RLS, le nombre de répondants s'est avéré plus élevé qu'attendu à certains endroits, ce qui a permis de dépasser l'objectif global de 46 854 répondants. Les taux de réponse régionaux oscillent entre 59 % et 69 %. Seule la région du Nord-du-Québec a présenté un taux de réponse inférieur à 60 %. Notons que le taux de réponse obtenu pour la région de Montréal (60 %) est relativement élevé dans l'EQES comparativement à d'autres enquêtes récentes.

Les taux de réponse par réseau local de services (RLS) sont beaucoup plus variables, puisqu'ils vont de 51,2 % à 74,4 %, à l'exception de celui de la Basse-Côte-Nord, qui est de 36,4 %. Le nombre de répondants par RLS varie quant à lui de 296 à 2 222. Le nombre attendu a été atteint dans 68 des 94 RLS, et le nombre de répondants manquants dans les autres RLS est en général très petit (inférieur à 20 presque partout). Le nombre de répondants attendu et obtenu ainsi que le taux de réponse dans chacun des RLS sont mentionnés à l'annexe A.

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, il était possible de demander à une tierce personne capable de répondre au questionnaire pour elle. Cette façon de faire est qualifiée de « déclaration par procuration ». Les questions portant sur des perceptions ou l'appréciation des services n'ont pas été posées aux tiers répondants. Des 48 100 entrevues complétées, 2 023 ont ainsi été réalisées auprès de tiers répondants, ce qui correspond à un taux de déclaration par procuration pondéré de 3,7 % pour l'ensemble du Québec.

## 1.3 Traitement des données

### 1.3.1 Validation

Le recours aux entrevues téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) permet une saisie automatique des réponses fournies par les répondants. La très grande majorité des questions sont en outre autocodées, c'est-à-dire que l'intervieweur n'a qu'à cocher le choix du

répondant. La saisie s'en trouve donc réduite au minimum. Par ailleurs, la collecte téléphonique étant entièrement informatisée, plusieurs validations de base sont réalisées pendant l'entrevue, notamment la vérification du respect des choix de réponse pour les questions fermées ou celle de l'adéquation des sauts de section, pour les blocs de questions ne s'adressant qu'à un sous-groupe de répondants.

De plus, une validation effectuée a posteriori afin de s'assurer principalement de la cohérence des réponses d'un même répondant a servi à relever quelques erreurs. À cette étape, la codification des réponses aux questions permettant de distinguer les non-répondants partiels des répondants qui n'étaient pas concernés par une question a également été vérifiée. De surcroît, un examen de la séquence des codes de résultats<sup>15</sup> de la collecte a été fait, ce qui a permis de corriger certains codes finaux. Enfin, comme cette enquête vise à produire des estimations à un niveau géographique fin (RLS), une validation minutieuse des codes postaux fournis par les répondants a été effectuée afin de s'assurer que chaque répondant était classé dans le bon RLS.

### 1.3.2 Pondération

La pondération consiste à attribuer à chacun des répondants de l'enquête une valeur, c'est-à-dire un poids qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. La pondération est essentielle pour l'obtention des diverses estimations tirées de l'EQES. C'est ce qui permet de rapporter les données des répondants à la population visée et de faire des inférences adéquates à cette population, bien qu'elle n'ait pas été observée dans sa totalité. C'est également une des méthodes qui servent à estimer correctement la précision des données. À titre d'exemple, la répartition de l'échantillon selon les RLS et les régions sociosanitaires ne représente pas bien celle de la population du Québec. La pondération permet de corriger cette distorsion créée par le plan de sondage. De plus, il est connu que dans ce type d'enquête, la probabilité de répondre au questionnaire varie selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques. Il est donc nécessaire de tenir compte de ces éléments d'information, ils doivent dès lors être intégrés à la pondération lors de la production de statistiques tirées de l'EQES.

15. Le code de résultat est le code attribué à chaque personne de l'échantillon selon le résultat de l'appel. Il y a donc autant de codes que d'appels dans un dossier, et le code final permet de déterminer le statut de chaque personne : répondante, non-répondante ou inadmissible.

La stratégie de pondération qui a été mise au point par l'ISQ pour cette enquête<sup>16</sup> tient compte, entre autres, de la probabilité de sélectionner une unité dans la base de sondage, des personnes inadmissibles, de l'ajustement de la non-réponse totale, de même que d'un ajustement aux totaux de population par RLS, groupe d'âge et sexe.

La première étape de cette stratégie consiste à calculer l'inverse de la probabilité de sélection de chaque individu. Ensuite, un ajustement doit être fait pour l'admissibilité à l'enquête (selon les critères de la population visée), qui varie selon l'âge et qui, de surcroît, n'est pas connue pour certaines personnes de l'échantillon.

L'étape suivante est l'ajustement pour la non-réponse totale, qui se fait en deux phases : d'abord, l'ajustement pour les personnes que l'on ne peut pas contacter (mauvais numéros de téléphone ou numéros introuvables), suivi de l'ajustement pour les non-répondants parmi les personnes que l'on peut joindre (dont les coordonnées étaient valides). Même quand les personnes étaient contactées, elles ne remplissaient pas nécessairement toutes le questionnaire et certaines sont demeurées « non répondantes ». Le fait de procéder ainsi permet de tenir compte, dans la deuxième phase de l'ajustement, d'une variable reflétant la difficulté de joindre la personne sélectionnée, à savoir le nombre d'interventions dans un dossier<sup>17</sup>. Ce nombre n'est pas pertinent pour les personnes dont les coordonnées sont erronées.

Les mêmes méthodes sont utilisées pour faire l'ajustement relatif au contact et l'ajustement pour la non-réponse parmi les personnes avec lesquelles un contact a été établi. Il s'agit donc de modéliser le fait d'être répondant ou non à l'enquête (ou le fait d'avoir été contacté ou non lors de l'enquête, selon la phase de l'ajustement) et de créer des classes de pondération correspondant à des groupes de personnes ayant des caractéristiques et des proportions de répondants (ou de contacts) semblables. Le poids des répondants est ajusté par l'inverse du taux de réponse (ou du taux de contact) dans chacune des classes.

Pour un certain nombre de personnes incapables de répondre au questionnaire, en raison de leur état de santé, il n'a pas été possible de trouver un tiers répondant. Elles ont donc été considérées comme des non-répondantes. Leur statut est toutefois différent de celui des autres non-répondants puisque des tiers auraient dû remplir le questionnaire à leur place. Un ajustement particulier pour la non-réponse a donc été fait pour les personnes dont un tiers a rempli le questionnaire en raison de leur état de santé, afin qu'elles représentent l'ensemble des personnes incapables de répondre. Parmi les poids obtenus, les poids extrêmes ont été détectés. Certains poids, beaucoup plus gros que les autres de leur strate, ont été tronqués (moins de 1 % des poids ont ainsi été modifiés).

Enfin, la dernière étape de la pondération est la post-stratification. Cet ajustement permet de s'assurer que la somme des poids de toutes les personnes répondantes à l'enquête correspond bien à la population visée par l'enquête, et ce, par RLS, groupe d'âge et sexe. La population de référence utilisée est constituée des plus récentes estimations de population produites par l'ISQ (2011), ramenées à la population visée par l'enquête à partir des taux d'admissibilité obtenus du FIPA. Cet ajustement a été réalisé par un calage aux marges<sup>18</sup> visant à obtenir une somme de poids égale aux effectifs de la population visée par région sociosanitaire, groupe d'âge et sexe, d'une part (1<sup>re</sup> marge), et par RLS, d'autre part (2<sup>e</sup> marge).

### 1.3.3 Analyse de la non-réponse partielle

Outre la non-réponse totale compensée par la pondération, il existe un autre type de non-réponse, soit celle associée à une question (autrement dit, à une variable ou un indicateur établi à partir d'une série de questions) précise, appelée la non-réponse partielle. La non-réponse partielle associée à une variable ou un indicateur se définit comme le rapport entre le nombre pondéré d'individus n'ayant pas répondu à la question et le nombre pondéré d'individus devant y répondre.

16. Pour plus de détails sur la pondération, voir l'Annexe B.

17. Ce nombre correspond habituellement au nombre d'appels, mais peut parfois résulter d'une intervention faite par un intervieweur pour effectuer une modification au dossier.

18. Le « calage aux marges » est une procédure qu'on peut appliquer pour incorporer des données auxiliaires. Cette procédure rajuste les poids d'échantillonnage au moyen de multiplicateurs appelés les facteurs de calage, lesquels font correspondre les estimations aux totaux connus.

La non-réponse partielle peut entraîner des biais dans les estimations si les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants. Plus la proportion de non-réponse partielle est élevée, plus le risque de biais est grand. En général, lorsqu'on analyse des données d'enquête, il est raisonnable de faire l'hypothèse que pour une non-réponse partielle inférieure à 5 % dans l'ensemble du Québec, les risques de biais sont plutôt faibles. En raison d'une non-réponse partielle globalement peu élevée dans l'enquête, le risque que des biais importants relatifs à la précision des estimations soient associés à la non-réponse partielle est assez faible<sup>19</sup>. Pour certaines variables, la non-réponse partielle s'est avérée plus importante. Une analyse comparant les caractéristiques des répondants à celles des non-répondants a été effectuée, afin de limiter les biais dans l'interprétation des résultats obtenus. Les résultats de ces analyses sont présentés dans les publications de l'ISQ tirées de l'EQES traitant des variables et des indicateurs en cause.

Un des indicateurs présentés dans ce volume affiche un taux de non-réponse partielle de 6 %, soit l'adhésion à un régime d'assurance privée qui rembourse en partie ou en totalité les médicaments, les soins dentaires ou les services de santé complémentaires (établi à partir des questions Q127A, B et C). Bien que la non-réponse partielle pour cet indicateur soit caractérisée par l'âge, l'analyse de la non-réponse a révélé que le biais induit par celui-ci sur l'estimation était négligeable.

Dans certains tableaux figurant dans les volumes de l'ISQ tirés de l'EQES, des populations estimées (Pe), aussi appelées « effectifs », sont présentées. Pour de telles estimations, un taux de non-réponse partielle, aussi minime soit-il, entraîne un biais équivalent. Les estimations de population ont donc été produites en effectuant une correction pour la non-réponse partielle<sup>20</sup>.

Certaines variables affichant des taux de non-réponse partielle assez élevés, ou pour lesquelles un souci de cohérence par rapport à d'autres variables a été relevé, ont fait l'objet d'imputation. C'est notamment le cas pour le revenu du ménage, le type de médecin de famille et le besoin d'avoir un médecin de famille lorsqu'on a déclaré

ne pas en avoir. Seule l'imputation du revenu du ménage est présentée ici. Les imputations réalisées sur les autres variables de l'EQES seront expliquées dans les volumes analysant ces variables. Par ailleurs, certaines analyses des données de l'EQES font appel à des variables de l'EQLAV. Certaines de ces variables ont été imputées; le détail de ces opérations apparaît dans le rapport de l'EQLAV.

### *Imputation du revenu du ménage*

Le revenu des individus ou du ménage auquel ils appartiennent est une information plutôt difficile à obtenir des répondants dans une enquête populationnelle. L'EQES ne fait pas exception. L'indicateur du niveau de revenu du ménage, qui se définit comme le niveau de revenu ajusté pour le seuil de faible revenu selon la taille du ménage et de la communauté et qui est présenté en deux catégories (sous le seuil de faible revenu et au-dessus du seuil de faible revenu) est calculé à partir de la question Q120 du questionnaire de l'enquête. Cette question demandait d'estimer, pour les 12 derniers mois, le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes les sources, avant impôt et autres retenues. Le répondant avait la possibilité de fournir cette estimation soit par une valeur exacte, bien qu'approximative, soit sous forme de catégorie en indiquant la tranche de revenu dans laquelle elle se trouvait. En considérant la déclaration sous forme de catégorie comme une non-réponse partielle, le taux global pondéré de non-réponse partielle atteint 41,3 %. Soulignons qu'environ 23 % de la non-réponse partielle à la question sur le revenu est attribuable aux jeunes de moins de 25 ans. D'ailleurs, seulement 17 % des jeunes de moins de 18 ans ont été en mesure de fournir le revenu exact du ménage.

En présence d'une non-réponse partielle aussi élevée, il est souhaitable de procéder à l'imputation de données, de manière à minimiser les risques de biais. Ainsi, l'imputation du revenu total du ménage pour les non-répondants partiels à cette question a été faite<sup>21</sup>. L'imputation de données a pour effet d'augmenter artificiellement le nombre de répondants ayant fourni des réponses, sans toutefois avoir ce même impact sur la variance de l'estimation, ce qui fait que la variance des estimations

19. Le biais des estimations est en général peu important comparativement à l'erreur d'échantillonnage (c'est-à-dire la précision de l'estimation) et peut être considéré comme négligeable. Par exemple, un biais de 1 % pour une estimation dont l'erreur-type est de 10 % peut être jugé négligeable. Par contre, par rapport à une erreur-type de 2 %, ce biais de 1 % ne peut pas être considéré comme négligeable.

20. L'ajustement des estimations d'effectifs pour la non-réponse partielle est fait à partir de l'hypothèse que le taux de non-réponse partielle est uniforme pour toutes les catégories de la variable étudiée.

21. Pour plus de détails sur l'imputation du revenu du ménage, voir l'Annexe B.

faisant intervenir le niveau de revenu est sous-estimée. Cette sous-estimation peut être assez importante pour les jeunes adultes de 15 à 24 ans. C'est pour cette raison qu'il est recommandé d'interpréter avec prudence les différences dont le seuil observé est très près du seuil de signification. Les analyses publiées par l'ISQ tiennent compte de cette recommandation.

### 1.3.4 La précision des estimations

Dans toute enquête statistique, les estimations produites comportent des erreurs. Il y a, d'une part, l'erreur liée à l'échantillonnage, c'est-à-dire celle qui est attribuable au fait que l'on interroge seulement une partie de la population visée et, d'autre part, celles qu'entraîne la non-réponse ou la sous-couverture affectant la base de sondage, les erreurs de mesure associées à des questions difficiles à interpréter et les erreurs liées à la saisie ou au traitement des données. Plusieurs erreurs non liées à l'échantillonnage ont déjà été présentées dans les sections précédentes et leurs implications sont traitées à la section 1.5, qui aborde la portée et les limites de l'enquête.

#### *Erreur due à l'échantillonnage*

Ce type d'erreur se répercute sur les estimations produites. La perte de précision engendrée est grandement influencée par la complexité du plan de sondage utilisé pour constituer l'échantillon. Il est donc nécessaire de mesurer la précision de chaque estimation avant d'analyser et d'interpréter des résultats inférés à la population visée. Le coefficient de variation (CV), qui permet de mesurer la précision relative d'une estimation, est utilisé dans les publications de l'ISQ issues de l'EQES pour quantifier l'erreur d'échantillonnage. Le CV s'exprime comme suit<sup>22</sup>:

$$CV = \frac{\sqrt{\text{variance de l'estimation}}}{\text{estimation}}$$

Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont suffisamment précises et sont présentées sans indication à cet égard. Celles dont le CV est supérieur à 15 % mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (\*) dans les tableaux et les figures pour indi-

quer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Quant aux estimations dont le CV est supérieur à 25 %, elles sont accompagnées d'un double astérisque (\*\*) pour signaler leur faible précision et noter qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont fournies qu'à titre indicatif. Lorsque des résultats mentionnés dans le texte ne sont pas présentés dans un tableau ou une figure, l'indication de leur précision – passable ou faible –, s'il y a lieu, se trouve en note de bas de page.

Pour évaluer la précision des estimations, il est utile de s'attarder aux effets de plan auxquels sont soumises les différentes estimations faites à partir de cette enquête. Lorsque les estimations sont produites par réseau local de services (RLS), les effets de plan moyens<sup>23</sup> varient entre 1,0 et 1,12. Les effets de plan sont plus variables d'une région sociosanitaire à l'autre, allant de 1,03 à 1,52. Pour l'ensemble du Québec, toutefois, puisque la répartition de l'échantillon entre les régions est différente de la répartition réelle, l'effet de plan moyen est légèrement plus important, soit de 1,64.

Le fait que ces effets de plan soient en général très près de ceux qui étaient attendus et que les nombres de répondants visés par le plan de sondage dans les RLS et les RSS aient été obtenus presque partout est rassurant quant à l'atteinte des objectifs de précision fixés. Ainsi, la majorité des estimations produites ont une précision semblable à celle qui était prévue dans le plan de sondage.

### 1.3.5 Analyses et tests statistiques

Dans les publications de l'ISQ tirées de l'EQES, les résultats présentés ont d'abord fait l'objet d'un test global du khi-deux (test d'indépendance) afin de mesurer s'il existe une association entre la variable analysée et la variable de croisement. En présence d'un écart significatif au seuil de 0,05 et lorsque la variable d'analyse ou la variable de croisement comptait plus de deux catégories, des tests d'égalité des proportions étaient menés afin de déterminer les écarts les plus importants<sup>24</sup>. Ces tests reposent sur la distribution empirique de la différence des proportions,

22. Pour plus de détails sur le calcul de la variance de l'estimation, voir l'Annexe B.

23. Puisque l'effet de plan varie selon la variable d'analyse, pour calculer un effet de plan moyen, il faut procéder à plusieurs estimations et calculer la moyenne des effets de plan obtenus pour chacune d'entre elles.

24. 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 le reste du Québec.

obtenue à l'aide des 2 000 répliques d'autoamorçage (« *bootstrap* »)<sup>25</sup>; ils sont basés sur l'intervalle de confiance d'autoamorçage de la différence des proportions<sup>26</sup>. Dans tous les cas, un ajustement au test usuel a été effectué pour tenir compte de la complexité du plan de sondage.

## 1.4 Présentation des résultats

Dans les publications de l'ISQ, la présentation des résultats rend compte du fait que les statistiques fournies sont basées sur un échantillon et qu'il ne s'agit pas de valeurs exactes. Par ailleurs, toutes les estimations de proportions sont présentées avec une décimale dans les tableaux et figures, mais ont été arrondies à l'unité dans le texte (sauf dans le cas des proportions en deçà de 5 %, qui conservent leur décimale). 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 sont quant à elles arrondies à la centaine.

Seuls les résultats significatifs au seuil de 5 % sont mentionnés dans le texte. Des résultats non significatifs peuvent néanmoins être signalés s'ils présentent un intérêt particulier. Dans le but de faire ressortir les principales différences et d'alléger le texte, on s'en est surtout tenu à la description des catégories de variables (une ou deux, selon le cas) qui se distinguent significativement de toutes les autres catégories plutôt que de présenter toutes les différences significatives. Par ailleurs, il arrive que deux proportions pour lesquelles les estimations semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique. On dit, dans ce cas, qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence entre ces proportions.

## 1.5 Portée et limites de l'enquête

Tout a été mis en place pour assurer la qualité et la représentativité de l'EQES, non seulement à l'échelle de la province de Québec, mais aussi aux paliers régional et local. Soulignons, en premier lieu, que l'enquête utilise un échantillon de taille considérable, constitué de 48 100 Québécois âgés de 15 ans et plus, réparti en cinq vagues de collecte couvrant une année entière pour tenir compte d'éventuelles variations saisonnières.

Le potentiel analytique de l'EQES est donc gigantesque, permettant même la production d'estimations par RLS, ce qui est assez exceptionnel. Ce potentiel est accru par l'arrimage de l'enquête à l'EQLAV, qui permet de documenter la qualité de la prise en charge par le système de soins et de services sociaux de certaines populations, soit les personnes présentant des limitations d'activités, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées de 65 ans et plus. D'ailleurs, l'EQES permet la production d'estimations provinciales pour les personnes âgées de 75 ans et plus et même celles âgées de 85 ans et plus, dans certains cas. Elle est donc en mesure de fournir une bonne description de l'expérience de soins de l'ensemble de la population québécoise. En deuxième lieu, il faut mentionner que des résultats satisfaisants pour ce type d'enquête sur le plan de la réponse totale ont été atteints avec des taux supérieurs à 60 % dans presque la totalité des régions sociosanitaires. Finalement, la stratégie de collecte, en particulier la collecte assistée par ordinateur, a permis de minimiser la non-réponse partielle.

Les procédures d'inférence ont aussi fait l'objet d'une attention particulière. Ainsi, les pondérations utilisées dans l'analyse des données ont été effectuées de façon à réduire le plus possible les biais potentiels associés à la non-réponse totale et à assurer la fiabilité de l'inférence à la population visée. De plus, toutes les mesures de précision et les tests ont été réalisés en tenant compte de la complexité du plan de sondage de l'enquête.

Comme c'est le cas dans toutes les enquêtes populationnelles, malgré que toutes les précautions soient prises pour assurer la qualité des données et pour minimiser les biais, l'analyse des données demeure contrainte par certaines limites. Ainsi, il est impossible de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres choses, par le phénomène de désirabilité sociale ou par la difficulté de se souvenir des choses passées ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. De plus, les renseignements recueillis auprès d'une tierce personne, le cas échéant, peuvent manquer de précision. Dans le cas de l'EQES, toutefois, étant donné qu'une telle situation concerne seulement 4 % des entrevues, le biais engendré par la non-réponse découlant des répondants par procuration peut être considéré comme négligeable lors de la production d'estimations.

25. Pour plus de détails sur l'autoamorçage, voir l'Annexe B.

26. Pour plus de détails, voir Institut de la statistique du Québec et Institut national de santé publique du Québec, (2012).

Il faut rappeler que la présente enquête fait abstraction d'une portion de la population québécoise, soit celle vivant dans des logements collectifs institutionnels, notamment les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Étant donné que ces personnes sont généralement dans un état de santé moins favorable et qu'elles reçoivent une grande partie de leurs soins de santé dans ces établissements, les résultats de l'EQES ne peuvent pas leur être appliqués. Cette particularité de l'échantillon peut mener à une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé dans l'ensemble de la population québécoise. C'est particulièrement le cas pour les personnes âgées, dont une plus grande proportion habitent en institution (la proportion des gens vivant en institution est d'environ 1 % dans la population de 15 ans et plus mais de près de 5 % chez ceux de 65 ans et plus; Statistique Canada, 2012). Par ailleurs, la région associée à chaque répondant à l'enquête est sa région de résidence, même s'il est probable que certaines personnes consultent les services sociaux et de santé offerts dans une autre région sociosanitaire. Enfin, une enquête transversale<sup>27</sup> comme l'EQES permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des groupes de population. Ce genre d'étude ne permet toutefois pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées.

---

27. Ce type d'enquête se rapporte à la mesure d'un phénomène sur une période donnée.

# 2

## CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION VISÉE

Le présent chapitre décrit la population visée par l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*. Rappelons que celle-ci porte sur les Québécois de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé ou collectif non institutionnel. Soulignons, d'entrée de jeu, que l'EQES n'a pas pour objet d'estimer la portion de la population possédant l'une ou l'autre des caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques<sup>1</sup> ou liées à la santé<sup>2</sup> servant à la décrire. La description de la population en fonction de ces dernières vise uniquement à rehausser le niveau de connaissance que l'on peut en avoir. Par ailleurs, dans les différents volumes du rapport, les données sont croisées avec ces caractéristiques dans l'intention d'identifier les populations présentant des besoins. Dans le présent volume, l'association entre les variables est indiquée et seules les différences significatives sur le plan statistique sont signalées dans le texte, à moins d'indication contraire.

La présentation de la structure de la population visée, selon l'âge et le sexe, est suivie par la description de celle-ci en fonction de caractéristiques propres aux individus, comme le niveau de scolarité, l'occupation principale, la composition du ménage, le statut d'immigration et la langue parlée le plus souvent à la maison. Quatre variables traduisent la réalité socioéconomique de la population ciblée : le niveau de revenu du ménage, la zone géographique de résidence, le niveau de défavorisation (matérielle ou sociale) et l'adhésion (ou non) à un régime d'assurance privée. Les caractéristiques liées à la santé comprennent pour leur part des variables comme la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'incapacité.

### 2.1 Caractéristiques sociodémographiques et économiques

#### 2.1.1 La structure par âge et sexe de la population

Les personnes âgées de moins de 65 ans représentent une grande part de la population de 15 ans et plus visée par l'enquête, soit un peu plus de huit personnes sur dix (tableau 2.1). Plus précisément, les jeunes adultes de 15 à 24 ans regroupent 15 % de l'ensemble de la population; les 25 à 49 ans constituent le groupe le plus important et rassemble environ les deux cinquièmes de la population étudiée (41 %); puis, le groupe des personnes de 50 à 64 ans en représente plus du quart (26 %). Les personnes âgées de 65 ans et plus constituent 18 % de l'ensemble de la population et se répartissent comme suit : 6 % sont âgées de 65 à 69 ans, 4,3 %, de 70 à 74 ans, 3,4 %, de 75 à 79 ans, 2,5 %, de 80 à 84 ans et, enfin, 2,1 % ont 85 ans et plus.

De façon générale, les croisements avec les indicateurs relatifs aux thèmes abordés dans les différentes publications de l'ISQ portent sur les six groupes d'âge suivants : 15 à 24 ans (15 %), 25 à 49 ans (41 %), 50 à 64 ans (26 %), 65 à 74 ans (10 %), 75 à 84 ans (6 %) et 85 ans et plus (2,1 %); ou encore, selon les besoins, sur les deux grands groupes d'âge suivants : 15 à 64 ans (82 %) et 65 ans et plus (18 %).

---

1. Pour connaître la définition de ces variables, voir l'encadré *Variables et indicateurs de croisement utilisés* à la page 15.  
2. Pour connaître la définition de ces variables, voir l'encadré *Variables et indicateurs de croisement utilisés* à la page 15. De plus, pour les analyses portant sur les indicateurs « Incapacité » et « Nombre de problème de santé de longue durée », la pondération de l'EQLAV est utilisée. Pour plus de détails, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

La population visée par l'enquête se compose d'à peine plus de femmes (51 %) que d'hommes (49 %) (tableau 2.1). Avant l'âge de 65 ans, les hommes sont un peu plus nombreux en proportion que les femmes (84 % c. 80 %), alors que l'inverse est observé après 65 ans (16 % c. 20 %). Une analyse détaillée selon l'âge et le sexe montre des écarts statistiquement significatifs entre les proportions d'hommes et de femmes pour chaque groupe d'âge, excepté celui des personnes âgées de 50 à 64 ans.

### 2.1.2 Le niveau de scolarité

Les données présentées au tableau 2.2 montrent que la population étudiée se répartit à peu près également dans les quatre grands niveaux de scolarité retenus pour l'enquête. En effet, près d'une personne sur quatre (23 %) se classe dans le niveau de scolarité le plus faible, soit celui inférieur au diplôme d'études secondaires. Une proportion légèrement moindre (22 %) détient un diplôme d'études secondaires. Par ailleurs, au-delà de la moitié de la population (55 %) possède un diplôme d'études postsecondaires puisque 28 % des individus ont un diplôme d'études collégiales et pratiquement autant (27 %) sont des diplômés universitaires.

Le niveau de scolarité varie en fonction du sexe et de l'âge des individus. On observe ainsi que, comparativement aux hommes, les femmes comptent en proportion plus de personnes ayant atteint des niveaux de scolarité postsecondaires (29 % des femmes c. 27 % des hommes détiennent un diplôme d'études collégiales; 28 % des femmes c. 26 % des hommes ont un diplôme d'études universitaires) (tableau 2.2). Toutes proportions gardées, les hommes affichent une plus grande part de personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires (24 % c. 22 % des femmes) et de personnes qui ont obtenu ce diplôme (23 % c. 21 % des femmes).

Sur le plan de l'âge, les données indiquent que plus d'une personne sur deux âgée de 65 ans et plus n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires (53 % c. 17 % chez les 15 à 64 ans) (tableau 2.2). Par ailleurs, les jeunes adultes de 15 à 24 ans sont significativement plus nombreux, en proportion, que ceux âgés de 25 à 49 ans ou de 50 à 64 ans à n'avoir pas obtenu ce diplôme. Ces résultats sont probablement dus au fait qu'une proportion des adultes de 15 à 24 ans n'avaient pas encore terminé leurs années de scolarité de niveau secondaire et qu'une fraction de ceux de 50 ans et plus appartient aux générations moins scolarisées. Enfin, comparativement aux autres groupes d'âge, celui des 25 à 49 ans comptent, en proportion, plus de personnes ayant complété des études postsecondaires.

Tableau 2.1  
Répartition de la population de 15 ans et plus<sup>1</sup> selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	%	Pe (k)	%	Pe (k)	%	Pe (k)
<b>15-64 ans</b>	<b>81,7</b>	<b>5 435,9</b>	<b>83,6</b>	<b>2 746,8</b>	<b>79,9</b>	<b>2 689,1</b>
15-24 ans	14,8	984,9	15,6	513,1	14,0	471,8
25-49 ans	41,1	2 736,1	42,1	1 384,7	40,2	1 351,4
50-64 ans	25,8	1 715,0	25,8	849,1	25,7	865,9
<b>65 ans et plus</b>	<b>18,3</b>	<b>1 214,8</b>	<b>16,4</b>	<b>538,7</b>	<b>20,1</b>	<b>676,1</b>
65-69 ans	6,0	400,9	5,8	190,8	6,2	210,2
70-74 ans	4,3	283,2	4,1	134,8	4,4	148,4
75-79 ans	3,4	226,2	3,1	100,3	3,7	125,9
80-84 ans	2,5	163,3	2,0	66,3	2,9	96,9
85 ans et plus	2,1	141,2	1,4	46,5	2,8	94,8
<b>Ensemble de la population</b>	<b>100,0</b>	<b>6 650,7</b>	<b>49,4</b>	<b>3 285,5</b>	<b>50,6</b>	<b>3 365,2</b>

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*.

Tableau 2.2  
Plus haut niveau de scolarité atteint selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	Sans diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études collégiales	Diplôme d'études universitaires
	%			
<b>Sexe</b>				
Hommes	23,9	23,2	26,6	26,2
Femmes	22,4	21,1	28,8	27,7
<b>Groupe d'âge</b>				
<b>15-64 ans</b>	<b>16,7</b>	<b>23,3</b>	<b>30,9</b>	<b>29,1</b>
15-24 ans	28,8	31,4	30,6	9,3
25-49 ans	8,7	18,2	34,8	38,3
50-64 ans	22,4	26,8	24,9	25,9
<b>65 ans et plus</b>	<b>52,8</b>	<b>16,7</b>	<b>13,2</b>	<b>17,2</b>
65-74 ans	45,1	18,9	14,9	21,1
75-84 ans	61,2	14,4	11,8	12,7
85 ans et plus	68,7	12,4	8,8	10,1
<b>Ensemble de la population</b>	<b>23,2</b>	<b>22,1</b>	<b>27,7</b>	<b>27,0</b>

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*.

### 2.1.3 L'occupation principale

L'occupation principale décrit l'activité courante des individus au moment de l'enquête. Les données présentées au tableau 2.3 révèlent que tout près de trois personnes sur cinq (59 %) avaient comme occupation principale le travail au moment de l'enquête et qu'un cinquième de la population était à la retraite (21 %). Les étudiants représentent pour leur part 12 % de la population étudiée et les personnes sans emploi, 8 %.

L'occupation principale varie selon le sexe des individus de la manière suivante : une proportion plus élevée d'hommes que de femmes occupent un emploi (63 % c. 54 %); une proportion plus élevée de femmes que d'hommes sont sans emploi (11 % c. 5 %) ou à la retraite (23 % c. 20 %) (tableau 2.3).

Comme on peut s'y attendre, l'occupation principale est aussi associée à l'âge des personnes, reflétant de la sorte les cycles de la vie. Ainsi, le groupe des 15 à 24 ans se caractérise par une forte concentration d'étudiants (67 %); les travailleurs sont représentés principalement parmi les personnes âgées de 25 à 49 ans (86 %) et en deuxième lieu parmi celles âgées de 50 à 64 ans (67 %); la proportion des retraités prédomine chez les 65 ans et plus (86 %). Dans le groupe des 15 à 64 ans, la proportion des sans emploi représente près du dixième des adultes en âge de travailler et elle est plus élevée chez les personnes approchant l'âge de la retraite (9 % chez les 25 à 49 ans c. 11 % chez les 50 à 64 ans).

Tableau 2.3  
Occupation principale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	En emploi	Étudiants	Sans emploi	Retraités
	%			
<b>Sexe</b>				
Hommes	63,0	12,1	5,3	19,6
Femmes	54,2	11,8	10,9	23,2
<b>Groupe d'âge</b>				
<b>15-64 ans</b>	<b>69,9</b>	<b>14,6</b>	<b>8,7</b>	<b>6,8</b>
15-24 ans	29,2	67,1	3,6	—
25-49 ans	86,2	4,7	8,9	0,2*
50-64 ans	67,2	0,3*	11,2	21,3
<b>65 ans et plus</b>	<b>7,8</b>	<b>0,1**</b>	<b>5,7</b>	<b>86,4</b>
65-74 ans	11,9	—	4,6	83,4
75-84 ans	2,9	—	6,4	90,6
85 ans et plus	1,4*	—	9,4	89,1
<b>Ensemble de la population</b>	<b>58,5</b>	<b>11,9</b>	<b>8,1</b>	<b>21,4</b>
Pe (k)	3 892,5	794,4	541,1	1 422,7

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

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

— Néant ou zéro.

— Donnée infime.

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*.

## 2.1.4 La composition du ménage

Les données montrent que dans la population visée par l'enquête, environ deux personnes sur trois vivent au sein d'un ménage formé d'un couple avec enfant(s) (37 %) ou sans enfant (30 %) (tableau 2.4). Près de 8 % des individus sont membres d'une famille monoparentale. Par ailleurs, près de 17 % des personnes habitent seules<sup>3</sup> et une proportion non négligeable de la population est membre d'un ménage d'un autre type (10 %).

La composition du ménage varie selon le sexe des individus (tableau 2.4). D'une part, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes vivent seules (18 % c. 15 %) ou dans une famille monoparentale (10 % c. 6 %). D'autre part, les hommes sont plus nombreux, en proportion, que les femmes à vivre en couple avec enfant(s) (39 % c. 35 %) ou sans enfant (31 % c. 28 %).

La composition du ménage est aussi associée à l'âge des individus. Le groupe des 15 à 24 ans présente la plus forte proportion de personnes faisant partie d'un ménage composé d'un couple avec des enfants (58 %) (tableau 2.4). Celles âgées de 25 à 49 ans les suivent de près puisqu'environ la moitié d'entre elles appartient aussi à ce type de ménage (51 %). Comparativement aux autres groupes d'âge, c'est aussi parmi les 15 à 24 ans que l'on observe la plus forte concentration de personnes faisant partie d'une famille monoparentale (13 % c. 9 % chez les 25 à 49 ans, 5 % chez les 50 à 64 ans, 1,9 % chez les 65 à 74 ans, 3,9 % chez les 75 à 84 ans et 6,2 % chez les 85 ans et plus). Enfin, les couples sans enfant (51 %) et les personnes vivant seules (33 %) sont davantage présents chez les 65 ans et plus. Soulignons qu'une fraction importante des personnes âgées de 85 ans et plus vivent seules (53 %).

Tableau 2.4  
Composition du ménage selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	Personne vivant seule	Couple sans enfant	Couple avec enfant(s)	Famille monoparentale	Autre <sup>2</sup>
	%				
<b>Sexe</b>					
Hommes	15,0	30,8	38,7	5,7	9,8
Femmes	18,2	28,2	34,6	9,5	9,5
<b>Groupe d'âge</b>					
<b>15-64 ans</b>	12,9	24,7	43,7	8,7	10,0
15-24 ans	4,4	8,8	57,5	13,0	16,2
25-49 ans	12,2	17,5	51,4	9,2	9,7
50-64 ans	19,0	45,3	23,6	5,3	6,7
<b>65 ans et plus</b>	<b>33,1</b>	<b>51,2</b>	<b>4,5</b>	<b>3,1</b>	<b>8,2</b>
65-74 ans	26,3	60,2	5,0	1,9	6,6
75-84 ans	38,0	45,2	4,2	3,9	8,7
85 ans et plus	53,3	23,0	2,7	6,2	14,7
<b>Ensemble de la population</b>	<b>16,6</b>	<b>29,5</b>	<b>36,6</b>	<b>7,6</b>	<b>9,6</b>

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

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

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

3. Le lecteur est invité à consulter le tableau A2 de l'Annexe A qui présente la proportion des personnes vivant seules dans chacune des régions sociosanitaires.

### 2.1.5 Le statut d'immigration

En 2010-2011, la population étudiée comptait environ 15 % de personnes nées à l'extérieur du Canada : environ 2,3 % se sont installées au pays depuis moins de cinq ans et 12 % y sont depuis cinq ans et plus (tableau 2.5). Le statut d'immigration n'est pas associé au sexe des individus mais à leur âge. La répartition selon l'âge révèle que les personnes arrivées au pays depuis moins de cinq ans se trouvent en plus forte proportion dans le groupe des 25 à 49 ans (4,6 %). C'est également dans ce groupe d'âge et parmi les 75 ans et plus que l'on trouve les immigrants de longue date en plus grande proportion (14 % respectivement).

### 2.1.6 La langue parlée le plus souvent à la maison

Pour la grande majorité de la population à l'étude (82 %), la langue parlée le plus souvent à la maison est le français (tableau 2.6). Environ un dixième de la population utilise l'anglais (10 %) et 7 %, déclare utiliser une autre langue que le français ou l'anglais.

La langue parlée le plus souvent à la maison est liée à l'âge plutôt qu'au sexe des individus. D'après les données de l'enquête, 8 personnes sur 10 âgées de 25 à 49 ans (80 %) parlent français le plus souvent à la maison et près d'une sur 10 (9 %) fait usage d'une autre langue que le français ou l'anglais (tableau 2.6). Comparativement à l'ensemble de la population, ce groupe d'âge présente ainsi la plus faible proportion d'individus parlant le français le plus souvent à la maison et la plus forte proportion de ceux faisant usage d'une autre langue que le français ou l'anglais. Par ailleurs, c'est au sein des groupes 15 à 24 ans et 25 à 49 ans que l'on observe les plus fortes proportions d'individus parlant généralement anglais à la maison (12 % et 11 %, respectivement). Dans un cas comme dans l'autre, les écarts ne sont toutefois significatifs sur le plan statistique que par rapport aux personnes âgées de 50 à 64 ans et à celles de 65 à 74 ans.

Tableau 2.5  
Statut d'immigration<sup>1</sup> selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>2</sup>, Québec, 2010-2011

	Canadien de naissance	Immigrant récent (moins de 5 ans)	Immigrant de longue date (5 ans et plus)
	%		
<b>Sexe</b>			
Hommes	84,9	2,4	12,7
Femmes	85,9	2,2	11,8
<b>Groupe d'âge</b>			
<b>15-64 ans</b>	<b>85,1</b>	<b>2,8</b>	<b>12,1</b>
15-24 ans	89,9	1,9	8,2
25-49 ans	81,3	4,6	14,1
50-64 ans	88,4	0,3*	11,3
<b>65 ans et plus</b>	<b>86,9</b>	<b>0,2**</b>	<b>12,9</b>
65-74 ans	87,9	0,3**	11,8
75 ans et plus	85,6	0,1**	14,3
<b>Ensemble de la population</b>	<b>85,4</b>	<b>2,3</b>	<b>12,3</b>

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

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

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

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 2.6

Langue parlée le plus souvent à la maison<sup>1</sup> selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>2</sup>, Québec, 2010-2011

	Français	Anglais	Autre langue
	%		
<b>Sexe</b>			
Hommes	82,5	10,2	7,3
Femmes	82,0	10,7	7,3
<b>Groupe d'âge</b>			
<b>15-64 ans</b>	<b>81,9</b>	<b>10,6</b>	<b>7,5</b>
15-24 ans	81,5	11,7	6,8
25-49 ans	79,6	10,9	9,5
50-64 ans	85,7	9,5	4,8
<b>65 ans et plus</b>	<b>84,0</b>	<b>9,6</b>	<b>6,4</b>
65-74 ans	85,2	9,2	5,6
75-84 ans	82,6	10,1	7,2
85 ans et plus	81,4	10,6	8,0
<b>Ensemble de la population</b>	<b>82,2</b>	<b>10,4</b>	<b>7,3</b>

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

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*.

### 2.1.7 Le niveau de revenu du ménage

Les résultats du classement de la population d'après le niveau de revenu du ménage révèlent qu'environ 17% des personnes âgées de 15 ans et plus sont membres d'un ménage dont le revenu se situe sous le seuil de faible revenu (tableau 2.7). Cette situation touche plus particulièrement les femmes (20% c. 15% pour les hommes) de même que les personnes âgées de 65 ans et plus (31% c. 14% pour les 15 à 64 ans). On remarque en particulier qu'après 65 ans, la proportion de la population appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu augmente avec l'âge: de 26% parmi les 65 à 74 ans, cette proportion augmente à 36% chez les 75 à 84 ans, puis grimpe à 43% parmi les 85 ans et plus.

### 2.1.8 La zone de résidence

Les données concernant la zone géographique de résidence montrent que 69% de la population québécoise âgée de 15 ans et plus réside dans une zone urbaine, 12% dans une zone semi-urbaine et 19%, dans une zone rurale (tableau 2.8). La zone de résidence est associée au sexe et à l'âge des individus. On note ainsi que légèrement plus de femmes que d'hommes résident

dans une zone urbaine (70% c. 69%), tandis qu'un plus d'hommes que de femmes habitent dans une zone rurale (20% c. 19%).

Sur le plan de l'âge, on note qu'une proportion plus élevée de personnes âgées de 15 à 64 ans, comparée à celles de 65 ans et plus (70% c. 64%), habitent une zone urbaine (tableau 2.8). Les groupes composés des 15 à 24 ans et des 25 à 49 ans présentent les proportions les plus élevées de personnes vivant en zone urbaine (73% respectivement).

Les zones géographiques semi-urbaines et rurales sont, à l'inverse, principalement peuplées par des personnes âgées de 65 ans et plus. On remarque en effet que 14% des personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à 11% chez les 15 à 64 ans, habitent une zone semi-urbaine (tableau 2.8). Puis, environ 22% des 65 ans et plus, comparativement à 19% chez les 15 à 64 ans, résident dans une zone rurale. On observe également les écarts suivants: les personnes âgées de 65 à 74 ans sont un peu plus nombreuses que celles âgées de 75 à 84 ans ou de 85 ans et plus à vivre dans une zone rurale (23% c. 21% et 20%).

Tableau 2.7

Niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	%	
	Sous le seuil de faible revenu	Au-dessus du seuil de faible revenu
<b>Sexe</b>		
Hommes	14,6	85,4
Femmes	20,3	79,7
<b>Groupe d'âge</b>		
<b>15-64 ans</b>	<b>14,5</b>	<b>85,5</b>
15-24 ans	15,1	84,9
25-49 ans	14,6	85,4
50-64 ans	14,0	86,0
<b>65 ans et plus</b>	<b>31,0</b>	<b>69,0</b>
65-74 ans	25,8	74,2
75-84 ans	35,6	64,4
85 ans et plus	43,4	56,6
<b>Ensemble de la population</b>	<b>17,5</b>	<b>82,5</b>

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*.

Tableau 2.8

Zone de résidence selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	%		
	Urbaine	Semi-urbaine	Rurale
<b>Sexe</b>			
Hommes	68,8	11,5	19,7
Femmes	69,7	11,7	18,6
<b>Groupe d'âge</b>			
<b>15-64 ans</b>	<b>70,3</b>	<b>11,2</b>	<b>18,5</b>
15-24 ans	72,6	10,8	16,6
25-49 ans	72,8	10,5	16,7
50-64 ans	65,1	12,4	22,6
<b>65 ans et plus</b>	<b>64,3</b>	<b>13,6</b>	<b>22,1</b>
65-74 ans	63,4	13,6	23,0
75-84 ans	65,3	13,6	21,2
85 ans et plus	65,9	13,9	20,2
<b>Ensemble de la population</b>	<b>69,2</b>	<b>11,6</b>	<b>19,2</b>

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*.

### 2.1.9 L'indice de défavorisation

Le niveau de défavorisation matérielle varie selon l'âge des individus. Il ne varie pas en fonction du sexe. Les données présentées au tableau 2.9 révèlent ainsi que, comparativement aux personnes de 15 à 64 ans, légèrement plus de personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans un milieu très défavorisé (quintile 5) sur le plan matériel (19 % c. 18 %). Une analyse détaillée des écarts selon l'âge révèle que par rapport à tous les autres groupes d'âge, à l'exception de celui des 85 ans et plus, le groupe des 15 à 24 ans affiche une proportion plus élevée de personnes vivant dans un milieu très favorisé (quintile 1) sur le plan matériel (24 % c. 22 % chez les 25 à 49 ans, 21 % respectivement chez les 50 à 64 ans et les 65 à 74 ans et 18 % chez les 75 à 84 ans).

Le niveau de défavorisation sociale, pour sa part, varie en fonction du sexe et de l'âge des individus (tableau 2.10). Les données de l'enquête révèlent sur ce plan que dans la population québécoise de 15 ans et plus, davantage de femmes que d'hommes résident dans un milieu socialement très défavorisé (quintile 5) (20 % c. 18 %). Cette situation s'applique notamment aux personnes de 65 ans et plus, comparativement à celles de 15 à 64 ans (21 % c. 19 %). L'analyse détaillée en fonction de l'âge montre plus particulièrement que les personnes de 15 à 24 ans se distinguent de tous les autres groupes d'âge (à l'exception des 50 à 64 ans) en affichant une proportion plus importante (22 %) de personnes vivant dans un milieu socialement très favorisé (quintile 1).

Tableau 2.9

Niveau de défavorisation matérielle<sup>1</sup> selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>2</sup>, Québec, 2010-2011

	Quintile 1 (Très favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (Très défavorisé)
	%				
<b>Sexe</b>					
Hommes	21,3	20,3	20,2	19,6	18,6
Femmes	21,9	20,8	19,3	19,8	18,2
<b>Groupe d'âge</b>					
<b>15-64 ans</b>	<b>21,9</b>	<b>20,6</b>	<b>19,6</b>	<b>19,7</b>	<b>18,1</b>
15-24 ans	23,7	21,2	20,0	18,4	16,6
25-49 ans	21,7	20,7	19,4	19,7	18,4
50-64 ans	21,3	20,0	19,8	20,3	18,6
<b>65 ans et plus</b>	<b>20,1</b>	<b>20,5</b>	<b>20,3</b>	<b>19,9</b>	<b>19,3</b>
65-74 ans	20,6	20,8	20,6	19,6	18,4
75-84 ans	18,4	20,5	20,0	20,3	20,8
85 ans et plus	21,9	19,0	19,2	20,2	19,6
<b>Ensemble de la population</b>	<b>21,6</b>	<b>20,6</b>	<b>19,7</b>	<b>19,7</b>	<b>18,4</b>

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

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 2.10

Niveau de défavorisation sociale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	Quintile 1 (Très favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (Très défavorisé)
	%				
<b>Sexe</b>					
Hommes	20,5	20,8	20,3	20,1	18,4
Femmes	19,8	20,2	19,6	20,1	20,3
<b>Groupe d'âge</b>					
<b>15-64 ans</b>	<b>20,8</b>	<b>20,9</b>	<b>19,7</b>	<b>19,7</b>	<b>18,9</b>
15-24 ans	22,4	20,3	18,9	20,2	18,3
25-49 ans	19,5	20,7	19,3	19,9	20,6
50-64 ans	21,8	21,4	20,9	19,2	16,7
<b>65 ans et plus</b>	<b>17,5</b>	<b>18,6</b>	<b>20,8</b>	<b>21,8</b>	<b>21,3</b>
65-74 ans	19,7	19,7	21,8	20,0	18,7
75-84 ans	15,0	17,3	19,8	23,9	24,0
85 ans et plus	12,8	17,3	18,5	25,1	26,3
<b>Ensemble de la population</b>	<b>20,2</b>	<b>20,5</b>	<b>19,9</b>	<b>20,1</b>	<b>19,4</b>

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*.

### 2.1.10 La participation à un régime d'assurance privée

Parmi la population visée par l'enquête, un peu plus de trois personnes sur cinq (62%) participent à un régime d'assurance privée (tableau 2.11). Le fait d'avoir un régime d'assurance privée n'est pas associé au sexe des individus mais plutôt à l'âge, plus particulièrement au groupe d'âge correspondant à la vie active. C'est en effet au-delà de deux Québécois sur trois (69%) âgés de 15 à 64 ans qui détiennent une assurance privée, comparativement à 31% des personnes âgées de 65 ans et plus. L'analyse détaillée en fonction de l'âge indique que le groupe des 25 à 49 ans se distingue très nettement de tous les autres groupes d'âge et présente la proportion la plus élevée de personnes participant à un régime d'assurance privée (72%).

En ce qui concerne le remboursement des médicaments, on note que la proportion de participants est plus élevée parmi les 15 à 64 ans que parmi les 65 ans et plus (67% c. 25%) (tableau 2.11). À l'exemple de l'indicateur

global, le groupe des 25 à 49 ans affiche la proportion la plus élevée de détenteurs d'une assurance privée remboursant les médicaments (71%).

Quant aux soins dentaires, on remarque que plus d'hommes que de femmes, en proportion, ont une assurance privée remboursant ce type de soins (45% c. 43%) (tableau 2.11). Comme dans le cas précédent, la proportion des personnes détenant une assurance privée remboursant les soins dentaires est plus élevée chez les 15 à 64 ans que chez les 65 ans et plus (51% c. 13%). Dans ce cas-ci, les personnes âgées de 15 à 24 ans et celles de 25 à 49 ans présentent des proportions similaires (53% et 55%, respectivement) et plus élevées que celle observée pour chacun des autres groupes d'âge.

Enfin, on note que 58% des personnes âgées de 15 à 64 ans détiennent une assurance privée remboursant les services de santé complémentaires (c. 23% chez les 65 ans et plus) et que c'est le groupe des 25 à 49 ans qui affiche la proportion de détenteurs de ce produit la plus élevée entre toutes (62%) (tableau 2.11).

Tableau 2.11

Proportion de personnes participant à un régime d'assurance privée remboursant les médicaments, les soins dentaires et des services de santé complémentaires, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	A une assurance privée <sup>2</sup>	Remboursement des médicaments <sup>2</sup>	Remboursement des soins dentaires	Remboursement des services de santé complémentaires <sup>2</sup>
	%			
<b>Sexe</b>				
Hommes	62,2	60,0	44,8	51,8
Femmes	61,8	59,2	42,7	51,1
<b>Groupe d'âge</b>				
<b>15-64 ans</b>	<b>69,1</b>	<b>67,4</b>	<b>50,6</b>	<b>57,8</b>
15-24 ans	64,4	60,5	53,2	49,5
25-49 ans	72,1	71,1	55,0	61,9
50-64 ans	66,5	65,0	42,3	55,6
<b>65 ans et plus</b>	<b>30,7</b>	<b>25,1</b>	<b>12,8</b>	<b>23,1</b>
65-74 ans	35,3	28,2	14,8	28,0
75-84 ans	25,3	21,1	10,4	17,8
85 ans et plus	22,9	21,5	9,6	13,8
<b>Ensemble de la population</b>	<b>62,0</b>	<b>59,6</b>	<b>43,7</b>	<b>51,4</b>

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

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

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

## 2.2 Caractéristiques liées à la santé

### 2.2.1 La perception de l'état de santé

Dans la population, près des deux tiers (63 %) des Québécois de 15 ans et plus perçoivent leur état de santé comme excellent ou très bon par rapport aux personnes de leur âge, et 10 % l'évalue plutôt comme moyen ou mauvais (tableau 2.12).

La perception de l'état de santé varie en fonction du sexe et de l'âge des individus. Ainsi, une proportion légèrement plus élevée d'hommes que de femmes (64 % c. 63 %) s'estiment en excellente ou très bonne santé par rapport aux personnes de leur âge (tableau 2.12). Contrairement aux hommes, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à percevoir leur santé comme moyenne ou mauvaise (11 % c. 9 %).

Sur le plan de l'âge, on retiendra notamment que les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses que celles âgées de 15 à 64 ans à se percevoir en excellente ou très bonne santé par rapport aux gens de leur âge (60 % c. 64 %) et proportionnellement plus nombreuses à s'estimer en moyenne ou en mauvaise santé (12 % c. 10 %) (tableau 2.12). Plus précisément, la proportion de personnes croyant que leur état de santé est moyen ou mauvais passe de 7 % parmi les 15 à 24 ans à 9 % parmi les 25 à 49 ans, puis grimpe à 12 % chez les personnes âgées de 50 à 64 ans. Entre 65 et 84 ans, des proportions équivalentes de personnes croient que leur état de santé est moyen ou mauvais par rapport aux individus de leur âge (11 % chez les 65 à 74 ans et 12 % chez les 75 à 84 ans). Enfin, le groupe des 85 ans et plus réunit la plus forte proportion entre toutes de personnes de cet avis.

Tableau 2.12  
Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	Excellent/très bon	Bon	Moyen/mauvais
	%		
<b>Sexe</b>			
Hommes	63,9	26,7	9,4
Femmes	62,6	26,7	10,7
<b>Groupe d'âge</b>			
<b>15-64 ans</b>	<b>63,9</b>	<b>26,4</b>	<b>9,7</b>
15-24 ans	68,2	24,7	7,0
25-49 ans	63,9	26,9	9,1
50-64 ans	61,4	26,5	12,1
<b>65 ans et plus</b>	<b>60,0</b>	<b>28,4</b>	<b>11,7</b>
65-74 ans	62,3	26,8	10,8
75-84 ans	57,1	30,6	12,3
85 ans et plus	53,0	31,2	15,8
<b>Ensemble de la population</b>	<b>63,3</b>	<b>26,7</b>	<b>10,0</b>

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*.

## 2.2.2 Le nombre de problèmes de santé de longue durée

Les données recueillies en 2010-2011 révèlent qu'un peu plus de la moitié (52 %) de la population de 15 ans et plus n'a aucun problème de santé de longue durée (tableau 2.13). L'autre moitié se divise en deux groupes sensiblement égaux : environ 25 % des personnes rapportent un problème de santé de longue durée et 24 % en rapportent deux ou plus.

Le nombre de problèmes de santé de longue durée est associé au sexe des personnes. Ainsi, toutes proportions gardées, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à ne déclarer aucun problème de santé (48 % c. 56 %) (tableau 2.13). En contrepartie, elles sont plus nombreuses que les hommes à en rapporter un (26 % c. 23 %) ou deux ou plus (27 % c. 21 %).

Comme on peut s'y attendre, le nombre de problèmes de santé de longue durée est aussi lié à l'âge : en effet, comparativement au groupe des 15 à 64 ans, une plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus rapportent un problème de santé de longue durée

(27 % c. 24 %) ou deux problèmes ou plus (57 % c. 16 %) (tableau 2.13). Les personnes âgées de 15 à 64 ans sont beaucoup plus nombreuses, proportionnellement, à déclarer n'avoir aucun problème de santé (60 % c. 16 % chez les 65 ans et plus).

On notera également qu'après 50 ans, la proportion des personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus croît rapidement d'un groupe d'âge à l'autre (tableau 2.13). Ainsi, d'une personne sur trois (33 %) chez les 50 à 64 ans, la proportion des individus rapportant deux problèmes de santé de longue durée ou plus passe à plus d'un sur deux (53 %) chez ceux de 65 à 74 ans, pour ensuite en représenter trois sur cinq (60 %) chez ceux de 75 à 84 ans et, finalement, correspondre aux deux tiers (66 %) des personnes âgées de 85 ans et plus.

La perception de l'état de santé va de pair avec le nombre de problèmes de santé de longue durée (tableau 2.14). On note à cet égard que trois personnes sur quatre (74 %) n'ayant aucun problème de santé de longue durée s'estiment en excellente ou très bonne santé. La proportion des personnes de cet avis diminue à 60 % chez celles déclara-

Tableau 2.13  
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
	%		
<b>Sexe</b>			
Hommes	55,8	23,5	20,8
Femmes	47,7	25,7	26,5
<b>Groupe d'âge</b>			
<b>15-64 ans</b>	<b>59,6</b>	<b>24,0</b>	<b>16,4</b>
15-24 ans	80,9	15,4	3,7
25-49 ans	67,1	22,6	10,4
50-64 ans	35,6	31,2	33,1
<b>65 ans et plus</b>	<b>16,1</b>	<b>27,4</b>	<b>56,6</b>
65-74 ans	18,7	28,7	52,7
75-84 ans	13,4	26,6	60,0
85 ans et plus	11,1	22,8	66,1
<b>Ensemble de la population</b>	<b>51,7</b>	<b>24,6</b>	<b>23,7</b>

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*.

Tableau 2.14  
Perception de l'état de santé selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
	%		
Excellent/très bon	74,2	60,2	42,4
Bon	21,9	28,8	34,7
Moyen/mauvais	3,9	11,0	22,8

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*.

rant un problème de santé uniquement, pour finalement représenter 42 % de celles rapportant deux problèmes de santé ou plus. Il en va autrement des personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé. En effet, une faible proportion (3,9 %) des individus n'ayant aucun problème de santé de longue durée s'estiment néanmoins en moyenne ou en mauvaise santé, comparativement à 11 % de ceux déclarant un problème de santé. Cette proportion grimpe à 23 % chez ceux qui rapportent deux problèmes de santé de longue durée ou plus.

### 2.2.3 L'incapacité

L'enquête montre que le tiers de la population âgée de 15 ans et plus (33 %) a une incapacité (tableau 2.15). Cette proportion varie en fonction du sexe et de l'âge.

Les données à cet égard indiquent que la proportion est légèrement plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (34 % c. 32 %). Parce que le nombre de problèmes de santé de longue durée est plus important chez les personnes âgées de 65 ans et plus que chez celles de 15 à 64 ans, c'est sans surprise que l'on constate que la proportion de personnes ayant une incapacité

est elle aussi plus importante dans ce premier groupe d'âge (57 % c. 28 %). L'analyse détaillée en fonction de l'âge révèle qu'avant 50 ans, des proportions relativement similaires de personnes qui présentent une incapacité (24 % chez les 15 à 24 ans et 23 % chez les 25 à 49 ans). À partir de 50 ans, la proportion de personnes dans cette situation augmente de manière importante d'un groupe d'âge à l'autre, passant ainsi de 38 %, chez les personnes âgées de 50 à 64 ans, à 84 % chez celles de 85 ans et plus. Les données (non présentées) montrent finalement que 42 % des personnes avec incapacité estiment que leur état de santé est excellent ou très bon et que 23 % le jugent moyen ou mauvais. En comparaison, 73 % des personnes sans incapacité s'estiment en excellente ou en très bonne santé et 3,8 % se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé.

Tableau 2.15  
Proportion de personnes ayant une incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	%
<b>Sexe</b>	
Hommes	32,2
Femmes	34,3
<b>Groupe d'âge</b>	
<b>15-64 ans</b>	<b>28,0</b>
15-24 ans	24,3
25-49 ans	23,2
50-64 ans	37,8
<b>65 ans et plus</b>	<b>57,2</b>
65-74 ans	48,0
75-84 ans	63,9
85 ans et plus	84,0
<b>Ensemble de la population</b>	<b>33,3</b>

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*.

## 2.3 Synthèse

Sur le plan sociodémographique, on retiendra que la majeure partie de la population étudiée se compose de personnes âgées de moins de 65 ans, dont les deux tiers appartiennent aux groupes en âge de travailler et d'avoir des enfants (25 à 49 ans) ou de se préparer à la retraite (50 à 64 ans). Au-delà de la moitié des Québécois âgés de 15 ans et plus détiennent un diplôme d'études postsecondaires (collégiales ou universitaires) et près du quart ont obtenu un diplôme d'études secondaires. La grande majorité de la population est soit sur le marché du travail (25 à 49 ans et 50 à 64 ans), soit aux études (15 à 24 ans). Deux personnes sur trois vivent dans un ménage composé d'un couple avec ou sans enfant(s) à la maison. Enfin, la très grande majorité de la population de 15 ans et plus est composée de personnes nées au Canada, et le français est la langue la plus souvent parlée à la maison.

Sur le plan socioéconomique, on note qu'après l'âge de 65 ans, près de 3 personnes sur 10 font partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Les personnes âgées de 65 ans et plus se retrouvent également en plus forte proportion à vivre dans un milieu très défavorisé sur le plan matériel ou sur le plan social. Sans doute parce qu'elles sont majoritairement sur le marché du travail, ce sont les personnes de 15 à 64 ans qui participent le plus à un régime d'assurance privée remboursant les médicaments, les soins dentaires ou des services de santé complémentaires.

Sur le plan de la santé, un Québécois sur 10 âgé de 15 ans et plus qualifie son état de santé comme moyen ou mauvais par rapport aux personnes de son âge. Les femmes et les personnes de plus de 65 ans surtout se perçoivent ainsi. Les femmes sont également plus nombreuses à rapporter des problèmes de santé de longue durée et se retrouvent en plus forte proportion parmi les personnes vivant avec une incapacité. Enfin, signalons qu'avant l'âge de 65 ans, 28 % des gens ont une incapacité et qu'après l'âge de 65 ans, 57 % vivent avec une incapacité.



# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- COMMONWEALTH FUND (2006). The Commonwealth Fund 2006 Health Care Quality Survey, [En ligne]. [<http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2006/The-Commonwealth-Fund-2006--Health-Care-Quality-Survey.aspx>] (Consulté le 22 janvier 2010).
- COMMONWEALTH FUND (2007). *2007 International Health Policy Survey in Seven Countries*, [En ligne]. [<http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2007/2007-International-Health-Policy-Survey-in-Seven-Countries>] (Consulté le 22 janvier 2010).
- ELTINGE, J. L. et I. S. YANSANEH (1997). «Diagnostics for formation of nonresponse adjustment cells, with an application to income nonresponse in the U.S. Consumer Expenditure Survey», *Techniques d'enquête*, vol. 23, n° 1, p. 33-40.
- 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.
- HAZIZA, D. et J.-F. BEAUMONT (2007). «On the construction of imputation classes in surveys», *International Statistical Review*, 75, p. 25-43.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012), *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 106 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins. Cadre de référence*, document de travail, Québec, mars, 54 p.
- KIRBY, M. J. L. (novembre, 2003). *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada: Le temps d'agir*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, [En ligne]. [<http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm>] (Consulté le 6 janvier 2010).
- LECOURS, C. (2011). *Les inégalités sociales dans la durée de vie la plus commune: la répartition des décès selon l'âge et le quintile de défavorisation au Québec en 2000-2002 et 2005-2007*, mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 94 p.
- MARTIN, J. (2008). *NHS Primary Care Trust Survey. Picker Institute Europe*, [En ligne]. [<http://www.nhssurveys.org/survey/533>] (Consulté le 21 janvier 2010).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (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, 25 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, avril, 181 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 454 p.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva, cité dans F. CHAMPAGNE, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, J. PICOT-TOUCHÉ, F. BÉLAND et H. NGUYEN (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle EGIPSS*, Rapport de recherche réalisé dans le cadre du mandat accordé par le Conseil de la santé et du bien-être, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, septembre 2005, p 37.
- PAMPALON, R. et G. RAYMOND (2003). « Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, société et solidarité*, vol. 1, n°1, p. 191-208.
- PINEAULT, R., J. F. LEVESQUE, D. ROBERGE, M. HAMEL, P. LAMARCHE et J. HAGGERTY (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé. Une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport de recherche, Québec, Gouvernement du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, 104 p.
- 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. Santé Canada, [En ligne]. [<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/romanow/index-fra.php>].
- ROY, D. A., E. LITVAK, et F. PACCAUD (2010). *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Montréal, Les éditions du Point, 198 p.
- RUST, K. F. et J. N. K. RAO (1996). *Variance estimation for complex surveys using replication techniques*, *Statistical methods in medical research*, 5, p. 283-310.
- STATISTIQUE CANADA (2003). *Méthodes et pratiques d'enquête* (12-587-XPF au catalogue).
- STATISTIQUE CANADA (2005). *Enquête sur l'accès aux services de santé*, [En ligne]. [[http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5002&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5002&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2)] (Consulté le 22 janvier 2010).
- STATISTIQUE CANADA (2008). *Enquête canadienne sur les soins de santé primaires*, [En ligne]. [[http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5138&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5138&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2)] (Consulté le 22 janvier 2010).
- STATISTIQUE CANADA (2012). *Certaines caractéristiques des logements collectifs et de la population (52) et type de logement collectif (17) pour la population dans les logements collectifs du Canada, provinces et territoires, Recensement de 2011*, (98-313-XCB2011024 au catalogue).

## Annexe A: Tableaux complémentaires

Tableau A1  
 Nombre de répondants attendu, nombre de répondants et taux de réponse pondéré par RLS

Réseau local de santé	Nombre de répondants attendu	Nombre de répondants <sup>1</sup>	Taux de réponse pondéré %
	n		%
RLS de Rimouski (0101)	375	442	66,6
RLS de La Mitis (0102)	364	367	65,5
RLS de Matane (0103)	387	366	67,9
RLS de La Matapédia (0104)	373	368	68,6
RLS des Basques (0105)	364	378	63,9
RLS de Témiscouata (0106)	364	388	71,7
RLS de Rivière-du-Loup (0107)	371	384	68,1
RLS de Kamouraska (0108)	365	411	67,0
RLS de La Baie (0201)	391	395	66,2
RLS de Chicoutimi (0202)	463	478	68,8
RLS de Jonquière (0203)	446	469	70,5
RLS du Domaine-du-Roy (0204)	399	402	68,5
RLS de Maria-Chapdelaine (0205)	392	377	67,4
RLS de Lac-Saint-Jean-Est (0206)	427	426	68,7
RLS de Portneuf (0301)	441	491	65,4
RLS de Québec-Sud (0302)	1 022	1 139	64,2
RLS de Québec-Nord (0303)	959	996	66,0
RLS de Charlevoix (0304)	408	424	68,2
RLS du Haut-Saint-Maurice (0401)	365	372	65,6
RLS de la Vallée de la Batiscan (0402)	380	369	67,6
RLS du Centre-de-la-Mauricie (0403)	387	388	66,5
RLS de Maskinongé (0404)	367	373	66,1
RLS de Trois-Rivières (0405)	415	435	65,3
RLS de Bécancour—Nicolet-Yamaska (0406)	379	385	68,0
RLS de Drummond (0407)	395	375	62,9
RLS d'Arthabaska—de l'Érable (0408)	392	393	67,3
RLS du Granit (0501)	414	398	68,5
RLS d'Asbestos (0502)	396	391	68,2
RLS du Haut-Saint-François (0503)	415	424	69,9
RLS de Val-Saint-François (0504)	429	459	67,3
RLS de Coaticook (0505)	404	430	69,0

Tableau A1 (suite)

## Nombre de répondants attendu, nombre de répondants et taux de réponse pondéré par RLS

Réseau local de santé	Nombre de répondants attendu	Nombre de répondants <sup>1</sup>	Taux de réponse pondéré %
	n		%
RLS de Memphrémagog (0506)	479	479	67,5
RLS de Sherbrooke (0507)	732	778	67,7
RLS de Pierrefonds—Lac-Saint-Louis (0601)	488	569	61,5
RLS de LaSalle—Vieux-Lachine (0602)	394	408	60,1
RLS de Verdun—Côte St-Paul—St-Henri—Pointe-St-Charles (0603)	387	419	59,7
RLS de Rivière-des-Prairies—Anjou—Montréal-Est (0604)	498	513	63,3
RLS de Hochelaga—Mercier-Ouest—Rosemont (0605)	473	498	60,2
RLS de Saint-Léonard—Saint-Michel (0606)	390	393	55,4
RLS de Côte-des-Neiges—Métro—Parc-Extension (0607)	493	527	58,2
RLS de Côte-Saint-Luc—NDG—Montréal-Ouest (0608)	396	402	57,1
RLS des Faubourgs—Plateau-Mont-Royal—St-Louis-du-Parc (0609)	394	422	61,2
RLS du Nord de l'Île—Saint-Laurent (0611)	395	427	61,5
RLS de la Petite-Patrie—Villeray (0612)	382	394	60,3
RLS d'Ahuntsic—Montréal-Nord (0613)	464	487	59,9
RLS de Grande-Rivière—Hull—Gatineau (0701)	1 198	1 295	64,3
RLS du Pontiac (0702)	429	422	56,4
RLS des Collines-de-l'Outaouais (0703)	467	473	64,1
RLS de la Vallée-de-la-Gatineau (0704)	431	462	61,3
RLS de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation (0705)	530	536	66,2
RLS du Témiscaming (0801) <sup>2</sup>	371	394	57,6
RLS de Ville-Marie (0802) <sup>2</sup>	402	390	65,1
RLS de Rouyn-Noranda (0803)	486	525	62,9
RLS de l'Abitibi-Ouest (0804)	424	423	67,1
RLS de l'Abitibi (0805)	434	421	63,9
RLS de la Vallée-de-l'Or (0806)	487	540	60,2
RLS de la Haute-Côte-Nord (0901)	436	444	69,1
RLS de Manicouagan (0902)	526	637	63,4
RLS de Port-Cartier (0903)	398	369	60,9
RLS de Sept-Îles (0904)	487	495	58,6
RLS de Caniapiscau (0905)	376	379	51,9
RLS de la Minganie (0906)	389	331	51,2
RLS de la Basse-Côte-Nord (0907)	385	296	36,4
Nord-du-Québec (1099) <sup>3</sup>	1 218	1 217	58,7
RLS de la Baie-des-Chaleurs (1101)	517	531	60,8
RLS du Rocher-Percé (1102)	444	444	58,1

Tableau A1 (suite)

## Nombre de répondants attendu, nombre de répondants et taux de réponse pondéré par RLS

Réseau local de santé	Nombre de répondants attendu	Nombre de répondants <sup>1</sup>	Taux de réponse pondéré %
	n		%
RLS de La Côte-de-Gaspé (1103)	455	441	65,1
RLS des Îles-de-la-Madeleine (1104)	440	451	74,4
RLS de la Haute-Gaspésie (1105)	419	436	60,1
RLS du Lac-Etchemin (1201)	406	443	63,3
RLS du Littoral (1202)	1 032	1 044	69,2
RLS de Beauce (1203)	539	543	64,2
RLS de l'Amiante (1204)	479	462	64,0
RLS de Montmagny-L'Islet (1205)	470	452	62,6
RLS de Laval (1301)	2 118	2 222	60,9
RLS de Lanaudière-Nord (1401)	1 032	1 037	62,7
RLS de Lanaudière-Sud (1402)	1 202	1 228	63,0
RLS de Deux-Montagnes-Mirabel-Sud (1501)	444	432	62,1
RLS de la Rivière-du-Nord-Mirabel-Nord (1502)	464	482	57,5
RLS de Thérèse-De Blainville (1503)	471	477	62,9
RLS d'Antoine-Labelle (1504)	390	362	63,4
RLS des Pays-d'en-Haut (1505)	394	390	56,4
RLS des Laurentides (1506)	397	389	62,9
RLS d'Argenteuil (1507)	386	376	62,8
RLS du Haut-Saint-Laurent (1602)	365	378	66,8
RLS du Suroît (1603)	374	371	60,4
RLS de Jardins-Roussillon (1604)	471	508	65,8
RLS de Champlain (1605)	476	495	62,8
RLS du Vieux-Longueuil—Lajemmerais (1606)	498	526	60,7
RLS du Haut-Richelieu—Rouville (1607)	460	470	63,1
RLS de Richelieu-Yamaska (1608)	482	492	67,2
RLS de Sorel-Tracy (1609)	375	390	66,6
RLS de la Pommeraie (1610)	376	375	66,1
RLS de la Haute-Yamaska (1611)	406	383	66,4
RLS de Vaudreuil-Soulanges (1612)	384	412	63,4
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>46 854</b>	<b>48 100</b>	<b>63,3</b>

1. Le nombre de répondants est présenté selon le RLS de résidence mis à jour lors de la collecte des données et non selon le RLS figurant dans la base de sondage.

2. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, les RLS du Témiscaming (801) et de Ville-Marie (802) ont fusionné pour former le RLS du Témiscaming (807). Comme le plan de sondage a été élaboré avant cette fusion, les nombres de répondants attendus avaient été établis pour les anciens RLS. C'est pourquoi ces RLS sont présentés séparément dans le tableau.

3. La région du Nord-du-Québec n'ayant pas de RLS, c'est la donnée régionale qui est reportée dans ce tableau.

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

Tableau A2

Proportion de personnes vivant seules selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 2010-2011

	Ensemble de la population	15-64 ans	65 ans et plus
		%	
Bas-Saint-Laurent	17,3	13,4	31,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	15,5	11,8	30,0
Capitale-Nationale	18,6	14,6	34,9
Mauricie et Centre-du-Québec	19,9	16,0	34,3
Estrie	17,6	14,0	31,8
Montréal	20,8	17,3	37,8
Outaouais	13,1	9,5	33,2
Abitibi-Témiscamingue	16,3	12,3	35,0
Côte-Nord	15,1	12,0	30,0
Nord-du-Québec	14,8	13,0	26,4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	15,8	11,7	29,5
Chaudière-Appalaches	15,0	10,7	32,9
Laval	11,6	7,9	28,1
Lanaudière	13,7	10,5	29,6
Laurentides	13,6	10,5	28,3
Montérégie	13,6	9,8	31,5
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>16,6</b>	<b>12,9</b>	<b>33,1</b>

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 : Aspects méthodologiques complémentaires

### Pondération

La première étape de la pondération consiste à calculer l'inverse de la probabilité de sélection de chaque individu. Ensuite, un ajustement doit être fait pour l'admissibilité. En effet, parmi les non-répondants, il y en a pour lesquels on ignore le statut d'admissibilité. Le poids des personnes dont l'admissibilité est inconnue est donc réduit d'un facteur correspondant à la proportion de personnes admissibles parmi celles dont l'admissibilité est connue<sup>1</sup>.

L'étape suivante est l'ajustement pour la non-réponse totale, qui se fait en deux temps : d'abord, l'ajustement pour les personnes que l'on ne peut pas contacter, suivi de l'ajustement pour les non-répondants parmi les personnes que l'on peut contacter. Cette approche a été utilisée parce que le taux de réponse est plus faible chez les personnes difficiles à joindre (pour lesquelles un plus grand nombre d'appels est nécessaire) et que ces personnes ont des caractéristiques différentes des autres. Ces caractéristiques étant associées à ce qui est mesuré dans l'enquête, il est avantageux d'en tenir compte pour obtenir des estimations non biaisées. Pour ce faire, l'ajustement de la non-réponse doit considérer une variable qui permet de connaître le nombre d'interventions dans un dossier<sup>2</sup>.

Or, pour les personnes avec lesquelles il n'y a eu aucun contact, en raison d'un mauvais numéro de téléphone, le nombre d'appels est assez faible. Cela n'indique cependant pas que ces personnes soient faciles à joindre puisque nous ne tentons probablement pas de joindre les bonnes personnes dans ces cas. La variable n'est donc pas associée à l'incapacité de joindre la personne. Les personnes non jointes doivent être exclues

de l'analyse de la non-réponse si celle-ci tient compte du nombre d'interventions dans le dossier. Pour ce faire, il faut d'abord ajuster les poids pour le contact, c'est-à-dire que les personnes avec lesquelles un contact a été établi doivent « représenter » celles avec lesquelles il n'y a pas eu de contact. Cette analyse exige tout d'abord de déterminer les variables ou caractéristiques selon lesquelles la probabilité d'obtenir un contact pourrait varier. Parmi ces variables, celles qui sont associées aux paramètres d'analyse (en plus d'être associées au statut de contact) constituent les meilleures à utiliser. Cela est vrai non seulement en vue d'ajuster les poids pour les non-contacts, mais également pour les autres non-répondants. Plusieurs classes de pondération, c'est-à-dire des groupes de personnes présentant des caractéristiques et des proportions de contact semblables, ont été ainsi construites pour tout le Québec. L'ajustement s'est effectué à l'intérieur de chacune de ces classes : le poids des personnes avec lesquelles il y a eu un contact a été ajusté par l'inverse de la proportion de contact dans sa « classe de contact ». La méthode du score a été utilisée pour déterminer ces classes. Elle consiste à faire une régression logistique pour modéliser une variable dichotomique indiquant la présence ou l'absence de contact, selon diverses variables<sup>3</sup>. Les valeurs prédites de cette régression logistique sont ensuite regroupées au moyen de méthodes de classification pour constituer les classes de pondération<sup>4</sup>.

La même méthode a ensuite été utilisée pour la seconde partie de l'ajustement pour la non-réponse. Même si les personnes étaient contactées, elles ne remplissent pas nécessairement toutes le questionnaire, et certaines

1. L'ajustement a été fait selon trois groupes d'âge puisque la proportion de personnes inadmissibles varie selon l'âge.
2. Ce nombre correspond habituellement au nombre d'appels, mais peut parfois résulter d'une intervention faite par un intervieweur pour effectuer une modification au dossier.
3. Les variables retenues dans le modèle sont : le groupe d'âge, le sexe, la langue de correspondance, la présence ou non d'un numéro de téléphone au départ de l'enquête, la présence ou non d'un conjoint ou d'un porteur d'adresse dans le FIPA, le fait d'habiter Montréal ou Laval comparé au reste du Québec, le nombre de personnes vivant à la même adresse et un indice de défavorisation matérielle et sociale.
4. Pour plus de détails sur la méthode du score, voir Haziza et Beaumont (2007) et Eltinge et Yansaneh (1997).

sont demeurées « non répondantes ». Il s'agit donc de modéliser le fait d'être répondant ou non à l'enquête<sup>5</sup> et de créer des classes de pondération correspondant cette fois à des « classes de non-réponse » regroupant des personnes présentant des caractéristiques et des proportions de répondants semblables. Le poids des répondants est ajusté par l'inverse du taux de réponse dans chacune des classes.

Pour un certain nombre de personnes incapables de répondre au questionnaire, il n'a pas été possible de trouver un tiers répondant. Celles-ci ont donc été considérées comme des non-répondantes. Leur statut est toutefois différent de celui des autres non-répondants puisque ce sont des tiers qui auraient dû remplir le questionnaire à leur place. On peut faire l'hypothèse qu'ils sont davantage semblables aux personnes dont le questionnaire a été rempli par une tierce personne. Un ajustement particulier pour la non-réponse a donc été fait pour les personnes dont un tiers a rempli le questionnaire en raison de leur état de santé afin de représenter les personnes incapables de répondre. Une étape pour détecter les poids extrêmes a suivi. Certains poids, beaucoup plus gros que les autres de leur strate, ont alors été tronqués (moins de 1 % des poids ont ainsi été modifiés).

Enfin, la dernière étape de la pondération est la post-stratification. Cet ajustement permet de s'assurer que la somme des poids de toutes les personnes répondantes à l'enquête correspond bien à la population visée, et ce, par RLS, groupe d'âge et sexe. La population de référence utilisée est constituée des estimations de population de 2011 produites par l'ISQ, ramenées à la population visée par l'enquête à partir des taux d'admissibilité du FIPA. Cet ajustement a été réalisé par un calage aux marges<sup>6</sup> visant à obtenir une somme de poids égale aux effectifs de la population ciblée par région sociosanitaire, groupe d'âge et sexe, d'une part, et par RLS d'autre part.

## Imputation du revenu du ménage et de l'indicateur du niveau de revenu du ménage

La question Q120 du questionnaire de l'enquête demandait d'estimer, pour les 12 derniers mois, le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes les sources, avant impôt et autres retenues. Le répondant avait la possibilité de fournir cette estimation soit par une valeur exacte, bien qu'approximative, soit sous forme de catégorie en indiquant la tranche de revenu<sup>7</sup> dans laquelle elle se trouve. Une proportion de personnes pondérée de 16,8 % a refusé d'indiquer le revenu du ménage, alors qu'une proportion pondérée de 24,4 % a déclaré le revenu du ménage sous forme de catégorie.

En présence d'une non-réponse partielle aussi élevée, il est souhaitable de procéder à l'imputation de données, de manière à minimiser les risques de biais. Ainsi, l'imputation du revenu total du ménage pour les non-répondants partiels à cette question a été faite. Une valeur exacte de revenu a également été imputée aux répondants qui ont fourni une réponse sous forme de catégorie, car cette valeur était nécessaire, dans la majorité des cas, lors de la création d'un indicateur du niveau de revenu du ménage. En considérant la déclaration sous forme de catégorie comme une non-réponse partielle, le taux global pondéré de non-réponse partielle atteint 41,3 %. Soulignons qu'environ 23 % de la non-réponse partielle à la question sur le revenu est attribuable aux moins de 25 ans. D'ailleurs, seulement 17 % des jeunes de moins de 18 ans ont été en mesure de fournir le revenu exact du ménage.

Pour les répondants n'ayant fourni aucune information concernant le revenu de leur ménage, le revenu exact a été imputé par régression linéaire. Deux modèles ont été employés, soit un pour les répondants de 20 ans et

5. Les variables retenues dans le modèle sont : le sexe, l'interaction entre le groupe d'âge et le nombre d'interventions dans le dossier, la langue de correspondance, la présence ou non d'un numéro de téléphone au départ de l'enquête, la présence ou non d'un conjoint ou d'un porteur d'adresse dans le FIPA, la région sociosanitaire, le nombre de personnes vivant à la même adresse et un indice de défavorisation matérielle et sociale.

6. Le calage aux marges est une procédure qu'on peut appliquer pour incorporer des données auxiliaires. Cette procédure rajuste les poids d'échantillonnage au moyen de multiplicateurs appelés facteurs de calage, lesquels font correspondre les estimations aux totaux connus.

7. Les tranches de revenu proposées sont les suivantes : moins de 10 000 \$, 10 000 \$ à moins de 20 000 \$, 20 000 \$ à moins de 30 000 \$, 30 000 \$ à moins de 40 000 \$, 40 000 \$ à moins de 50 000 \$, 50 000 \$ à moins de 60 000 \$, 60 000 \$ à moins de 80 000 \$, 80 000 \$ à moins de 100 000 \$, 100 000 \$ à moins de 120 000 \$, 120 000 \$ et plus.

plus<sup>8</sup> et un pour ceux de moins de 20 ans<sup>9</sup>. La valeur de revenu pour les répondants de moins de 20 ans a été imputée à partir d'un modèle basé sur des caractéristiques du ménage uniquement, dont les paramètres sont estimés à partir de l'ensemble des répondants, tous âges confondus. En effet, pour ces jeunes, on juge que les caractéristiques individuelles n'ont pas de lien direct avec le revenu du ménage. Pour les répondants ayant déclaré leur revenu uniquement sous forme de catégorie, le revenu exact a été imputé séparément par catégorie de revenu à l'aide de l'imputation aléatoire par donneur (« Hot deck »), à l'intérieur de classes d'imputation. Pour chaque catégorie de revenu, des classes d'imputation étaient d'abord créées en employant des caractéristiques du ménage et du répondant liées significativement au revenu du ménage<sup>10</sup>. Comme pour les modèles de régression linéaire, les classes d'imputation pour les moins de 20 ans ne sont basées que sur des caractéristiques du ménage.

La principale variable de revenu utilisée dans l'enquête n'est pas tirée directement de la question Q120 mais d'un indicateur du niveau de revenu du ménage construit à partir de cette question. Ainsi, l'indicateur du niveau de revenu du ménage se définit comme le niveau de revenu ajusté pour le seuil de faible revenu selon la taille du ménage et de la communauté, présenté en deux catégories : sous le seuil de faible revenu et au-dessus du seuil de faible revenu. Or, certaines des catégories de revenu déclarées par les répondants suffisent pour attribuer une valeur à cet indicateur, ce qui signifie que certaines des réponses fournies sous forme de catégorie n'ont pas à être considérées comme de la non-réponse partielle. Par conséquent, le taux de non-réponse partielle de l'indicateur du niveau de revenu attribuable à l'absence de la donnée sur le revenu est en réalité de 19,9 %.

Par ailleurs, l'imputation de données a pour effet d'augmenter artificiellement le nombre de répondants ayant fourni des réponses, sans toutefois avoir ce même impact sur la variance de l'estimation, ce qui fait que la variance des estimations faisant intervenir le niveau de revenu est sous-estimée. Cette sous-estimation peut être

assez importante pour les jeunes adultes de 15 à 24 ans. Une analyse visant à évaluer l'impact de l'imputation de l'indicateur du niveau de revenu du ménage montre que la sous-estimation de la variance est un peu moins importante pour les personnes dont le revenu du ménage est en-dessous du seuil de faible revenu que pour celles dont le revenu du ménage est au-dessus du seuil de faible revenu, mais l'incidence demeure assez variable. C'est pour cette raison qu'il est recommandé d'interpréter avec prudence les différences dont le seuil observé avoisine le seuil de signification. Les analyses publiées par l'ISQ tiennent compte de cette recommandation.

### Calcul de la variance d'échantillonnage

La variance d'échantillonnage est la mesure qui est appliquée le plus souvent pour quantifier l'erreur d'échantillonnage (Statistique Canada, 2003). La méthode d'auto-amorçage (« bootstrap ») a été retenue pour estimer cette variance. On s'en sert donc pour mesurer la précision. Cette méthode de rééchantillonnage consiste à sélectionner des sous-échantillons à partir de l'échantillon principal et à produire des estimations pour chacun de ces sous-échantillons. En mesurant la dispersion entre ces différentes estimations, à l'aide de la formule suivante, on obtient une estimation de la variance d'échantillonnage :

$$\hat{\text{Var}}(\hat{B}) = \frac{\sum_{k=1}^n (\hat{B}_k - \hat{B})^2}{n-1}$$

où :

$\hat{B}$  est l'estimation d'une certaine caractéristique B obtenue à partir de l'échantillon principal pour laquelle on désire estimer la variance d'échantillonnage;

$n$  est le nombre de sous-échantillons produits, soit 2 000;

$\hat{B}_k$  est l'estimation d'une certaine caractéristique B obtenue à partir du ke sous-échantillon.

- 
8. Les variables explicatives du modèle sont la région sociosanitaire, le sexe, l'âge, l'occupation principale et la scolarité du répondant, la taille du ménage, la composition du ménage et la taille de la communauté.
  9. Les variables explicatives du modèle sont la région sociosanitaire, la taille du ménage, la composition du ménage et la taille de la communauté. Plusieurs modalités de ces variables ont été regroupées pour le modèle final.
  10. Les variables ayant servi à construire les classes d'imputation sont la région sociosanitaire, le sexe, l'âge, l'occupation principale et la scolarité du répondant, la taille du ménage, la composition du ménage et le type de communauté. Plusieurs modalités de ces variables ont été regroupées pour la formation des classes d'imputation.

La précision de cet estimateur de la variance d'échantillonnage s'accroît avec le nombre de sous-échantillons considérés. Afin d'obtenir, pour chaque sous-échantillon, une estimation  $\hat{B}_k$  pouvant être inférée à la population, comme c'est le cas pour l'estimation  $\hat{B}$ , il faut procéder à la pondération de chacun. On crée ainsi autant de pondérations que de sous-échantillons; ces pondérations sont appelées « poids d'auto-amorçage ». La création de chaque poids d'auto-amorçage se calque sur la façon dont les poids d'échantillonnage ont été obtenus (Rust et Rao, 1996).

L'erreur type d'une estimation, qui correspond à la racine carrée de la variance de l'estimation, exprime la variation que l'on retrouverait entre les estimations de tous les échantillons possibles de même taille. C'est donc une mesure d'écart moyen attendu entre l'estimation provenant de l'échantillon de l'enquête et la moyenne des estimations provenant de l'ensemble des échantillons possibles. Une erreur type peu élevée signifie que l'estimation obtenue avec l'échantillon de l'enquête n'aurait pas été très différente si un autre échantillon avait été sélectionné. Dans les publications de l'EQES, et comme c'est souvent le cas, plutôt que d'utiliser cette mesure absolue de précision, on a recours à une mesure relative de précision, le coefficient de variation, qui s'exprime comme suit :

$$CV = \frac{\text{erreur type de l'estimation}}{\text{estimation}}.$$

Cette mesure contribue à faciliter l'interprétation quant à la précision, particulièrement pour des estimations impliquant des variables mesurées dans des échelles différentes. Ainsi, plus le coefficient de variation est faible, plus précise est l'estimation. Par contre, il faut être particulièrement prudent lorsqu'on utilise une estimation dont le CV est supérieur à 25 %, puisque cela indique une très grande variabilité. De telles estimations devraient être fournies seulement à titre indicatif. Pour en faciliter le repérage dans les tableaux, un double astérisque (\*\*) accompagne les estimations présentant un tel CV. Quant aux estimations dont le CV se situe entre 15 % et 25 %, elles sont associées à un astérisque (\*) signifiant que la donnée a une précision passable. Enfin, toute estimation dont le CV est d'au plus 15 % ne présente pas d'astérisque. Sa précision est jugée bonne.



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