

www.stat.gouv.qc.ca

Institut de la statistique du Québec

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Enquête sur la satisfaction
des usagers à l'égard des services
de santé et des services sociaux
du Québec, 2006-2007 :
description et méthodologie

Québec 

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les données statistiques qui y sont disponibles, 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
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

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

Cette publication a été réalisée et produite par l'Institut de la statistique du Québec.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationale du Québec
4^e trimestre 2007
ISBN : 978-2-551-23627-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-51606-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite sans l'autorisation expresse de l'Institut de la statistique du Québec.

Décembre 2007

Avant-propos

L'amélioration de la qualité des services de santé et des services sociaux offerts à la population québécoise est devenue un enjeu majeur pour bon nombre d'institutions et d'organisations. En témoignent les nombreuses études qui y sont consacrées et le développement de divers programmes qui visent à évaluer les services. La place désormais accordée à l'expérience et au point de vue des usagers dans plusieurs dispositifs d'information, mis sur pied pour suivre le progrès accompli en matière de qualité des services, a toutefois montré la nécessité de mener des enquêtes à portée régionale. C'est dans cette perspective que le ministère de la Santé et des Services sociaux, les différentes Agences de la santé et des services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec ont consenti des efforts au développement d'un nouveau créneau d'enquêtes voué à l'organisation des services.

Plus de 38 000 répondants, répartis dans 16 régions sociosanitaires, ont participé à l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec réalisée en 2006-2007. Ils ont non seulement témoigné de leur utilisation et de leur satisfaction à l'égard des services mais également de leurs attentes. Je tiens à les remercier de leur générosité et à les assurer de l'engagement de l'Institut à respecter la confidentialité des renseignements qu'ils nous ont transmis.

Comme n'importe quelle source de données, l'enquête ne peut cependant pas répondre à toutes les questions. Toutefois, l'éclairage apporté sur le plan de l'organisation des services, complémentaire aux données portant sur la santé de la population, devrait contribuer à définir les priorités d'action pour améliorer la satisfaction des usagers. En travaillant de concert avec nos partenaires de la santé pour le développement des outils d'enquête et en soumettant les méthodes de collecte et le traitement des données à des standards de qualité élevés, nous espérons que les résultats de cette première

grande enquête seront utiles aux diverses instances impliquées dans l'amélioration de la qualité des services. Nous espérons également que le potentiel analytique dont dispose cette enquête saura rejoindre les chercheurs et les étudiants et nourrir leur réflexion.

Le directeur général,



Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « **qualité** » de l'Institut de la statistique du Québec.

Cette publication a été réalisée par :

Ghyslaine Neill, Marie-Ève Tremblay,
Sylvain Végiard, Amélie Lavoie et Karine Moisan
Institut de la statistique du Québec (ISQ)

Avec la contribution des membres du comité de rédaction :

Mike Bénigéri, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Patricia Caris, Direction des études et des analyses, MSSS
Raynald Pineault, Direction de la santé publique de Montréal
Ghyslaine Neill, Institut de la statistique du Québec
Sylvain Végiard, Institut de la statistique du Québec

Ont réalisé la révision linguistique et le montage :

Nicole Descroisselles, ISQ
France Vaillancourt, ISQ

L'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, subventionnée par le ministère et les Agences de la santé et des services sociaux du Québec, a été réalisée en 2006-2007.

Sous la coordination de :

Ghyslaine Neill,
Institut de la statistique du Québec

Sous la direction de :

Daniel Tremblay
Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200 McGill College, Bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919

ou

1 877 677-2087
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

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

Référence suggérée :

NEILL, GHYSLAINE, MARIE-ÈVE TREMBLAY, SYLVAIN VÉGIARD, AMÉLIE LAVOIE et KARINE MOISAN (2007). *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007* : description et méthodologie. Institut de la statistique du Québec, 65 p.

Remerciements

La réalisation d'une enquête de cette envergure ne peut se faire sans la précieuse contribution de nombreuses personnes. Plusieurs personnes ont en effet mis à profit leur expérience et leurs compétences afin d'assurer le succès de cette enquête, de son développement à la mise en valeur de ses données. Nous souhaitons profiter de l'occasion pour les remercier.

Nous adressons d'abord nos remerciements au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et aux Agences de la santé et des services sociaux qui, en plus de leur soutien financier, ont activement participé aux travaux du comité d'orientation et de suivi de l'enquête. À cet égard, soulignons le rôle inestimable joué par les membres de ce comité : sans leur expertise et leur générosité, cette enquête n'aurait pu voir le jour.

Ont contribué aux travaux du comité d'orientation et de suivi de l'enquête :

- Mike Bénigeri, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- Patricia Caris, Direction des études et des analyses, MSSS;
- Josée Cliche, Direction de la qualité, MSSS;
- Carl Drouin, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- Danièle Francoeur, Direction de la qualité, MSSS;
- Réjean Langlois, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- Jean Lafortune, Centre de santé et de services sociaux de Laval;
- Chantale Lapointe, Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance (Montréal);

- Jacques Longval, Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières;
- Raynald Pineault, Direction de la santé publique de Montréal;
- Louis Rocheleau, Hôpital Louis-H. Lafontaine;
- Hélène VanNieuwenhuyse, Direction des études et des analyses, MSSS.

Nous profitons également de l'occasion pour remercier les personnes qui ont agi à titre d'évaluateur des diverses publications issues de cette enquête : Mike Bénigeri, Patricia Caris et Raynald Pineault.

À l'ISQ, nombreux sont les collègues qui se sont consciencieusement engagés dans la réalisation de cette enquête. Parmi eux, nos remerciements vont tout particulièrement à : Jocelyne Camirand, Amélie Lavoie, Monique Bordeleau, Issouf Traoré, Jean-François Cardin et Gaëtane Dubé de la Direction Santé Québec; Sylvain Végiard, Marie-Ève Tremblay et Maxime Boucher de la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales; André Breton, Karine Moisan et Charles Alleyn de la Direction des services et des stratégies de collecte. Enfin, on ne peut passer sous silence le professionnalisme et l'excellence du travail réalisé par les intervieweurs de l'ISQ qui ont recueilli, pendant près de huit mois, le point de vue des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec.

Ghyslaine Neill
Coordonnatrice

Table des matières

Introduction.....	11
1. Les objectifs de l'enquête	11
2. L'élaboration du questionnaire et les approches privilégiées pour mesurer la satisfaction et les attentes des usagers.....	12
3. Le questionnaire	16
4. Le plan de sondage et la collecte des données	17
4.1 Population visée	17
4.2 Base de sondage	17
4.3 Population échantillonnée	17
4.4 Taille et répartition de l'échantillon	17
4.5 Sélection de la mission et du type de consultation	19
4.6 Collecte des données.....	20
4.7 Taux de productivité, taux d'admissibilité et taux de réponse.....	20
5. Le traitement statistique des données.....	22
5.1 Validation.....	22
5.2 Pondération	22
5.3 Précision des estimations.....	24
5.3.1 Erreurs dues à l'échantillonnage	25
5.3.2 Autres sources d'erreur.....	26
5.4 Interprétation des données et tests statistiques.....	27
5.5 Portée et limites de l'enquête	28
Annexe 1 Plan de sondage: Taille et répartition de l'échantillon attendu.....	29
Annexe 2 La mesure des taux de productivité, d'admissibilité et de réponse.....	31
Annexe 3 Nombre de répondants à l'enquête selon la région de résidence et la mission sélectionnée.....	33
Annexe 4 Résultats détaillés de la collecte de données	35
Annexe 5 Profil sociodémographique des usagers	37
Annexe 6 Caractéristiques relatives à la santé des usagers.....	55
Bibliographie.....	65

Description et méthodologie

Introduction

Si la satisfaction est perçue par plusieurs comme un des indicateurs de qualité et de performance de l'organisation des services et que sa mesure est considérée comme partie intégrante du processus continu d'amélioration de la qualité, on comprend dès lors l'importance qu'attribuent les gouvernements et les organisations à la réalisation de sondages auprès des usagers des services de santé et des services sociaux.

Au Québec, l'évaluation de la satisfaction est au cœur même de la mission et des responsabilités imputées aux diverses instances impliquées dans l'organisation des services de santé et des services sociaux. Des dispositions en matière de droits des usagers, d'agrément et de prestation sécuritaire de services sont ainsi inscrites dans la loi et établissent la qualité comme un objectif de premier plan relevant de la responsabilité de tous les acteurs du réseau. Cette démarche, orientée vers les résultats et l'imputabilité de l'administration publique, s'est notamment traduite par des ententes de gestion conclues entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Agences de la santé et des services sociaux depuis le début des années 2000.

C'est dans ce contexte qu'il est apparu primordial de se doter d'outils pour évaluer la qualité des services offerts à la population et de produire des résultats sur la satisfaction des usagers. Or, bien que l'évaluation de la satisfaction soit désormais une responsabilité des diverses institutions qui composent le réseau, il n'existait pas, jusqu'à présent, d'enquête provinciale pour mesurer la satisfaction des usagers. Certains organismes régionaux ou locaux et certains établissements se sont penchés sur la mesure de la satisfaction; c'est le cas notamment de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui conduit, depuis 1994, des enquêtes auprès de ses usagers. D'autres agences et établissements ont également entrepris des démarches en ce sens mais l'utilisation de divers outils d'enquête a eu comme conséquence de limiter sévèrement la possibilité d'établir des critères uniformes et des standards de comparaison entre les différentes régions.

C'est dans ce cadre que l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) s'est vu confier le mandat de réaliser une enquête provinciale, à portée régionale, sur la

satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007. Pour faciliter la lecture des données présentées dans les trois autres publications prévues à cet effet, nous présentons ici les différents aspects méthodologiques¹. Seront donc abordés : les objectifs de l'enquête, l'élaboration du questionnaire et les approches privilégiées pour mesurer la satisfaction ainsi que les attentes des usagers, la méthodologie statistique retenue (plan de sondage, taille de l'échantillon, sélection des ménages, des individus et du lieu de consultation d'un professionnel de la santé et des services sociaux, régionalisation des grands paramètres de collecte et résultats obtenus) de même que certains éléments relatifs au traitement des données (pondération, effet de plan et précision des estimations).

1. Les objectifs de l'enquête

Le principal objectif de cette enquête est de dresser un portrait statistique de la satisfaction et des attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux. Plus spécifiquement, l'enquête vise à :

- établir le profil des personnes ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux au moins une fois dans un hôpital², une clinique médicale³ ou un centre local de services communautaires⁴ (CLSC) au cours des douze mois précédant l'enquête;

-
1. Les publications issues de l'analyse des données de cette enquête portent sur : le profil de consultation, la satisfaction globale et l'opinion générale des usagers; la satisfaction des usagers selon 41 items regroupés au sein de trois grandes dimensions et de 12 sous-dimensions; le classement des attentes et l'analyse conjointe des attentes et de la satisfaction.
 2. Il est à noter que les personnes ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux à la clinique externe ou à l'urgence d'un hôpital ainsi que celles ayant été hospitalisées sont visées par l'enquête alors que celles ayant consulté dans un hôpital à vocation psychiatrique ne le sont pas.
 3. Les cliniques médicales privées, c'est-à-dire les cliniques où on doit déboursier pour obtenir des services, les cliniques dentaires, les bureaux de chiropraticiens, de physiothérapeutes, de massothérapeutes, d'ostéopathes, d'acupuncteurs, etc., sont exclues de l'enquête.
 4. Précisons que les services à domicile sont inclus alors que les services Info-Santé sont exclus.

- fournir des estimations de la satisfaction des usagers selon les lieux de consultation visés par l'enquête (hôpital, clinique médicale et CLSC) et la région de résidence;
- mesurer les attentes des usagers selon la région de résidence;
- identifier les aspects jugés les plus satisfaisants et les moins satisfaisants à partir d'une analyse conjointe de la satisfaction et des attentes exprimées par les usagers;
- recueillir des données complémentaires facilitant l'étude des liens entre la satisfaction des usagers et certaines grandes caractéristiques sociodémographiques et de santé.

2. L'élaboration du questionnaire et les approches privilégiées pour mesurer la satisfaction et les attentes des usagers

Mentionnons dès à présent que l'enquête québécoise s'inspire largement des enquêtes menées par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal depuis 1994 et qui portent sur la satisfaction des utilisateurs des services montréalais. Comme le concept de service, qui se définit comme étant « une prestation conforme aux besoins réels, aux droits et aux attentes des usagers » (Côté et autres, 2005), a été adopté par l'ISQ, il importait aussi d'emprunter la même perspective quant à la définition des attentes se retrouvant au cœur même du concept de service. Une consultation⁵ mise en place par l'Agence pour actualiser et valider le concept de service a permis d'identifier 44 attentes, regroupées au sein de 12 sous dimensions qui relèvent de 3 grandes dimensions de la qualité des services. Le tableau 1.1 présente la classification des attentes.

Les 44 énoncés répondent également à une autre préoccupation : celle de rendre compte de manière exhaustive de toutes les dimensions pouvant contribuer à la satisfaction des usagers puisque celle-

ci est définie comme étant « le reflet des préférences, des perceptions et des attentes personnelles des usagers » (Coulter et Cleary, 2001). C'est pourquoi les quatre principes suivants ont guidé la mise en œuvre de l'enquête

- la satisfaction doit être mesurée en fonction des attentes;
- la mesure de la satisfaction doit tenir compte de l'ensemble des dimensions qui définissent le concept de service;
- la satisfaction globale, qui se définit par un sentiment de satisfaction d'ensemble, doit être mesurée à l'aide d'une seule question;
- la mesure de la satisfaction doit s'appuyer sur une expérience vécue; elle doit donc concerner les personnes ayant eu recours aux services.

Même si, comme nous l'avons dit précédemment, l'enquête québécoise s'est largement inspirée de l'approche développée par l'Agence de Montréal, certains changements ont été apportés. Ainsi, pour s'assurer de mesurer la satisfaction, l'enquête québécoise a opté pour l'utilisation d'une échelle de satisfaction (très satisfait, assez satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait) plutôt qu'une échelle de consentement (totalement d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord), comme dans l'enquête montréalaise. On peut en effet penser que l'utilisation d'une échelle de consentement constitue une mesure indirecte de la satisfaction, les répondants ayant moins tendance à s'impliquer émotionnellement et plus tendance à répondre en fonction de leur opinion générale du système de santé. L'utilisation d'une échelle de satisfaction devrait, selon nous, permettre au répondant de relier plus directement la satisfaction à l'expérience vécue.

5. La dernière consultation, tenue en 2004, consistait en l'organisation de rencontres, d'une durée d'environ deux heures auprès de divers groupes : des parents d'enfants de moins de 12 ans; des personnes âgées de 35 à 64 ans; des personnes francophones, issues de communautés culturelles (tous âges confondus); des personnes âgées de 65 ans et plus; des personnes âgées de 18 à 34 ans; et des personnes anglophones (tous âges confondus).

Tableau 1.1

Les attentes des usagers : dimensions, sous dimensions et items**LA DIMENSION RELATIONNELLE**

Cette dimension fait référence à la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

Sous dimensions	Items
Respect	1. Que l'on vous traite avec politesse et respect 2. Que tous les gens soient traités équitablement 3. Que l'on respecte votre intimité physique
Confidentialité	4. Que les renseignements qui vous concernent soient traités de manière confidentielle 5. Que l'aménagement des locaux permette de garantir la confidentialité des échanges
Empathie	6. Que l'on prenne le temps nécessaire pour s'occuper de vous 7. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous écoute attentivement 8. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) comprenne bien votre situation

LA DIMENSION PROFESSIONNELLE

Cette dimension qui touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.

Sous dimensions	Items
Fiabilité	9. Que les rendez-vous soient traités avec ponctualité (date et heure du rendez-vous) 10. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) soit compétent 11. Que vous obteniez les résultats de vos examens ou évaluations, que ce soit positif ou négatif 12. Que les équipements soient adaptés à vos besoins 13. Que les services reçus améliorent votre santé ou vous permettent de mieux contrôler votre état 14. Que les services reçus améliorent votre qualité de vie 15. Que l'on respecte les engagements pris à votre égard (rappels téléphoniques, suivi, communication des résultats etc.) 16. Que l'on vous présente et vous explique tous les différents choix de traitement ou d'intervention qui s'offrent à vous
Responsabilisation	17. Que l'on vous encourage à utiliser des moyens ou des outils qui vous permettront d'éviter que le problème ne se reproduise 18. Que l'on vous encourage à prendre une part active aux décisions qui vous concernent 19. Que l'on vous encourage à rencontrer des groupes, associations ou personnes ayant vécu des problèmes similaires

Tableau 1.1 (suite)

Apaisement	<p>20. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) prenne le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape du traitement ou de l'intervention</p> <p>21. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous rassure</p> <p>22. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous mette en confiance</p>
Solidarisation	<p>23. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) favorise l'implication des ressources de votre milieu</p> <p>24. Que l'on offre du support aux personnes qui vous assistent</p>
LA DIMENSION ORGANISATIONNELLE	
<p>Cette dimension qui touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent en assurer ou non la rapidité et la continuité.</p>	
Sous dimensions	Items
Simplicité	<p>25. Qu'il vous soit facile de choisir votre intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) et de changer si ça ne va pas</p> <p>26. Qu'il n'y ait pas trop de formalités pour effectuer une demande ou obtenir un service</p> <p>27. Que l'on vous parle dans des mots que vous pouvez facilement comprendre</p> <p>28. Que la documentation fournie soit facile à comprendre</p> <p>29. Que les procédures vous permettant de porter plainte ou d'exprimer votre insatisfaction soient faciles à suivre</p>
Continuité	<p>30. Lorsque c'est possible, que le même intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) s'occupe de vous d'une fois à l'autre</p> <p>31. Qu'il soit facile d'obtenir des références pour des services spécialisés lorsque cela est requis</p> <p>32. Que vous n'ayez pas à répéter les mêmes informations si vous consultez un second intervenant ou un spécialiste pour le même problème</p> <p>33. Que l'on assure le transfert de votre dossier à d'autres établissements, organismes ou professionnels, lorsque cela est requis</p>
Accessibilité	<p>34. Que l'établissement soit facilement accessible par transport en commun (incluant le transport adapté) ou qu'il soit facile de stationner à proximité</p> <p>35. Que l'établissement soit ouvert à des heures qui vous conviennent (i.e. semaine, fin de semaine et/ou le soir)</p> <p>36. Que l'on tienne compte de votre langue dans les services qui vous sont offerts</p>
Rapidité	<p>37. Que le délai pour obtenir un rendez-vous avec des professionnels soit raisonnable</p> <p>38. Lorsque vous n'avez pas de rendez-vous, que le temps d'attente soit raisonnable</p> <p>39. Que le délai pour obtenir les résultats de vos examens ou évaluations soit raisonnable</p> <p>40. Que le délai pour obtenir des services diagnostics (tests sanguins, scanner, radiographies, etc.) soit raisonnable</p>
Confort	<p>41. Que l'atmosphère soit agréable dans l'établissement</p> <p>42. Que les locaux et les équipements soient propres</p> <p>43. Que les lieux soient sécuritaires</p> <p>44. Que le mobilier soit confortable</p>

Source : Tiré de L. Côté et collègues, 2005.

Précisons, par ailleurs, qu'à la suite des résultats du prétest (du 19 septembre au 1^{er} octobre 2006), le nombre d'items retenus est passé de 44 à 41⁶ en raison de la forte proportion de répondants ayant déclaré que la question ne s'appliquait pas à leur expérience de référence.

En ce qui a trait à la mesure des attentes, l'approche utilisée dans l'enquête québécoise est innovatrice en ce sens qu'elle cherche à rendre compte de leur importance relative. Comme le concept d'importance relative présuppose que les attentes sont mises en compétition les unes par rapport aux autres, il importait de savoir si les usagers seraient en mesure de les hiérarchiser, d'une part, et souhaiteraient se prononcer sur l'ordre dans lequel ils les classent, d'autre part. Cela est d'autant plus important que, dans la réalité, les attentes ne sont pas nécessairement en compétition.

Des groupes de discussion⁷ ont donc été organisés avec comme objectifs : 1. d'amener les participants à établir une hiérarchie des attentes par un classement de celles-ci en ordre d'importance et 2. de discuter avec les participants de la pertinence du classement. Cet exercice a d'abord montré la pertinence d'une approche basée sur l'importance relative des attentes, les participants étant non seulement en

mesure de les prioriser mais également en faveur d'une telle approche. Les analyses ont ensuite révélé l'existence de constantes dans le haut et le bas du classement. Parmi les 44 attentes retenues pour cet exercice, on en retrouve en effet une dizaine pour lesquelles il existe très peu de variations d'un groupe à l'autre.

Enfin, en comparant les résultats du classement obtenu à partir des groupes de discussion avec ceux provenant des données de l'enquête montréalaise, plusieurs différences sont observées. Par exemple, l'item « propreté des équipements et des locaux » s'est classé au 1^{er} rang de l'enquête montréalaise alors qu'il est arrivé au 17^e rang dans les groupes de discussion. De même, l'item « respect et politesse » s'est classé au 14^e rang dans l'enquête montréalaise alors qu'il est arrivé au 2^e rang dans les groupes de discussion. Les différences observées ont ainsi confirmé l'importance de mettre les répondants dans une situation où ils doivent comparer les attentes, les unes par rapport aux autres.

Compte tenu des objectifs mêmes de l'enquête et des résultats des groupes de discussion sur la capacité des usagers à hiérarchiser leurs attentes, nous avons opté pour une approche permettant la confrontation des 41 items retenus pour l'enquête québécoise. Comme il est impensable de demander aux répondants de classer l'ensemble de ces 41 items lors d'une entrevue téléphonique, on leur demande plutôt d'indiquer, parmi deux attentes choisies au hasard, celle qu'ils considèrent comme étant la plus importante; les deux attentes d'une question forment une « paire d'attentes ».

Le questionnaire a donc été construit de manière à intégrer une section composée de 10 questions, dans laquelle sont confrontées 10 paires d'attentes distinctes et qui varie d'un répondant à l'autre. Pour atteindre l'objectif visant à ordonner les 41 items selon l'importance qui leur est attribuée, chacune des 807⁸ paires possibles est présentée à une

6. Les questions retirées sont : « Êtes-vous pas du tout satisfait(e), peu satisfait(e), assez satisfait(e) ou très satisfait(e) du support offert aux proches qui vous accompagnaient? » de la dimension solidarité; « Êtes-vous pas du tout satisfait(e), peu satisfait(e), assez satisfait(e) ou très satisfait(e) de la façon dont l'intervenant vous a encouragé à rencontrer des groupes, associations ou personnes ayant vécu des problèmes similaires aux vôtres? » de la dimension responsabilisation; et « Êtes-vous pas du tout satisfait(e), peu satisfait(e), assez satisfait(e) ou très satisfait(e) des procédures vous permettant de porter plainte ou d'exprimer votre insatisfaction? » de la dimension simplicité. Toutefois, cette dernière question a fait l'objet d'une reformulation (« Si vous aviez une insatisfaction à exprimer, sauriez-vous comment porter plainte? ») et a été intégrée dans la section « autres renseignements » du questionnaire.

7. Les six groupes de discussion étaient composés : de personnes de 18-34 ans, toutes scolarités confondues; de personnes de 35-54 ans, toutes scolarités confondues; de personnes de 55 ans et plus, toutes scolarités confondues; de personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou moins, tous âges confondus; de personnes ayant un diplôme de niveau collégial ou universitaire, tous âges confondus; de parents d'enfants de moins de 12 ans.

8. Au total, 41 items donnent 820 paires d'attentes possibles mais à la suite du prétest, 13 d'entre elles ont été identifiées comme étant des « paires problématiques », soit des paires pour lesquelles le répondant peut avoir des difficultés à départager ou à distinguer les attentes proposées.

partie seulement des répondants. Les 10 paires incluses dans le questionnaire d'un répondant sont choisies aléatoirement parmi l'ensemble de ces 807 paires, ce qui signifie que le questionnaire varie d'un répondant à l'autre selon les paires d'attentes qui lui sont assignées.

Pour chacun des numéros de téléphone de l'échantillon, 10 paires d'attentes ont été affectées aléatoirement. Cette attribution aléatoire, appelée randomisation, permet à chaque paire d'attentes d'avoir une chance équivalente de se retrouver dans l'un ou l'autre des questionnaires ainsi générés. En s'assurant qu'aucune paire d'attentes n'est favorisée, on minimise le risque de biais pouvant être introduit par un facteur non contrôlé.

Pour que chacune des paires d'attentes soit assignée un nombre comparable de fois, des répliqués ont été formés. Un répliqué est un groupe de 80 numéros de téléphone, pris au hasard dans une même région, pour lesquels la composition du bloc d'attentes dans chacun des questionnaires est faite en affectant chacune des 800 paires d'attentes possibles une seule fois (10 paires x 80 questionnaires = 800 paires). Une fois le répliqué formé, il reste sept paires d'attentes non attribuées. Celles-ci sont alors choisies aléatoirement pour chacun des répliqués. Se faisant, aucune paire d'attentes ne se retrouve plus d'une fois dans un même questionnaire, ce qui contribue à niveler le nombre de fois qu'elles sont attribuées dans l'échantillon initial. Au terme de la collecte, chacune des 807 paires a été comparée 462 fois en moyenne (ce nombre allant de 408 à 510 fois).

Dans le cas particulier de la région Nord-du-Québec, certains changements ont dû être apportés afin de tenir compte de la taille de l'échantillon. Pour obtenir un classement d'attentes accompagnées d'une précision semblable à celle des autres régions, le nombre d'items a été réduit substantiellement (de 41 à 29) et le questionnaire modifié pour contenir 12 paires d'attentes plutôt que 10.

Enfin, une fois les paires assignées à un questionnaire, l'ordre de celles-ci a été attribué au hasard. Cette randomisation vise à minimiser les biais qui pourraient être attribuables à l'ordre dans lequel les questions sont administrées. Par exemple, il est possible que les répondants soient moins attentifs pour les dernières paires proposées,

d'où la nécessité d'éviter qu'une paire donnée ne se retrouve toujours (ou plus souvent) parmi les dernières. Pour des raisons similaires, l'ordre de présentation des deux attentes à l'intérieur de chaque paire a également été randomisé afin que ce ne soit pas toujours la même attente d'une paire donnée qui soit présentée en premier.

3. Le questionnaire

Le questionnaire de l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec est composé de trois grandes parties. La première documente le profil de consultation des usagers au cours des douze mois précédant l'enquête, c'est-à-dire le nombre de fois où ils ont consulté un professionnel de la santé et des services sociaux, pour eux-mêmes ou pour une personne à charge⁹, dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC.

La deuxième partie du questionnaire est consacrée à la satisfaction et aux attentes des répondants. La satisfaction se traduit au total par 43 questions : 41 d'entre elles sont liées à chacun des items retenus (voir tableau 1.1) alors que les 2 autres portent sur la satisfaction globale et sur l'opinion générale à l'égard du système de santé au Québec. Les attentes quant à elles font l'objet de 10 questions dans le cadre desquelles sont confrontées 2 attentes comme mentionné précédemment.

Enfin, la troisième partie concerne certaines caractéristiques de santé ou encore certaines caractéristiques sociodémographiques du répondant. On retrouve ainsi de l'information relative à la perception de l'état de santé, à la présence d'un problème de santé chronique entraînant des limitations d'activités, à l'accès à un médecin de famille, au lieu de naissance, à la langue parlée à la maison, au niveau de scolarité, au revenu du ménage et à l'occupation principale du répondant.

9. Par personne à charge on entend un enfant de 14 ans et moins ou une personne ayant une incapacité qui l'empêche de prendre des décisions relatives à sa santé.

4. Le plan de sondage et la collecte des données

4.1 Population visée

La population visée par l'enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé au Québec et qui ont consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge, au cours des douze mois précédant l'enquête. Ne font pas partie de l'enquête les personnes vivant en institution (ménages collectifs) ainsi que celles résidant dans les régions crie et inuite (régions sociosanitaires 17 et 18). Pour alléger la présentation de ce qui suit, nous utiliserons le terme « mission » pour parler du lieu où l'utilisateur a consulté un professionnel de la santé et des services sociaux.

4.2 Base de sondage

La sélection de l'échantillon de l'enquête a été faite à partir d'une génération aléatoire de numéros de téléphone (GANT) permettant d'atteindre des ménages privés admissibles à l'enquête. Pour chacun des ménages ainsi joint, une personne de 15 ans et plus a été sélectionnée aléatoirement parmi les personnes ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans l'une ou l'autre des missions retenues pour l'enquête au cours des douze derniers mois¹⁰.

10. Afin d'augmenter la productivité de l'échantillon, la méthode de GANT retenue prévoit l'élimination des banques non valides de 100 numéros de téléphone. Dans cette enquête, une banque est dite valide si elle contient au moins 10 numéros de téléphone résidentiels; les banques non valides sont éliminées. C'est l'ensemble des banques valides de 100 numéros de téléphone qui sert de base de sondage. On y sélectionne un échantillon aléatoire selon un plan de sondage stratifié (les régions sociosanitaires forment les strates). Dans chaque banque choisie, on génère un nombre aléatoire entre 00 et 99, constituant ainsi un numéro de téléphone potentiel. Parmi les numéros générés, ceux qui ne correspondent pas à des résidences privées sont rejetés par couplage avec des répertoires informatisés contenant des numéros commerciaux. Dans un deuxième temps, l'échantillon de numéros de téléphone sélectionné pour l'enquête fait l'objet d'une précomposition, ce qui permet de valider chacun des numéros au moyen du signal émis lors de l'appel.

4.3 Population échantillonnée

Certaines contraintes, principalement liées à la collecte, nous obligent à définir la population échantillonnée, celle qui dans les faits peut être couverte par l'enquête. Ici, une proportion de ménages privés ne possédant pas le téléphone ou ne possédant qu'un téléphone cellulaire a dû être exclue. Cette proportion est estimée à environ 5,6 % en 2005 au Québec (Statistique Canada, 2006). Si on ajoute à cette proportion environ 1 % de ménages dont les numéros de téléphone, inclus dans les banques invalides, ne sont pas présents dans la population échantillonnée, on obtient un échantillon représentant environ 93 % de la population visée, ce qui assure une bonne couverture.

En faisant l'hypothèse que la population non couverte par l'enquête ressemble à celle qui l'est en ce qui a trait à ses caractéristiques sociodémographiques, à son profil de consultation, à son niveau de satisfaction et à ses attentes, on peut penser que l'erreur de couverture a un impact négligeable sur les estimations produites. Ainsi, on peut dire que l'inférence porte sur l'ensemble de la population visée par l'enquête. Afin d'alléger le texte, cette population est parfois désignée en omettant certains détails relatifs à sa définition.

4.4 Taille et répartition de l'échantillon

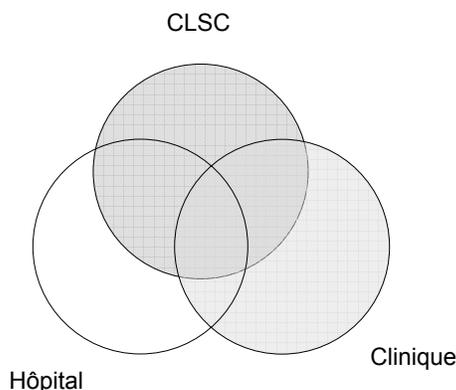
Rappelons qu'un des objectifs de l'enquête est de fournir des estimations fiables par région sociosanitaire et par mission (hôpital, clinique médicale et CLSC). Le plan de sondage a donc été développé de manière à pouvoir estimer une proportion de 15 % et plus avec un coefficient de variation d'au plus 10 % pour chacune des missions d'une région¹¹. Si la région de chaque numéro de téléphone (donc de chaque répondant) est connue d'avance, les missions consultées ne le sont pas. De ce fait, il est impossible de sélectionner un échantillon par mission *a priori* d'où la nécessité d'introduire des mécanismes de sélection supplémentaires.

Pour sélectionner la mission à enquêter, le profil de consultation de chaque répondant doit être établi. Comme un usager peut, au cours des douze

11. Pour plus de détails, consulter la section 5.3.1.

derniers mois, avoir consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans l'une, deux ou trois des missions retenues pour l'enquête, sept profils différents de consultation sont possibles; la figure 4.1 les illustre tous.

Figure 4.1
Résumé des différents profils de consultation possibles



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Précisons d'emblée que pour obtenir un niveau de précision sensiblement égal pour chacune des missions, le nombre de répondants visés devrait être à peu près le même dans chaque cas. Idéalement, il aurait fallu que le tiers des questionnaires d'une région soit affecté à chacune des missions. Comme les proportions de personnes ayant consulté un professionnel dans les trois missions sont très différentes, et que la proportion de celles ayant consulté dans un CLSC est largement inférieure à la proportion ayant consulté dans une clinique ou un hôpital, cela conduit à sélectionner la mission à enquêter selon des probabilités variables¹² afin de rétablir l'équilibre entre les trois missions. Toutefois, pour que la précision des estimations obtenues pour le CLSC ne s'éloigne pas trop des objectifs statistiques, le plan de sondage a été développé de manière à ce qu'une répartition entre les trois missions puisse admettre que 29 % des questionnaires sont attribués à la mission la moins utilisée. Dans les faits, la faible proportion de personnes ayant

consulté un professionnel dans un CLSC a fait en sorte que moins de 29 % des questionnaires ont été attribués à cette mission. Par conséquent, les estimations présentées pour cette dernière sont, dans certains cas, d'une moins grande précision.

Une fois établi le nombre de répondants minimum pour chaque région et chaque mission, l'effet de plan, c'est-à-dire le rapport entre la variance obtenue avec le plan de sondage de l'enquête et la variance d'un plan aléatoire simple, est pris en compte pour déterminer la taille de l'échantillon¹³. Étant donné que la taille de l'échantillon efficace est inférieure à la taille de l'échantillon réel,¹⁴ il importe d'augmenter le nombre d'entrevues à réaliser afin d'atteindre les objectifs de précision visés¹⁵.

Dans le but de mener les 39 775 entrevues prévues, une quantité de numéros de téléphone a été déterminée au préalable. Celle-ci est basée sur le taux de productivité, le taux d'admissibilité et le taux de réponse¹⁶. Les hypothèses sur lesquelles ces taux reposent sont¹⁷ :

- un taux de productivité de la base de sondage fixé à un peu plus de 60 %; cela correspond à la proportion de numéros de téléphone valides parmi ceux générés aléatoirement;
- un taux d'admissibilité des ménages d'environ 78 % parmi les ménages joints; il s'agit de la proportion de ménages privés situés sur les territoires admissibles et où au moins une personne de 15 ans et plus a

12. La mécanique de sélection de la mission est présentée à la section 4.5.

13. Il est à noter que le fait de sélectionner un ménage et une personne contribue à faire augmenter l'effet de plan.

14. La taille réelle est égale à la taille efficace multipliée par l'effet de plan attendu qui était estimé à 1,3 dans le cas présent.

15. Le nombre de répondants attendus est présenté à l'annexe 1.

16. Les formules sont présentées à l'annexe 2.

17. Les divers taux attendus au niveau provincial proviennent d'hypothèses régionales puisque les taux d'admissibilité, de productivité et de réponse ont été estimés pour chacune des régions séparément à partir des données d'autres enquêtes à portée régionale et des résultats du prétest. Le nombre de numéros de téléphone requis pour chacune des régions sociosanitaires est présenté au tableau 4.1.

consulté un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois¹⁸;

- un taux de réponse de près de 60 % pour l'ensemble du Québec.

Pour faciliter la gestion et le suivi sur le terrain, l'échantillon a d'abord été scindé en trois vagues comprenant respectivement 33 010, 60 000 et 40 651 numéros de téléphone. À cela sont venues s'ajouter une quatrième vague composée d'un échantillon supplémentaire de 1 000 numéros pour la région de Montréal¹⁹ et une cinquième, comprenant un échantillon pour la région Nord-du-Québec²⁰.

La répartition de l'échantillon selon plusieurs vagues comporte beaucoup d'avantages dont la possibilité de suivre l'évolution des divers paramètres de collecte (taux d'admissibilité, de productivité et de réponse) et de les réviser si certaines hypothèses de départ s'avèrent erronées. Ainsi que décrit à la section suivante, cette approche a permis l'estimation et la révision des probabilités de sélection des missions.

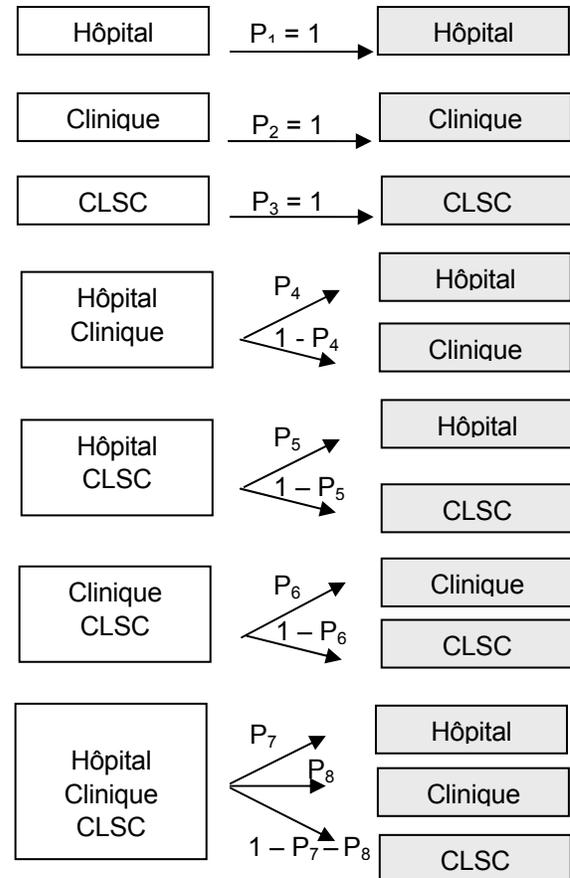
4.5 Sélection de la mission et du type de consultation

Une fois que le ménage et la personne admissible sont sélectionnés, la mission pour laquelle le répondant remplit le questionnaire est déterminée. La figure 4.2 illustre la démarche : la colonne de gauche présente les divers profils de consultation possibles et la colonne de droite, la mission sélectionnée. Chaque mission comporte quatre profils de consultation. Les probabilités de sélection associées à chacun des profils (P_1 à P_8) sont évidemment déterminées avant de débiter la collecte.

Comme mentionné précédemment, les usagers consultent moins dans les CLSC que dans les deux autres missions. Il faut donc sélectionner plus souvent cette première mission lorsqu'elle n'est pas la seule qui a été consultée. Cela dit, l'estimation des

probabilités doit se faire en tenant compte de deux contraintes : il est impossible de changer les distributions des fréquentations uniques et il faut toujours laisser une chance minimale d'échantillonner chacune des missions possibles lors de combinaisons pour conserver le caractère probabiliste de la sélection.

Figure 4.2
Mécanisme de sélection de la mission



Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007.

Un autre facteur à prendre en considération est l'effet de plan qu'entraîne la distorsion de la distribution dans la population. En effet, la proportion de répondants d'une mission donnée provenant de chacun des quatre profils de consultation est modifiée lorsque les probabilités de sélection sont changées. Plus cette distribution s'éloigne de celle que l'on a dans la population, plus l'effet de plan augmente; cela contribue à diminuer la taille de

18. Ce taux a été fixé à partir de données de la RAMQ et de celles provenant d'enquêtes canadiennes.

19. Étant donné que le taux de réponse obtenu pour la région de Montréal s'est avéré plus faible que prévu, une injection supplémentaire de numéros de téléphone a été faite au printemps 2007 afin d'augmenter le nombre d'entrevues.

20. Soulignons que cette région ne devait pas initialement être couverte par l'enquête et qu'elle est venue s'y greffer en cours de terrain.

l'échantillon efficace pour produire les estimations. Les probabilités de sélection des missions ont donc été établies de manière à rendre les tailles d'échantillon efficaces dans les trois missions les plus égales possible²¹.

Dans la vague 1 de l'enquête, les probabilités de sélection injectées ont été déterminées au niveau provincial. Par la suite, l'analyse des données recueillies au cours de la première vague de collecte a permis de définir cinq jeux de probabilités de sélection, chacun d'entre eux regroupant de une à sept régions (dont les profils de consultation étaient assez semblables). Ce sont ces jeux de probabilités qui ont été utilisés pour la vague 2. L'analyse des données provenant de la vague 2 a permis d'en arriver à une série de probabilités spécifiques pour chaque région; ce sont ces dernières qui ont servi à la collecte des données de la vague 3. En ayant adapté progressivement les probabilités de sélection aux disparités régionales, le contrôle sur le nombre d'entrevues efficaces complétées par mission n'en a été que meilleur pour chacune des régions.

Il est à noter que la mécanique de sélection décrite précédemment ne s'applique pas à la région du Nord-du-Québec. Comme la notion de mission, telle que définie dans l'enquête, n'est pas applicable à cette région²², toutes les estimations provinciales présentées par mission seront basées sur 15 régions plutôt que 16.

Le dernier mécanisme de sélection consiste à choisir le type de consultation. Cette information est obtenue à partir des questions portant sur l'utilisation des services; le répondant devait spécifier, pour chaque mission, si la consultation le concernait ou touchait plutôt une personne à charge. Dans le cas où la mission sélectionnée comprend les deux types de

consultation, la probabilité de sélection est tout simplement de une sur deux.

4.6 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 7 novembre 2006 au 22 juin 2007. Les différentes vagues de collecte correspondent à une période bien précise. Chaque vague était suivie d'une pause afin de régionaliser les probabilités de sélection des missions de la vague suivante.

Une fois la pause terminée, chacune des vagues faisait l'objet d'un retour sur le terrain afin d'y être retravaillée. Ainsi, la vague 1 a été fermée en décembre, mais retravaillée au cours des périodes allouées aux vagues 2 et 3, soit quelques semaines en avril et en juin. De même, la vague 2 a été fermée en avril et retravaillée au cours de la période dédiée à la vague 3, soit en mai et juin. Afin de répartir également les efforts de collecte d'une vague à l'autre, la vague 3 a aussi été interrompue quelques semaines avant d'être reprise à la toute fin du processus. Pendant les deux dernières semaines de collecte, toutes les vagues se sont retrouvées sur le terrain en même temps. Pour ce qui est de la région Nord-du-Québec, la collecte a commencé le 20 mars 2007 alors que celle de la vague 4 (numéros supplémentaires de la région montréalaise) a débuté le 22 mai²³. Enfin, mentionnons que la durée moyenne d'une entrevue a été de dix-huit minutes.

4.7 Taux de productivité, taux d'admissibilité et taux de réponse

Les taux de productivité, d'admissibilité et de réponse obtenus lors de l'enquête sont présentés au tableau 4.1. Les taux sont pondérés²⁴ afin de prendre en considération le fait que l'échantillon n'est pas proportionnel à la taille des régions dans le calcul des taux provinciaux. On constate que le taux de productivité provincial est de 58,4 %, ce qui est légèrement plus faible que l'hypothèse de départ (60,5 %). Cela s'explique, en partie, par le fait d'avoir procédé à une précomposition de l'échantillon.

21. Les données du prétest ont montré que les cliniques médicales sont les plus fréquentées, suivies des hôpitaux et des CLSC. Lorsque l'on modifie les probabilités de sélection, la distribution des cliniques doit être modifiée de beaucoup afin d'obtenir un bon nombre de répondants pour les CLSC. L'effet de plan pour cette première mission s'en trouve donc augmenté considérablement. Celui concernant l'hôpital augmente un peu moins et celui du CLSC, encore moins. Ainsi, après avoir modifié les probabilités de sélection, on obtient des tailles d'échantillon efficaces plus semblables, bien que toujours inférieures pour les CLSC.

22. Dans la région Nord-du-Québec, les services et les soins sont dispensés par des centres de santé qui regroupent diverses missions au sein d'un même établissement.

23. Notons aussi que les personnes ayant refusé ont été rappelées en fin de collecte par une équipe spécialement formée en matière de conversion de refus.

24. Par souci de simplicité, les formules présentées à l'annexe 2 n'incluent pas les poids d'échantillonnage.

Tableau 4.1

Taux de productivité, taux d'admissibilité et taux de réponse par région sociosanitaire¹

	Taux de productivité	Taux d'admissibilité	Taux de réponse
	%		
Région sociosanitaire			
Bas-Saint-Laurent	56,6	81,0	60,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	59,6	80,1	59,2
Capitale-Nationale	58,2	79,8	61,8
Mauricie	60,6	78,5	60,7
Estrie	65,5	78,3	58,1
Montréal	53,4	79,5	47,5
Outaouais	57,9	74,9	59,3
Abitibi-Témiscamingue	46,6	79,3	60,2
Côte-Nord	54,6	81,7	60,0
Nord-du-Québec	35,8	79,3	61,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	62,3	81,1	56,7
Chaudière-Appalaches	62,1	81,0	64,4
Laval	58,9	82,8	53,6
Lanaudière	67,6	79,1	61,5
Laurentides	66,6	77,5	57,1
Montérégie	60,2	81,0	60,9
Le Québec	58,4	79,6	56,9

1. Taux pondérés.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

En effet, cette approche peut entraîner une légère baisse de productivité puisque les numéros déclarés « improductifs » ne sont pas composés de nouveau²⁵. Comme prévu, le taux de productivité varie passablement d'une région à l'autre (de 35,8 % à 67,6 %).

Le taux d'admissibilité obtenu au niveau provincial est de 79,6 %, ce qui est un peu au-delà de l'hypothèse de départ (78 %). Or, comme le taux de productivité a été légèrement inférieur

à la cible, le produit des deux taux obtenus, qui correspond à la proportion de numéros productifs et admissibles, est assez près de la cible établie dans le plan de sondage. Cela dit, le taux d'admissibilité est assez stable d'une région à l'autre, oscillant entre 78 % et 83 %. La région de l'Outaouais se démarque toutefois des autres régions en raison de son faible taux d'admissibilité (74,9 %). Ce résultat était attendu compte tenu de la possibilité qu'ont les résidents de cette région d'utiliser les services offerts par la province voisine qu'est l'Ontario.

Au total, 38 389²⁶ personnes ont répondu à l'enquête, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 56,9 %. Si le taux de réponse obtenu au niveau provincial est légèrement inférieur à la

25. Afin de vérifier l'ampleur du phénomène, environ 1 000 numéros de téléphone (provenant de toutes les vagues de collecte) ont été composés de nouveau par des intervieweurs de l'ISQ; le statut des personnes en question a alors été confirmé. Environ 2,5 % de ces numéros se sont avérés valides ou, du moins, potentiellement valides. Cette baisse de la productivité est un inconvénient bien mineur en comparaison des multiples avantages de la précomposition.

26. La répartition du nombre de répondants par région et par mission est présentée à l'annexe 3.

cible de 60 %, le taux visé a toutefois été atteint dans plusieurs régions. En fait, les taux de réponse régionaux oscillent entre 56 % et 64 %, à l'exception de ceux des régions de Montréal et de Laval qui sont respectivement de 47,5 % et 53,6 %. Notons qu'il est habituel d'obtenir des taux de réponse inférieurs dans ces régions.

5. Le traitement statistique des données

5.1 Validation

La collecte téléphonique étant entièrement informatisée, plusieurs validations de base ont été réalisées pendant l'entrevue, par exemple celles permettant la vérification du respect des intervalles de réponse pour les questions fermées. Une vérification de l'adéquation des sauts de section pour les blocs de questions ne s'adressant qu'à un sous-groupe de répondants, par exemple les personnes ayant consulté pour une personne à charge, a également été faite.

Une validation effectuée *a posteriori* a de plus servi à relever quelques erreurs, l'objectif de l'opération étant en grande partie de vérifier la cohérence des réponses pour un même répondant. À cette étape, on a également pris soin de vérifier la codification des réponses aux questions permettant de distinguer les non-répondants partiels des répondants qui n'étaient pas visés par une question. Un examen approfondi de la séquence des codes de résultats de la collecte a aussi été effectué et a conduit à corriger certains codes finaux²⁷.

5.2 Pondération

La pondération permet d'associer à chaque répondant de l'enquête un facteur, le *poids d'échantillonnage*, qui correspond au nombre d'unités de la population visée qu'il « représente ». L'utilisation de ce facteur, à l'étape de l'estimation, permet de rapporter les données des répondants à la population visée et de faire ainsi des inférences adéquates à cette population, bien que celle-ci n'ait pas été observée dans sa totalité. L'échantillon effectif, constitué des mêmes répondants, comporte cependant une certaine

« distorsion » par rapport à la population visée et nécessite des redressements.

C'est d'abord et avant tout parce qu'un échantillon (probabiliste) a été sélectionné que l'on n'observe pas la population entière. Ainsi, la pondération d'un échantillon de numéros de téléphone débute par le calcul de l'inverse de la probabilité de sélection du ménage.²⁸ La probabilité de sélection dépend du nombre de numéros dans les banques valides, du nombre de numéros générés dans l'échantillon et du nombre de lignes téléphoniques admissibles dans le ménage. Avant de tenir compte de ce dernier facteur, une étape intermédiaire a été ajoutée.

Parce qu'elles n'ont aucune chance de faire partie de l'échantillon, certaines unités de la population ne sont pas observées (on parle alors de sous-couverture). À l'opposé, certains ménages ont commencé l'entrevue sans atteindre la question permettant d'établir s'il s'agissait bien d'un ménage privé. Ces cas sont présumés admissibles bien que certains ne le soient pas. Pour corriger ces phénomènes et redresser le poids des ménages, on a procédé à un calage des poids de manière à ce que la somme des poids de tous les ménages²⁹ (admissibles ou non) de notre échantillon soit égale au nombre de ménages privés dans la province de Québec. Toutefois, comme les numéros de notre échantillon constituent des lignes téléphoniques et non des ménages privés (plusieurs lignes pouvant parfois conduire à un même ménage), les poids ont été modifiés de façon à ce que leur somme corresponde au nombre estimé de lignes téléphoniques au Québec³⁰. Les poids des ménages ayant plusieurs lignes ont été ultérieurement dégonflés afin de tenir compte du fait que ces ménages avaient une probabilité plus grande d'être échantillonnés.

28. Comme il s'agit d'un plan de sondage stratifié, cette étape et les suivantes sont effectuées par strate, c'est-à-dire par région sociosanitaire.

29. À l'exception des ménages collectifs et des résidences secondaires.

30. Ce nombre correspond au nombre réel de ménages privés (voir tableau 4.1) multiplié par le nombre moyen de lignes téléphoniques.

27. Les résultats de la collecte sont présentés à l'annexe 4.

Un ajustement pour la non-réponse au niveau du ménage a ensuite été fait. À cette étape, les poids des répondants ont été gonflés afin de « représenter » les non-répondants indépendamment de leurs caractéristiques. Comme la pondération ainsi obtenue est une pondération ménage, ces poids sont ensuite multipliés par le nombre de personnes admissibles du ménage correspondant.

La dernière étape permettant d'obtenir un poids individuel de base est l'application d'un ajustement pour la non-réponse au niveau des personnes sélectionnées. Pour ce faire, il est opportun d'examiner la structure de la réponse. Cette analyse de la non-réponse par région exige tout d'abord d'identifier les variables ou caractéristiques selon lesquelles la non-réponse pourrait varier³¹. Parmi les variables identifiées, celles qui sont de surcroît associées aux variables d'analyse (en plus d'être associées au statut de réponse) constituent les meilleures variables à utiliser pour ajuster la non-réponse.

Les variables ainsi retenues pour l'ajustement sont le nombre de personnes ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux au cours des douze derniers mois dans le ménage ainsi que l'âge et le sexe de la personne sélectionnée. Plusieurs classes de pondération, c'est-à-dire des groupes de personnes ayant des caractéristiques et des proportions de répondants semblables, sont ainsi construites dans chaque région et l'ajustement de la non-réponse s'effectue à l'intérieur de chacune de ces classes.

Ainsi, les poids individuels de base ont été calculés de la façon suivante :

$$P_{base}^{(ijkl)} = \frac{1}{\pi_{(ijk)}} \times C_{(k)} \times \frac{1}{T_{repm}^{(k)}} \times \frac{1}{T_{repp}^{(kl)}}$$

Où

- $\pi_{(ijk)} = \frac{g_k}{BV_k} \times v_{jk} \times \frac{1}{a_{jk}}$ est la probabilité de sélection du répondant i , du ménage j , de la strate k . Elle est fonction du nombre de numéros de téléphone générés dans la strate k , (g_k) ; du nombre de banques valides dans cette strate, (BV_k) ; du nombre de numéros de téléphone valides dans le ménage j de la strate k , (v_{jk}) et du nombre de personnes de 15 ans et plus qui ont consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans ce ménage, (a_{jk}) ;
- $C_{(k)}$ est le facteur de calage de la strate k ;
- $T_{repm}^{(k)}$ est le taux de réponse ménage dans la strate k ;
- $T_{repp}^{(kl)}$ est le taux de réponse individuel dans la strate k et la classe de pondération l .

Comme un niveau de sélection s'ajoute pour chacun des individus répondant au questionnaire, à savoir la mission où a eu lieu la consultation, la pondération doit tenir compte de cette sélection supplémentaire. Cela est d'autant plus important que cette sélection se fait avec des probabilités inégales puisqu'elle dépend à la fois de la vague de collecte, de la région de résidence et du profil de consultation de la personne. Ainsi, on multiplie chaque poids individuel P_{base} par l'inverse de la probabilité de sélection correspondant au profil et à la mission sélectionnée (les P_i de la figure 4.2). Le poids ainsi obtenu est un poids appelé individu*mission. Ce poids suppose donc que tous les individus ayant consulté une mission donnée sont représentés. Donc, si on somme l'ensemble des poids individu*mission pour la mission clinique, on obtient l'estimation du nombre de personnes de 15 ans et plus ayant consulté dans une clinique pour elles-mêmes ou pour une personne à charge. Soulignons qu'en raison de l'absence de la notion de mission dans la région du Nord-du-Québec, aucun poids individu*mission n'a été créé pour celle-ci.

31. Cela peut être fait à l'aide de la technique connue sous le nom de « chi-square automatic interaction detection (CHAID) ». Cette technique consiste à effectuer plusieurs tests statistiques du khi-deux afin d'obtenir les différentes associations entre le statut de réponse et les variables choisies.

Le type de consultation constitue le dernier niveau de sélection qui doit être pris en compte. Comme la probabilité de sélection varie selon le type de consultation d'un individu, une autre pondération a été créée. Ainsi, la pondération individu*mission*bénéficiaire correspond à la pondération individu*mission multipliée par l'inverse de la probabilité de sélection du type de consultation³².

Dans le contexte où un individu a consulté à la fois pour lui-même et pour une personne à charge, la somme des poids individu*mission*bénéficiaire est supérieure au nombre d'utilisateurs de la mission. En fait,

- si la personne n'a consulté que pour elle-même ou pour une personne à charge, le poids individu*mission correspond au poids individu*mission*bénéficiaire;
- si la personne a consulté pour elle-même et pour une personne à charge, le poids individu*mission correspond au poids individu*mission*bénéficiaire divisé par deux.

De même, comme les individus peuvent avoir consulté un professionnel dans les trois missions, la somme de tous les poids individu*mission ne correspond pas au nombre de personnes ayant consulté dans l'une ou l'autre des missions : elle est bien supérieure. Donc, pour réduire la somme des poids et ainsi considérer qu'une personne est un utilisateur du système de santé et des services sociaux, peu importe la mission dans laquelle elle a consulté, il faut procéder de la manière suivante :

- si la personne n'a consulté que dans une mission, le poids individu correspond au poids individu*mission;
- si la personne a consulté dans deux missions, le poids individu correspond au poids individu*missions divisé par deux;
- si la personne a consulté dans trois missions, le poids individu correspond au poids individu*missions divisé par trois.

Selon cette approche, lorsque l'on regroupe toutes les missions, par exemple pour estimer la satisfaction globale des utilisateurs, l'estimation est proportionnelle à la consultation des services par les utilisateurs. Ainsi, comme plus d'utilisateurs ont consulté dans une clinique que dans toute autre mission, le poids de ces utilisateurs doit être plus important dans la statistique globale que celui des deux autres missions.

En résumé, quatre pondérations ont été produites pour l'analyse des données. Le tableau 5.1 résume ces pondérations. Afin de mieux comprendre l'utilisation d'une pondération plutôt qu'une autre, il est important de saisir la différence dans la définition d'un utilisateur selon la situation. Ainsi, lorsque l'on utilise les poids individus, on considère comme utilisateur toutes les personnes ayant consulté au moins une fois, peu importe la ou les missions. Lorsque l'on utilise les poids individu*missions, on considère comme utilisateur d'une mission toutes les personnes ayant consulté un professionnel dans cette mission, qu'ils en aient utilisé d'autres ou non. Si on utilise les poids individu*missions*bénéficiaire, on considère comme utilisateur d'une mission toutes les personnes y ayant consulté un professionnel, pour le type de consultation visé³³, qu'ils aient consulté dans d'autres missions ou non ou qu'ils aient aussi consulté pour l'autre type de consultation ou non. Enfin, avec les poids individu*bénéficiaire, on considère comme utilisateur pour un type de consultation donné toutes les personnes ayant fait l'objet de ce type de consultation, peu importe la mission.

5.3 Précision des estimations

Dans toute enquête statistique, les estimations produites sont entachées d'erreurs. Il y a d'une part les erreurs liées à l'échantillonnage, c'est-à-dire celles qui sont attribuables au fait qu'on n'interroge qu'une partie de la population visée (section 5.3.1), et, d'autre part, celles qu'entraînent la non-réponse, une faiblesse de la base de sondage (couverture) et les erreurs de mesure associées à des questions difficiles à interpréter, à la saisie ou au traitement des données (section 5.3.2).

32. C'est-à-dire la valeur 1 s'il y a un seul type de consultation et 2 sinon.

33. Par exemple, toutes les personnes ayant consulté un professionnel pour elles-mêmes dans un hôpital.

Tableau 5.1
Liste des pondérations

Poids	Variable	Région 10 ¹	Nombre de fois qu'un individu peut être compté dans la pondération
Individu	p_ind	Incluse	un individu n'est compté qu'une seule fois (peu importe les missions consultées)
Individu*missions	p_ind_mis	Exclue	un individu peut être compté jusqu'à 3 fois (selon le nombre de missions consultées)
Individu*missions*bénéficiaire	p_ind_mis_ben	Exclue	un individu peut être compté jusqu'à 3x2 = 6 fois (selon le nombre de missions et de types de consultation)
Individu*bénéficiaire	p_ind_ben	Incluse	un individu peut être compté jusqu'à 2 fois (selon le nombre de types de consultation)

1. Région sociosanitaire du Nord-du-Québec.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

5.3.1 Erreurs dues à l'échantillonnage

Les erreurs dues à l'échantillonnage sont mesurées à l'aide d'indicateurs de précision. L'erreur type de l'estimation, sa forme relative appelée « coefficient de variation » et la longueur (ou demi-longueur) de l'intervalle de confiance comptent parmi ces mesures.

L'erreur type d'une estimation exprime la variation qui serait observée entre les estimations de tous les échantillons possibles de même taille. C'est donc une mesure de « distance » moyenne attendue entre l'estimation provenant de l'échantillon de l'enquête et la moyenne des estimations provenant de l'ensemble des échantillons possibles. Une petite erreur type signifie que l'estimation obtenue avec l'échantillon de l'enquête n'aurait pas été très différente si un autre échantillon avait été sélectionné. Souvent, plutôt que d'utiliser cette mesure absolue de précision, on a recours à une mesure relative de précision, le coefficient de variation (CV) qui s'exprime comme suit :

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

Cette mesure contribue à faciliter l'interprétation quant à la précision, particulièrement pour des estimations impliquant des variables mesurées dans des échelles différentes. Ainsi, plus le coefficient de variation est petit, plus l'estimation est précise. Par contre, il faut être très prudent lorsqu'on utilise une estimation dont le CV est

supérieur à 25 %, puisque cela indique une très grande variabilité. De telles estimations devraient être utilisées seulement à titre indicatif. Le coefficient de variation a également le mérite de permettre une comparaison de la précision de différentes estimations entre elles.

La longueur de l'intervalle de confiance construit pour un paramètre d'intérêt nous renseigne également sur la précision. En fait, l'intervalle de confiance illustre en quelque sorte l'étendue des valeurs possibles que peut prendre l'estimateur du paramètre étudié³⁴. Plus l'intervalle est court, mieux est circonscrite la valeur réelle du paramètre dans la population visée. Ainsi, pour un niveau de confiance donné, un intervalle de confiance court est associé à une faible erreur due à l'échantillonnage.

Plusieurs méthodes existent pour construire un intervalle de confiance pour une proportion. La plus simple repose sur l'approximation par la loi normale de la distribution statistique de l'estimateur de la proportion. La marge d'erreur (m.e.) ou demi-longueur de l'intervalle de confiance à 95 % est alors donnée par la formule suivante :

$$m.e. = 1.96 \times \sqrt{\text{variance de l'estimation}}$$

34. Lorsqu'il est construit avec un niveau de confiance de 95 %, on interprète l'intervalle de confiance de la façon suivante : « Si l'échantillonnage est reproduit un très grand nombre de fois, chaque échantillon produisant son propre intervalle de confiance, alors 95 % des intervalles contiendraient la vraie valeur du paramètre de la population. » (Cochran, 1977 : 12)

À partir de la marge d'erreur, il est possible de définir un intervalle de confiance (I.C.) à 95 %, associé à l'estimation :

I.C. = estimation \pm m.e.

Toutefois, lorsque la proportion d'intérêt est trop petite compte tenu de la taille efficace d'échantillon qui permet de l'estimer, l'approximation Normale n'est pas adéquate. Les bornes de confiance à utiliser sont alors celles d'un intervalle non symétrique basé sur la loi Binomiale. Les détails de la construction de ce type d'intervalle lorsque le plan de sondage n'est pas un plan aléatoire simple ne sont pas fournis ici; le lecteur est invité à consulter Korn et Graubard (1998) au besoin.

Pour évaluer la précision des estimations, il est utile de s'attarder aux effets de plan auxquels sont soumises les différentes estimations de cette enquête. Lorsque les estimations sont produites sans égard à la mission sélectionnée, les effets de plan moyens³⁵ varient entre 1,2 et 1,5 à l'intérieur de chacune des régions sociosanitaires (la moyenne étant 1,4). Pour l'ensemble du Québec toutefois, puisque la répartition de notre échantillon entre les régions est très différente de la répartition réelle, l'effet de plan moyen grimpe à 2,8.³⁶

Par ailleurs, lorsque des estimations sont produites par mission, l'effet de plan induit par les probabilités de sélection variables diffère selon la mission. L'effet de plan moyen affectant les estimations pour la mission clinique pour toutes les régions est de 1,9 (de 1,5 à 2,2 selon les régions). Celui pour la mission CH est de 1,7 (de 1,4 à 1,9) et celui pour la mission CLSC est de 1,3 (de 1,2 à 1,3). En prenant en compte ces effets de plan, les tailles d'échantillon efficaces de toutes les missions d'une région sont beaucoup plus semblables que les tailles réelles rapportées à l'annexe 3. Encore une fois, si des estimations

provinciales sont produites par mission, les effets de plan augmentent pour atteindre respectivement 3,7, 3,2 et 2,5.

Soulignons que ces effets de plan sont en général assez près des hypothèses de départ, ce qui est rassurant quant à l'atteinte des objectifs de précision fixés. Ainsi, la majorité des estimations produites par région et par mission auront une précision semblable ou très légèrement inférieure à ce qui était prévu dans le plan de sondage³⁷. Au niveau provincial, en raison de la taille d'échantillon très importante, les CV associés à la grande majorité des estimations sont inférieurs à 10 %, plusieurs étant même inférieurs à 5 %.

5.3.2 Autres sources d'erreur

Le taux de réponse global à une enquête est un indicateur de la qualité de celle-ci, notamment au regard des biais dus à la non-réponse qui pourraient être introduits dans les estimations. En effet, plus la non-réponse est élevée, plus le risque est présent que des biais soient introduits dans les estimations en utilisant les données recueillies auprès des répondants pour inférer à l'ensemble de la population, les non-répondants pouvant présenter des caractéristiques différentes de celles des répondants. Les taux de réponse obtenus dans le cadre de cette enquête sont suffisamment élevés et permettent d'être optimiste quant à l'absence de biais dans les estimations, d'autant plus qu'un travail d'ajustement pour la non-réponse a été fait lors de la pondération.

Cela dit, compte tenu du faible taux de réponse (47,5 %) obtenu pour Montréal, il importait de vérifier si les répondants de cette région présentent des caractéristiques différentes de celles des non-répondants. Pour ce faire, les répondants pour lesquels peu d'appels avaient été nécessaires pour compléter l'entrevue (répondants rapides) ont été comparés avec ceux

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. Les effets de plan étant multiplicatifs, l'effet de plan provincial correspond à l'effet de plan moyen régional (1,4) multiplié par l'effet de plan causé par la non-proportionnalité de l'échantillon (environ 2).

37. Quelques exceptions sont toutefois à prévoir, notamment pour le CLSC dans les régions des Laurentides et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. La proportion de personnes ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un CLSC est si faible dans ces régions qu'il est impossible d'atteindre un nombre suffisant d'entrevues pour cette mission à l'aide de la mécanique de sélection.

ayant nécessité huit appels et plus (répondants tardifs). Selon nous, ces derniers ont davantage de chances de ressembler aux non-répondants de l'enquête.

Cette analyse révèle surtout que comparativement aux répondants rapides, les répondants tardifs sont proportionnellement moins nombreux à parler le français à la maison, à n'avoir aucun diplôme et à être retraités ou prestataires de l'assurance-emploi. De plus, ils sont plus nombreux en proportion à avoir déclaré être des travailleurs à temps plein³⁸.

Une comparaison des caractéristiques socio-démographiques des Montréalais a été faite entre l'enquête québécoise et d'autres enquêtes, à savoir l'*Enquête sur la satisfaction des Montréalais* menée par l'Agence de Montréal et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada. Plusieurs variables ont été comparées, telles que l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'accès à un médecin de famille, la perception de l'état de santé, etc. Comme ces comparaisons montrent que la population représentée dans l'enquête québécoise pour la région de Montréal est assez semblable à celle des autres enquêtes, il n'y a pas lieu de s'inquiéter outre mesure du risque de biais dans les estimations pour cette région; les seuls cas d'exception seraient peut-être lorsque la variable d'analyse est fortement associée aux caractéristiques des non-répondants mentionnées précédemment.

Quant à la non-réponse partielle, elle est assez faible. Seulement quatre questions présentent un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 % : trois concernent la satisfaction des usagers et une question touche le revenu du ménage³⁹.

38. Les répondants n'ont pas été comparés selon l'âge et le sexe puisque ces variables ont été prises en compte dans l'ajustement des poids pour la non-réponse.

39. Le taux de non-réponse partielle se calcule de la façon suivante : nombre de cas ayant répondu « ne sait pas » ou « refuse de répondre » divisé par le nombre de cas pour lesquels la question s'applique. Les questions relatives à la satisfaction où la non-réponse partielle est supérieure à 5 % sont : Êtes-vous pas du tout satisfait(e), peu satisfait(e), assez satisfait(e) ou très satisfait(e) de la possibilité de choisir votre intervenant ou de changer d'intervenant au besoin?; Êtes-vous pas

L'erreur de couverture associée au fait que des ménages privés n'ont pas de téléphone fixe est considérée raisonnable puisque la proportion de personnes se retrouvant dans cette situation a été estimée à seulement 7 %. Par ailleurs, les opérations de saisie et de codification étant réduites au minimum en raison de l'utilisation d'un questionnaire informatisé, les erreurs de traitement sont de beaucoup minimisées.

5.4 *Interprétation des données et tests statistiques*

La majorité des estimations présentées dans les résultats de l'enquête québécoise sont des proportions. Pour chacun des tableaux produits, un test du khi-deux avec ajustement de Satterthwaite est effectué afin de mesurer la vraisemblance de l'hypothèse d'indépendance entre la variable d'analyse et la variable de croisement; plus le seuil observé du test est petit, moins vraisemblable est l'hypothèse d'indépendance, les données soutenant alors la thèse d'une association entre les deux variables. Comme le seuil retenu est de 0,05, les tests d'indépendance dont le seuil observé est inférieur à ce seuil correspondent donc à des associations statistiquement significatives.

Dans un deuxième temps, si les résultats du test du khi-deux suggèrent une association entre la variable d'analyse et la variable de croisement, ils sont examinés plus attentivement. Pour les modalités d'intérêt de la variable d'analyse, on dégage les modalités de la variable de croisement qui se démarquent entre elles en comparant les intervalles de confiance. Pour une valeur donnée de la variable d'analyse, une différence (significative au seuil de 0,05) est exprimée entre deux modalités de la variable de croisement si les intervalles de confiance concernant chacune des modalités comparées sont disjoints. Dans les cas limites, c'est-à-dire lorsque les intervalles de confiance se recoupent à peine, un test est

du tout satisfait(e), peu satisfait(e), assez satisfait(e) ou très satisfait(e) de la façon dont votre dossier a été transféré à d'autres établissements, organismes ou professionnels?; Êtes-vous pas du tout satisfait(e), peu satisfait(e), assez satisfait(e) ou très satisfait(e) du souci qu'avait le personnel de prendre des mesures d'hygiène et de salubrité. Par exemple, se laver les mains, mettre des gants, utiliser des instruments à usage unique, etc.?

effectué afin de déterminer si la différence entre les proportions est significative.

5.5 Portée et limites de l'enquête

Cette enquête, de par son envergure, offre un gigantesque potentiel analytique tant au niveau provincial que régional. En effet, en recueillant le point de vue des usagers, c'est-à-dire leur expérience, leur satisfaction et leurs attentes à l'égard des services de santé et des services sociaux, cette enquête devrait non seulement permettre d'identifier les aspects jugés les plus satisfaisants et les moins satisfaisants mais également les priorités d'action en vue d'améliorer la qualité des services offerts à la population. De plus, les données de cette enquête fournissent au ministère et aux agences de l'information régionale et comparable, basée sur un même instrument de mesure et un même plan de sondage; elles devraient donc être mises à contribution dans l'évaluation de la qualité des programmes. On peut également penser que ces données pourront être utilisées pour sensibiliser les intervenants, les établissements et les organismes quant à leur rôle en matière de satisfaction des usagers.

Comme dans toute enquête, l'analyse des données se doit de faire face à certaines limites. Ainsi, la région associée à chaque répondant à l'enquête est sa région de résidence même s'il est probable que certaines personnes consultent les services sociaux et de santé dans une autre région sociosanitaire que la leur. Par ailleurs, comme cette enquête ne porte que sur les personnes ayant utilisé les services de santé et les services sociaux dans les douze mois précédant l'enquête, elle ne tient aucunement compte des personnes qui n'ont pu avoir accès aux services ou encore celles qui sont sur des listes d'attente. Même si pour pouvoir répondre à 41 items de satisfaction il importait que l'expérience vécue ait eu lieu dans la période de référence, on peut penser que la satisfaction globale des répondants, telle que mesurée dans l'enquête, aurait peut-être été différente si l'enquête avait également ciblé les non-usagers.

Plan de sondage : Taille et répartition de l'échantillon attendu

Région sociosanitaire	Nombre de ménages privés ¹	Nombre de numéros téléphone	Nombre de répondants attendus
Bas-Saint-Laurent	86 058	8 840	2 565
Saguenay-Lac-Saint-Jean	114 386	8 855	2 569
Capitale-Nationale	304 790	8 882	2 577
Mauricie	211 955	8 739	2 577
Estrie	132 642	8 307	2 571
Montréal	860 212	11 774 ²	2 635
Outaouais	145 220	9 647	2 619
Abitibi-Témiscamingue	60 996	10 580	2 558
Côte-Nord	39 052	9 069	2 547
Nord-du-Québec	6 831 ³	6 096	1 083
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	39 670	8 356	2 546
Chaudière-Appalaches	162 467	8 186	2 573
Laval	147 724	9 514	2 623
Lanaudière	165 545	8 211	2 575
Laurentides	208 499	8 217	2 577
Montérégie	557 117	8 484	2 581
Le Québec	3 236 333	141 757	39 775

1. Ces nombres proviennent des perspectives démographiques de l'ISQ pour l'année 2006 (scénario de référence) : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp_poplit/menages/men.htm.

2. Ce nombre inclut les vagues 1 à 4.

3. Ce nombre de ménages n'étant disponible que pour la région administrative du Nord-du-Québec dans les perspectives démographiques, les données du recensement de 2001 ont été utilisées afin de calculer la proportion de logements privés occupés de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec par rapport à l'ensemble de la région administrative.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

La mesure des taux de productivité, d'admissibilité et de réponse

Le taux de productivité est égal à :

$$T_{prod} = \frac{(B + C + D + E)}{(A + B + C + D + E)}$$

Le taux d'admissibilité est égal à¹:

$$T_{ad} = \frac{(D + E)}{(B + D + E)}$$

Le taux de réponse est égal à :

$$T_{rep} = \frac{E}{(D + E + C * T_{ad})}$$

où

- A : le nombre de numéros non valides²;
- B : le nombre de ménages inadmissibles³;
- C : le nombre de ménages dont l'admissibilité est inconnue;
- D : le nombre de personnes non répondantes;
- E : le nombre d'entrevues complétées.

1. Le taux d'admissibilité nous renseigne sur la proportion de cas admissibles à l'enquête parmi tous ceux pour lesquels l'admissibilité peut être établie. Pour certains numéros de téléphone, le résultat de la collecte ne permet pas d'établir précisément s'il s'agit d'un numéro correspondant à un ménage privé admissible. Ceux-ci ne sont donc pas considérés dans le calcul du taux d'admissibilité.

2. Numéros sans service, numéros non résidentiels, numéros de télécopieurs, etc.

3. Logements collectifs, résidences secondaires, aucune personne n'ayant consulté, etc.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Nombre de répondants à l'enquête selon la région de résidence et la mission sélectionnée

	Hôpital	Clinique	CLSC	Total des répondants
	n			
Région sociosanitaire				
Bas-Saint-Laurent	969	946	553	2 468
Saguenay-Lac-Saint-Jean	969	1 085	449	2 503
Capitale-Nationale	979	1 040	534	2 553
Mauricie	930	1 008	582	2 520
Estrie	951	1 007	517	2 475
Montréal ¹	853	971	551	2 375
Outaouais	902	1 027	549	2 478
Abitibi-Témiscamingue	889	848	618	2 355
Côte-Nord	887	888	655	2 430
Nord-du-Québec ²				1 054
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	889	772	735	2 396
Chaudière-Appalaches	933	1 074	645	2 652
Laval	705	1 046	666	2 417
Lanaudière	808	1 188	703	2 699
Laurentides	925	1 141	425	2 491
Montérégie	772	1 098	653	2 523
Le Québec	13 361	15 139	8 835	38 389

1. Les nombres de la région de Montréal incluent les vagues 1 à 4.

2. Étant donné que dans la région Nord-du-Québec, les soins et les services de santé sont dispensés par les centres de santé au sein desquels sont regroupés différentes missions, aucune sélection n'a été appliquée aux répondants de cette région. De ce fait les résultats sont présentés pour l'ensemble des répondants.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Résultats détaillés de la collecte de données

Catégorie	Résultats de la collecte	Nombre de numéros de téléphone
Cas admissibles		49 096
	Entrevues complétées	38 389
	Personnes non répondantes	10 707
	Refus	4 314
	Incapacité	1 639
	À rappeler – heure incertaine	1 269
	Rendez-vous manqué ¹	1 025
	Entente avec une tierce personne	675
	Autres cas de non-réponse	1 785
Cas inadmissibles		12 531
	Aucune personne n'a consulté au cours des 12 derniers mois	10 622
	Résidence secondaire ou logement collectif	1 864
	Autres cas	45
Cas dont l'admissibilité est inconnue² (ménages non répondants)		20 519
	Refus du ménage	7 714
	Pas de réponse	5 337
	À rappeler – heure incertaine	2 790
	Répondeur ³	2 728
	Incapacité	992
	Autres cas	958
Numéros valides		82 146
Numéros non valides		59 611
Total		141 757

1. Ces cas sont ceux pour lesquels il n'a pas été possible d'établir un contact à la suite de la prise d'un rendez-vous avec la personne sélectionnée (probablement un faux rendez-vous ou un refus déguisé).

2. Ces cas sont ceux pour lesquels il n'y a pas eu de contact avec le ménage ou encore ce contact n'a pas permis d'établir l'admissibilité.

3. Ces cas sont ceux pour lesquels il n'y a pas eu de réponse, mais la ligne, fort probablement résidentielle, était munie d'un répondeur ou d'une boîte vocale personnalisée.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Québec 2006-2007

	% ²
Sexe	
Homme	43,0
Femme	57,0
Âge	
15-24 ans	12,3
25-44 ans	30,1
45-64 ans	38,1
65 ans et plus	19,6
Principale langue parlée à la maison	
Français	86,2
Anglais	9,5
Autre	4,3
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	24,1
Diplôme d'études secondaires	30,7
Diplôme d'études collégiales	19,4
Diplôme d'études universitaires	25,8
Statut d'activité	
En emploi	52,1
Étudiant	9,4
Retraité	25,3
À la maison	6,3
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	3,4
Congé de maternité/autre	3,4
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	16,1
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	36,0
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	20,5
Au moins une personne de 14 ans et moins	27,4
Zone géographique	
Urbaine	67,3
Semi-urbaine	11,6
Rurale	21,1
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	22,4
2-	20,7
3-	20,2
4-	19,3
5- très défavorisé	17,5

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Bas-Saint-Laurent, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	41,6
Femme	58,4
Âge	
15-24 ans	12,4
25-44 ans	23,4
45-64 ans	43,0
65 ans et plus	21,3
Principale langue parlée à la maison	
Français	99,5
Anglais	0,4 **
Autre	-
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	33,1
Diplôme d'études secondaires	34,5
Diplôme d'études collégiales	15,3
Diplôme d'études universitaires	17,2
Statut d'activité	
En emploi	46,9
Étudiant	9,2
Retraité	28,3
À la maison	7,8
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	4,8
Congé de maternité/autre	3,0
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	15,3
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	42,9
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	17,7
Au moins une personne de 14 ans et moins	24,1
Zone géographique	
Urbaine	-
Semi-urbaine	42,9
Rurale	57,0
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	4,4
2-	16,3
3-	16,0
4-	19,1
5- très défavorisé	44,2

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	42,2
Femme	57,8
Âge	
15-24 ans	12,6
25-44 ans	25,4
45-64 ans	42,4
65 ans et plus	19,6
Principale langue parlée à la maison	
Français	99,4
Anglais	0,5 **
Autre	-
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	29,7
Diplôme d'études secondaires	35,0
Diplôme d'études collégiales	19,5
Diplôme d'études universitaires	15,9
Statut d'activité	
En emploi	47,3
Étudiant	9,6
Retraité	26,6
À la maison	10,1
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	3,4
Congé de maternité/autre	3,0
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	14,2
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	39,9
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	21,3
Au moins une personne de 14 ans et moins	24,5
Zone géographique	
Urbaine	56,0
Semi-urbaine	17,2
Rurale	26,8
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	3,8
2-	17,2
3-	19,3
4-	28,0
5- très défavorisé	31,7

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Capitale-Nationale, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	44,0
Femme	56,0
Âge	
15-24 ans	11,5
25-44 ans	26,6
45-64 ans	41,0
65 ans et plus	20,9
Principale langue parlée à la maison	
Français	97,8
Anglais	1,3 *
Autre	0,9 *
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	20,0
Diplôme d'études secondaires	29,8
Diplôme d'études collégiales	21,8
Diplôme d'études universitaires	28,4
Statut d'activité	
En emploi	50,8
Étudiant	9,8
Retraité	29,4
À la maison	4,2
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	2,5
Congé de maternité/autre	3,4
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	17,2
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	39,3
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	20,3
Au moins une personne de 14 ans et moins	23,1
Zone géographique	
Urbaine	84,9
Semi-urbaine	-
Rurale	15,0
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	33,4
2-	22,2
3-	16,6
4-	16,0
5- très défavorisé	11,7

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Mauricie, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	43,4
Femme	56,6
Âge	
15-24 ans	11,6
25-44 ans	25,6
45-64 ans	40,2
65 ans et plus	22,6
Principale langue parlée à la maison	
Français	98,7
Anglais	0,7 **
Autre	0,6 **
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	31,7
Diplôme d'études secondaires	33,4
Diplôme d'études collégiales	19,1
Diplôme d'études universitaires	15,8
Statut d'activité	
En emploi	47,7
Étudiant	8,6
Retraité	29,3
À la maison	6,7
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	4,1
Congé de maternité/autre	3,6
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	18,3
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	40,1
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	18,2
Au moins une personne de 14 ans et moins	23,4
Zone géographique	
Urbaine	30,0
Semi-urbaine	37,6
Rurale	32,4
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	8,4
2-	16,0
3-	24,2
4-	29,2
5- très défavorisé	22,3

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Estrie, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	43,2
Femme	56,8
Âge	
15-24 ans	13,9
25-44 ans	29,0
45-64 ans	37,1
65 ans et plus	19,9
Principale langue parlée à la maison	
Français	91,4
Anglais	7,4
Autre	1,2 *
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	26,4
Diplôme d'études secondaires	33,8
Diplôme d'études collégiales	18,2
Diplôme d'études universitaires	21,6
Statut d'activité	
En emploi	49,7
Étudiant	11,3
Retraité	25,3
À la maison	6
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	3,7
Congé de maternité/autre	4,0
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	16,7
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	40,9
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	15,7
Au moins une personne de 14 ans et moins	26,7
Zone géographique	
Urbaine	53,8
Semi-urbaine	8,3
Rurale	37,9
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	14,6
2-	26,5
3-	20,8
4-	23,2
5- très défavorisé	15,0

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Montréal, 2006-2007

	% ²
Sexe	
Homme	43,2
Femme	56,8
Âge	
15-24 ans	12,1
25-44 ans	34,2
45-64 ans	33,2
65 ans et plus	20,6
Principale langue parlée à la maison	
Français	66,1
Anglais	22,5
Autre	11,4
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	17,7
Diplôme d'études secondaires	23,8
Diplôme d'études collégiales	19,6
Diplôme d'études universitaires	38,8
Statut d'activité	
En emploi	53,2
Étudiant	10,5
Retraité	22,8
À la maison	6,8
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	3,8
Congé de maternité/autre	2,9
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	21,7
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	32,8
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	18,6
Au moins une personne de 14 ans et moins	26,9
Zone géographique	
Urbaine	99,9
Semi-urbaine	-
Rurale	-
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	32,6
2-	19,2
3-	16,9
4-	16,3
5- très défavorisé	15,0

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Outaouais, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	44,5
Femme	55,5
Âge	
15-24 ans	11,9
25-44 ans	31,1
45-64 ans	41,1
65 ans et plus	15,9
Principale langue parlée à la maison	
Français	85,0
Anglais	13,0
Autre	2,0 *
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	22,7
Diplôme d'études secondaires	32,2
Diplôme d'études collégiales	19,9
Diplôme d'études universitaires	25,2
Statut d'activité	
En emploi	58,2
Étudiant	8,5
Retraité	22,3
À la maison	4,9
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	2,6
Congé de maternité/autre	3,6
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	13,0
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	34,3
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	22,2
Au moins une personne de 14 ans et moins	30,5
Zone géographique	
Urbaine	81,3
Semi-urbaine	0,7 **
Rurale	18,0
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	33,0
2-	17,0
3-	14,7
4-	14,5
5- très défavorisé	20,8

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Abitibi-Témiscamingue, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	43,5
Femme	56,5
Âge	
15-24 ans	12,0
25-44 ans	30,7
45-64 ans	39,7
65 ans et plus	17,7
Principale langue parlée à la maison	
Français	97,8
Anglais	2,0 *
Autre	0,3 **
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	36,4
Diplôme d'études secondaires	32,7
Diplôme d'études collégiales	15,8
Diplôme d'études universitaires	15,1
Statut d'activité	
En emploi	50,7
Étudiant	8,5
Retraité	24,8
À la maison	7,9
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	4,2
Congé de maternité/autre	4,0
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	15,3
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	39,9
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	15,6
Au moins une personne de 14 ans et moins	29,3
Zone géographique	
Urbaine	-
Semi-urbaine	63,3
Rurale	36,6
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	0,9 *
2-	9,5
3-	20,1
4-	24,8
5- très défavorisé	44,8

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Côte-Nord, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	44,2
Femme	55,8
Âge	
15-24 ans	11,3
25-44 ans	29,1
45-64 ans	41,9
65 ans et plus	17,7
Principale langue parlée à la maison	
Français	93,2
Anglais	3,4
Autre	3,4
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	34,5
Diplôme d'études secondaires	36,7
Diplôme d'études collégiales	16,2
Diplôme d'études universitaires	12,6
Statut d'activité	
En emploi	51,1
Étudiant	7,6
Retraité	24,0
À la maison	7,8
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	5,5
Congé de maternité/autre	3,9
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	14,2
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	39,0
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	19,4
Au moins une personne de 14 ans et moins	27,4
Zone géographique	
Urbaine	0,2 **
Semi-urbaine	58,5
Rurale	41,3
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	2,7
2-	16,9
3-	22,7
4-	21,9
5- très défavorisé	35,8

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Nord-du-Québec, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	46,4
Femme	53,6
Âge	
15-24 ans	12,7
25-44 ans	33,0
45-64 ans	43,4
65 ans et plus	11,0
Principale langue parlée à la maison	
Français	97,5
Anglais	0,8 **
Autre	1,7 **
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	31,9
Diplôme d'études secondaires	39,4
Diplôme d'études collégiales	15,5
Diplôme d'études universitaires	13,2
Statut d'activité	
En emploi	58,1
Étudiant	7,3
Retraité	15,1
À la maison	9,3
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	4,1 *
Congé de maternité/autre	6,1
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	12,2
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	37,3
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	17,6
Au moins une personne de 14 ans et moins	32,9
Zone géographique	
Urbaine	0,4 **
Semi-urbaine	0,5 **
Rurale	99,1
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	-
2-	0,6 **
3-	19,2
4-	61,4
5- très défavorisé	18,8

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*

Profil sociodémographique des usagers¹, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	42,8
Femme	57,2
Âge	
15-24 ans	8,8
25-44 ans	23,4
45-64 ans	43,5
65 ans et plus	24,3
Principale langue parlée à la maison	
Français	92,5
Anglais	7,0
Autre	0,4 **
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	40,2
Diplôme d'études secondaires	30,9
Diplôme d'études collégiales	15,7
Diplôme d'études universitaires	13,2
Statut d'activité	
En emploi	42,0
Étudiant	6,3
Retraité	32,1
À la maison	6,0
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	7,9
Congé de maternité/autre	5,7
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	15,2
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	41,2
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	21,8
Au moins une personne de 14 ans et moins	21,7
Zone géographique	
Urbaine	-
Semi-urbaine	1,7 *
Rurale	98,2
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	-
2-	3,4
3-	9,0
4-	9,4
5- très défavorisé	78,2

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Chaudière-Appalaches, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	42,4
Femme	57,6
Âge	
15-24 ans	13,3
25-44 ans	29,0
45-64 ans	39,0
65 ans et plus	18,7
Principale langue parlée à la maison	
Français	99,2
Anglais	0,7 **
Autre	0,1 **
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	29,6
Diplôme d'études secondaires	34,3
Diplôme d'études collégiales	19,4
Diplôme d'études universitaires	16,7
Statut d'activité	
En emploi	52,9
Étudiant	9,5
Retraité	24,6
À la maison	6,6
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	3,1
Congé de maternité/autre	3,3
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	13,0
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	35,8
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	23,1
Au moins une personne de 14 ans et moins	28,1
Zone géographique	
Urbaine	33,4
Semi-urbaine	15,7
Rurale	50,9
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	10,4
2-	18,4
3-	29,3
4-	24,5
5- très défavorisé	17,3

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Laval, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	42,7
Femme	57,3
Âge	
15-24 ans	11,6
25-44 ans	29,5
45-64 ans	38,7
65 ans et plus	20,2
Principale langue parlée à la maison	
Français	78,9
Anglais	10,7
Autre	10,4
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	18,1
Diplôme d'études secondaires	32,8
Diplôme d'études collégiales	20,6
Diplôme d'études universitaires	28,5
Statut d'activité	
En emploi	56,4
Étudiant	8,6
Retraité	24,9
À la maison	4,8
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	1,9 *
Congé de maternité/autre	3,4
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	12,7
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	31,8
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	23,9
Au moins une personne de 14 ans et moins	31,6
Zone géographique	
Urbaine	100,0
Semi-urbaine	-
Rurale	-
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	29,1
2-	30,5
3-	23,3
4-	10,1
5- très défavorisé	6,9

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Lanaudière, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	41,5
Femme	58,5
Âge	
15-24 ans	10,9
25-44 ans	31,2
45-64 ans	39,3
65 ans et plus	18,6
Principale langue parlée à la maison	
Français	97,9
Anglais	1,5 *
Autre	0,6 **
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	28,9
Diplôme d'études secondaires	35,2
Diplôme d'études collégiales	17,9
Diplôme d'études universitaires	18,1
Statut d'activité	
En emploi	53,5
Étudiant	7,0
Retraité	25,7
À la maison	6,5
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	3,3
Congé de maternité/autre	4,0
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	11,3
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	37,9
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	20,8
Au moins une personne de 14 ans et moins	30,0
Zone géographique	
Urbaine	51,8
Semi-urbaine	10,4
Rurale	37,9
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	10,4
2-	23,6
3-	22,3
4-	22,5
5- très défavorisé	21,2

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Laurentides, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	41,4
Femme	58,6
Âge	
15-24 ans	12,6
25-44 ans	31,6
45-64 ans	39,7
65 ans et plus	16,1
Principale langue parlée à la maison	
Français	94,5
Anglais	4,7
Autre	0,8 **
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	26,1
Diplôme d'études secondaires	35,5
Diplôme d'études collégiales	19,5
Diplôme d'études universitaires	18,9
Statut d'activité	
En emploi	53,8
Étudiant	9,9
Retraité	22,8
À la maison	5,8
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	3,4
Congé de maternité/autre	4,3
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	12,6
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	34,5
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	21,6
Au moins une personne de 14 ans et moins	31,3
Zone géographique	
Urbaine	66,7
Semi-urbaine	2,6 *
Rurale	30,7
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	21,1
2-	19,0
3-	21,2
4-	23,3
5- très défavorisé	15,5

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Profil sociodémographique des usagers¹, Montérégie, 2006-2007

	%
Sexe	
Homme	41,1
Femme	58,9
Âge	
15-24 ans	12,5
25-44 ans	29,7
45-64 ans	39,3
65 ans et plus	18,6
Principale langue parlée à la maison	
Français	88,9
Anglais	8,5
Autre	2,6 *
Niveau de scolarité	
Aucun diplôme	25,0
Diplôme d'études secondaires	32,3
Diplôme d'études collégiales	19,3
Diplôme d'études universitaires	23,3
Statut d'activité	
En emploi	52,1
Étudiant	9,1
Retraité	26,3
À la maison	6,3
Prestataire assurance-emploi/aide sociale	2,9
Congé de maternité/autre	3,3
Composition du ménage	
Une personne de 15 ans et plus seulement	12,8
Deux personnes de 15 ans et plus seulement	35,5
Plus de deux personnes de 15 ans et plus sans enfant de 14 ans et moins	23,2
Au moins une personne de 14 ans et moins	28,5
Zone géographique	
Urbaine	58,1
Semi-urbaine	21,3
Rurale	20,6
Indice de défavorisation matérielle	
1- très favorisé	23,7
2-	25,6
3-	23,3
4-	18,1
5- très défavorisé	9,3

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Québec 2006-2007

	<u>%²</u>
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	57,9
Bon	25,0
Moyen/mauvais	17,1
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	25,3
Non	74,7
Médecin de famille	
Oui	81,5
Non	18,5

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Bas-Saint-Laurent, 2006-2007

	<u>%²</u>
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	56,1
Bon	28,3
Moyen/mauvais	15,7
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	26,8
Non	73,2
Médecin de famille	
Oui	89,8
Non	10,2

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	60,8
Bon	24,8
Moyen/mauvais	14,4
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	24,7
Non	75,3
Médecin de famille	
Oui	90,6
Non	9,4

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Capitale-Nationale, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	63,5
Bon	23,5
Moyen/mauvais	12,9
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	22,8
Non	77,2
Médecin de famille	
Oui	88,3
Non	11,7

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Mauricie, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	55,9
Bon	26,5
Moyen/mauvais	17,6
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	26,4
Non	73,6
Médecin de famille	
Oui	85,9
Non	14,1

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Estrie, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	59,3
Bon	24,6
Moyen/mauvais	16,0
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	25,7
Non	74,3
Médecin de famille	
Oui	85,5
Non	14,5

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Montréal, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	54,2
Bon	25,8
Moyen/mauvais	20,0
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	26,0
Non	74,0
Médecin de famille	
Oui	72,2
Non	27,8

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Outaouais, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	58,4
Bon	21,3
Moyen/mauvais	20,3
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	28,8
Non	71,2
Médecin de famille	
Oui	83,3
Non	16,7

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Abitibi-Témiscamingue, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	52,6
Bon	27,7
Moyen/mauvais	19,7
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	27,8
Non	72,2
Médecin de famille	
Oui	80,3
Non	19,7

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Côte-Nord, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	51,8
Bon	28,8
Moyen/mauvais	19,5
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	27,6
Non	72,4
Médecin de famille	
Oui	85,2
Non	14,8

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Nord-du-Québec, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	57,6
Bon	26,3
Moyen/mauvais	16,1
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	21,9
Non	78,1
Médecin de famille	
Oui	81,3
Non	18,7

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	51,9
Bon	27,9
Moyen/mauvais	20,1
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	27,3
Non	72,7
Médecin de famille	
Oui	87,8
Non	12,2

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Chaudière-Appalaches, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	59,7
Bon	25,9
Moyen/mauvais	14,4
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	22,4
Non	77,6
Médecin de famille	
Oui	89,9
Non	10,1

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Laval, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	60,1
Bon	23,3
Moyen/mauvais	16,7
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	22,8
Non	77,2
Médecin de famille	
Oui	81,2
Non	18,8

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Lanaudière, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	59,4
Bon	24,8
Moyen/mauvais	15,8
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	25,4
Non	74,6
Médecin de famille	
Oui	82,7
Non	17,3

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Laurentides, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	60,8
Bon	21,8
Moyen/mauvais	17,3
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	27,1
Non	72,9
Médecin de famille	
Oui	80,8
Non	19,2

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Caractéristiques relatives à la santé des usagers¹, Montérégie, 2006-2007

	% ²
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	59,0
Bon	25,6
Moyen/mauvais	15,5
Problème de santé chronique avec limitations d'activités	
Oui	24,5
Non	75,5
Médecin de famille	
Oui	82,4
Non	17,6

1. Par usager on entend les personnes de 15 ans et plus, vivant dans un ménage privé et ayant consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique ou un CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête.

2. Toutes les proportions dans ce tableau ont un coefficient de variation inférieur à 15 % (bonne précision).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*.

Bibliographie

COCHRAN, W. G. (1977). *Sampling techniques*, 3RD EDITION, New York, John Wiley & Sons, 590 p.

CÔTÉ, L., M. BÉLANGER, R. GRANGER et C. LADEUX. 2005. *Évaluer pour s'améliorer : au cœur de la qualité des services*. Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 12p.

COULTER, A., et P. D. CLEARY (2001). "Patients' Experiences with hospital care in five countries", *Health Affairs*, vol. 20, no 3, p. 244-252.

KORN, E. L., et B. I. GRAUBARD (1998). Confidence intervals for proportions with small expected number of positive counts estimated from Survey Data, *Statistique Canada, Survey Methodology*, vol. 24, no. 2, décembre, p. 193-201.

STATISTIQUE CANADA (2006). *Les habitudes de dépenses au Canada*, numéro 62-202-XIF au catalogue.

Pour mieux comprendre les données relatives à la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, cette publication présente les choix et les stratégies méthodologiques retenus pour mener l'enquête. Sont donc abordés : les objectifs de l'enquête, l'élaboration du questionnaire et les approches privilégiées pour mesurer la satisfaction ainsi que les attentes des usagers, la méthodologie statistique retenue (plan de sondage, taille de l'échantillon, sélection des ménages, des individus et du lieu de consultation d'un professionnel de la santé et des services sociaux, régionalisation des grands paramètres de collecte et résultats obtenus) de même que certains éléments relatifs au traitement des données (pondération, effet de plan et précision des estimations).

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

**Institut
de la statistique**

Québec



ISBN 978-2-551-23627-5



9 782551 236275

14,95 \$

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

Imprimé au Québec, Canada