

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ

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

Méthodologie et description
de la population visée

Volume 1



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

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

ou

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

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

Ce document est disponible seulement
en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
1^{er} trimestre 2013
ISBN 978-2-550-67207-4 (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.

Mars 2013

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

Le directeur général



Stéphane Mercier

Cette publication a été réalisée par : Claire Fournier, Marcel Godbout et Linda Cazale
Institut de la statistique du Québec

Avec la collaboration de : Chantale Lecours et Marie-Ève Tremblay
Institut de la statistique du Québec

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

Membres du comité de lecture : Lucie Dugas
Office des personnes handicapées du Québec
Esther Létourneau
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Ghyslaine Neill et Robert Courtemanche
Institut de la statistique du Québec

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

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

Enquête financée par : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Office des personnes handicapées du Québec
Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant
le contenu de cette publication : Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749
ou
1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada
et aux États-Unis)

Télécopieur : 514 864-9919

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

Citation suggérée pour cette publication

FOURNIER, Claire, Marcel GODBOUT et Linda 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.

Avertissements

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

Signes conventionnels

- * Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
- ** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

CV Coefficient de variation
Pe Population estimée
k En milliers

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

REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

11	Liste des tableaux et figures
13	Faits saillants
15	Introduction
Chapitre 1 Aspects méthodologiques	
19	1.1 Plan d'échantillonnage
19	1.1.1 Population visée
19	1.1.2 Base de sondage
20	1.1.3 Taille et répartition de l'échantillon
22	1.2. Collecte des données
22	1.2.1 Prétest de l'EQLAV
22	1.2.2 Stratégie de collecte
22	1.2.3 Questionnaire
24	1.2.4 Taux d'admissibilité et taux de réponse
26	1.3 Traitement des données
26	1.3.1 Validation
26	1.3.2 Pondération
28	1.3.3 Analyse de la non-réponse partielle
29	1.3.4 Précision des estimations
31	1.3.5 Analyses et tests statistiques
31	1.4 Présentation des résultats
31	1.5 Portée et limites de l'enquête

Chapitre 2 Populations ciblées par l'EQLAV

33	2.1	Les personnes âgées de 65 ans et plus dans la population de 15 ans et plus
33	2.1.1	Structure par sexe et par âge de la population visée et part des personnes de 65 ans et plus
34	2.2	Les personnes ayant une incapacité dans la population de 15 ans et plus
34	2.2.1	Mesure de l'incapacité dans l'EQLAV
37	2.2.2	Taux d'incapacité global
40	2.2.3	Taux d'incapacité selon le type d'incapacité
43	2.2.4	Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité
44	2.3	Les personnes déclarant un problème de santé de longue durée dans la population de 15 ans et plus
44	2.3.1	Mesure des problèmes de santé de longue durée dans l'EQLAV
45	2.3.2	Présence et nombre de problèmes de santé de longue durée
46	2.3.3	Types de problèmes de santé de longue durée
49	2.4	Synthèse
51		Références bibliographiques
53		Annexe A: Tableaux complémentaires
55		Annexe B: Questionnaires (extraits)
71		Annexe C: Aspects méthodologiques complémentaires

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Chapitre 1 Aspects méthodologiques

Tableau 1.1	
Taille d'échantillon et nombre de répondants attendu par région sociosanitaire, EQES et EQLAV, 2010-2011	21

Tableau 1.2	
Nombre de répondants et taux de réponse pondéré par région sociosanitaire, EQES et EQLAV, 2010-2011	25

Chapitre 2 Populations ciblées par l'EQLAV

Tableau 2.1	
Répartition de la population de 15 ans et plus selon le sexe et l'âge, Québec, 2010-2011	33

Tableau 2.2	
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	37

Tableau 2.3	
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	41

Tableau 2.4	
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité et selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	42

Tableau 2.5	
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	43

Tableau 2.6	
Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	45

Tableau 2.7	
Prévalence de certains types de problèmes de santé de longue durée selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	47

Tableau 2.8	
Prévalence de certains types de problèmes de santé de longue durée selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	48

Annexe A

Tableau A1	
Répartition de la population de 15 ans et plus selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011	53

Tableau A2	
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	54

Tableau A3	
Prévalence d'au moins un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	54

Liste des figures

Chapitre 2 Populations ciblées par l'EQLAV

Figure 2.1

Répartition de la population de 15 ans et plus
selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011 34

Figure 2.2

Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge,
population de 15 ans et plus,
Québec, 2010-2011 38

Figure 2.3

Taux d'incapacité selon le type d'incapacité
et le sexe, population de 15 ans et plus,
Québec, 2010-2011 41

FAITS SAILLANTS

Aspects méthodologiques

- L'objectif général de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV) est de fournir des données statistiques représentatives à l'échelle nationale et régionale sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux ainsi que sur les besoins non comblés à cet égard chez les personnes faisant partie des populations suivantes : 1) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité; 2) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée; 3) 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 est rattachée, sur le plan de la collecte de données, à l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), menée auprès des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Cette stratégie de collecte consiste à sélectionner les répondants ciblés par l'EQLAV au sein de l'échantillon de l'EQES (en fonction de leur âge et au moyen de questions visant à détecter la présence d'une incapacité ou d'un problème de santé de longue durée), pour ensuite leur administrer le questionnaire de l'EQLAV.
- La population visée par l'EQLAV (comme par l'EQES) correspond à l'ensemble des personnes âgées 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'EQLAV représente environ 97,5 % de l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus. Dans cette publication, la population visée est désignée comme la population âgée de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
- 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'EQLAV 2010-2011 a une portée régionale, à l'exception de certains indicateurs pour lesquels les données sont produites à l'échelle provinciale. Elle permet la diffusion de statistiques de bonne précision portant sur la population âgée de 15 ans et plus pour toute proportion de 0,5 % ou plus estimée à l'échelle de la province et de 5,8 % ou plus pour les estimations au niveau régional.
- Puisque l'EQLAV est arrimée à l'EQES, son plan de sondage a été adapté pour permettre d'atteindre ses objectifs spécifiques. Un suréchantillonnage a dû être effectué dans 7 des 16 régions sociosanitaires ainsi que pour les personnes âgées de 85 ans et plus. La taille d'échantillon nécessaire pour obtenir le nombre attendu de répondants (46 854 personnes pour l'EQES et 25 759 personnes pour l'EQLAV) a été établie à 77 436 personnes.

- L'enquête s'est déroulée en cinq vagues, du 18 novembre 2010 au 18 décembre 2011. Environ une dizaine de jours après l'entrevue réalisée pour l'EQES, les personnes étaient recontactées pour répondre au questionnaire de l'EQLAV. La collecte de données s'est effectuée par entrevue téléphonique assistée par ordinateur. La durée moyenne d'entrevue a été d'environ 20 minutes.
 - Au total, 24 772 personnes ont répondu au questionnaire de l'EQLAV. Le taux de réponse pondéré global à l'enquête (49 %) correspond au produit du taux de réponse pondéré à l'EQES (63 %) et du taux de réponse pondéré au questionnaire de l'EQLAV par rapport aux répondants qui y étaient admissibles (77 %). Dans les régions, les taux de réponse globaux vont de 44 % à 56 %.
 - Mentionnons que 1 491 des 25 173 entrevues ont été complétées par des tiers répondants. Un tiers répondant remplit le questionnaire pour la personne sélectionnée n'étant pas en mesure de le faire, soit pour des raisons de santé, soit parce qu'elle ne parlait ni le français ni l'anglais. Quelques questions portant sur des perceptions ou sur un sujet personnel et délicat n'ont cependant pas été posées aux tiers répondants.
- ### Populations ciblées par l'EQLAV
- Parmi la population québécoise de 15 ans et plus visée par l'enquête, près d'une personne sur cinq est âgée de 65 ans et plus; 10 % ont de 65 à 74 ans et 8 % ont franchi le cap des 75 ans.
 - Dans la population visée, on compte plus de personnes âgées de 65 ans et plus chez les femmes que chez les hommes, soit 20 % comparativement à 16 %.
 - L'incapacité, telle que mesurée dans l'EQLAV, touche environ 33 % des personnes âgées de 15 ans et plus visées. À noter que l'enquête s'intéresse à l'incapacité de longue durée (c'est-à-dire, dont la durée est de six mois ou plus). Le taux d'incapacité atteint 84 % chez les personnes de 85 ans et plus.
 - Lorsque l'on tient compte de la gravité de l'incapacité, on observe qu'un peu plus d'une personne sur dix âgées de 15 ans et plus présente une incapacité modérée ou grave. Chez les aînés de 85 ans et plus, six personnes sur dix sont dans cette situation.
 - Les types d'incapacité documentés par l'enquête sont les incapacités liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à l'apprentissage et à la mémoire. S'ajoutent à cette liste la déficience intellectuelle (ou les troubles envahissant de développement) et l'incapacité de nature psychologique. Les incapacités liées à l'agilité et à la mobilité s'avèrent les plus répandues dans la population visée (15 % et 13 %, respectivement).
 - Près de la moitié de la population visée rapporte au moins un problème de santé de longue durée (c'est-à-dire, dont la durée est de six mois ou plus). La prévalence augmente d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre 87 % chez les aînés de 75 ans et plus.
 - Près d'une personne sur quatre âgées de 15 ans et plus déclare deux problèmes de santé ou plus. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, c'est plus d'une sur deux.
 - Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, près d'une sur trois se dit atteinte d'arthrite (ou de rhumatisme), de diabète, de bronchite chronique (ou de MPOC), d'hypertension ou de maladie cardiaque. Parmi ces problèmes de santé, l'hypertension et l'arthrite (ou rhumatisme) sont les plus répandus dans la population visée (17 % et 16 %, respectivement).

INTRODUCTION

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV) vise à documenter la qualité de la prise en charge, par le système de santé, de certaines populations potentiellement vulnérables et davantage susceptibles d'utiliser les services ou d'en avoir besoin. Ce sont plus particulièrement : 1) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité; 2) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée; 3) les personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée. L'enquête est menée auprès des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel et faisant partie de l'une ou l'autre de ces populations.

Plus précisément, l'EQLAV permet de décrire l'utilisation que les personnes ciblées font des services de santé et des services sociaux, ainsi que leurs besoins non comblés de services liés à leur état de santé. À cet égard, les informations fournies par l'enquête touchent un éventail de services, comme le suivi médical et psycho-social (dont les pratiques favorables à l'autogestion de la maladie), les soins de santé à domicile et les services de réadaptation. L'EQLAV renseigne aussi sur d'autres thèmes liés à la santé et au bien-être : par exemple, l'aide humaine requise pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne ou domestique chez les personnes ayant une incapacité et chez celles âgées de 65 ans et plus, de même que la participation sociale des personnes ayant une incapacité.

Mentionnons que l'EQLAV est arrimée, sur le plan de la collecte de données, à l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES). Il s'agit d'une vaste enquête réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) auprès des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec (ce qui inclut, entre autres, les personnes vivant dans les résidences avec services pour personnes âgées)¹. Comme l'EQLAV s'intéresse à des populations spécifiques, la stratégie de collecte

consiste à déterminer les répondants ciblés par cette enquête au sein de l'échantillon de l'EQES, en fonction de l'âge et au moyen d'une série de questions visant à détecter la présence d'incapacités ou de problèmes de santé de longue durée, puis à administrer aux personnes sélectionnées le questionnaire de l'EQLAV.

Cet arrimage offre la possibilité de combiner des données recueillies dans les deux enquêtes, ce qui augmente du coup la richesse d'analyses possibles. Par exemple, les aspects de l'expérience de soins (comme l'affiliation à un médecin de famille et l'endroit habituel de soins) et les caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes (comme le fait de vivre seul, le niveau de scolarité, le niveau de revenu du ménage, etc.) documentés dans l'EQES permettent de mieux comprendre l'utilisation des services et les besoins non comblés des populations ciblées par l'EQLAV.

D'autres particularités de l'EQLAV sont à souligner. D'abord, des estimations détaillées selon des groupes d'âge fins pour les personnes âgées de 65 ans et plus peuvent être produites à l'échelle provinciale. Cela permet de porter un regard plus nuancé sur les caractéristiques sociales et de santé des aînés québécois. C'est tout particulièrement le cas des personnes âgées de 85 ans et plus, plus fortement touchées par la maladie ou l'incapacité et utilisant davantage les soins de santé et de services sociaux. Pour cette tranche de la population, l'EQLAV vient combler un manque de données statistiques fiables, autrement difficiles à obtenir. Enfin, pour la première fois dans une enquête populationnelle, la participation sociale des personnes avec incapacité est documentée à l'échelle de la province, au moyen de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) basé sur l'approche conceptuelle du *Processus de production du handicap* (PPH) (Fougeyrollas et autres, 1998; RIPPH, 2002). C'est cette même approche qui a servi à l'élaboration de la politique gouvernementale québécoise *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* ayant pour objectif d'accroître la participation sociale des personnes handicapées (OPHQ, 2009).

1. Pour plus de détails au sujet de cette enquête, voir M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).

L'EQLAV a été menée par l'Institut de la statistique du Québec suivant un mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)². Cette vaste enquête populationnelle a été élaborée et réalisée afin de répondre aux besoins d'information formulés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et son réseau, dont l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Elle fournit des données pertinentes et de qualité, à l'échelle nationale ou régionale, selon les indicateurs, conformément aux objectifs de l'enquête.

Contexte de l'enquête

Un système de soins de santé et de services sociaux en transformation

Au Québec, comme ailleurs, les dernières décennies ont été marquées par une réflexion en profondeur sur la stratégie gouvernementale à adopter en matière de santé et de bien-être de la population, principalement à l'égard de l'organisation et de la performance du système de santé et de services sociaux. Les défis posés par le vieillissement de la population, l'ampleur croissante des maladies chroniques et les avancées dans le domaine des technologies médicales ont amené l'État québécois à repenser la structure et le fonctionnement du système. En témoignent les travaux de la commission Clair, qui constatait, au début des années 2000, des lacunes majeures sur le plan de l'organisation des services de santé, plus particulièrement en ce qui concerne l'accessibilité, la continuité et la coordination des services, ainsi que sur le plan de la gouvernance, en notant l'absence de mécanismes de suivi systématique des résultats et de la performance du système (Clair, 2000).

Dans la foulée des recommandations du rapport Clair, le gouvernement a entrepris une vaste réforme des services de santé et des services sociaux, appuyée par un nouveau cadre législatif et administratif. Fondée sur deux grands principes, soit la responsabilité populationnelle – définie selon trois paliers de gestion et d'imputabilité (national, régional et local) – et la hiérarchisation des services pour une meilleure intégration entre les première, deuxième et troisième lignes, cette réforme a vu sa phase d'implantation en bonne partie réalisée vers la fin de la décennie 2000 (MSSS, 2009). L'amélioration de l'état de santé de

la population et de l'expérience de soins de même que l'optimisation des ressources sont devenues des cibles à atteindre (Roy et autres, 2010).

Le suivi de la performance du système sanitaire : un élément essentiel de la réforme

Le MSSS s'est engagé dans son plan stratégique 2010-2015 à évaluer la performance du système de santé et de services sociaux (MSSS, 2010). Pour ce faire, le Ministère et son réseau ont vu la nécessité de mettre au point des outils appropriés pour constituer un ensemble de données pertinentes et à jour, utiles aux différents paliers de responsabilité populationnelle nationale, 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 (MSSS, 2012a).

Sans être une contrainte rigide, ce cadre fournit des balises qui permettent au MSSS et à son réseau de définir et de prioriser ses besoins d'information. Parmi les indicateurs servant à documenter les nombreux éléments du cadre de référence ministériel, certains sont tirés des données administratives et d'autres proviennent d'enquêtes populationnelles.

L'EQLAV, tout comme l'EQES à laquelle elle est rattachée, découle donc de la volonté gouvernementale de mettre en place des mécanismes de suivi des résultats et de la performance du système de santé à l'égard de la population. L'EQLAV participe plus particulièrement à l'effort de suivi en vue d'une meilleure gouvernance du système de santé par la production de données pertinentes, à jour et de qualité, à portée provinciale et régionale, concernant l'état de santé et de bien-être ainsi que la prise en charge des populations potentiellement vulnérables ciblées par l'enquête.

Le suivi et l'évaluation de la politique québécoise « À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité »

Depuis quelques décennies au Québec, la promotion et le renforcement de l'intégration sociale des personnes handicapées ont été soutenues par différentes actions, tant sur le plan législatif que sur celui des politiques et

2. Cette introduction résume plusieurs sections du cadre de référence de l'EQLAV (Institut de la statistique du Québec, 2011).

des programmes. Parmi ces actions, soulignons l'adoption en 2004 de la Loi modifiant la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et d'autres dispositions législatives³, et l'élaboration en 2009 de la politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, qui a pour objectif d'accroître la participation sociale des personnes handicapées au Québec d'ici 2019. La Loi et la politique qui en découle prévoient l'implication de plusieurs acteurs – ministères, municipalités et organismes publics et privés – dans le développement de différentes mesures visant les personnes handicapées, leurs familles et leur milieu de vie ainsi que dans la mise en œuvre et l'organisation de ressources et de services adaptés à leurs besoins. Le suivi et l'évaluation de la politique sont sous la responsabilité de l'OPHQ (OPHQ, 2009).

Le suivi de la politique suppose la surveillance d'une série d'indicateurs pertinents, dont plusieurs sont mesurés au moyen d'enquêtes. Toutefois, le manque de données à jour et détaillées à l'échelle régionale concernant la population handicapée constitue une lacune. Au niveau provincial, les données les plus récentes proviennent de l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006* (EPLA), de Statistique Canada. Au niveau des régions, elles datent de presque 15 ans avec l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA), menée par l'ISQ en 1998. Parmi les besoins informationnels figurent les indicateurs décrivant l'accès et le recours à des services de santé et à des services sociaux, notamment les services de réadaptation et le besoin d'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne et domestique. De plus, il y a peu d'informations disponibles concernant certains sous-groupes; c'est le cas, entre autres, des personnes ayant une déficience intellectuelle ou des troubles envahissants de développement et des personnes ayant une limitation d'activités en raison de troubles de santé mentale.

Dans ce contexte, l'EQLAV constitue une référence pertinente puisqu'elle fournit des données statistiques sur plusieurs thèmes liés à la santé et au bien-être de la population avec incapacité⁴, à l'échelle provinciale et régionale.

Objectifs et thèmes de l'enquête

L'objectif général de l'EQLAV est de fournir des données statistiques représentatives à l'échelle provinciale ou régionale sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux, ainsi que sur les besoins non comblés à cet égard chez les personnes faisant partie des populations suivantes : 1) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité (d'une durée d'au moins six mois); 2) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée (au moins six mois); 3) les personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée.

L'enquête vise plus précisément à :

- Fournir une estimation, à l'échelle provinciale et régionale, de la prévalence de l'incapacité⁵, selon le type d'incapacité (notamment l'incapacité liée à la déficience intellectuelle et celle liée aux troubles de santé mentale) et la gravité de l'incapacité.
- Connaître les causes de l'incapacité chez la population ayant une incapacité.
- Chez la population de 65 ans et plus :
 - comparer les personnes avec et sans incapacité ou avec et sans problème de santé de longue durée, selon différentes caractéristiques;
 - fournir des données détaillées selon l'âge, à l'échelle provinciale, plus particulièrement pour les groupes d'âge les plus avancés (75 ans et plus ou 85 ans et plus), selon ce que les données permettent;
 - documenter deux marqueurs de fragilité : la perte de poids et la présence de signes dépressifs.

3. Conformément aux dispositions de cette loi (L.Q., c.31), le titre de la loi de 1978 a été modifié comme suit : Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1).

4. L'EQLAV s'intéresse à la population avec incapacité selon une définition proche de celle de la population handicapée visée par la politique et définie par la loi québécoise. La loi définit une personne handicapée comme « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

5. Dans l'EQLAV, la mesure de l'incapacité s'appuie principalement sur le modèle conceptuel utilisé dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) (Camirand et autres, 2001). Cela dit, l'EQLAV n'a pas pour objectif de produire des données comparables avec celles de cette enquête ni avec celles d'autres enquêtes.

- Fournir des données sur les thèmes suivants se rapportant aux populations ciblées ou à des sous-groupes d'intérêt (comme les personnes ayant une déficience physique), selon les possibilités offertes par les données :
 - l'utilisation des services de santé et des services sociaux (les services de l'hôpital, les soins de santé et l'aide à domicile, les services de réadaptation spécialisés, le suivi médical et psychosocial);
 - les besoins non comblés pour les divers types de services;
 - l'aide à la réalisation des activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD) chez la population ayant une incapacité;
 - l'information et l'autogestion à l'égard des médicaments et des problèmes de santé de longue durée;
 - d'autres informations relatives à certains aspects de la performance du système sanitaire (comme la disponibilité des services, le délai pour obtenir certains services et la présence d'un intervenant pivot).
- Comparer les populations à l'étude pour certains indicateurs relatifs à l'utilisation des services et aux besoins non comblés.
- Fournir une mesure de la participation sociale des personnes ayant une incapacité, à l'échelle provinciale.
- Connaître les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, géographiques et celles liées à l'état de santé des populations à l'étude, associées à l'utilisation et aux besoins non comblés de services.

Présentation de la publication

Pour mieux apprécier la portée et les limites de l'EQLAV, cette publication est consacrée à la présentation des grands paramètres méthodologiques de l'enquête ainsi qu'à la description de la population visée. Dans le premier chapitre, les éléments traités concernent notamment le plan d'échantillonnage, la collecte et le traitement des données. Le second chapitre, divisé en trois sections, dresse un portrait selon le sexe et l'âge de chacune des populations à l'étude. Ainsi, la première section fait état de la structure par âge et par sexe de la population visée et met en relief la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans cet ensemble populationnel. La seconde présente la population avec incapacité, détaillée selon le type et la gravité de l'incapacité. Enfin, la dernière section décrit la population déclarant un ou plusieurs problèmes de santé de longue durée, toujours parmi l'ensemble de la population de 15 ans et plus visée par l'enquête. Elle fournit également des résultats pour certains types de problèmes de santé de longue durée qui comptent parmi les maladies chroniques faisant l'objet d'une surveillance particulière par le MSSS.

Trois autres publications paraîtront au cours de l'année 2013, chacune étant consacrée à l'une des populations à l'étude dans l'EQLAV. Elles présenteront les principaux résultats obtenus au moyen d'analyses descriptives des données touchant les différents thèmes traités dans l'enquête. Dans ces publications, les résultats seront toujours présentés à l'échelle de la province et pour quelques indicateurs, des données régionales compléteront le tableau. Les résultats par région sociosanitaire seront aussi diffusés en 2013 sur le site Web de l'ISQ.

1

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre consacré à la méthodologie générale de l'EQLAV 2010-2011 se divise en cinq sections. La première 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. La section suivante s'intéresse au traitement des données, en abordant la validation et la pondération des données recueillies, l'examen de la non-réponse partielle et l'imputation de certaines variables, de même que les méthodes d'analyse retenues pour les publications de l'ISQ tirées de l'EQLAV. Le chapitre se termine par une section qui expose les normes de présentation des résultats et une autre, qui traite de la portée et des limites de l'enquête¹.

1.1 Plan d'échantillonnage

1.1.1 Population visée

La population visée par l'EQLAV correspond, tout comme dans l'EQES, à 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'EQLAV 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 la population âgée de 15 ans et plus vivant en ménage privé² ou en ménage collectif³ non institutionnel.

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

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

L'admissibilité à l'EQLAV est déterminée à partir des réponses aux questions de sélection incluses dans l'EQES et de l'âge de la personne (voir section 1.1.3).

1.1.2 Base de sondage

La base de sondage utilisée pour sélectionner l'échantillon de l'enquête principale (EQES), à laquelle est arrimée l'EQLAV, 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, dont celui 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.

1. De plus amples renseignements sur les aspects méthodologiques de l'EQLAV figureront dans la documentation technique de l'enquête, à paraître en 2013.

2. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage privé est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ).

3. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage collectif est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement collectif et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ). Dans le cas de l'EQLAV, comme de l'EQES, la population visée inclut les personnes vivant en ménage collectif non institutionnel et exclut celles qui sont en ménage collectif institutionnel.

Malgré tout, la base de sondage peut comporter de la sous-couverture puisque certaines personnes admissibles à l'enquête ne sont pas inscrites au régime québécois d'assurance maladie et ne font donc pas partie du FIPA⁴. De même, la base pourrait compter quelques personnes non admissibles, par exemple celles n'ayant au moment du tirage pas encore informé la RAMQ d'un déménagement hors de la province de Québec. Il demeure difficile de quantifier de manière précise la couverture nette de la base de sondage, étant donné que la taille de la population visée ne peut pas être établie de façon exacte. Les meilleures données disponibles pour estimer cette dernière sont les plus récentes estimations de population produites par l'ISQ en 2011, ajustées pour l'exclusion des personnes en institution et de celles vivant dans des réserves indiennes. En comparant ces estimations de population à la base de sondage, on peut établir que la couverture de la population visée par le FIPA est d'au moins 95 %⁵.

La population échantillonnée correspond donc aux personnes inscrites dans le FIPA qui répondent aux critères d'admissibilité. En faisant l'hypothèse que les caractéristiques de la population non couverte par l'enquête ressemblent à celles de la population qui l'est, 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

La stratégie de l'EQLAV consiste à sélectionner, à partir des questions de sélection comprises dans l'EQES et de l'âge des répondants, les personnes admissibles à l'EQLAV. Le plan de sondage de l'EQLAV est donc celui de l'EQES. Il a été construit pour répondre aux objectifs de l'EQES quant à la précision des estimations aux niveaux provincial, régional et local (réseaux locaux de services)⁶.

Comme l'EQLAV est arrimée à l'EQES, ce plan de sondage jumelé aux hypothèses concernant les taux de réponse et les taux d'admissibilité à l'EQLAV a permis de préciser certains objectifs de l'EQLAV, pour les statistiques portant sur l'ensemble des personnes âgées de 15 ans et plus⁷. Ces objectifs sont définis à l'échelle régionale et provinciale comme suit :

- estimer une proportion de 5,5 % avec un coefficient de variation⁸ (CV) de moins de 10 % dans chacune des régions sociosanitaires visées par l'enquête (sauf le Nord-du-Québec, où un CV d'environ 12,5 % est envisagé);
- estimer une proportion de 0,4 % avec un CV de moins de 15 % au niveau provincial.

Le plan de sondage de l'EQES a également été adapté pour permettre d'atteindre les objectifs spécifiques de l'EQLAV.

- Un suréchantillonnage a été nécessaire dans 7 des 16 régions sociosanitaires (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 ou domestique (AVQ-AVD)⁹:
 - Pour la MHAVIE, estimer des proportions de 2 % et plus avec un CV d'au plus 15 % au niveau provincial pour l'ensemble de la population visée;
 - Pour la mesure de l'aide aux AVQ-AVD, estimer une proportion de l'ordre de 5,5 % à 6 % avec un CV de moins de 10 % dans chacune des régions sociosanitaires visées par l'enquête (sauf le Nord-du-Québec) pour l'ensemble de la population visée.

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.

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 admissibles au régime québécois d'assurance maladie.

6. Pour plus de détails, voir la section 1.1.3 de la publication consacrée à la méthodologie et à la description de la population visée de l'EQES (M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013).

7. Que ces personnes aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée.

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

9. L'un ou l'autre de ces deux instruments de mesure a été associé a priori et de façon aléatoire aux personnes faisant partie de l'échantillon. Pour plus de détails sur ces instruments, voir la section 1.2.3.

- 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 à la grandeur de la province.

Le nombre total de répondants à l'EQES 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 niveau géographique, soit le réseau local de services (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.

Pour faciliter la gestion et le suivi de terrain, l'échantillon a été scindé en cinq vagues. La répartition de l'échantillon comporte plusieurs avantages, 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, des objectifs quant à la précision des estimations ont été fixés pour un niveau géographique fin (par RLS) dans l'EQES, et pour les personnes âgées de 85 ans et plus dans l'EQLAV. Ainsi, la partition de l'échantillon en cinq vagues a permis de sélectionner le bon nombre de personnes pour chacune des sous-populations obtenues. La taille d'échantillon nécessaire pour atteindre les nombres attendus de répondants à l'EQES 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.

Le tableau 1.1 présente la taille d'échantillon totale ainsi que le nombre de répondants attendu par région socio-sanitaire pour l'EQES et pour l'EQLAV.

Tableau 1.1
Taille d'échantillon et nombre de répondants attendu par région sociosanitaire, EQES et EQLAV, 2010-2011

	Taille d'échantillon	Nombre de répondants attendu à l'EQES	Nombre de répondants attendu à l'EQLAV
Bas-Saint-Laurent	4 702	2 963	1 664
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3 798	2 518	1 382
Capitale-Nationale	4 579	2 830	1 584
Mauricie et Centre du Québec	4 784	3 080	1 730
Estrie	4 972	3 269	1 803
Montréal	9 297	5 154	2 881
Outaouais	5 158	3 055	1 629
Abitibi-Témiscamingue	4 399	2 604	1 406
Côte-Nord	5 494	2 997	1 593
Nord-du-Québec	2 127	1 218	633
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3 745	2 275	1 273
Chaudière-Appalaches	4 580	2 926	1 622
Laval	3 687	2 118	1 157
Lanaudière	3 631	2 234	1 206
Laurentides	4 854	2 946	1 613
Montérégie	7 629	4 667	2 583
Ensemble du Québec	77 436	46 854	25 759

1.2 Collecte des données

1.2.1 Prétest de l'EQLAV

Au début de l'été 2010, un prétest a été effectué auprès de 335 répondants en utilisant le prétest de l'EQES pour la sélection des personnes admissibles à remplir le questionnaire de l'EQLAV. Parmi eux se trouvaient des personnes anglophones et des personnes âgées de 85 ans et plus. Ce prétest avait plusieurs objectifs, notamment :

1. tester la mécanique de l'arrimage entre l'EQES et l'EQLAV;
2. tester la mécanique complexe du questionnaire de l'EQLAV;
3. vérifier l'intelligibilité des questions des différents instruments dans les deux langues, avec une attention particulière pour les personnes âgées de 65 ans et plus (surtout celles âgées de 85 ans et plus et celles vivant en résidence privée avec services);
4. vérifier aussi la non-réponse partielle;
5. examiner les questionnaires remplis par des tiers répondants;
6. estimer les différents paramètres (taux de réponse, durée d'entrevue, etc.) permettant d'établir les hypothèses sur lesquelles reposent le plan d'échantillonnage et les stratégies de collecte.

En général, le questionnaire de l'EQLAV a été bien compris par les répondants lors du prétest. Néanmoins, en raison de difficultés rencontrées au moment de l'administration de certaines questions¹⁰ mais surtout de la durée d'entrevue, jugée longue, le questionnaire a dû être réduit, ce qui a permis d'alléger le fardeau des répondants. Le choix des questions à retirer ou à modifier a été fait de manière à ne pas compromettre la mesure des phénomènes tels que précisés dans les objectifs retenus pour l'enquête.

1.2.2 Stratégie de collecte

La collecte des données de l'EQES s'est déroulée du 28 octobre 2010 au 4 décembre 2011 et celle de l'EQLAV, du 18 novembre 2010 au 18 décembre 2011. Comme il a été mentionné à la section 1.1.3, l'échantillon a été réparti en cinq vagues de collecte, chacune correspondant à une période bien définie¹¹. Toutefois, afin de maximiser les taux de réponse, chaque vague a été travaillée pendant les périodes consacrées aux vagues subséquentes également.

La collecte des données de l'EQLAV 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 20 minutes. La stratégie de collecte retenue consistait à attendre environ une dizaine de jours à la suite de l'entrevue réalisée pour l'EQES avant de tenter de recontacter le répondant pour lui soumettre le questionnaire de l'EQLAV. Mentionnons que le répondant avait été avisé, lors de l'EQES, de la possibilité qu'il soit rappelé pour répondre à un autre questionnaire.

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'EQLAV. Afin d'augmenter les taux de réponse dans certaines sous-populations moins enclines à répondre (par exemple les personnes âgées de 85 ans et plus), quelques intervieweurs utilisant une approche adaptée ont été assignés à la réalisation des entrevues auprès des personnes concernées.

1.2.3 Questionnaire

Le questionnaire de l'EQLAV est l'aboutissement d'une démarche de recherche en plusieurs étapes visant à mettre au point un outil approprié pour atteindre les objectifs de l'enquête. Tout d'abord, mentionnons que diverses enquêtes portant sur les thèmes d'intérêt de l'EQLAV ont été examinées¹², d'une part pour connaître

-
10. Le prétest a révélé, entre autres choses, des difficultés au moment de l'administration téléphonique de certaines questions d'un instrument d'évaluation des fonctions cognitives (ALFI-MMSE), initialement prévu dans le questionnaire et s'adressant aux personnes de 65 ans et plus uniquement. Pour cette raison, l'instrument a été retiré complètement du questionnaire et cette mesure n'a pas été retenue parmi les objectifs de l'enquête.
 11. La vague 1 de l'EQLAV a débuté le 18 novembre 2010, la vague 2 le 2 février 2011, la vague 3 le 21 mars 2011, la vague 4 le 29 juin 2011 et la vague 5 le 3 octobre 2011.
 12. Parmi ces enquêtes, mentionnons : 1) *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) (Camirand et autres, 2001); 2) *l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006* (EPLA) (Statistique Canada, 2007); 3) *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec* (2005) (Pineault et autres, 2008); 4) *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé 2008-2009*, [En ligne]. [<http://www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html>] (Consulté le 22 janvier 2010).

la disponibilité des données et cerner les besoins d'informations statistiques non comblés par ces sources, d'autre part pour évaluer les approches et les méthodes utilisées pour la mesure de certains phénomènes. En parallèle, divers travaux ont été effectués; cela inclut notamment deux études qualitatives tirées de groupes de discussion, l'une portant sur l'opinion à l'égard des services de santé et des services sociaux et sur l'expérience de soins¹³ et l'autre, sur l'intelligibilité de plusieurs questions relatives aux mêmes thèmes¹⁴. On a également procédé à l'adaptation téléphonique de la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) – *Instrument général court*, dans le but d'estimer le niveau de participation sociale de la population ayant une incapacité (RIPPH, 2002). Au long de cette démarche qui s'est étalée sur trois ans, des consultations ont été menées auprès de spécialistes du milieu de la recherche ainsi que des directions concernées au MSSS. Ces consultations avaient plusieurs objectifs, dont celui de permettre la formulation de questions qui soient à la fois adaptées aux réalités québécoises quant à l'organisation des soins de santé et des services sociaux, proches des préoccupations du réseau de la santé et des utilisateurs des données, tout en étant compréhensibles par les répondants.

Les résultats de ces travaux, combinés à ceux du pré-test de l'outil de collecte, ont permis non seulement de définir le contenu final du questionnaire, tenant compte du choix de l'entrevue téléphonique comme mode de collecte¹⁵, mais également d'assurer la cohérence par rapport à l'EQES.

Le contenu de l'EQLAV consiste d'abord en une série de 28 questions de sélection visant à cerner la population admissible en raison d'une incapacité ou d'un problème de santé de longue durée¹⁶, selon les définitions retenues dans cette enquête. Plus précisément, 22 questions cherchent à déterminer la présence ou non d'une incapacité (Q95 à Q112C) et 6 servent à détecter la présence de problèmes de santé de longue durée (Q85 à Q89 et Q91).

S'ajoutent à cette série deux sous-questions permettant de préciser la nature de certains problèmes de santé de longue durée (Q90 et Q92)¹⁷. Les questions de sélection sont intégrées dans le questionnaire de l'EQES.

En ce qui concerne le questionnaire de l'EQLAV proprement dit, il contient 11 sections au total : un tronc commun de sections concerne l'ensemble des populations ciblées par l'enquête, alors que certaines sections (ou questions) ne s'adressent qu'à l'une ou l'autre des trois populations.

1. Section NG : Nature et gravité de l'incapacité
2. Section E : Médicaments
3. Section G : Information et autogestion
4. Section B : Urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour
5. Section C : Soins de santé à domicile
6. Section D : Services de réadaptation spécialisés en déficience physique ou intellectuelle
7. Section DD : Services de réadaptation spécialisés en santé mentale ou en alcoolisme et toxicomanie
8. Section F : Suivi médical et psychosocial
9. Section V : Aide aux activités de la vie quotidienne ou domestique (AVQ-AVD)
10. Section M : *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) – adaptation téléphonique
11. Section FR : Marqueurs de fragilité

Les questions sur la nature et la gravité de l'incapacité posées dans la section NG de l'EQLAV s'adressent aux personnes ayant une incapacité. Ces questions (NG1 à NG19), combinées aux 22 questions de sélection portant sur l'incapacité dans l'EQES, permettent de mesurer le taux d'incapacité global, les taux d'incapacité selon le type d'incapacité (audition, vision, parole, mobilité,

13. Il s'agit d'une étude dont les participants étaient des personnes atteintes de maladie chronique et ayant des limitations d'activités (Van Nieuwenhuyse, 2007).

14. Dans cette étude, les groupes de discussion étaient composés de personnes âgées de 70 ans et plus, de personnes ayant une déficience motrice et de personnes atteintes de maladie chronique (Van Nieuwenhuyse et Cazale, 2008).

15. L'entrevue téléphonique ayant été choisie comme mode de collecte, l'élaboration du questionnaire de l'EQLAV s'est accompagnée d'une préoccupation constante pour limiter la durée d'administration du questionnaire, afin de ne pas imposer un fardeau exagéré aux répondants. La contrainte de temps a donc influencé le choix des questions et des instruments dans la version finale de l'outil.

16. Alors que l'expression « maladie chronique » est couramment utilisée dans les milieux cliniques et administratifs, l'expression « problème de santé de longue durée », accompagnée de sa définition, a été retenue dans le contenu de l'EQLAV.

17. Parmi ces questions et sous-questions, certaines désignent des problèmes de santé de longue durée en particulier (comme l'arthrite, le diabète et les maladies cardiaques) qui comptent parmi les maladies chroniques faisant l'objet d'une surveillance par le MSSS (MSSS, 2012b).

agilité, etc.) et l'indice de gravité de l'incapacité. La section NG comprend aussi une question sur les causes de l'incapacité.

Les sections E, G, B, C, D, DD et F constituent un bloc de sections qui portent surtout sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux, sur l'expérience de soins et sur les besoins non comblés. Plus précisément, la section E traite de la consommation de médicaments prescrits et des obstacles à l'observance de la posologie. Dans la section G, les questions abordent les sujets de l'information et des pratiques favorables à l'autogestion de la maladie. Les cinq autres sections couvrent, quant à elles, divers services : les services dispensés à l'hôpital (consultation à l'urgence, hospitalisation, chirurgie d'un jour) et les services à domicile de CLSC qui en découlent (soins et aide à domicile de courte durée) (section B), les soins à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés (section C), les services de réadaptation spécialisés en déficience physique ou intellectuelle (section D) et en santé mentale ou en alcoolisme et toxicomanie (section DD) et, enfin, le suivi médical et psychosocial (section F). Dans toutes les sections susmentionnées, les questions sont ponctuées, lorsque cela est pertinent, de sous-questions qui permettent de lier l'information recueillie à la présence de problèmes de santé de longue durée.

Les sections E, B, C et F s'adressent à l'ensemble des populations ciblées dans l'EQLAV. La section G ne concerne que les personnes rapportant un problème de santé de longue durée; la section D vise seulement les personnes ayant une incapacité liée à une déficience physique ou intellectuelle, et la section DD concerne spécifiquement les personnes ayant une incapacité de nature psychologique (limitation en raison d'un trouble émotif, psychologique ou psychiatrique de longue durée). Plusieurs sections dans ce bloc comprennent des filtres et des sauts faisant en sorte que des questions ne sont adressées qu'à certaines personnes, en fonction de leurs caractéristiques.

La section V regroupe une série de questions visant à mesurer l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD) (l'aide reçue, le besoin d'aide,

les sources et l'intensité de l'aide) chez les personnes avec incapacité. On y aborde des activités telles que préparer les repas, faire les achats d'épicerie et autres produits essentiels, faire les travaux ménagers courants, s'occuper de ses soins personnels et préparer et prendre ses médicaments. La section M correspond, quant à elle, à l'adaptation téléphonique de la MHAVIE. Les questions de cet instrument de mesure permettent d'estimer le niveau de réalisation des activités de la vie courante et des rôles sociaux des personnes avec incapacité, par exemple en ce qui concerne les déplacements sur de courtes distances, l'échange d'information sous différentes formes, les soins personnels, les soins de santé, les responsabilités financières, civiles et familiales, les activités liées à la formation ou à un emploi rémunéré, les activités de loisir, etc.¹⁸

La section FR comprend des questions permettant de décrire deux marqueurs de fragilité au sein de la population âgée de 65 ans et plus, soit la perte involontaire de poids et la présence de signes dépressifs. Ce dernier marqueur est mesuré au moyen de l'*Échelle gériatrique de dépression* (EGD)¹⁹. À ces questions s'en ajoute une autre portant sur l'incontinence.

Il n'y a pas de questions générales sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des personnes dans le questionnaire de l'EQLAV puisque ces questions sont intégrées à l'EQES.

1.2.4 Taux d'admissibilité et taux de réponse

Le taux de réponse final à l'EQLAV se définit en multipliant le taux de réponse obtenu à l'EQES par celui obtenu lors de l'administration du questionnaire propre à l'EQLAV. Il faut donc observer les résultats de collecte à l'EQES et au questionnaire de l'EQLAV pour obtenir le taux de réponse final de l'EQLAV.

Mentionnons tout d'abord qu'un très petit nombre des personnes échantillonnées ont été exclues de l'EQES (et de l'EQLAV, du même coup) parce qu'inadmissibles. En effet, seulement 1 % des individus sélectionnés ne

18. À noter que les répondants de l'EQES admissibles à l'EQLAV en raison d'une incapacité se voient administrer les questions de l'une ou l'autre des sections V et M (un sous-échantillon pour chaque instrument).

19. La version originale de l'échelle *Geriatric Depression Scale* (GDS) à 30 items a été élaborée par Yesavage et autres (1983) pour dépister la dépression chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Des versions plus courtes à 15, 5 et 4 items ont été conçues puis validées par la suite. Dans l'EQLAV, la version à 4 items, traduite et validée par Clément et autres (1997) est utilisée.

faisaient pas partie de la population visée²⁰. Le nombre de participants et les taux de réponse pondérés obtenus à l'EQES sont présentés au tableau 1.2.

Au total, 48 100 personnes ont répondu à l'EQES, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 63,3%. En fait, les taux de réponse régionaux oscillent entre 59% et 69%.

Avant de traiter des taux de réponse au questionnaire de l'EQLAV, il faut examiner les taux d'admissibilité à l'EQLAV calculés à partir des réponses fournies aux questions de sélection administrées lors de l'EQES. Les répondants de l'EQES étaient admissibles à l'EQLAV s'ils répondaient à l'un des critères suivants : avoir une incapacité ou déclarer un problème de santé de longue durée (selon les questions de sélection), ou être âgé de 65 ans et plus. Ainsi, 66,1% des répondants de l'EQES (soit 31 775 individus) ont été jugés admissibles à l'EQLAV (lorsque pondérée à l'ensemble de la population, cette proportion est plutôt de l'ordre de 60,3%).

De ces 31 775 individus admissibles à l'EQLAV, 25 173 ont répondu au questionnaire. De ce nombre, 401 personnes ont infirmé leur admissibilité par leurs réponses²¹. Finalement, ce sont 24 772 répondants qui ont été considérés pour les analyses et ont servi au calcul du taux de réponse. Le taux de réponse pondéré correspondant à ces 24 772 répondants est donc de 77,1% par rapport aux répondants admissibles. C'est le refus de répondre à un deuxième questionnaire qui est la principale raison de non-réponse, plus de 44% des non-répondants se retrouvant dans cette catégorie²².

L'objectif global quant au nombre de répondants attendu n'a pas été atteint, seulement cinq régions y parvenant. Cela s'explique principalement par l'obtention de taux de réponse légèrement plus bas que ceux prévus. Par rapport à l'échantillon global, le taux de réponse pondéré global est de 48,8% (63,3% x 77,1%). À l'échelle régionale, les taux globaux varient de 43,7% à 55,9%. Ces résultats se retrouvent dans le tableau qui suit.

Tableau 1.2

Nombre de répondants et taux de réponse pondéré par région sociosanitaire, EQES et EQLAV, 2010-2011

	Nombre de répondants à l'EQES	Taux de réponse pondéré EQES	Nombre de répondants à l'EQLAV	Taux de réponse pondéré questionnaire EQLAV	Taux de réponse pondéré global EQLAV
	n	%	n	%	
Bas-Saint-Laurent	3 104	67,3	1 693	78,6	52,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	2 547	68,8	1 398	80,0	55,0
Capitale-Nationale	3 050	65,4	1 564	81,3	53,2
Mauricie et Centre du Québec	3 090	65,6	1 635	79,2	52,0
Estrie	3 359	68,1	1 762	82,1	55,9
Montréal	5 459	60,0	2 554	73,8	44,3
Outaouais	3 188	63,8	1 693	77,9	49,7
Abitibi-Témiscamingue	2 693	62,8	1 391	76,9	48,3
Côte-Nord	2 951	60,0	1 468	73,8	44,3
Nord-du-Québec	1 217	59,1	637	74,0	43,7
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2 303	62,6	1 274	77,0	48,2
Chaudière-Appalaches	2 944	66,8	1 534	79,4	53,0
Laval	2 222	61,1	999	72,8	44,5
Lanaudière	2 265	63,1	1 194	77,7	49,0
Laurentides	2 908	60,9	1 503	76,3	46,4
Montérégie	4 800	64,1	2 473	77,0	49,3
Ensemble du Québec	48 100	63,3	24 772	77,1	48,8

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

20. Ces personnes avaient déménagé dans un ménage collectif institutionnel ou hors de la province de Québec, ou bien étaient décédées.

21. Ces personnes ont mentionné au moment de l'EQLAV ne pas avoir d'incapacité ni de problème de santé de longue durée.

22. La non-réponse restante regroupe plusieurs types de non-réponse très variés, comme le fait de tomber sur une boîte vocale, de ne pas obtenir de réponse lors d'un rendez-vous téléphonique planifié, les entrevues incomplètes, les déménagements, etc.

Par ailleurs, dans l'EQLAV comme dans l'EQES, 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 la participation d'une tierce personne en mesure de remplir le questionnaire pour elle. Des 48 100 entrevues complétées dans l'EQES, 2 023 l'ont ainsi été par des tiers-répondants. De ce nombre, 1 935 étaient admissibles au questionnaire de l'EQLAV; 1 491 d'entre eux y ont effectivement répondu, ce qui correspond à un taux de déclaration par procuration pondéré de 5,6 % pour l'ensemble du Québec.

1.3 Traitement des données

1.3.1 Validation

Le recours au mode d'entrevue téléphonique assistée par ordinateur pour mener les entrevues de l'EQLAV 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 intervalles 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 de la collecte a été fait, ce qui a permis de corriger certains codes de résultat finaux²³. Enfin, comme cette enquête vise à produire des estimations régionales (RSS), une validation minutieuse des codes postaux fournis par les répondants a été effectuée afin de s'assurer que chaque répondant était classé dans la bonne région sociosanitaire.

1.3.2 Pondération

Pondération EQLAV

La pondération consiste à attribuer à chacun des répondants de l'enquête une valeur, un poids qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. Cette opération est essentielle pour l'obtention des diverses estimations tirées de l'EQLAV. 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 un des éléments 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, qui doivent dès lors être intégrés à la pondération lors de la production de statistiques tirées de l'EQLAV.

La pondération utilisée dans l'EQLAV est relativement complexe du fait que l'échantillon est d'abord sélectionné pour répondre au questionnaire de l'EQES et que, selon les réponses qu'ils ont fournies aux questions de sélection de l'EQES et selon leur âge, les répondants peuvent être admissibles à l'EQLAV par la suite. Ainsi, la pondération de l'EQLAV est élaborée à partir des poids calculés pour l'EQES, auxquels s'ajoutent les ajustements propres à l'EQLAV. Même si la pondération ne sera pas décrite ici de façon très explicite²⁴, il faut comprendre les étapes appliquées dans l'EQES pour mieux comprendre la procédure utilisée dans l'EQLAV.

La stratégie de pondération qui a été mise au point pour l'EQES 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.

23. 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.

24. Pour plus de détails, voir la section 1.3.2 de la publication consacrée à la méthodologie et à la description de la population visée de l'EQES (M.É. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013).

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).

Étant donné les thèmes abordés dans l'EQES mais encore plus particulièrement dans l'EQLAV, qui traite entre autres choses d'incapacité, il était possible pour une personne incapable de remplir le questionnaire en raison de son état de santé²⁵ de demander à une tierce personne de le faire pour elle. Pour un certain nombre de personnes dans cette situation, 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 ce sont des tiers qui 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).

Selon le scénario de pondération de l'EQES, le poids est ensuite ajusté aux comptes de population (poststratification)²⁶. Par contre, pour l'EQLAV, il a servi de point de départ aux deux dernières étapes de pondération propres à cette enquête : l'ajustement pour la non-réponse totale à l'EQLAV et l'ajustement aux comptes de population.

Comme dans l'EQES, l'ajustement pour la non-réponse totale dans l'EQLAV consiste à modéliser le fait d'être répondant ou non à l'enquête²⁷ et de créer des classes de pondération correspondant à des « classes de non-réponse » regroupant des personnes ayant des caractéristiques et des proportions de répondants semblables. Un modèle a été conçu par profil d'appartenance des personnes admissibles à l'EQLAV. Ces profils, mutuellement exclusifs, sont : les personnes de 65 ans et plus, les personnes de 15 à 64 ans ayant une incapacité (mais pas de problème de santé de longue durée), les personnes de 15 à 64 ans ayant au moins un problème de santé de longue durée (mais pas d'incapacité) et les personnes de 15 à 64 ans ayant une incapacité et au moins un problème de santé de longue durée. Après modélisation, le poids des répondants est ajusté par l'inverse de la probabilité de sélection dans chacune des classes. À nouveau, les poids extrêmes ont été détectés. Comme cette opération avait été réalisée lors d'une étape de la pondération de l'EQES, peu de poids ont été modifiés dans les faits.

Pour terminer, une poststratification a été effectuée. 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 à partir du FIPA. Cet ajustement a été réalisé par un calage aux marges²⁸ 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^{re} marge), et par RLS, d'autre part (2^e marge).

Pondérations particulières – instruments Aide aux AVQ-AVD et MHAVIE

L'un des enseignements tirés du prétest était qu'il fallait diminuer le fardeau du répondant lors de l'administration du questionnaire de l'EQLAV. L'un des moyens employés

25. Il était aussi possible pour une personne ne parlant ni le français ni l'anglais de demander à une tierce personne de répondre à sa place. Il n'a toutefois pas été jugé pertinent d'inclure un ajustement dans la pondération pour ces cas.

26. Pour plus de détails, voir la section 1.3.2 de la publication consacrée à la méthodologie et à la description de la population visée de l'EQES (M.É. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013).

27. Pour les fins de la pondération, les individus ayant participé à l'EQLAV mais ayant infirmé leur admissibilité sont considérés comme répondants.

28. 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.

a été de circonscrire les personnes ayant une incapacité à répondre à un seul des deux instruments suivants : l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD) et la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE). Comme le scénario a été sélectionné aléatoirement à partir de l'échantillon de l'EQES, une pondération propre à chacun de ces deux instruments devait être élaborée.

Selon les objectifs de l'enquête, l'instrument de mesure de l'aide aux AVQ-AVD vise à fournir des données au niveau régional, alors que la MHAVIE cherche à obtenir des données provinciales. Ainsi, afin d'atteindre ces objectifs, la taille d'échantillon initiale accordée à la mesure de l'aide aux AVQ-AVD est très importante et représente près de 94 % de l'échantillon total initial. Étant donné ce taux élevé, les poids poststratifiés de l'EQLAV ont été considérés comme poids initiaux pour l'instrument de mesure de l'aide aux AVQ-AVD²⁹.

Par la suite, ces poids ont de nouveau fait l'objet d'une poststratification (afin de combler la perte du sous-échantillon sélectionné pour la MHAVIE, soit le 6 % restant de l'échantillon initial). Cet ajustement a également été réalisé par un calage aux marges. La particularité ici, par rapport à ce qui s'est fait précédemment dans l'EQLAV, c'est la volonté de maintenir les nombres pondérés de personnes ayant ou non une incapacité par région sociosanitaire, groupe d'âge et sexe à ceux calculés dans l'EQLAV. Ainsi, l'ajustement effectué visait à obtenir une somme de poids égale aux effectifs de la population visée par région sociosanitaire, groupe d'âge, sexe et présence – ou non – d'une incapacité, d'une part (définissant la première marge), et par RLS, d'autre part (définissant la seconde marge).

En ce qui concerne le sous-échantillon réservé à la MHAVIE, son importance relative étant beaucoup plus restreinte, la procédure de pondération a dû reprendre l'ensemble des étapes déjà expliquées auparavant, telles qu'elles ont été effectuées pour l'EQES et l'EQLAV³⁰.

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 précise, appelée non-réponse partielle. Cette dernière 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.

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 généralement peu élevée dans l'EQLAV, le risque que des biais importants relatifs à la précision des estimations soient associés à la non-réponse partielle est assez faible³¹. Pour certaines questions (ou variables ou indicateurs établis à partir d'une ou de plusieurs questions), la non-réponse s'avère plus importante. Les variables concernées ont été détectées, et une analyse comparative des caractéristiques des répondants et de celles des non-répondants a été effectuée afin de limiter les biais dans l'interprétation des variables en cause, lorsque c'était jugé nécessaire. Les résultats de cette analyse sont présentés dans les publications de l'ISQ tirées de l'EQLAV traitant de ces variables.

Certains tableaux figurant dans les publications de l'ISQ tirées de l'EQLAV présentent des estimations de tailles de population (P_e), aussi appelées « effectifs ». 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 partielle³².

29. Quelques ajustements ont été faits à ces poids, notamment pour la conversion en unités non répondantes d'individus présentant de la non-réponse partielle à l'ensemble des questions de l'instrument de mesure AVQ-AVD.

30. Afin de simplifier l'opération, les modèles élaborés lors de la pondération dans l'EQES et dans l'EQLAV ont été réutilisés pour la pondération de la MHAVIE.

31. 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 considéré comme tel. Par contre, par rapport à une erreur-type de 2 %, ce biais de 1 % ne peut pas être jugé négligeable.

32. 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.

Certaines variables, particulièrement importantes lors de l'analyse et présentant des taux de non-réponse partielle assez élevés, ont fait l'objet d'imputation. C'est notamment le cas pour l'indice de gravité de l'incapacité. L'indicateur décrivant le nombre de problèmes de santé de longue durée (en trois catégories : aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus) a également fait l'objet d'une imputation, afin d'assurer la cohérence par rapport à l'indicateur à deux catégories (aucun problème de santé, au moins un problème de santé).

Par ailleurs, certaines analyses de l'EQLAV font appel à des variables de l'EQES. Certaines de ces variables ont été imputées; le détail des opérations effectuées apparaîtra dans les volumes qui traitent d'elles.

Il est important de signaler que 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 les variables imputées est sous-estimée. Pour cette raison, il est recommandé d'interpréter avec prudence les différences significatives dont le seuil observé est très près du seuil de signification. Les analyses publiées par l'ISQ prennent en compte cette recommandation.

Imputation de l'indice de gravité de l'incapacité

L'indice de gravité de l'incapacité est calculé à partir des réponses fournies aux questions posées pour déterminer la présence d'incapacité et l'intensité de l'incapacité (c'est-à-dire être partiellement incapable ou totalement incapable de faire une activité donnée). Le nombre de questions prises en compte pour le calcul de l'indice est de 24. La non-réponse à l'une des questions composant l'indice entraînant automatiquement une non-réponse à cet indice, il est peu étonnant d'observer un taux de non-réponse partielle assez élevé lui étant rattaché. Ainsi, des 14 055 personnes ayant une incapacité, 1 071 se retrouvent avec une valeur manquante à l'indice de gravité (une proportion pondérée d'environ 7 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité).

L'imputation de l'indice s'est faite de deux façons. Pour près des deux tiers des cas, elle a été effectuée de façon déterministe (déductive) : les réponses fournies aux questions composant l'indicateur (nonobstant les questions présentant de la non-réponse partielle) permettaient alors de déduire avec certitude le niveau de gravité de

l'incapacité. Pour le tiers restant, l'imputation s'est faite suivant la méthode du plus proche voisin, celui-ci étant choisi parmi les individus présentant le plus de réponses communes aux questions autres que celles présentant de la non-réponse partielle.

Imputation de l'indicateur « Nombre de problèmes de santé de longue durée »

Le nombre de problèmes de santé de longue durée est un indicateur en trois catégories (aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus) calculé à partir des réponses fournies aux six questions de sélection portant sur les problèmes de santé de longue durée. L'imputation visait ici à assurer la cohérence par rapport à l'indicateur à deux catégories (aucun problème de santé, au moins un problème de santé). Elle a porté sur les cas où la valeur de l'indicateur à deux catégories indiquait la présence d'au moins un problème de santé de longue durée et pour lesquels le nombre de problèmes était inconnu. Au total, 644 cas ont ainsi dû être imputés (soit, une proportion pondérée d'environ 3 % des personnes concernées), un peu plus de la moitié de façon déterministe et les autres à l'aide de la méthode du plus proche voisin, telle qu'expliquée pour l'indice de gravité.

1.3.4 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'entraînent la non-réponse, la sous-couverture affectant la base de sondage, les erreurs de mesure associées à des questions difficiles à interpréter, à la saisie ou au traitement de données. Plusieurs des 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'EQLAV pour quantifier l'erreur d'échantillonnage. Le CV s'exprime comme suit³³ :

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

Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 %, qui sont suffisamment précises, sont présentées sans commentaire. Celles dont le CV est supérieur à 15 % mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (*) dans les tableaux et les figures pour indiquer 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 plan³⁴ auxquels sont soumises les différentes estimations faites à partir de cette enquête. Lorsque les estimations sont produites par RSS, les effets de plan moyens³⁵ varient entre 1,12 et 1,65. Pour les estimations produites pour l'ensemble du Québec, puisque la répartition de l'échantillon de l'EQES entre les régions est différente de la répartition réelle, l'effet de plan moyen de l'EQLAV est légèrement plus important, soit de 1,91. Cet effet de plan surpasse quelque peu celui de l'EQES (qui est de 1,64). Cela s'explique notamment par l'administration d'un deuxième questionnaire, l'EQLAV, à seulement une partie de la population visée³⁶.

Un effet de plan légèrement supérieur à celui escompté, jumelé à un taux de réponse plus bas que ce qui était attendu, fait en sorte que les estimations produites dans l'EQLAV ont une précision légèrement inférieure à ce qui était prévu. En conséquence, au niveau des RSS, pour

des caractéristiques mesurées et rapportées à l'ensemble de la population visée, les données permettent d'estimer une proportion de 5,8 % (au lieu du 5,5 % initialement prévu) avec un CV de moins de 10 % (sauf pour le Nord-du-Québec, où le CV est de l'ordre de 13,5 % plutôt que le 12,5 % supposé au départ). Au niveau provincial, les données permettent d'estimer une proportion de 0,5 % (au lieu de 0,4 %) avec un CV de moins de 10 %.

D'autres objectifs de précision étaient visés par l'EQLAV³⁷. Ces objectifs touchaient plus particulièrement les personnes âgées de 85 ans et plus de même que les estimations produites à partir des sous-échantillons générés pour l'instrument portant sur l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD) et celui portant sur la mesure des habitudes de vie (MHAVIE).

Tout d'abord, en ce qui concerne les personnes de 85 ans et plus, l'ajout d'échantillon en cours de collecte fait en sorte que, malgré les taux de réponse plus bas que ce qui était prévu, les précisions obtenues sont près de celles souhaitées initialement (c'est-à-dire une proportion de l'ordre de 4 % avec un CV de moins de 15 % à l'échelle provinciale).

En ce qui concerne les estimations produites à partir de l'instrument portant sur l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD) et celles résultant de l'utilisation de l'instrument MHAVIE, les précisions obtenues sont, tout comme celles de l'EQLAV, très légèrement inférieures à ce qui était attendu.

Ainsi, pour l'instrument portant sur l'aide aux AVQ-AVD, au niveau des RSS, pour des caractéristiques mesurées et rapportées à l'ensemble de la population visée, les résultats obtenus permettent d'estimer une proportion variant entre 5,5 % et 6,2 % selon les RSS (au lieu de varier entre 5,5 % et 6,0 %, comme il était initialement prévu) avec un CV de moins de 10 % (sauf pour le Nord-du-Québec, où le CV est de l'ordre de 14,0 % plutôt que le 12,5 % attendu au départ).

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

34. 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.

35. 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.

36. Soit celle décrite à la section 1.1.1.

37. Voir la section 1.1.3.

Finalement, pour ce qui est de la MHAVIE, les résultats obtenus permettent d'estimer des proportions de 2,3 % et plus au niveau provincial pour l'ensemble de la population visée avec un CV de moins de 15 % (au lieu des proportions de 2,0 % et plus initialement prévues).

1.3.5 Analyses et tests statistiques

Dans les publications de l'ISQ tirées de l'EQLAV, les résultats présentés ont d'abord fait l'objet d'un test global du khi-deux 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 réalisés afin de relever les écarts les plus importants. Ces tests reposent sur la distribution empirique de la différence des proportions, obtenue à l'aide des 2 000 répliques d'auto-amorçage (« bootstrap »)³⁸; ils sont basés sur l'intervalle de confiance d'auto-amorçage de la différence des proportions (ISQ et autres, 2012). 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 (Pe) sont quant à elles arrondies à la centaine. Comme pour les estimations de proportions, l'arrondissement est en cause lorsque la somme des populations estimées détaillées ne correspond pas à la population estimée totale indiquée dans certains tableaux. Des différences minimes peuvent aussi être observées entre tableaux quant aux estimations de populations; celles-ci s'expliquent par un traitement différencié de la non-réponse partielle présente pour la variable d'analyse.

38. Pour plus de détails sur l'auto-amorçage, voir l'Annexe C.

39. Et même au niveau local (RLS), en ce qui concerne l'EQES.

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 ces 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

La portée et les limites de l'EQLAV passent en partie par les soins apportés à la réalisation de l'EQES. À cet égard, tout a été mis en place pour assurer la qualité et la représentativité de cette enquête, tant au niveau provincial que régional³⁹. En tout, ce sont 48 100 Québécois de 15 ans et plus, répartis en cinq vagues de collecte couvrant une année entière pour tenir compte d'éventuelles variations saisonnières, qui ont répondu à l'EQES. Le plan de sondage de l'EQES s'est assuré d'obtenir une qualité de données permettant l'analyse à l'échelle des régions sociosanitaires. De même, il a suréchantillonné les personnes âgées de 85 ans et plus afin de satisfaire aux besoins de l'EQLAV.

Parmi ces 48 100 répondants, 31 775 étaient admissibles à l'EQLAV et 24 772 d'entre eux ont accepté d'y participer. Comme les taux de réponse ont peu varié au niveau géographique entre l'EQES et l'EQLAV, les régions sociosanitaires ont conservé un nombre de répondants important, ce qui a maintenu la qualité des analyses faites sur ce plan à un très bon niveau, pour les statistiques produites pour l'ensemble de la population visée par l'enquête. De plus, l'arrimage avec l'EQES est venu accroître le potentiel d'analyse de l'EQLAV en permettant de mettre en relation les renseignements concernant les populations à l'étude dans cette enquête (soit les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et les personnes de 15 ans et plus qui rapportent un problème de santé de longue durée) avec leur expérience de soins de santé documentée dans l'EQES. L'un des objectifs de l'EQLAV

est de produire des informations statistiques sur la qualité de la prise en charge de ces populations par le système de santé et de services sociaux au Québec. Évidemment, l'étude de phénomènes sur des populations restreintes diminue la précision des estimations. Tout de même, la grande taille d'échantillon générée pour cette enquête, les précautions prises lors de la conception du plan de sondage et l'importance relative de ces populations permettent de réaliser des analyses pertinentes et à l'échelle souhaitée (régionale ou provinciale, selon le cas).

Les procédures d'inférence utilisées ont fait l'objet d'une attention particulière afin de minimiser les biais associés à la non-réponse totale et d'assurer la fiabilité de l'inférence à la population visée. Sur le plan de l'analyse, toutes les mesures de précision et les tests qui ont été produits ont pris en compte la complexité du plan de sondage. Finalement, la stratégie de collecte, en particulier la collecte assistée par ordinateur, a permis de réduire le plus possible la non-réponse partielle.

Comme c'est le cas dans toutes les enquêtes populationnelles, malgré que toutes les précautions soient prises pour assurer la qualité des données et minimiser les biais, l'analyse des données demeure restreinte 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. Pour la production d'estimations tirées de l'EQLAV, toutefois, étant donné qu'une telle situation concerne seulement environ 6 % des entrevues, le biais engendré par la non-réponse découlant des répondants par procuration peut être considéré comme négligeable.

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'EQLAV 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 les personnes de 65 ans et plus et de plus de 20 % chez celles de 85 ans et plus (Statistique Canada, 2012). Enfin, une enquête transversale comme l'EQLAV 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.

2

POPULATIONS CIBLÉES PAR L'EQLAV

2.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus dans la population de 15 ans et plus

Cette section présente la répartition selon le sexe et l'âge de la population québécoise visée par l'EQLAV 2010-2011, soit les personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel¹. Cet ensemble inclut notamment les gens qui habitent dans une résidence privée avec services pour personnes âgées. Les résultats permettent de situer la part relative des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population visée, de même que celle des aînés selon des groupes d'âge plus fins.

2.1.1 Structure par sexe et par âge de la population visée et part des personnes de 65 ans et plus

Parmi la population québécoise de 15 ans et plus visée par l'enquête, près d'une personne sur cinq est âgée de 65 ans et plus; 10 % ont de 65 à 74 ans et 8 % ont franchi le cap des 75 ans

Au Québec, la population de 15 ans et plus visée par l'enquête se répartit à peu près également entre les hommes (49 %) et les femmes (51 %), ces dernières étant à peine plus nombreuses en proportion (tableau 2.1).

Comme il apparaît au tableau 2.1², la population visée est majoritairement composée de personnes âgées de 15 à 64 ans (82 %); plus précisément, 15 % appartiennent au groupe âgé de 15 à 24 ans, 41 % à celui des 25 à 49 ans

et 26 % ont entre 50 et 64 ans (tableau 2.1). De leur côté, les personnes âgées de 65 ans et plus comptent pour environ 18 % de l'ensemble (ce qui représente près de 1 214 800 personnes). Plus précisément, 10 % sont âgées de 65 à 74 ans et 8 % ont 75 ans et plus (soit environ 530 700 personnes). Les données plus détaillées montrent que 6 % des personnes appartiennent au groupe âgé de 75 à 84 ans et 2,1 % ont franchi le cap des 85 ans (soit environ 141 200 personnes).

Tableau 2.1
Répartition de la population de 15 ans et plus¹ selon le sexe et l'âge, Québec, 2010-2011

	%	Pe (k)
Sexe		
Hommes	49,4	3 285,1
Femmes	50,6	3 365,6
Groupe d'âge		
15-64 ans	81,7	5 435,9
15-24 ans	14,8	983,2
25-49 ans	41,0	2 726,6
50-64 ans	26,0	1 726,1
65 ans et plus	18,3	1 214,8
65-74 ans	10,3	684,1
75 ans et plus	8,0	530,7
75-84 ans	5,9	389,4
85 ans et plus	2,1	141,2
Ensemble de la population	100,0	6 650,7

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

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

1. Ainsi qu'il est décrit dans la section 1.1.1, la population visée par l'enquête ne comprend pas certaines personnes (par exemple, les personnes âgées de moins de 15 ans, les personnes vivant dans des logements collectifs institutionnels ainsi que celles résidant dans les réserves indiennes ou dans les régions sociosanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James). C'est pourquoi les proportions par sexe et par âge présentées dans la section 2.1 ne concordent pas avec les statistiques démographiques officielles basées sur les données de recensement, qui, elles, se rapportent à l'ensemble de la population québécoise.
2. Dans le tableau 2.1, certaines proportions diffèrent légèrement de celles présentées dans la section 2.1.1 de la publication de l'EQES décrivant la méthodologie et la population visée de l'enquête (M.É. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013). Ces petites différences s'expliquent par l'obligation de regrouper certaines catégories d'âge lors de la pondération (calage aux marges) dans l'EQLAV. Cette obligation ne s'était pas avérée nécessaire dans l'EQES lors de l'application de la même procédure.

En proportion, les femmes comptent plus de personnes âgées de 65 ans et plus que les hommes, soit 20 % comparativement à 16 %

La répartition par âge diffère selon le sexe (figure 2.1). En proportion, les hommes comptent davantage de personnes appartenant aux deux groupes d'âge en deçà de 50 ans, comparativement aux femmes. À l'inverse, la part des personnes âgées de 65 ans et plus est plus élevée parmi les femmes (20 % c. 16 % chez les hommes) (Annexe A, tableau A1³). L'écart selon le sexe demeure significatif quel que soit le groupe d'âge à partir de 65 ans (figure 2.1).

2.2 Les personnes ayant une incapacité dans la population de 15 ans et plus

Cette section vise à décrire l'incapacité parmi la population québécoise visée par l'enquête, soit les personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel⁴. Cet ensemble comprend notamment les personnes vivant dans une résidence

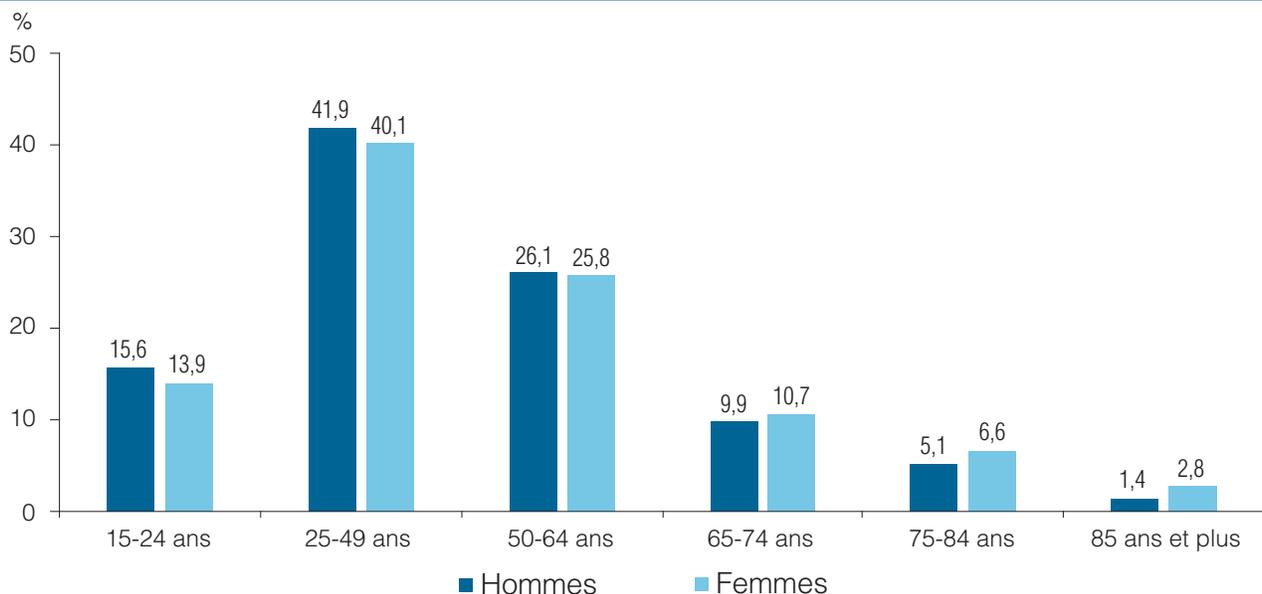
privée avec services pour personnes âgées. La prévalence de l'incapacité, telle que mesurée dans l'EQLAV 2010-2011, est d'abord estimée de manière globale puis pour les différents types d'incapacité documentés dans l'enquête et, enfin, en tenant compte de l'indice de gravité de l'incapacité. Les estimations sont détaillées selon le sexe et l'âge.

2.2.1 Mesure de l'incapacité dans l'EQLAV

Dans l'EQLAV, l'incapacité est définie comme une limitation d'activités qui découle d'un état, d'une condition ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée. Cette définition générale repose sur le cadre conceptuel fourni par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2001).

Plus précisément, chez les adultes, le concept d'incapacité renvoie à la réduction (partielle ou totale) de la capacité de réaliser certaines fonctions ou tâches de la vie quotidienne, comme entendre, voir, parler, marcher ou manier des objets. Il inclut aussi des limitations sur le plan des

Figure 2.1
Répartition de la population de 15 ans et plus¹ selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011



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

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

3. Dans le tableau A1 (Annexe A), certaines proportions diffèrent légèrement de celles présentées dans la section 2.1.1 de la publication de l'EQES décrivant la méthodologie et la population visée de l'enquête (M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013). Pour plus de détails, voir la note de bas de page n° 2, à la page 33.

4. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1.

fonctions cognitives (comme les difficultés de mémoire, les troubles d'apprentissage, la déficience intellectuelle ou les troubles envahissants de développement) ainsi que des limitations d'activités à la maison, à l'école ou au travail ou encore dans les déplacements, les sports ou les loisirs, en raison d'un état ou d'un problème de santé physique de longue durée, d'une part, ou en raison d'un trouble émotif, psychologique ou psychiatrique de longue durée, d'autre part. Un adulte n'est pas considéré comme ayant une incapacité si l'utilisation d'une aide technique lui permet de surmonter sa déficience. Par exemple, une personne présentant une déficience visuelle mais compensant cette déficience par le port de lunettes adéquates n'est pas considérée comme ayant une incapacité sur le plan visuel. Enfin, ainsi que la définition le mentionne, l'incapacité doit être de longue durée, c'est-à-dire exister depuis au moins six mois ou avoir une durée appréhendée d'au moins six mois.

Pour permettre la sélection des personnes ayant des incapacités, les différents éléments de la définition mentionnés ont pris la forme d'une série de 22 questions⁵ intégrées au questionnaire de l'EQES à laquelle l'EQLAV est rattachée. On peut y répondre par oui ou non, une réponse positive à l'une de ces questions suffisant à déterminer l'admissibilité à l'EQLAV en raison d'une incapacité. Aux questions de sélection apparaissant dans l'EQES sont combinées 19 autres questions⁶ dans l'EQLAV permettant de confirmer les difficultés déjà mentionnées et de déclarer d'autres difficultés, le cas échéant, tout en précisant l'intensité (totalement incapable ou partiellement incapable). L'ensemble de ces questions sont utilisées pour déterminer la population avec incapacité et pour estimer la prévalence de l'incapacité selon le type d'incapacité et selon sa gravité dans la population visée par l'enquête.

L'enquête permet de documenter 10 types d'incapacité :

- **Audition :** difficulté à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, au cours d'une conversation avec une autre personne ou au cours d'une conversation téléphonique;
- **Vision :** difficulté à voir les caractères ordinaires d'un journal ou à voir clairement le visage d'une personne éloignée de quatre mètres;
- **Parole :** difficulté à parler et à se faire comprendre;
- **Mobilité :** difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres, à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches, à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres, à se tenir debout pendant plus de 20 minutes ou à se déplacer d'une pièce à l'autre;
- **Agilité :** difficulté à se pencher, à se couper les ongles d'orteils, à se servir de ses doigts pour saisir ou manier des objets, à tendre les bras dans n'importe quelle direction, à se mettre au lit ou à en sortir, à s'habiller et à se déshabiller ou à couper sa nourriture;
- **Apprentissage :** troubles d'apprentissage ou de perception, difficultés d'attention ou hyperactivité diagnostiqués;
- **Mémoire :** difficultés de mémoire ou périodes de confusion tous les jours ou presque;
- **Déficience intellectuelle/TED :** déficience intellectuelle ou trouble envahissant de développement diagnostiqué;
- **Psychologique :** limitation dans la quantité ou le genre d'activités qu'une personne peut faire en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques d'une durée de six mois ou plus, comme les phobies, l'anxiété, la dépression, les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu, la schizophrénie et autres;
- **Indéterminée :** limitation dans la quantité ou le genre d'activités qu'une personne peut faire en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité susmentionné.

5. Il s'agit des questions Q95 à Q112C faisant partie des questions de sélection intégrées au questionnaire de l'EQES (Annexe B).

6. Il s'agit des questions NG1 à NG19, incluant la question NG7, dans le questionnaire de l'EQLAV (Annexe B).

Les définitions retenues dans l'EQLAV pour déterminer l'incapacité globale et par type d'incapacité sont très similaires à celles utilisées dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA)⁷. Cela dit, certains concepts ont davantage été inspirés de ceux employés dans l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006* (EPLA)⁸, comme c'est le cas de l'incapacité de nature psychologique. Ce choix provient du fait que les questions telles que libellées dans l'EQLA ne permettaient pas de distinguer les limitations liées à des troubles de santé mentale de celles découlant d'un état ou d'un problème affectant les fonctions cognitives (comme la déficience intellectuelle). Or, l'un des objectifs de l'EQLAV est précisément de documenter de façon distincte les caractéristiques des personnes ayant ce type d'incapacité.

En ce qui concerne la gravité de l'incapacité, celle-ci peut varier d'une personne à l'autre. Lorsque le niveau de gravité est élevé, d'importantes répercussions peuvent s'ensuivre, comme le besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne ou domestique et le recours aux services de santé et aux services sociaux. À l'échelle populationnelle, il est donc utile de pouvoir distinguer, au sein de la population avec incapacité, des sous-groupes plus homogènes, selon le niveau de gravité de l'incapacité.

C'est au moyen d'un indice qu'on peut classer les personnes selon le niveau de gravité de leur incapacité. La mesure tient compte à la fois de la fréquence (nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité) et de l'intensité de l'incapacité (le fait d'être totalement ou partiellement incapable de pratiquer une activité donnée). Cette approche, qui avait été retenue dans l'EQLA⁹, a aussi été privilégiée pour l'EQLAV. Concrètement, les questions de sélection comprises dans l'EQES et la majorité des questions mesurant l'incapacité et son intensité dans l'EQLAV¹⁰ sont utilisées dans le calcul de l'indice. Ce dernier se calcule comme suit : deux points sont accordés pour chaque réponse indiquant une incapacité totale à réaliser une activité, et un seul point est

attribué pour chaque réponse faisant état d'une difficulté à faire une activité (« capable, mais avec difficulté ») ou d'une limitation dans le genre ou la quantité d'activités qu'on peut faire dans différents contextes (maison, travail, etc.). Ces incapacités totales ou partielles doivent être liées à un état ou un problème de santé de longue durée. Autrement, aucun point n'est accordé. La somme des points représente un score. L'échelle des scores obtenus est divisée en trois catégories distinguant les niveaux d'incapacité légère (1 à 4 points), modérée (5 à 10 points) et grave (11 points et plus). Ainsi construit, l'indice de gravité de l'incapacité permet de qualifier celle-ci dans son ensemble selon ces trois niveaux mais ne permet pas de faire la distinction pour chacun des types d'incapacité. Sans être parfaite, cette échelle est considérée comme satisfaisante. Comparativement à d'autres méthodes de pointage, des corrélations supérieures entre la gravité de l'incapacité, selon cette échelle, et des critères comme l'utilisation d'aides techniques et le besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne ont pu être observées (McDowell, 1988).

Soulignons qu'il n'était pas dans les objectifs de l'EQLAV de produire des données sur l'incapacité comparables avec celles d'enquêtes antérieures. Ainsi, malgré le fait que la mesure de l'incapacité dans l'EQLAV s'apparente beaucoup à celle utilisée dans l'EQLA 1998, plusieurs éléments méthodologiques distinguent les deux enquêtes, notamment quant au mode de collecte (au téléphone dans l'EQLAV et en face à face dans l'EQLA). Les différences sont encore plus grandes entre l'EQLAV et l'EPLA 2006, tant sur le plan du contenu que sur celui des méthodes. En conséquence, il importe de souligner que les données de l'EQLAV ne sont pas comparables à celles issues de ces deux enquêtes.

7. Pour plus de détails sur cette enquête, voir Camirand et autres (2001).

8. Pour plus de détails sur cette enquête, voir Statistique Canada (2007) et Camirand, J. et autres (2010).

9. Cette approche avait aussi été utilisée dans les enquêtes canadiennes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et 1991.

10. Il s'agit des questions NG1 à NG19 du questionnaire de l'EQLAV, à l'exception de la question NG6 (Annexe B).

2.2.2 Taux d'incapacité global

Environ une personne sur trois a une incapacité parmi la population québécoise de 15 ans et plus visée par l'enquête

Selon l'EQLAV 2010-2011, la proportion de personnes ayant une incapacité parmi celles âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel est estimée à près de 33 % (ce qui correspond à environ 2 215 100 personnes) (tableau 2.2).

Le taux d'incapacité s'accroît d'un groupe d'âge à l'autre à partir de 25 ans

Si le taux d'incapacité est un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes (34 % c. 32 %), on observe une variation marquée de cet indicateur selon l'âge. Ainsi, le taux est estimé à 28 % chez le groupe âgé de 15 à 64 ans, tandis qu'il atteint 57 % chez les personnes de 65 ans et plus. Une analyse plus détaillée montre que le taux d'incapacité s'accroît d'un groupe d'âge à l'autre, seules les personnes de 15 à 24 ans et celles de

25 à 49 ans ne se démarquant pas significativement à cet égard. Soulignons le taux élevé de l'incapacité aux âges avancés; une fois le cap des 85 ans franchi, l'incapacité touche en effet 84 % des personnes vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Le taux d'incapacité est plus élevé chez les femmes de 75 ans et plus.

L'analyse détaillée tenant compte de l'âge montre que l'écart observé entre les sexes quant au taux d'incapacité s'avère significatif seulement parmi les deux groupes les plus âgés (figure 2.2). Ainsi, les personnes de 75 à 84 ans se caractérisent par un taux d'incapacité plus élevé chez les femmes que chez les hommes (67 % c. 60 %), et il en va de même dans le groupe âgé de 85 ans et plus (86 % c. 81 %). Ces résultats traduisent un possible effet d'âge; les femmes ayant une espérance de vie plus élevée que les hommes, ce facteur peut expliquer qu'elles sont davantage touchées qu'eux. Le taux d'incapacité ventilé à la fois selon le sexe et selon les différents groupes d'âge est présenté en annexe (Annexe A, tableau A2).

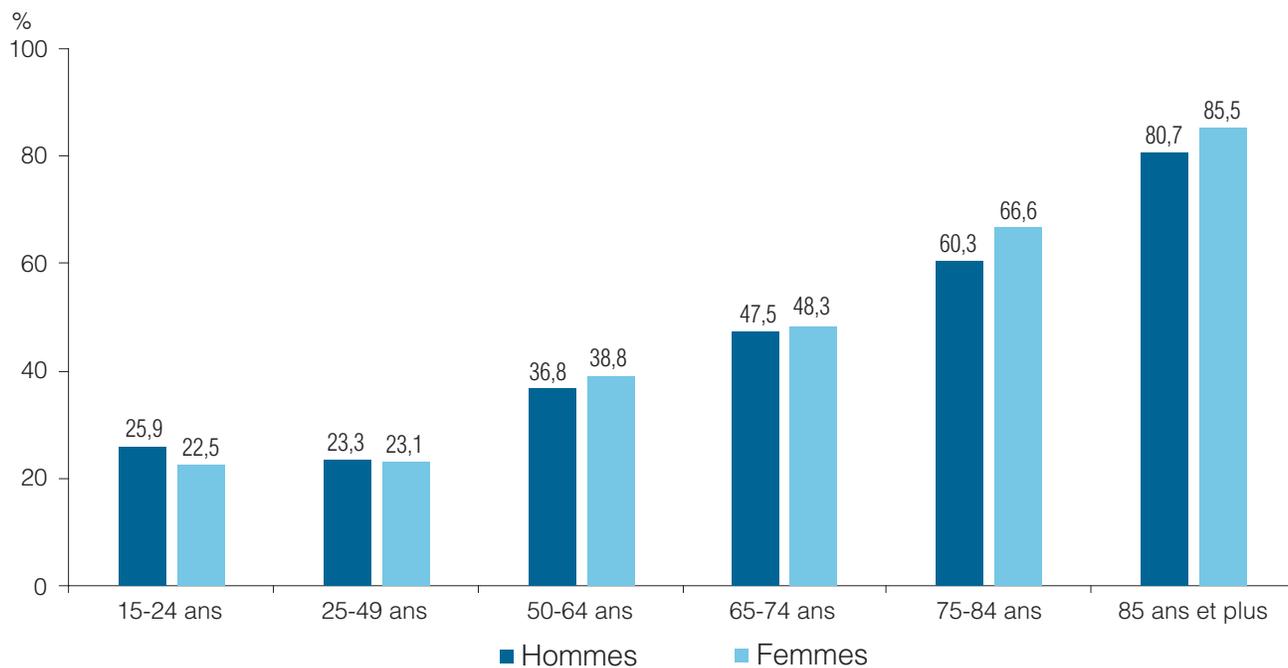
Tableau 2.2
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

	%	Pe (k)
Sexe		
Hommes	32,2	1 059,4
Femmes	34,3	1 155,8
Groupe d'âge		
15-64 ans	28,0	1 523,4
15-24 ans	24,3	238,7
25-49 ans	23,2	632,2
50-64 ans	37,8	652,8
65 ans et plus	57,2	694,7
65-74 ans	48,0	328,1
75 ans et plus	69,3	367,5
75-84 ans	63,9	248,8
85 ans et plus	84,0	118,6
Ensemble de la population	33,3	2 215,1

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

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

Figure 2.2
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011



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

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

Prévalence de l'incapacité : parallèle entre les résultats de l'EQLAV 2010-2011 et ceux de l'EQLA 1998

L'EQLAV 2010-2011 permet d'estimer à un peu plus de 33 % le taux d'incapacité global chez la population québécoise de 15 ans et plus visée par l'enquête. Ce résultat se démarque de ceux obtenus à partir de données d'enquêtes sur l'incapacité réalisées dans le passé. Ainsi, l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA)¹ avait révélé un taux d'incapacité de près de 17 %. Dans l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006* (EPLA)², le taux était estimé à 12 %. Rappelons que ces prévalences ne sont pas comparables sur le plan statistique en raison de différences conceptuelles et méthodologiques entre les enquêtes, celles-ci étant particulièrement marquées entre l'EQLAV et l'EPLA (notamment quant à la façon de mesurer l'incapacité et à la stratégie de sélection des personnes avec incapacité). L'EQLAV et l'EQLA présentent aussi des distinctions méthodologiques mais l'incapacité y est définie de façon similaire. Dans ce contexte, l'écart d'environ 17 points de pourcentage séparant les taux d'incapacité issus des deux enquêtes semble inattendu. Afin de mieux comprendre cet écart et de cerner certains facteurs susceptibles d'influencer la mesure de l'incapacité, les données de l'EQLAV et de l'EQLA ont fait l'objet d'un examen plus poussé. Les principaux résultats sont ici résumés³, et les constats tirés de certaines études permettent d'évoquer d'autres pistes d'explication possibles. À la lumière de ces observations, quelques nuances pour l'interprétation des résultats de l'EQLAV sont suggérées.

L'analyse révèle d'abord que l'écart entre le taux d'incapacité de l'EQLAV et celui de l'EQLA est surtout le fait de l'incapacité légère; il est moins marqué du côté de l'incapacité modérée et de l'incapacité grave⁴. Par ailleurs, le vieillissement de la population (entre 1998 et 2010-2011) et l'inclusion, dans la population visée de l'EQLAV, des personnes vivant en résidence privée avec services (ces personnes ne faisaient pas partie de la population visée de l'EQLA) expliquent en bonne partie l'écart entre les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave observés dans les deux enquêtes. Le rôle de ces deux facteurs demeure toutefois marginal en ce qui concerne l'écart noté du côté de l'incapacité légère. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse soutenue dans la littérature quant à la plus grande robustesse de la mesure de l'incapacité modérée et de l'incapacité grave comparativement à celle de l'incapacité légère, davantage susceptible de fluctuer selon les méthodes et les instruments d'enquête (Camirand et autres, 2003). Ces nuances invitent à tenir compte du niveau de gravité de l'incapacité dans l'interprétation des résultats de l'EQLAV concernant les personnes avec incapacité, dans la mesure du possible.

L'écart entre le taux d'incapacité de l'EQLAV et celui de l'EQLA peut aussi refléter d'autres phénomènes relevant davantage du contexte social et sanitaire, susceptibles notamment d'influer sur la mesure de l'incapacité légère. Parmi ceux-ci, les avancées en matière de dépistage de certains troubles pourraient être en cause ainsi que l'augmentation des problèmes de santé chroniques, lesquels entraînent parfois des limitations chez les personnes qui en sont atteintes. Enfin, une autre hypothèse donne à penser que le système de valeurs au Québec, comme au Canada, évolue vers une plus grande ouverture à l'égard des personnes avec incapacité, ce qui ferait en sorte que celles-ci acceptent davantage de déclarer leurs difficultés ou leurs limitations que par le passé (Camirand et autres, 2001; Statistique Canada, 2007).

La composition de la population avec incapacité étant caractérisée par une part relativement élevée de cas d'incapacité légère, par rapport aux cas d'incapacité modérée ou grave, elle pourrait se refléter sur la mesure d'autres phénomènes documentés dans l'EQLAV, notamment au chapitre des répercussions de l'incapacité sur différentes sphères de la vie de la personne. C'est le cas, par exemple, du besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne ou domestique et de l'utilisation des services de santé, qui augmentent généralement avec la gravité de l'incapacité. Les estimations pour de tels indicateurs pourraient être tantôt plus élevées, tantôt plus faibles que ce qui est attendu (ou habituellement observé dans d'autres enquêtes). Les résultats de l'EQLAV concernant ces indicateurs et d'autres mesures sont détaillés dans le volume 2 consacré à la population avec incapacité, dont la publication est prévue en 2013.

1. Voir Camirand et autres (2001).

2. Voir Camirand, J. et autres (2010).

3. Les résultats détaillés de cet examen feront l'objet d'une publication à paraître en 2013.

4. Selon l'EQLAV 2010-2011, les prévalences de l'incapacité légère, modérée et grave sont respectivement de 23 %, 7 % et 3,5 % chez la population de 15 ans et plus visée par l'enquête (voir section 2.2.4). Dans l'EQLA 1998, ces prévalences étaient estimées à 10 %, 4,2 % et 2,3 %, respectivement.

2.2.3 Taux d'incapacité selon le type d'incapacité

Rappelons que l'EQLAV permet de distinguer les personnes avec incapacité selon 10 types d'incapacité, au sein de la population visée (voir section 2.2.1). Précisons aussi qu'une personne peut avoir plus d'un type d'incapacité.

Les incapacités liées à l'agilité et à la mobilité sont les plus répandues dans la population visée

Environ 15 % de la population présente une incapacité liée à l'agilité (tableau 2.3). Le taux d'incapacité touchant la mobilité s'élève quant à lui à 13 %. Ces deux types d'incapacité ressortent comme les plus répandus dans la population visée.

Certaines incapacités touchent les fonctions sensorielles

Les incapacités touchant les fonctions sensorielles sont aussi documentées par l'enquête. Ainsi, on estime que 7 % des personnes visées ont une incapacité liée à l'audition; 4,6 % en ont une par rapport à la vision et 1,5 %, une relative à la parole.

Les incapacités liées aux fonctions cognitives et l'incapacité de nature psychologique sont aussi présentes dans la population

L'enquête permet de distinguer quatre types d'incapacité non physiques. L'incapacité liée à l'apprentissage (cela comprend les troubles de l'apprentissage, les troubles de la perception, les difficultés d'attention et l'hyperactivité) touche 4,8 % de la population visée. Environ 5 % des personnes ont une incapacité liée à la mémoire (des difficultés de mémoire ou des périodes de confusion tous les jours ou presque). La prévalence de la déficience intellectuelle (ou des troubles envahissants de développement) est pour sa part estimée à 1,0 %. Enfin, 4,2 % des individus présentent une incapacité de nature psychologique, c'est-à-dire qu'ils se disent limités dans le genre ou la quantité d'activités qu'ils peuvent faire (à la maison, à l'école ou au travail, dans les autres activités), en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques d'une durée de six mois ou plus. Ces troubles comprennent, par exemple, les phobies, l'anxiété, la dépression, les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu ou la schizophrénie.

Dans certains cas, la nature de l'incapacité touchant les personnes reste imprécise

Environ 3,6 % des personnes de 15 ans et plus visées mentionnent être limitées dans le genre ou la quantité d'activités qu'elles peuvent faire, en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans par ailleurs être touchées par un autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Les hommes et les femmes visés par l'enquête se distinguent quant à la prévalence des différents types d'incapacité

La prévalence de certains types d'incapacité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Ainsi en est-il des incapacités liées à la vision, à la mobilité, à l'agilité et à la mémoire, de même que de l'incapacité de nature psychologique (figure 2.3). Soulignons les taux élevés observés chez les femmes pour ce qui concerne les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité (17 %, respectivement). À l'inverse, les hommes affichent des prévalences de l'incapacité plus élevées lorsque celle-ci est liée à l'audition, à la parole, à l'apprentissage, ou encore lorsqu'il s'agit de déficience intellectuelle (ou de troubles envahissants de développement).

Des écarts entre les sexes souvent plus marqués chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Les écarts significatifs observés entre les sexes ressortent également lorsque l'analyse est réalisée au sein des personnes âgées de 15 à 64 ans (données non présentées). Font exception les données sur l'incapacité liée à la mémoire, qui ne permettent pas de distinguer les hommes des femmes dans ce groupe d'âge. Du côté des personnes de 65 ans et plus, les variations touchent un moins grand nombre de types d'incapacité mais elles paraissent souvent plus marquées. Ainsi, dans ce groupe d'âge, le taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes en ce qui concerne les incapacités liées à la vision (10 % c. 7 %), à la mobilité (41 % c. 26 %), à l'agilité (39 % c. 30 %), à la mémoire (12 % c. 11 %) et aux troubles de nature psychologique (4,6 % c. 2,7 %). En contrepartie, les hommes affichent un plus haut taux d'incapacité uniquement lorsque celle-ci est liée à l'audition (22 % c. 16 % chez les femmes).

Tableau 2.3
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité¹, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	%	Pe (k)
Audition	7,4	489,0
Vision	4,6	304,4
Parole	1,5	100,0
Mobilité	13,2	874,8
Agilité	15,2	1 012,6
Apprentissage	4,8	318,7
Mémoire	5,3	349,6
Déficience intellectuelle/ TED	1,0	66,0
Psychologique	4,2	278,0
Indéterminée ³	3,6	237,5

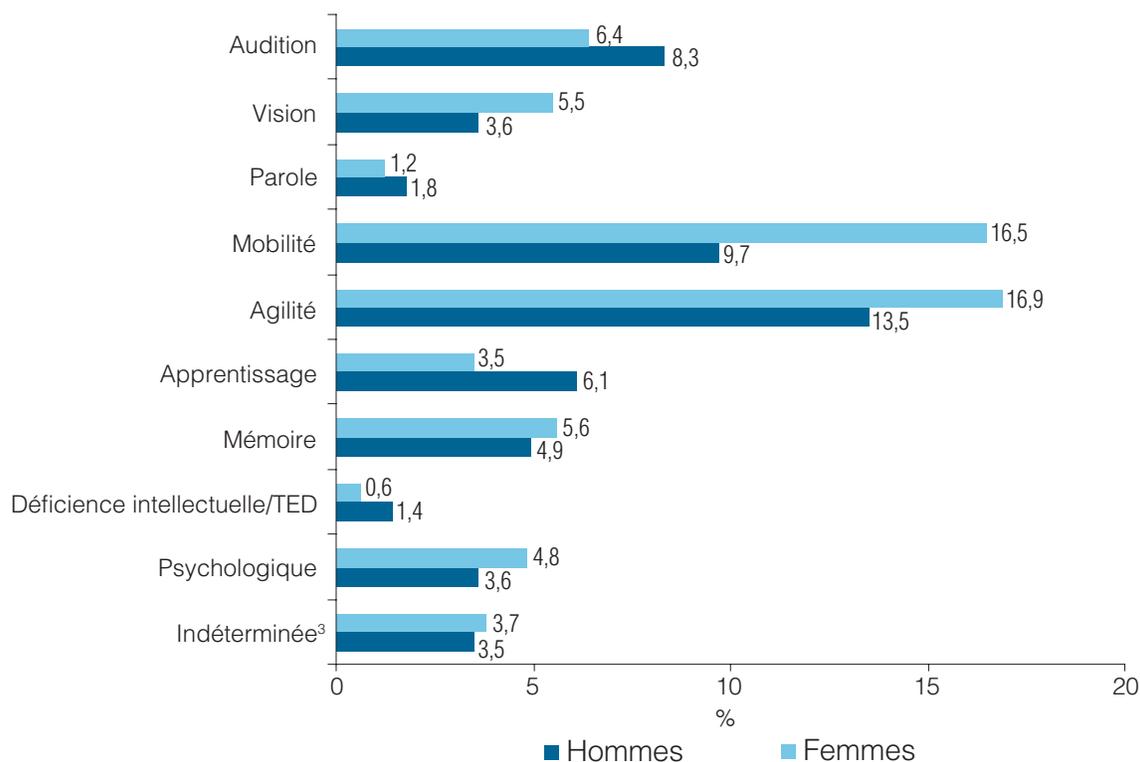
1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

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

Figure 2.3
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité¹ et le sexe, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011



1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

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

La prévalence augmente avec l'âge pour la plupart des types d'incapacité

La prévalence de l'incapacité augmente avec l'âge pour la plupart des types d'incapacité (tableau 2.4). On constate ainsi une augmentation graduelle d'un groupe d'âge à l'autre pour trois types d'incapacité, soit celles liées à l'audition (de 1,9 % chez les personnes de 15 à 24 ans à 40 % chez les 85 ans et plus), à la mobilité (de 3,2 % à 65 %, respectivement) et à l'agilité (de 3,9 % à 62 %, respectivement).

Dans le cas de l'incapacité liée à la mémoire, l'augmentation graduelle est notée d'un groupe d'âge à l'autre, sauf ceux en deçà de 50 ans (elle passe d'un taux de 3,2 % chez les 15-24 ans et les 25-49 ans à 27 % chez les 85 ans et plus). En ce qui concerne la prévalence de l'incapacité liée à la vision, une hausse est observée, sans être significative entre tous les groupes d'âge. D'environ 3 % chez

les personnes de 15 à 49 ans, elle augmente à 6 % dans les groupes âgés entre 50 et 74 ans puis à 9 % chez les 75-84 ans, pour finalement atteindre 22 % une fois le cap des 85 ans franchi. Enfin, une légère augmentation de l'incapacité liée à la parole est notée lorsqu'on compare les personnes âgées de 15 à 64 ans (1,2 %) à leurs aînées (2,7 %). À cet égard, les personnes âgées de 85 ans et plus affichent la prévalence la plus élevée (7 %).

La relation selon l'âge est inversée en ce qui concerne deux autres types d'incapacité, soit celle liée à l'apprentissage et la déficience intellectuelle (ou TED) (tableau 2.4). Ainsi, dans les deux cas, les prévalences les plus élevées sont notées parmi les plus jeunes (13 % et 2,5 %, respectivement).

Enfin, la prévalence de l'incapacité de nature psychologique ne varie pas significativement selon l'âge d'après les données.

Tableau 2.4

Taux d'incapacité selon le type d'incapacité¹ et selon l'âge, population de 15 ans et plus², Québec, 2010-2011

	15-64 ans	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
	%							
Audition	4,9	1,9	3,3	9,2	18,5	13,2	20,6	39,5
Vision	3,7	2,3	2,9	5,7	8,6	5,5	9,3	22,1
Parole	1,2	1,5*	1,0	1,5	2,7	1,7*	2,9*	7,0
Mobilité	8,6	3,2	5,5	16,4	34,2	24,8	40,0	65,1
Agilité	10,9	3,9	8,1	19,2	35,1	26,6	40,9	62,2
Apprentissage	5,3	13,0	4,6	2,2	2,3	1,5*	2,5*	5,4
Mémoire	3,9	3,2	3,2	5,3	11,6	7,0	14,3	27,4
Déficience intellectuelle/ TED	1,1	2,5	1,0	0,6*	0,4*	0,3**	0,4**	1,0**
Psychologique	4,3	4,0	4,2	4,5	3,8	3,3	4,0	5,8
Indéterminée ³	3,6	2,5	3,7	4,2	3,2	3,8	2,8*	1,6*

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

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

2.2.4 Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité

L'incapacité modérée ou grave touche plus d'une personne sur dix parmi la population visée

La prise en compte de la gravité permet de faire un portrait plus précis de l'incapacité dans la population. D'après l'indice de gravité mesuré dans l'EQLAV¹¹, la prévalence de l'incapacité légère est de 23 % parmi les personnes de 15 ans et plus visées (tableau 2.5); l'incapacité modérée touche environ 7 % des personnes et l'incapacité grave, 3,5 %. Selon les données, cela correspond à 1 504 500 personnes dans le premier cas, à 480 400 dans le deuxième et à 230 300 dans le troisième.

L'incapacité modérée ou grave est plus répandue chez les femmes que chez les hommes.

Les femmes affichent un profil d'incapacité un peu moins favorable que les hommes quant à l'indice de gravité. En effet, on observe chez elles des taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave supérieurs à ceux des hommes (9 % c. 6 % dans le premier cas; 4,1 % c. 2,9 % dans le second). La prévalence de l'incapacité modérée ou grave atteint presque 13 % chez les femmes, comparativement à 9 % chez les hommes¹².

Tableau 2.5
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

	Légère	Modérée	Grave
	%		
Sexe			
Hommes	23,6	5,8	2,9
Femmes	21,6	8,7	4,1
Groupe d'âge			
15-64 ans	20,7	5,3	2,0
15-24 ans	21,2	2,5	0,6**
25-49 ans	18,1	3,8	1,3
50-64 ans	24,7	9,4	3,8
65 ans et plus	31,2	15,8	10,3
65-74 ans	31,2	11,5	5,2
75 ans et plus	31,1	21,3	16,9
75-84 ans	33,4	19,3	11,3
85 ans et plus	24,8	26,8	32,3
Ensemble de la population	22,6	7,2	3,5
Pe (k)	1 504,5	480,4	230,3

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise; interpréter avec prudence.

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

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

11. Pour plus de détails sur l'indice de gravité de l'incapacité, voir la section 2.2.1.

12. Ces résultats traduisent un possible effet d'âge. Comme les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave sont associés à l'âge et vu la plus grande longévité des femmes, cela peut expliquer qu'elles sont davantage touchées que les hommes.

Les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave augmentent d'un groupe d'âge à l'autre.

Les taux d'incapacité sont davantage élevés chez les personnes âgées de 65 ans et plus que chez leurs cadettes (15 à 64 ans), quel que soit le niveau de gravité examiné. Une analyse plus détaillée selon l'âge révèle des taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave augmentant graduellement d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre respectivement une personne sur quatre (27 %) et une personne sur trois (32 %) chez la population âgée de 85 ans et plus. Quant à elle, l'incapacité légère touche entre 18 % et 33 % des personnes dans les différents groupes d'âge, certains groupes ne se distinguant pas entre eux sur le plan statistique. Ainsi, le groupe des 65-74 ans ne se démarque pas de celui des 75-84 ans ni de celui des 75 ans et plus; il en est de même pour le groupe des 50-64 ans par rapport à celui des 85 ans et plus.

2.3 Les personnes déclarant un problème de santé de longue durée dans la population de 15 ans et plus

Cette section présente les résultats quant aux problèmes de santé de longue durée déclarés par la population visée dans l'EQLAV 2010-2011, soit les personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel¹³. Cette population inclut notamment les personnes qui habitent dans une résidence privée avec services pour personnes âgées. Dans un premier temps, on traite de la prévalence des problèmes de santé de longue durée, tels que mesurés dans l'enquête, et du nombre de problèmes de santé déclarés (aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus). Les résultats suivants mettent en relief les prévalences observées pour cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'EQLAV, qui comptent parmi les maladies chroniques faisant l'objet

d'une surveillance particulière par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2012b). Il s'agit de l'arthrite et du rhumatisme, du diabète, de la bronchite chronique et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), de l'hypertension et des maladies cardiaques. Ces problèmes de santé de longue durée sont aussi analysés de manière combinée, ce qui permet de décrire la proportion des personnes touchées par au moins un de ces problèmes de santé parmi l'ensemble de la population visée. La présence des problèmes de santé de type « autres » est enfin abordée. Les résultats sont détaillés selon le sexe et l'âge.

2.3.1 Mesure des problèmes de santé de longue durée dans l'EQLAV

Plus précisément, les problèmes de santé de longue durée¹⁴ sont définis dans l'EQLAV comme des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus, diagnostiqués par un médecin, qui nécessitent un suivi médical et qui demandent de prendre des médicaments, de recevoir des traitements ou d'avoir de bonnes habitudes de vie. Sont exclus les blessures résultant d'un accident ou de mouvements répétitifs et les problèmes de santé qui en découlent.

Six questions de sélection¹⁵ administrées dans l'EQES visent à déterminer la présence de tels problèmes. Elles désignent d'abord cinq types de problèmes de santé chroniques, soit l'arthrite et le rhumatisme, le diabète, la bronchite chronique et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques (et une sous-question¹⁶ pour déterminer la présence d'insuffisance cardiaque¹⁷ chez les personnes ayant déclaré une maladie cardiaque). Puis, une question cherche à vérifier la présence et le nombre d'autres problèmes de santé physique ou mentale de longue durée. Une sous-question¹⁸ à cette question permet de préciser la nature de ces « autres » problèmes, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer. Dans

13. Pour plus de détails sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1.

14. Ainsi qu'il a été mentionné à la section 1.2.3, l'expression « problème de santé de longue durée », accompagnée de sa définition, a été retenue dans le questionnaire de l'EQLAV, plutôt que l'expression « maladie chronique ».

15. Il s'agit des questions Q85 à Q89 et de la question Q91 dans le questionnaire de l'EQES (Annexe B).

16. Il s'agit de la question Q90 dans l'EQES, qui est une sous-question de la Q89 portant sur la présence de maladies cardiaques (Annexe B).

17. À noter que les données sur l'insuffisance cardiaque ne sont pas présentées dans cette publication. Elles seront analysées de manière distincte dans la publication à paraître en 2013 consacrée aux résultats de l'EQLAV se rapportant aux personnes qui déclarent un problème de santé de longue durée.

18. Il s'agit de la question Q92 dans l'EQES, qui est une sous-question de la Q91 portant sur la présence d'autres problèmes de santé de longue durée (Annexe B).

le libellé de cette question cherchant à documenter les autres problèmes de santé, la définition complète de ce qu'on entend par un problème de santé de longue durée est reprise. Une réponse positive à l'une ou l'autre des six questions de sélection indique la présence d'un problème de santé de longue durée et l'admissibilité à l'EQLAV. Ces questions et sous-questions¹⁹, combinées à la participation à l'EQLAV, ont permis de déterminer la population déclarant un problème de santé de longue durée²⁰ et de créer les différents indicateurs traités dans cette section.

L'EQLAV 2010-2011 révèle qu'environ 48 % de la population âgée de 15 ans et plus visée mentionne au moins un problème de santé de longue durée. C'est donc dire que la présence d'au moins un problème de cette nature touche environ 3 212 900 personnes (tableau 2.6).

La proportion de personnes déclarant au moins un problème de santé de longue durée augmente d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre 87 % chez les aînés de 75 ans et plus

2.3.2 Présence et nombre de problèmes de santé de longue durée

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

La présence d'au moins un problème de santé de longue durée est plus répandue chez les femmes (52 %) que chez les hommes (44 %) (tableau 2.6). Une variation marquée de cet indicateur est également notée selon l'âge. En effet, la proportion de personnes âgées de 15 à 64 ans ainsi touchées est estimée à 40 %, tandis qu'elle atteint

Tableau 2.6
Prévalence et nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

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

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

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

19. Voir les questions de sélection tirées du questionnaire de l'EQES (Annexe B).

20. Dans certains cas, les répondants de l'EQLAV ont modifié la déclaration faite dans l'EQES quant au nombre ou à la nature de leurs problèmes de santé de longue durée. Les six questions de sélection relatives aux problèmes de santé de longue durée (et les deux sous-questions, le cas échéant) ont alors été posées de nouveau aux répondants concernés pour une « mise à jour » de leur profil. Pour ces cas, c'est ce nouveau profil qui a été pris en compte dans l'élaboration des indicateurs relatifs aux problèmes de santé de longue durée et non le profil enregistré lors de l'EQES. Pour quelques personnes, l'admissibilité à l'EQLAV en raison de problèmes de santé de longue durée a été infirmée par la nouvelle déclaration.

84 % dans le groupe des personnes de 65 ans et plus. Une analyse plus fine montre que la proportion augmente d'un groupe d'âge à l'autre, sauf chez les individus âgés de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus. Mentionnons que la vaste majorité (87 %) des personnes de 75 ans et plus ont au moins un problème de santé de longue durée.

Même aux âges avancés (75 ans et plus), les femmes sont plus nombreuses, en proportion, à déclarer au moins un problème de santé de longue durée

L'écart selon le sexe quant à la présence d'au moins un problème de santé de longue durée est observé dans tous les groupes d'âge (Annexe A, tableau A3). Même aux âges avancés (75 ans et plus), les femmes sont plus nombreuses, en proportion, à être atteintes d'au moins un problème de cette nature (89 % c. 85 %, chez les hommes).

Le fait d'avoir un seul problème de santé de longue durée varie peu selon l'âge.

L'enquête fournit des informations en ce qui concerne le nombre de problèmes de santé de longue durée. Ainsi, près du quart (25 %) des personnes de 15 ans et plus visées mentionnent un seul problème de cette nature (tableau 2.6). La proportion est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (26 % c. 23 %) ainsi que chez les personnes âgées de 65 ans et plus comparativement à celles de 15 à 64 ans (27 % c. 24 %).

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

C'est également près du quart (24 %) des personnes de 15 ans et plus qui présentent deux problèmes de santé de longue durée ou plus (tableau 2.6). Les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à déclarer une telle situation (27 % c. 21 %). Le cumul de problèmes de santé de longue durée varie aussi selon l'âge. En effet, si environ 16 % des personnes âgées de 15 à 64 ans ont deux problèmes de santé de longue durée ou plus, c'est le cas de plus de la moitié (57 %) des personnes âgées de 65 ans et plus.

Une analyse plus fine indique que la proportion de personnes déclarant deux problèmes de santé ou plus s'accroît d'un groupe d'âge à l'autre. Soulignons que si un tel cumul touche près du tiers (33 %) des personnes de 50 à 64 ans, la proportion augmente à 53 % chez le groupe d'âge suivant (65 à 74 ans), puis s'élève à 62 % chez les 75 ans et plus. Le cumul de problèmes de santé de longue durée touche, enfin, les deux tiers (66 %) des personnes de 85 ans et plus.

2.3.3 Types de problèmes de santé de longue durée

Cette section présente les résultats concernant les cinq types de problèmes de santé de longue durée suivants : l'arthrite et le rhumatisme, le diabète, la bronchite chronique et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques. La présence d'autres problèmes de santé, regroupés sous le vocable « autres », est aussi examinée. Notons qu'une personne peut avoir plus d'un type de problème de santé de longue durée.

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

Environ 17 % des personnes âgées de 15 ans et plus visées par l'enquête déclarent faire de l'hypertension et 16 %, de l'arthrite (tableau 2.7). Les maladies cardiaques sont mentionnées par 7 % de la population, de même que le diabète. Enfin, 3,6 % des personnes se disent atteintes de bronchite chronique (ou d'emphysème ou de MPOC). Fait à souligner, près d'une personne sur trois (32 %) rapporte au moins un de ces cinq problèmes de santé de longue durée (soit environ 2 109 800 personnes).

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

Trois types de problèmes de santé de longue durée sont plus répandus chez les femmes. C'est le cas de l'arthrite (ou rhumatisme), de la bronchite chronique (ou MPOC) et de l'hypertension (tableau 2.7). À l'inverse, les hommes affichent des proportions plus élevées pour le diabète et les maladies cardiaques. En considérant la présence d'au moins un de ces cinq problèmes de santé, les femmes se distinguent avec une proportion plus élevée que celle notée chez les hommes (34 % c. 29 %)²¹.

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

Les prévalences des cinq problèmes de santé de longue durée à l'étude varient selon l'âge (tableau 2.8). Pour l'arthrite (ou rhumatisme) comme pour les maladies cardiaques, l'augmentation des proportions de personnes concernées est graduelle et significative d'un groupe d'âge à l'autre. Notons que 41 % des personnes de 65 ans et plus déclarent faire de l'arthrite et 23 %, avoir une maladie cardiaque. Passé le cap des 85 ans, ces proportions s'élèvent à 50 % et à 34 %, respectivement.

Les proportions respectives de personnes déclarant la bronchite chronique (ou MPOC) et l'hypertension s'accroissent également d'un groupe d'âge à l'autre, sauf chez celles de 75 ans et plus, qui ne se démarquent pas entre elles à cet égard. Soulignons que l'hypertension est mentionnée par environ la moitié des aînés de 75 ans et plus. Dans le cas de la bronchite chronique, c'est une personne sur 10 qui est touchée dans ce groupe d'âge.

Tableau 2.7

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

	Hommes	Femmes	Ensemble de la population	
	%	%	%	Pe (k)
Arthrite / arthrose / rhumatisme	10,8	20,6	15,8	1 050,6
Diabète	7,4	6,2	6,8	454,4
Bronchite chronique / emphysème / MPOC³	3,1	4,1	3,6	242,1
Hypertension	16,0	18,7	17,4	1 155,7
Maladies cardiaques	8,0	6,1	7,0	465,5
Autres⁴	26,2	33,1	29,7	1 975,0
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	29,2	34,2	31,7	2 109,8

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise; interpréter avec prudence.

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

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

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

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

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

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

Tableau 2.8

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

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

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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise; interpréter avec prudence.

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

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

3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.

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

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

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

La proportion de personnes déclarant au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée à l'étude varie également selon l'âge. L'augmentation est graduelle et significative entre chaque groupe d'âge. Signalons que près de la moitié des personnes de 50 à 64 ans (47 %) rapportent une telle situation. De 65 à 74 ans, la proportion est de 71 %; elle est de 79 % entre 75 et 84 ans et atteint 83 %, une fois le cap des 85 ans passé (tableau 2.8).

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

Les tableaux 2.7 et 2.8 comprennent aussi des résultats quant à la présence d'autres types de problèmes de santé de longue durée²². Il peut s'agir de problèmes tels que l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer. Près de 30 % des personnes visées par l'enquête déclarent un ou des problèmes de type « autres », les femmes davantage que les hommes (33 % c. 26 %) (tableau 2.7).

La présence d'un problème de santé de longue durée de type « autres » varie selon l'âge (tableau 2.8). La proportion de personnes concernées connaît deux augmentations significatives entre les trois premiers groupes d'âge (17 % chez les 15-24 ans c. 25 % chez les 25-49 ans c. 38 % chez les 50-64 ans). Au-delà, les différences ne sont pas significatives.

22. Ces « autres » problèmes sont des problèmes de santé, physique ou mentale, diagnostiqués par un médecin, d'une durée de six mois ou plus. Les personnes étaient invitées à nommer leurs problèmes, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer.

2.4 Synthèse

Ce chapitre a permis de décrire et de situer les trois populations à l'étude dans l'EQLAV 2010-2011 par rapport à l'ensemble de la population de 15 ans et plus visée par l'enquête. Ces trois populations sont : 1) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité (d'une durée d'au moins six mois), 2) les personnes âgées de 15 ans et plus déclarant un problème de santé de longue durée (au moins six mois) et, 3) les personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée. Rappelons que la population visée par l'enquête comprend les personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Cela inclut notamment celles qui habitent dans une résidence privée avec services pour personnes âgées.

Les résultats ont révélé que près d'une personne sur cinq est âgée de 65 ans et plus parmi la population de 15 ans et plus visée. L'enquête offrant la possibilité d'analyser les données pour des groupes d'âge fins, on observe que les personnes âgées de 65 à 74 ans représentent 10 % de l'ensemble de la population, que la proportion des 75 à 84 ans est de 6 % et que celle des gens ayant franchi le cap des 85 ans est de 2,1 %. Comme on s'y attendait, la part des personnes âgées de 65 ans et plus est davantage élevée chez les femmes (20 %) que chez les hommes (16 %), notamment en raison de leur plus grande longévité.

L'incapacité globale (tous types d'incapacité confondus), telle que mesurée dans l'EQLAV, touche environ le tiers des personnes visées par l'enquête, les femmes un peu plus que les hommes. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont particulièrement concernées, plus de la moitié d'entre elles ayant une incapacité. Si l'on s'attarde aux individus de 75 ans et plus, la proportion atteint les deux tiers. Chez ceux âgés de 85 ans et plus, c'est plus de quatre personnes sur cinq qui ont une incapacité.

Parmi les types d'incapacité documentés dans l'enquête, ceux qui sont liés à la mobilité et à l'agilité sont les plus répandus. Les proportions de personnes ayant de telles incapacités sont respectivement de 13 % et 15 % dans la population visée de 15 ans et plus. Par ailleurs, les taux se situent entre 4 % et 7 % lorsque l'incapacité est liée à l'audition, à la vision, à l'apprentissage, à la mémoire ou de nature psychologique, et ils sont de l'ordre de 1 % dans le cas de la déficience intellectuelle (ou troubles envahissants de développement) et dans celui de l'incapacité liée à la parole. Pour la plupart des types d'incapacité,

les personnes âgées de 85 ans et plus se distinguent particulièrement en affichant les taux les plus élevés (la déficience intellectuelle ou les troubles envahissants du développement, l'incapacité liée à l'apprentissage et celle de nature psychologique faisant exception). Dans le cas de l'incapacité liée à la mobilité et à l'agilité, les taux sont d'environ les deux tiers dans ce groupe d'âge.

L'indice de gravité de l'incapacité, tel que mesuré dans l'EQLAV et décliné en trois niveaux (incapacité légère, modérée ou grave), permet de préciser la mesure globale de l'incapacité. Cet indice tient compte à la fois du nombre d'incapacités et de l'intensité de l'incapacité (être partiellement ou totalement incapable de réaliser une activité). L'information ainsi obtenue est utile étant donné que le fait de cumuler plusieurs difficultés ou limitations ou d'être totalement incapable de faire certaines activités peut avoir d'importantes répercussions dans la vie d'une personne, notamment le besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne ou domestique et le recours aux services de santé et aux services sociaux. Les résultats obtenus à partir de cet indice montrent qu'au sein de la population visée âgée de 15 ans et plus, l'incapacité modérée ou grave touche plus d'une personne sur 10 (pour environ 7 % des personnes, l'incapacité est modérée et pour 3,5 %, elle est grave). Un peu plus de deux personnes sur 10 font partie des cas d'incapacité légère. Les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave sont plus élevés chez les femmes, et ils augmentent de manière significative d'un groupe d'âge à l'autre. Chez la population âgée de 85 ans et plus, ces taux sont estimés à une personne sur quatre (27 %) et une personne sur trois (32 %), respectivement.

La présence d'au moins un problème de santé de longue durée, tel que défini dans l'enquête, est déclarée par près de la moitié (48 %) de la population de 15 ans et plus visée, les femmes étant davantage touchées que les hommes. La proportion augmente d'un groupe d'âge à l'autre et atteint près de 9 personnes sur 10 chez les 75 ans et plus. Le cumul de problèmes de santé de longue durée (deux problèmes ou plus) est observé, quant à lui, chez le quart des personnes visées. La proportion des individus dans cette situation dépasse la moitié parmi les personnes âgées de 65 ans et plus; elle s'élève aux deux tiers chez les aînés de 85 ans et plus.

Cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'EQLAV comptent parmi les maladies chroniques faisant l'objet d'une surveillance particulière de la part du MSSS. Ce sont l'arthrite (ou rhumatisme),

le diabète, la bronchite chronique et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'hypertension et les maladies cardiaques. Parmi ces problèmes, l'hypertension et l'arthrite (ou rhumatisme) sont les plus répandus dans la population visée (17 % et 16 %, respectivement). L'arthrite, la bronchite chronique (ou MPOC) et l'hypertension sont davantage déclarées par les femmes, tandis que le diabète et les maladies cardiaques sont plus présents chez les hommes. Les prévalences de ces cinq problèmes de santé s'accroissent d'un groupe d'âge à l'autre entre 15 et 64 ans. Au-delà, les différences ne sont pas toujours significatives.

Fait à noter, près d'une personne sur trois (32 %) déclare au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée examinés. Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle augmente significativement d'un groupe d'âge à l'autre. Soulignons que chez les personnes âgées de 50 à 64 ans, près de la moitié mentionnent au moins un de ces problèmes. À partir de 75 ans, quatre personnes sur cinq se disent dans cette situation.

Rappelons que l'EQLAV fournit des données sur plusieurs aspects de la qualité de la prise en charge par le système de santé et de services sociaux des trois populations à l'étude, à l'échelle provinciale ou régionale. Les résultats de l'enquête feront l'objet de trois publications et d'une diffusion sur le site Web de l'ISQ au cours de l'année 2013.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CAMIRAND, H., F. BERNÈCHE, L. CAZALE, R. DUFOUR, J. BAULNE et autres (2010). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2008: pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 205 p.
- CAMIRAND, J., L. DUGAS, J.F. CARDIN, G. DUBÉ, V. DUMITRU et C. FOURNIER (2010). *Vivre avec une incapacité au Québec. Un portrait statistique de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec. Institut de la statistique du Québec, 351 pages.
- CAMIRAND, J., R. TREMBLAY, R. COURTEMANCHE et N. AUDET (2003). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998. Cahier technique et méthodologique, volume 1*, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 247 pages.
- CAMIRAND, J., J. AUBIN, N. AUDET, R. COURTEMANCHE et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 511 p.
- CLAIR, M. (2000). *Les solutions émergentes: Rapport et recommandations. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.
- CLEMENT, J.-P., R.F. NASSIF, J.-M. LÉGER, et F. MARCHAN (1997). "Development and Contribution to the Validation of a Brief French Version of the Yesavage Geriatric Depression Scale", *Encephale*, vol. 23, n° 2, p. 91-99.
- FOUGEYROLLAS, P., R. CLOUTIER, H. BERGERON, J. CÔTÉ et G. ST-MICHEL (1998). *Classification québécoise: Processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH/SCCIDIH), 166 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement. Cadre de référence de l'enquête*, Québec, Document de travail, juin, 41 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et 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, 106 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC ,INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*, Québec, 117 p.
- MCDOWELL, I. (1988). *A Disability Score for The Health and Activity Limitation Survey*, Ottawa, Statistique Canada, 34 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012a). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 25 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012b). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne*, Québec, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, 28 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 52 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, 194 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, Drummondville, 69 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*, Genève, 304 p.
- PINEAULT, R., J.-F. LEVESQUE, D. ROBERGE et autres (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, 86 p.
- RESEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (2002). *La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE). Instrument général court, 16 énoncés*, Québec, 17 p.
- 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*, vol. 5, n° 3, p. 283-310.
- 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*, Ottawa, n° 98-313-XCB2011024 au catalogue.
- STATISTIQUE CANADA (2007). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique*, Ottawa, n° 89-628-XIF – n° 002 au catalogue.
- STATISTIQUE CANADA (2003). *Méthodes et pratiques d'enquête*, Ottawa, n° 12-587-XPF au catalogue.
- TREMBLAY, M.-È., G. DUBÉ et R. BARALDI (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée, Volume 1*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 58 p.
- VAN NIEUWENHUYSE, H., et L. CAZALE (2008). *Enquête sur les limitations d'activités et le vieillissement. Bloc de questions sur l'utilisation des services et l'expérience de soins. Bilan du prétest qualitatif*, Québec, Direction des études et des analyses, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de travail, p. 93.
- VAN NIEUWENHUYSE, H. (2007). *Groupes de discussion auprès de personnes atteintes de maladies chroniques avec limitations d'activités*, Québec, Direction des études et des analyses, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de travail, p. 28.
- YESAVAGE, J.A., T.L. BRINK, T.L. ROSE, O. LUM, V. HUANG, M. ADEY et V.O. LEIRER (1983). "Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report", *Journal of Psychiatric Research*, vol.17, n° 1, p. 37-49.

Annexe A: Tableaux complémentaires

Tableau A1
Répartition¹ de la population de 15 ans et plus² selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011

Groupe d'âge	Hommes		Femmes	
	%	Pe (k)	%	Pe (k)
15-64 ans	83,6	2 746,8	79,9	2 689,1
15-24 ans	15,6	513,7	13,9	469,5
25-49 ans	41,9	1 376,7	40,1	1 350,0
50-64 ans	26,1	856,4	25,8	869,7
65 ans et plus	16,4	538,3	20,1	676,5
65-74 ans	9,9	325,6	10,7	358,6
75 ans et plus	6,5	212,7	9,4	318,0
75-84 ans	5,1	166,6	6,6	222,8
85 ans et plus	1,4	46,1	2,8	95,2
Ensemble de la population	100,0	3 285,1	100,0	3 365,6

1. Certaines proportions diffèrent de celles présentées dans la section 2.1.1 de la publication de l'EQES décrivant la méthodologie et la population visée de l'enquête (M.-É. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013). Ces différences s'expliquent par le regroupement de certaines catégories d'âge lors de la pondération (calage aux marges), non requis dans l'EQES mais nécessaire dans l'EQLAV.

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

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

Tableau A2
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

Groupe d'âge	Hommes		Femmes	
	%	Pe (k)	%	Pe (k)
15-64 ans	28,0	768,5	28,1	755,0
15-24 ans	25,9	132,9	22,5	105,8
25-49 ans	23,3	320,8	23,1	311,4
50-64 ans	36,8	315,0	38,8	337,8
65 ans et plus	54,2	292,0	59,5	402,8
65-74 ans	47,5	154,8	48,3	173,3
75 ans et plus	64,7	137,6	72,3	229,8
75-84 ans	60,3	100,4	66,6	148,3
85 ans et plus	80,7	37,2	85,5	81,4
Ensemble de la population	32,2	1 060,5	34,3	1 157,8

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

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

Tableau A3
Prévalence d'au moins un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2010-2011

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

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

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

Annexe B: Questionnaires (extraits)

Questionnaire EQES (extrait)

Section J: Questions de sélection pour l'EQLAV

Problèmes de santé de longue durée

PQ84. Les questions qui suivent portent sur les problèmes de santé de longue durée, c'est-à-dire des problèmes de santé diagnostiqués par un médecin qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

Q85. Êtes-vous atteint(e) d'arthrite, d'arthrose ou de rhumatisme (mal aux jointures ou aux os)?

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

Q86. Êtes-vous atteint de diabète (du sucre dans le sang ou dans l'urine)?

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

Q87. Êtes-vous atteint de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (problèmes respiratoires, excluant l'asthme)?

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

Q88. Êtes-vous atteint d'hypertension (haute pression)?

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

Q89. Êtes-vous atteint d'une maladie cardiaque (maladie du cœur, maladie coronarienne) par exemple de l'arythmie ou avez-vous fait un infarctus?

- 01 Oui → Q90
- 02 Non → Q91
- 08 Ne sait pas → Q91
- 09 Ne répond pas → Q91

Q90. Êtes-vous atteint d'insuffisance cardiaque?

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

Q91. Êtes-vous atteint d'autres problèmes de santé de longue durée (six mois ou plus) diagnostiqués par un médecin? On parle ici de problèmes de santé physique ou mentale, qui nécessitent un suivi médical et qui demandent de prendre des médicaments (sur une base régulière), de recevoir des traitements ou d'avoir de bonnes habitudes de vie. Cela exclut les blessures dues à un accident ou à des mouvements répétitifs (accident de la route, blessure au travail, blessure sportive, autres blessures), comme une fracture ou une tendinite, et les problèmes qui en découlent.

- 01 Oui, un problème de santé → Q92
- 02 Oui, deux problèmes de santé ou plus → Q92
- 03 Non → PQ94
- 08 Ne sait pas → PQ94
- 09 Ne répond pas → PQ94

Q92/(Q93). Pouvez-vous de me dire de quel(s) problème(s) de santé de longue durée il s'agit?

- 001 Accident vasculaire cérébral (AVC), Attaque cérébrale, Attaque cérébrovasculaire
- 002 Allergie alimentaire
- 003 Acouphène
- 004 Allergie non alimentaire
- 005 Anémie hémolytique
- 006 Angine de poitrine (« angor » en latin)
- 007 Alzheimer, Maladie d'Alzheimer
- 008 Démence
- 009 Maladie des artères coronaires (du cœur, coronaropathie) (Athérome, athérosclérose, sclérose des artères coronaires, cardiopathie artérioscléreuse)
- 010 Apnée du sommeil
- 011 Arthrose
- 012 Arthrite ou Rhumatisme
- 013 Arthrite rhumatoïde, Polyarthrite rhumatoïde
- 014 Polymyalgie rhumatismale, Polymyalgia rheumatica, Pseudo-polyarthrite rhizomélique
- 015 Asthme

016	Bronchite chronique
017	Emphysème
018	Maladie pulmonaire obstructive chronique, MPOC
019	Cancer, Carcinome, Tumeur maligne
020	Maladie de Hodgkin
021	Cataracte
022	Cirrhose du foie
023	Colite ulcéreuse (ou recto-colite hémorragique)
024	Dégénérescence maculaire (Dégénérescence oculaire maculaire)
025	Dépression chronique, Trouble bipolaire (bipolarité, maniaco-dépression ou Trouble affectif bipolaire, Manie, Troubles de l'humeur)
026	Diabète (ou Diabète sucré)
027	Dystrophie musculaire, dystrophie (incluant type Duchenne ou Becker)
028	Neuropathies (Polynévrite)
029	Affection neuromusculaires (maladies, séquelles ou atteintes)
030	Myopathies
031	Épilepsie
032	Fibromyalgie
033	Fibrose kystique (sans précision ou mucoviscidose)
034	Fibrose pulmonaire (diffuse, idiopathique, syndrome de Hamman-Rich)
035	Glaucome
036	Hépatite chronique
037	Hémophilie
038	Hernie hiatale (Hernie diaphragmatique)
039	Herpès oculaire
040	Hypercholestérolémie; Taux de cholestérol trop élevé
041	Hypertension; Haute pression
042	Incontinence urinaire
043	Infarctus
044	Insuffisance cardiaque
045	Insuffisance rénale (urémie)
046	Insuffisance respiratoire
047	Insuffisance veineuse
048	Lupus érythémateux disséminé
049	Maladie d'Addison
050	Maladie de Ménière (ou Meniere)
051	Maladie de Crohn
052	Maladie osseuse de Paget
053	Maladie de Wegener, granulomatose de Wegener, vasculite systémique Wegener
054	Obésité (obésité morbide)
055	Maladie cardiaque, maladie du cœur, maladie coronarienne, cardiopathie
056	Mal de dos, Dorsalgie, Lombalgie

- 057 Hernie discale (intervertébral)
- 058 Hernie cervicale (hernie d'un disque cervical)
- 059 Maladie de Forestier - À confirmer
- 060 Maladie neurologique
- 061 Migraines
- 062 Ostéoporose
- 063 Parkinson
- 064 Affection de la thyroïde
- 065 Hypothyroïdie (myxœdème)
- 066 Hyperthyroïdie
- 067 Syndrome de Raynaud (gangrène, maladie ou phénomène de Raynaud)
- 068 Maladie vasculaire périphérique (pathologie)
- 069 Rein polykystique, Polykystose rénale type dominant (PKD)
- 070 Purpura thrombopénique idiopathique (syndrome d'Evans)
- 071 Schizophrénie
- 072 Sclérose en plaques
- 073 Sclérose latérale amyotrophique (SLA), Maladie de Lou Gehrig
- 074 Syndrome de fatigue chronique; fatigue chronique
- 075 Syndrome de la douleur chronique, Douleur chronique
- 076 Algoneurodystrophie ou algodystrophie dystrophie (sympathique) réflexe
- 077 Syndrome post-traumatique (stress)
- 078 Troubles du rythme cardiaque, Arythmie cardiaque
- 079 Trouble anxieux (anxiété), Anxiété chronique, Anxiété généralisée
- 080 Trouble obsessionnel-compulsif (obsessionnel-compulsif)
- 081 Trouble panique (attaque ou état de panique)
- 082 Troubles de la personnalité
- 083 Trouble envahissant de développement (TED), autisme, syndrome de Rett, syndrome d'Asperger
- 084 Troubles anxieux phobiques, Agoraphobie, phobies
- 085 Ulcère de l'intestin
- 086 Ulcère d'estomac
- 087 VIH- Sida
- 088 Maladie de l'oreille
- 089 Maladie de l'intestin
- 090 Maladie de l'œil
- 091 Maladie du système nerveux
- 092 Maladie des os
- 093 Maladie de la peau (eczéma, kératose, vitiligo)
- 094 Goutte
- 095 Syndrome anti-phospholipide
- 096 Toxicomanie
- 097 MCTD (« mixed connective tissue disease » ou connectivite mixte) syndrome de Sharp (Charpe)
- 098 Hypertrophie de la prostate

099	Maladie de Charcot Marie Tooth
100	Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
101	Syndrome de la Tourette
102	Alcoolisme
103	Infections urinaires chroniques
104	Herpès génital
105	Fibrome
106	Reflux gastro-oesophagien (reflux gastriques, reflux de l'estomac)
107	Côlon irritable
108	Sinusite chronique
109	Insomnie
110	Endométriose
111	Calculs rénaux (pierres aux reins)
996	Autre (préciser)

Volet physique : Limitations fonctionnelles

- Q94.** Je vais maintenant vous poser des questions sur les difficultés actuelles que vous pourriez avoir dans vos activités quotidiennes à cause d'un état ou d'un problème de santé de longue durée, c'est-à-dire un état qui dure depuis au moins six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus. Si vous utilisez habituellement une aide technique ou un appareil spécial, par exemple, des lunettes, une prothèse auditive ou une canne, considérez votre capacité à accomplir ces activités à l'aide de ces appareils ou aides techniques.
- Q95.** Avez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?
- 01 Oui (des difficultés à entendre)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q96.** Avez-vous des difficultés à voir les caractères ordinaires d'un journal, même avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?
- 01 Oui (des difficultés à voir)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q97.** Avez-vous des difficultés à voir clairement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce (à 4 mètres ou 12 pieds), même avec des lunettes ou des verres de contact (si vous en portez habituellement)?
- 01 Oui (des difficultés à voir)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas

- Q98.** Avez-vous des difficultés à parler et à être compris à cause de votre état ou d'un problème de santé physique ou mentale?
- 01 Oui (des difficultés à parler et à être compris)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q99.** Les prochaines questions portent sur votre capacité à vous déplacer. Rappelez-vous qu'il s'agit de difficultés qui durent ou qui pourraient durer 6 mois ou plus. Avez-vous des difficultés à marcher sur une distance de 400 mètres sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons ou un quart de mille)?
- 01 Oui (des difficultés à marcher)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q100.** Avez-vous des difficultés à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches?
- 01 Oui (des difficultés à monter et descendre les escaliers)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q101.** Avez-vous des difficultés à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (ou 10 livres sur une distance de 30 pieds), par exemple un sac d'épicerie?
- 01 Oui (des difficultés à transporter un objet)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q102.** Avez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?
- 01 Oui (des difficultés à être debout)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas
- Q103.** Lorsque vous êtes debout, avez-vous des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par exemple, un soulier) en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée?
- 01 Oui (des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet)
 - 02 Non
 - 08 Ne sait pas
 - 09 Ne répond pas

Q104. Les trois questions suivantes portent sur l'agilité. Rappelez-vous qu'il s'agit de difficultés qui durent ou qui pourraient durer 6 mois ou plus. Avez-vous des difficultés à vous couper les ongles d'orteils, en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée? (C'est-à-dire, vous est-il physiquement difficile de vous couper les ongles d'orteils?)

- 01 Oui (des difficultés à vous couper les ongles d'orteils)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q105. Avez-vous des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet par exemple, pour utiliser des pinces ou des ciseaux?

- 01 Oui (des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir un objet)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q106. Avez-vous des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête, en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée?

- 01 Oui (des difficultés à tendre les bras)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q107. À cause d'un état ou d'un problème de santé physique qui dure ou qui pourrait durer six mois ou plus, êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire...

Q107A. ...à la maison?

- 01 Oui (des limitations à la maison en raison d'un problème de santé physique)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q107B. ...à l'école ou au travail?

- 01 Oui (des limitations à l'école ou au travail en raison d'un problème de santé physique)
- 02 Non
- 07 Ne s'applique pas
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q107C. ...dans vos autres activités comme les déplacements, les sports ou les loisirs?

- 01 Oui (des limitations dans les déplacements, les sports ou les loisirs en raison d'un problème physique)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Volet mental

Q108. Toujours en considérant uniquement les difficultés qui durent ou qui pourraient durer six mois ou plus. Avez-vous fréquemment, c'est-à-dire à tous les jours ou presque, des périodes de confusion ou de la difficulté à vous rappeler des choses?

- 01 Oui (des difficultés à vous rappeler des choses)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q109. Est-ce qu'un professionnel de la santé (par exemple: médecin, infirmière ou travailleur social) vous a déjà dit que vous aviez des troubles d'apprentissage (comme la dyslexie), des troubles de perception, des difficultés d'attention ou de l'hyperactivité?

- 01 Oui (des troubles d'apprentissage, de perception, d'attention ou de l'hyperactivité)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q110. Est-ce qu'un médecin, un psychologue ou un autre professionnel de la santé a déjà dit que vous aviez une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement?

- 01 Oui (une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Q111. Avez-vous des troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques qui durent depuis au moins 6 mois ou qui pourraient durer 6 mois ou plus? Ceci inclut les phobies, l'anxiété, les dépressions, les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu, la schizophrénie et autres.

- 01 Oui (des troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques)
- 02 Non
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre J1.

Si le répondant dit avoir un problème d'ordre psychologique ou mental (if Q108=1 OU Q109=1 OU Q110=1 OU Q111=1) → PQ112.

Les autres → Q113.

PQ112. Nous venons de parler de votre/vos [<difficulté à vous rappeler des choses> <trouble d'apprentissage, de perception, d'attention ou de l'hyperactivité> <déficiência intellectuelle ou trouble envahissant du développement> < troubles émotionnels, psychologiques ou psychiatriques >]

Q112. À cause de cette(ces) difficulté(s) qui dure(nt) ou qui pourrai(nt) durer six mois ou plus, êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire...

Q112A. ...à la maison?

01 Oui (des limitations à la maison en raison de troubles d'ordre mental, émotionnel ou psychologique)

02 Non

08 Ne sait pas

09 Ne répond pas

Q112B. ... à l'école ou au travail?

01 Oui (des limitations à l'école ou au travail en raison de troubles d'ordre mental, émotionnel ou psychologique)

02 Non

07 Ne s'applique pas

08 Ne sait pas

09 Ne répond pas

Q112C. ... dans vos autres activités comme les déplacements, les sports ou les loisirs ?

01 Oui (des limitations dans les déplacements, les sports ou les loisirs en raison de troubles d'ordre mental, émotionnel ou psychologique)

02 Non

08 Ne sait pas

09 Ne répond pas

Questionnaire EQLAV (extrait)

Section NG – Nature et gravité des incapacités (extrait)

Filtre NG1

Si le répondant a dit « oui » à l'une ou l'autre des questions de sélection de la section filtre de l'EQES visant à déterminer la présence d'une incapacité → Préambule NG1

Les autres → Filtre E1

Préambule NG1. Maintenant, j'aimerais vous poser des questions supplémentaires sur les difficultés que vous avez mentionnées lors de votre participation à l'enquête québécoise sur l'expérience de soins de santé ou sur d'autres difficultés que vous pourriez avoir dans vos activités quotidiennes. Je vous rappelle qu'il s'agit de difficultés qui durent ou qui pourraient durer six mois ou plus. Si vous utilisez habituellement une aide technique ou un appareil spécial (par exemple, des lunettes, une prothèse auditive ou une canne), considérez votre capacité d'accomplir ces activités à l'aide de ces appareils ou aides techniques.

Filtre NG2

Si le répondant a dit « oui » à Q95 de l'EQES → NG1

Les autres → Filtre NG3

NG1. Parlons de vos difficultés à entendre. Vous avez mentionné avoir des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes. Êtes-vous...

- 01 Totalemment incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG2. Avez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une autre personne?

- 01 Non, pas de difficulté
- 02 Oui, certaines difficultés (mais vous êtes capable de le faire)
- 03 Vous êtes totalement incapable de le faire
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG3. (...) utilise-t-il/elle une prothèse auditive ou un dispositif spécial (comme un volume réglable) pour entendre ce qu'on lui dit au téléphone?
(Question NG3 pour les répondants tiers seulement)

- 01 Oui, il/elle en utilise (une prothèse ou un dispositif spécial)
- 02 Non, il/elle entend sans prothèse ni dispositif spécial
- 03 Non, il/elle est incapable d'entendre au téléphone
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG3

Si le répondant a dit « oui » à Q96 ou Q97 de l'EQES → Préambule NG2

Les autres → Filtre NG6

Préambule NG2. Parlons de vos difficultés à voir.

Filtre NG4

Si le répondant a dit « oui » à Q96 de l'EQES → NG4

Les autres → Filtre NG5

NG4. Vous avez mentionné avoir des difficultés à voir les caractères ordinaires d'un journal, même avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement. Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG5

Si le répondant a dit « oui » à Q97 de l'EQES → NG5

Les autres → NG6

NG5. Vous avez mentionné avoir des difficultés à voir clairement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce (à 4 mètres ou 12 pieds), même avec des lunettes ou des verres de contact (si vous en portez habituellement). Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG6. Un spécialiste des troubles de la vision vous a-t-il déclaré(e) légalement aveugle?

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

Filtre NG6

Si le répondant a dit « oui » à Q99, Q100, Q101 ou Q102 de l'EQES → Préambule NG3

Les autres → NG12

Préambule NG3. Parlons maintenant de votre capacité à vous déplacer.

Filtre NG7

Si le répondant a dit « oui » à Q99 de l'EQES → NG8

Les autres → Filtre NG8

NG8. Vous avez mentionné avoir des difficultés à marcher sur une distance de 400 mètres sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons ou un quart de mille). Êtes-vous... CONSIGNES À

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG8

Si le répondant a dit « oui » à Q100 de l'EQES → NG9

Les autres → Filtre NG9

NG9. Vous avez mentionné avoir des difficultés à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches. Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG9

Si le répondant a dit « oui » à Q101 de l'EQES → NG10

Les autres → Filtre NG10

NG10. Vous avez mentionné avoir des difficultés à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (ou 10 livres sur une distance de 30 pieds), par exemple un sac d'épicerie. Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG10

Si le répondant a dit « oui » à Q102 de l'EQES → NG11

Les autres → NG12

NG11. Vous avez mentionné avoir des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes. Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG12. Avez-vous des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre (à la maison)?

- 01 Non, pas de difficulté
- 02 Oui, certaines difficultés (mais vous êtes capable de le faire)
- 03 Vous êtes totalement incapable de le faire
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG11

Si le répondant a dit « oui » à Q103, Q104, Q105 ou Q106 de l'EQES → Préambule NG4

Les autres → NG17

Préambule NG4. Parlons de votre capacité à accomplir certains gestes qui demandent de la souplesse ou de l'agilité.

Filtre NG12

Si le répondant a dit « oui » à Q103 de l'EQES → NG13

Les autres → Filtre NG13

NG13. Vous avez mentionné avoir des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par exemple, un soulier) (en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée). Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG13

Si le répondant a dit « oui » à Q104 de l'EQES → NG14

Les autres → Filtre NG14

NG14. Vous avez mentionné avoir des difficultés à vous couper les ongles d'orteils (en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée). Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG14

Si le répondant a dit « oui » à Q105 de l'EQES → NG15

Les autres → Filtre NG15

NG15. Vous avez mentionné avoir des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet (par exemple, pour utiliser des pinces ou des ciseaux). Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG15

Si le répondant a dit « oui » à Q106 de l'EQES → NG16

Les autres → NG17

NG16. Vous avez mentionné avoir des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête (en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée). Êtes-vous...

- 01 Totalement incapable de le faire
- 02 Capable (de le faire) mais avec difficulté
- 03 N'a pas de difficulté (ou n'a plus de difficulté)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG17. Avez-vous physiquement des difficultés à vous mettre au lit et à en sortir?

- 01 Non, pas de difficulté
- 02 Oui, certaines difficultés (mais vous êtes capable de le faire)
- 03 Vous êtes totalement incapable de le faire
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG18. Avez-vous des difficultés à vous habiller et à vous déshabiller?

- 01 Non, pas de difficulté
- 02 Oui, certaines difficultés (mais vous êtes capable de le faire)
- 03 Vous êtes totalement incapable de le faire
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG19. Avez-vous (physiquement) des difficultés à couper vos aliments?

- 01 Non, pas de difficulté
- 02 Oui, certaines difficultés (mais vous êtes capable de le faire)
- 03 Vous êtes totalement incapable de le faire
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Filtre NG16

Si le répondant a dit « oui » à Q98 de l'EQES → NG7

Les autres → Filtre NG17

NG7. Les questions suivantes portent sur certaines difficultés à communiquer. Vous avez mentionné avoir des difficultés à parler et à être compris(e) (à cause de votre état ou d'un problème de santé physique ou mentale). Jusqu'à quel point êtes-vous capable de vous faire comprendre en parlant...

NG7A. ...aux membres de votre famille? Êtes-vous...

- 01 Entièrement (capable de le faire)
- 02 Partiellement (capable de le faire)
- 03 Pas du tout (capable de le faire)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG7B. ...à vos amis? Êtes-vous...

- 01 Entièrement (capable de le faire)
- 02 Partiellement (capable de le faire)
- 03 Pas du tout (capable de le faire)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

NG7C. ...à d'autres personnes (par exemple des collègues de travail, la caissière à la banque, le pharmacien etc.)? Êtes-vous...

- 01 Entièrement (capable de le faire)
- 02 Partiellement (capable de le faire)
- 03 Pas du tout (capable de le faire)
- 08 Ne sait pas
- 09 Ne répond pas

Annexe C : Aspects méthodologiques complémentaires

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 k^{e} sous-échantillon.

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'EQLAV, et comme c'est souvent le cas, plutôt que d'utiliser cette mesure absolue de précision, on a eu recours à une mesure relative de précision, le coefficient de variation (CV), qui s'exprime comme suit :

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

