

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ÉTUDES DES CRÉDITS  
1997-1998

RÉPONSES AUX QUESTIONS GÉNÉRALES  
RÉPONSE NO 5



004

004

100000

1

5

00

P. 0001.

lectures

samples

QUESTION NO 5

Liste des sondages effectués durant l'exercice financier 1996-1997 à la demande des ministères, organismes, sociétés, régies et commissions qui s'y rattachent :

- liste et coût;
- copie des soumissions;
- copie du questionnaire et du résultat.

-----

RÉPONSE NO 5

SOM (appel d'offres public pour la réalisation de tous les sondages du Ministère, pour un maximum de 200 000 \$ en 1996-1997) (contrat signé le 1<sup>er</sup> novembre 1996)

Sondages réalisés dans le cadre de cet appel d'offres :

- Un sondage national avec données régionalisées sur la transformation du système de santé - 31 800 \$
- Un sondage omnibus sur le nouveau régime d'assurance-médicaments - 3 150 \$
- Un sondage omnibus sur la brochure « Bulletin de santé » expédiée dans tous les foyers du Québec - 3 850 \$ (en cours de réalisation)

SOM - 4 900 \$ - Sondage omnibus sur le volet assurance-médicaments et le volet transformation du système de santé en vue de la préparation de la phase II (septembre 1996)

SOM - 1 200 \$ - Sondage omnibus sur la profession des sages-femmes (août 1996)

SONDAGEM - 3 150 \$ - Sondage sur le nouveau régime d'assurance-médicaments (mai 1996)

---

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

QUESTIONNAIRE  
(Version finale)

SOM INC.

96306-QA

---

Q\_BI BONJOUR, MON NOM EST... DE LA MAISON DE RECHERCHE SOM À MONTRÉAL/QUÉBEC. NOUS RÉALISONS ACTUELLEMENT UNE IMPORTANTE ÉTUDE POUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC PORTANT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC. J'AURAIS BESOIN DE VOTRE COLLABORATION POUR QUELQUES MINUTES.

->>SEL

Q\_SEL TOUT D'ABORD, AFIN DE SÉLECTIONNER UN RÉPONDANT DE VOTRE MÉNAGE, POUVEZ-VOUS ME DIRE COMBIEN DE PERSONNES DE 18 ANS ET PLUS HABITENT PRÉSENTEMENT CHEZ VOUS EN VOUS INCLUANT?

- 1=\*1
- 2=\*2
- 3=\*3
- 4=\*4
- 5=\*5
- 6=\*6 ou plus
- 7=\*Aucune->out

Q\_SIKISH SI Q#SEL=1,2,3,4,5,6->1

->>FIN

Q\_1 \*BONJOUR, MON NOM EST... DE LA MAISON DE RECHERCHE SOM À MONTRÉAL/QUÉBEC. NOUS COMPLÉTONS AUJOURD'HUI UNE ÉTUDE SPÉCIALEMENT AUPRÈS DES CITOYENS DE VOTRE RÉGION POUR LE COMPTE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. NOUS AVONS BESOIN DE VOTRE COLLABORATION POUR QUELQUES INSTANTS.\*

ÉTES-VOUS AU COURANT DES CHANGEMENTS QUI SE FONT ACTUELLEMENT DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ AU QUÉBEC?

- 1=\*Oui
- 2=\*Non->7
- 9=\*NSP/NRP->7

Q\_2 ACTUELLEMENT, VOUS TROUVEZ-VOUS... INFORMÉ(E) SUR LA RÉFORME DE LA SANTÉ, SON CONTENU, CE QUI MOTIVE UNE TELLE RÉFORME, ETC.?

1=Très  
2=Assez  
3=Peu  
4=Pas du tout  
9=\*NSP/NRP

Q\_3A DE QUELLE MANIÈRE VOUS ÊTES-VOUS INFORMÉ(E) JUSQU'À MAINTENANT QUANT AU CONTENU DE CETTE RÉFORME?

\*2 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : journaux  
02 : télévision, émissions d'affaires publiques, débats, etc.  
03 : nouvelles télévisées  
04 : les médias (pas de spécifications)  
05 : parents et amis, collègues de travail  
06 : pharmacie  
07 : cisc  
08 : radio  
999 : nsp/nrp retour: aucune autre\*

---

Q\_4A POURQUOI LE GOUVERNEMENT VEUT-IL FAIRE UNE RÉFORME DANS LE SYSTÈME DE LA SANTÉ AU QUÉBEC? QUELS OBJECTIFS VEUT-IL ATTEINDRE?

\*3 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : couper les dépenses  
02 : trop d'engorgement dans les urgences  
03 : trop d'attente pour avoir place à l'hôpital ou centres d'héberg.  
04 : pour que les gens utilisent plus les cisc  
05 : pour améliorer les services de santé  
06 : diminuer le nombre de lits dans les hôpitaux  
07 : augmenter le nombre de chirurgies d'un jour  
08 : permettre mell. qualité de soins aux gens âgés  
09 : parce que les besoins ont changé  
10 : les techniques et équip. médicaux se sont améliorés  
999 : nsp/nrp retour : aucune autre\*

---

Q\_5 ACTUELLEMENT, ÊTES-VOUS... AVEC CETTE RÉFORME DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ?

1=Tout à fait d'accord->6.1a  
2=Plutôt d'accord->6.1a  
3=Plutôt en désaccord->6.2a  
4=Tout à fait en désaccord->6.2a  
9=\*NSP/NRP->7

Q\_6.1A POURQUOI ÊTES-VOUS D'ACCORD AVEC CETTE RÉFORME?\*3 MENTIONS,  
SORTIE=999

\*01 : Il faut couper dans les dépenses  
 02 : Il y a trop d'engorgement dans les urgences  
 03 : trop d'attente pr avoir place à l'hôpital ou centres d'héberg.  
 04 : les gens devraient utiliser plus souvent les clsc  
 05 : pour améliorer les services de santé  
 06 : diminuer le nombre de lits dans les hôpitaux  
 07 : Il faut augmenter le nombre de chirurgies d'un jour  
 08 : pour permettre meil. qualité de soins aux gens âgés  
 09 : parce que les besoins ont changé  
 10 : techniques et les équip. médicaux se sont améliorés  
 999 : nsp/nrp retour : aucune autre\*

->>7

Q\_6.2A POURQUOI ÊTES-VOUS EN DÉSACCORD AVEC CETTE RÉFORME? \*3 MENTIONS,  
SORTIE=999

\*01 : la qualité des soins, des services, va diminuer  
 02 : ce n'est pas assez bien planifié  
 03 : je n'ai pas confiance dans cette réforme, ça ne marchera pas  
 04 : je suis contre la fermeture d'hôpitaux  
 05 : trop de personnes vont perdre leur emploi  
 06 : je ne veux pas me faire soigner dans les clsc  
 07 : devrait couper ailleurs  
 retour : aucune autre  
 999 : nsp/nrp\*

Q\_7 AU COURS DES DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS VU, LU OU ENTENDU DES  
INFORMATIONS À L'EFFET QUE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC A CRÉÉ UN RÉGIME  
D'ASSURANCE MÉDICAMENTS POUR TOUTE LA POPULATION?

1=\*Oui  
 2=\*Non->10.1  
 9=\*NSP/NRP->10.1

Q\_8 SAVEZ-VOUS QUAND ENTRERA EN VIGUEUR CE NOUVEAU RÉGIME?

\*01: en janvier 1997  
 02: déjà en vigueur  
 03: en 1997 (sonder)  
 999: NSP/NRP\*

Q\_9 DIRIEZ-VOUS ÊTRE... INFORMÉ(E) SUR LE NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS QUI ENTRERA EN VIGUEUR LE PREMIER JANVIER 1997?

1=Très bien  
2=Plutôt bien  
3=Plutôt mal  
4=Très mal  
9=\*NSP/NRP

Q\_10.1 SAVIEZ-VOUS QUE L'APPLICATION DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS SERA UNIVERSELLE, C'EST-À-DIRE QUE TOUS LES QUÉBÉCOIS SERONT COUVERTS ET POURRONT BÉNÉFICIER DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS?

1=\*oui  
2=\*non  
9=\*NSP/NRP

Q\_10.2 PAR AILLEURS, ÊTES-VOUS... AVEC L'IDÉE QUE CHAQUE ADULTE QUÉBÉCOIS CONTRIBUE À CE RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS?

1=tout à fait d'accord->11.1a  
2=plutôt d'accord->11.1a  
3=plutôt en désaccord->11.2a  
4=tout à fait en désaccord->11.2a  
9=\*nsp/nrp->13a

Q\_11.1A POURQUOI ÊTES-VOUS D'ACCORD? \*3 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : permettre à tous les québécois d'avoir des médicaments lorsque nécessaire  
02 : parce que les médicaments sont trop chers pour les démunis  
03 : pour faire de l'argent  
04 : pour réduire les coûts de la santé au québec  
05 : il y aurait moins d'abus  
06 : pour que tout le monde fasse sa part  
999 : nsp/nrp  
retour : aucune autre\*

->>13A

Q\_11.2A POURQUOI ÊTES-VOUS EN DÉSACCORD? \*3 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : Il y aura toujours des gens qui paieront sans bénéficier du régime  
02 : c'est injuste pour les personnes âgées  
03 : manque de confiance au gouvernement actuel  
04 : cela coûterait plus cher pour la population  
05 : déjà assuré  
06 : injuste pour les démunis  
999 : nsp/nrp  
retour aucune autre\*

Q\_13A SELON VOUS, POURQUOI LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC PROPOSE-T-IL D'ÉTABLIR UN RÉGIME UNIVERSEL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS? \*3 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : permettre à tous les québécois d'avoir des médicaments  
lorsque nécessaire  
02 : parce que les médicaments sont trop chers pour les démunis  
03 : pour faire de l'argent  
04 : pour réduire les coûts de la santé au québec  
05 : diminuer les abus  
999 : nsp/nrp  
retour : aucune autre\*

---

Q\_14 ÊTES-VOUS POUR OU CONTRE LE NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC?

1=\*Pour  
2=\*Contre  
9=\*NSP/NRP

Q\_15A À QUI VOUS ADRESSERIEZ-VOUS POUR OBTENIR RAPIDEMENT DES INFORMATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ? \*2 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : CLSC  
02 : Info Santé  
03 : Hôpital/urgence  
04 : clinique  
05 : médecin/Infirmier(ère)  
06 : pharmacien  
07 : ministère de la santé  
999 : nsp/nrp  
retour : aucune autre\*

---

Q\_SICAL16 SI Q#15A =2 OU Q#15B=2->17.1  
->>16

Q\_16 CONNAISSEZ-VOUS LE SERVICE INFO SANTÉ, UN SERVICE TÉLÉPHONIQUE QUI PERMET D'OBTENIR RÉFÉRENCES, RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PROFESSIONNELS CONCERNANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU DES PROBLÈMES PERSONNELS?

1=\*Oui  
2=\*Non->20  
9=\*NSP/NRP->20

Q\_17.1 EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MÉNAGE AVEZ DÉJÀ UTILISÉ LES SERVICES D'INFO SANTÉ POUR UNE RÉFÉRENCE OU DES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ?

1=\*Oui  
2=\*Non  
9=\*NSP/NRP

Q\_17.2 EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MÉNAGE AVEZ DÉJÀ UTILISÉ LES SERVICES D'INFO SANTÉ POUR DES CONSEILS PROFESSIONNELS EN MATIÈRE DE SANTÉ?

1=\*Oui  
2=\*Non->20  
9=\*NSP/NRP->20

Q\_18 DIRIEZ-VOUS ALORS AVOIR ÉTÉ... DES SERVICES OBTENUS D'INFO SANTÉ?

1=Très satisfait->19.1  
2=Assez satisfait->19.1  
3=Peu satisfait->19.2  
4=Pas du tout satisfait->19.2  
9=\*NSP/NRP->20

Q\_19.1 POURQUOI AVEZ-VOUS ÉTÉ SATISFAIT?

\*01 : c'est rapide et efficace  
02 : pas besoin de se déplacer  
03 : les réponses sont claires et le personnel courtois  
999 : nsp/nrp\*

---

->>20

Q\_19.2 POURQUOI AVEZ-VOUS ÉTÉ INSATISFAIT?

\*01 : impersonnel et froid  
02 : attente longue avant de se faire répondre  
03 : on ne sait pas quoi vous dire  
999 : nsp/nrp\*

---

Q\_20 DIRIEZ-VOUS ÊTRE SUFFISAMMENT INFORMÉ(E) SUR LA GAMME DE SERVICES OFFERTS PAR VOTRE CLSC?

1=\*Oui  
2=\*Non  
9=\*NSP/NRP

Q\_21.1 POUR LA QUALITÉ DE SOINS QUE VOUS RECHERCHEZ, DIRIEZ-VOUS AVOIR...

...AUX CLSC?

1=Totalement confiance  
 2=Assez confiance  
 3=Peu confiance  
 4=Pas du tout confiance  
 9=\*NSP/NRP

Q\_21.2 AUX HÔPITAUX?

Q\_21.3 AUX CLINIQUES MÉDICALES?

Q\_21.4 AUX CENTRES D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES?

Q\_22.1 D'AUTRE PART, ET TOUJOURS EN REGARD DE LA QUALITÉ DE SOINS QUE VOUS RECHERCHEZ, DIRIEZ-VOUS AVOIR...

AUX MÉDECINS?

1=Totalement confiance  
 2=Assez confiance  
 3=Peu confiance  
 4=Pas du tout confiance  
 9=\*NSP/NRP

Q\_22.2 AUX INFIRMIÈRES?

Q\_22.3 AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX?

Q\_23A SI LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC DEVAIT RÉDUIRE LES DÉPENSES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, COMMENT DEVRAIT-IL LE FAIRE? \*2 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : en gelant les salaires des médecins  
 02 : imposant ticket modérateur  
 03 : facturer certains services  
 04 : couper les salaires en général  
 05 : meilleure gestion  
 999 : nsp/nrp  
 retour : aucune autre\*

---

Q\_24 AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS EU L'IMPRESSION QUE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC S'EST... ?

1=améliorée  
2=détériorée  
3=ou est demeurée la même  
9=\*NSP/NRP

Q\_25 AVEC LA RÉFORME QUI SE POURSUIT, AVEZ-VOUS L'IMPRESSION QUE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC VA...?

1=s'améliorer->26.1a  
2=se détériorer->26.2a  
3=ou va demeurer la même->26.3a  
9=\*NSP/NRP->cal27

Q\_26.1A POURQUOI CROYEZ-VOUS QUE CELA VA S'AMÉLIORER? \*3 MENTIONS,  
SORTIE=999

\*01 : on peut faire mieux avec moins de ressources  
02 : les ressources humaines et financières seront mieux orientées  
03 : on va s'occuper des personnes qui ont vraiment besoin de soins  
999 : nsp/nrp  
retour : aucune autre\*

---

->>CAL27

Q\_26.2A POURQUOI CROYEZ-VOUS QUE CELA VA SE DÉTÉRIORER? \*3 MENTIONS,  
SORTIE=999

\*01 : la qualité des soins, des services, va diminuer  
02 : manque de personnel/perte d'emplois  
03 : moins d'argent disponible pour la santé/moins de ressources  
04 : gouvernement coupe à la mauvaise place  
999 : nsp/nrp  
retour : aucune autre\*

---

->>CAL27

Q\_26.3A POURQUOI CROYEZ-VOUS QUE CELA NE CHANGERA PAS? \*3 MENTIONS,  
SORTIE=999

\*01 : n'a pas confiance au gouvernement/réforme  
02 : ce n'est pas assez bien planifié  
999 : nsp/nrp  
retour : aucune autre\*

---

Q\_INCAL27 ROTATION=Q#27.1, Q#27.2, Q#27.3, Q#27.4, Q#27.5 (APRES=Q#28)

Q\_27.1 DITES-MOI SI VOUS ÊTES... AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS.

VOUS TROUVEZ QUE C'EST UNE BONNE CHOSE QUE DE FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES À DOMICILE?

1=Tout à fait en accord      2=Plutôt en accord      3=Plutôt en désaccord  
4=Tout à fait en désaccord    9=\*NSP/NRP

Q\_27.2 VOUS TROUVEZ QUE C'EST UNE BONNE CHOSE D'AVOIR PLUS DE CHIRURGIES D'UN JOUR?

Q\_27.3 IL FAUT DÉSENGORGER LES SALLES D'URGENCE DES HÔPITAUX?

Q\_27.4 VOUS PENSEZ QUE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX A BIEN PESÉ LE POUR ET LE CONTRE AVANT DE DÉCIDER DE FAIRE CETTE RÉFORME?

Q\_27.5 LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ RÉUSSIRA À TERMINER LA RÉFORME EN COURS?

Q\_28 AVEC LA RÉFORME QUI SE POURSUIT, AVEZ-VOUS L'IMPRESSION QUE LES DÉLAIS D'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC VONT...?

1=s'améliorer->29.1a  
2=se détériorer->29.2a  
3=ou vont demeurer les mêmes->29.3a  
9=\*NSP/NRP->30

Q\_29.1A POURQUOI CROYEZ-VOUS QUE LES DÉLAIS D'ACCÈS VONT S'AMÉLIORER? \*3 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : on peut faire mieux avec moins de ressources  
02 : les ressources humaines et financières seront mieux orientées  
03 : on va s'occuper des personnes qui ont vraiment besoin de soins  
999 : nsp/nrp  
retour : aucune autre\*

---

->>30

Q\_29.2A POURQUOI CROYEZ-VOUS QUE LES DÉLAIS D'ACCÈS VONT SE DÉTÉRIORER? \*3  
 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : la qualité des soins, des services, va diminuer  
 02 : manque de personnel/perte d'emplois  
 03 : moins d'argent disponible pour la santé/moins de ressources  
 999 : nsp/nrp  
 retour : aucune autre\*

---

->>30

Q\_29.3A POURQUOI CROYEZ-VOUS QUE CELA NE CHANGERA NULLEMENT LES DÉLAIS  
 D'ACCÈS? \*3 MENTIONS, SORTIE=999

\*01 : n'a pas confiance au gouvernement/réforme  
 02 : ce n'est pas assez bien planifié  
 999 : nsp/nrp  
 retour : aucune autre\*

---

Q\_30 SI VOUS DEVIEZ SUBIR UNE OPÉRATION CHIRURGICALE, SERIEZ-VOUS... INQUIET(E)  
 DE DEVOIR RESTER TROP LONGTEMPS SUR UNE LISTE D'ATTENTE?

1=Très  
 2=Assez  
 3=Peu  
 4=Pas du tout  
 8=\*Cela dépend du type d'opération à subir  
 9=\*NSP/NRP

Q\_31.1 DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES... AVEC LES AFFIRMATIONS SUIVANTES :

LES CHANGEMENTS ACTUELS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ SONT NÉCESSAIRES  
 POUR S'ADAPTER AUX BESOINS CHANGEANTS DE LA SOCIÉTÉ?

1=Tout à fait d'accord      2=Plutôt d'accord      3=Plutôt en désaccord  
 4=Tout à fait en désaccord      9=\*NSP/NRP

Q\_31.2 LES CHANGEMENTS APPORTÉS ONT SEULEMENT POUR BUT DE RÉDUIRE LES  
 DÉPENSES EN FAISANT DES COUPURES?

Q\_31.3 LA TECHNOLOGIE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PERMET DE MODIFIER ET  
 D'AMÉLIORER RAPIDEMENT LES SERVICES OFFERTS À LA POPULATION?

Q\_31.4 MÊME SI LE CONTEXTE ÉCONOMIQUE ÉTAIT PLUS FAVORABLE, LE  
 GOUVERNEMENT DEVRAIT TOUT DE MÊME PROCÉDER À DES CHANGEMENTS  
 POUR MIEUX RÉPONDRE AUX NOUVEAUX BESOINS DE LA POPULATION?

Q\_32.1 À VOTRE AVIS, EST-IL PRÉFÉRABLE...

QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ SOIT EN PERPÉTUELLE ÉVOLUTION POUR S'ADAPTER AUX BESOINS CHANGEANTS DE LA POPULATION?

1=\*Oui  
2=\*Non  
9=\*NSP/NRP

Q\_32.2 QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ REVIENNE À UNE PÉRIODE DE STABILITÉ COMME AVANT POUR QUE LES EMPLOIS ET LES PATIENTS SE SENTENT MOINS BOUSCULÉS?

Q\_33 NOUS TERMINONS AVEC QUELQUES QUESTIONS POUR CLASSIFICATION. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MÉNAGE AVEZ UTILISÉ DES SERVICES DE SANTÉ OU DES SERVICES SOCIAUX AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE?

1=\*Oui  
2=\*Non  
9=\*NSP/NRP

Q\_34 POUR FINS DE STATISTIQUES, À QUEL GROUPE D'ÂGE APPARTENEZ-VOUS?

1=18 à 24 ans  
2=25 à 34 ans  
3=35 à 44 ans  
4=45 à 54 ans  
5=55 à 64 ans  
6=65 ans et plus  
9=\*NSP/NRP

Q\_35 AU TOTAL, COMBIEN D'ANNÉES DE SCOLARITÉ AVEZ-VOUS COMPLÉTÉES?

1=6 ans et moins  
2=7 - 12 ans  
3= 13 - 15 ans  
4=16 ans et plus  
9=\*NSP/NRP

Q\_36 EST-CE QUE CHEZ VOUS, IL Y A DES PERSONNES DE...?

1=moins de 15 ans  
1=15 - 24 ans  
1=25 - 44 ans  
1=45 - 64 ans  
1=65 ans et plus

Q\_37 QUEL EST VOTRE REVENU BRUT PERSONNEL ANNUEL? **\*TOUJOURS METTRE LA BORNE DANS LA CATÉGORIE INFÉRIEURE\***

- 1=Moins de 15 000 \$
- 2=De 15 000 \$ à 25 000 \$
- 3=De 25 000 \$ à 35 000 \$
- 4=De 35 000 \$ à 45 000 \$
- 5=De 45 000 \$ à 55 000 \$
- 6=De 55 000 \$ et plus
- 9=**\*NSP/NRP**

Q\_38 QUEL EST VOTRE REVENU FAMILIAL BRUT ANNUEL?  
**\*TOUJOURS METTRE LA BORNE DANS LA CATÉGORIE INFÉRIEURE\***

- 1=Moins de 15 000 \$
- 2=De 15 000 \$ à 25 000 \$
- 3=De 25 000 \$ à 35 000 \$
- 4=De 35 000 \$ à 55 000 \$
- 5=De 55 000 \$ à 75 000 \$
- 6=De 75 000 \$ et plus
- 9=**\*NSP/NRP**

Q\_39 QUELLE EST LA LANGUE QUE VOUS AVEZ APPRISE EN PREMIER LIEU À LA MAISON DANS VOTRE ENFANCE ET QUE VOUS COMPRENEZ ENCORE?

- 1=Anglais
- 1=Français
- 1=Autre

Q\_40 QUELLE EST VOTRE PRINCIPALE OCCUPATION? EST-CE QUE VOUS...

- 1=travaillez à temps complet (i.e. plus de 20 hres/sem.)
- 2=travaillez à temps partiel (i.e. 20 hres ou moins/sem.)
- 3=êtes sur le chômage ou sans emploi
- 4=êtes étudiant
- 5=retraité
- 6=à la maison sans chercher d'emploi
- 9=**\*refus**

Q\_41 NOTEZ LE SEXE DU RÉPONDANT?

- 1=**\*Homme**
- 2=**\*Femme**

->>FIN

Q\_FIN SOM VOUS REMERCIE GRANDEMENT POUR VOTRE COLLABORATION ET VOUS SOUHAITE UNE BONNE FIN DE JOURNÉE/SOIRÉE.



**QUESTIONNAIRE SOM-R  
ÉDITION FÉVRIER 1997 - VAGUE 2**

**ASSURANCE-MÉDICAMENTS**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET  
DES SERVICES SOCIAUX**

---

Q\_B1 DIRIEZ-VOUS ÊTRE... INFORMÉ(E) SUR LE NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS QUI EST ENTRÉ EN VIGUEUR LE 1ER JANVIER 1997?

1=très bien  
2=plutôt bien  
3=plutôt mal  
4=très mal  
9=\*nsp/nrp

Q\_B2 SAVEZ-VOUS QUE L'APPLICATION DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS EST UNIVERSELLE, C'EST-À-DIRE QUE TOUS LES QUÉBÉCOIS SONT COUVERTS ET PEUVENT BÉNÉFICIER DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS?

1=\*oui  
2=\*non  
9=\*nsp/nrp

Q\_B3 VOUS SOUVENEZ-VOUS AVOIR VU OU ENTENDU AU COURS DES DERNIÈRES SEMAINES UN MESSAGE PUBLICITAIRE CONCERNANT LE NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS?

1=\*oui  
2=\*non-> B6  
9=\*nsp/nrp-> B6

Q\_B4 OÙ AVEZ-VOUS VU OU ENTENDU CE MESSAGE PUBLICITAIRE?

1=\*télévision  
1=\*radio  
1=\*ailleurs (autres médias)  
1=\*nsp/nrp

->>B5

Q\_B5 POUVEZ-VOUS ME DÉCRIRE BRIÈVEMENT LE MESSAGE PUBLICITAIRE QUE VOUS AVEZ VU OU ENTENDU?

1=\*bonne description (jeune femme qui va à l'université et qui mentionne que ses médicaments coûtent jusqu'à 15 000 \$ par année et qu'avec le nouveau régime, elle peut les avoir)  
2=\*mauvaise description (autre description que celle précédente)  
9=\*nsp/nrp

Q\_SICALB6 SI Q#B5=1->B7  
->>B6

Q\_B6 VOUS SOUVENEZ-VOUS AVOIR VU OU ENTENDU À LA TÉLÉVISION OU À LA RADIO AU COURS DES DERNIÈRES SEMAINES, UN MESSAGE PUBLICITAIRE CONCERNANT LE NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS OU L'ON POUVAIT VOIR OU ENTENDRE UNE JEUNE ÉTUDIANTE À L'UNIVERSITÉ MENTIONNANT QUE SES MÉDICAMENTS LUI COÛTENT JUSQU'À 15 000 \$ PAR ANNÉE. ELLE DIT QU'ELLE N'A PAS CETTE SOMME MAIS QU'IL LUI ARRIVE UNE BONNE AFFAIRE PUISQUE AVEC L'ASSURANCE MÉDICAMENTS TOUT LE MONDE AU QUÉBEC EST MAINTENANT ASSURÉ DE POUVOIR S'OFFRIR LES MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES À SA SANTÉ?

1=\*oui  
2=\*non->B9  
9=\*nsp/nrp->B9

Q\_B7 POUVEZ-VOUS ME DIRE QUI EST LE COMMANDITAIRE (ORGANISME QUI PAIE) DE CE MESSAGE PUBLICITAIRE?

\*01 : MSSS  
02 : RAMQ  
03 : gouvernement du Québec  
04 : pharmaciens  
05 : médecins/Infirmières/hôpitaux  
06 : gouvernement fédéral  
07 : Régies régionales  
08 : CLSC  
99 : nsp/nrp\*

---

Q\_B8 DIRIEZ-VOUS AVOIR... APPRÉCIÉ CE MESSAGE PUBLICITAIRE?

1=beaucoup  
2=assez  
3=peu  
4=pas du tout  
9=\*nsp/nrp

Q\_B9 ENFIN, ÊTES-VOUS POUR OU CONTRE LE NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE-  
MÉDICAMENTS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC?

1=\*pour  
2=\*contre  
9=\*nsp/nrp



QUESTIONNAIRE SOM-R  
ÉDITION SEPTEMBRE 1996 - VAGUE 3

ASSURANCE-MÉDICAMENTS  
MSSS

---

Q\_D1.1 AU COURS DES DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS VU, LU OU ENTENDU DES  
INFORMATIONS À L'EFFET QUE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC A CRÉÉ UN RÉGIME  
D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS POUR TOUTE LA POPULATION?

1=\*oui  
2=\*non->d2  
9=\*nsp/nrp->d2

Q\_D1.2 SAVEZ-VOUS QUAND ENTRERA EN VIGUEUR CE NOUVEAU RÉGIME?

\*01 : en janvier 1997  
02 : déjà en vigueur  
03 : en 1997 (sonder)  
999 : nsp/nrp\*

---

Q\_D2 DIRIEZ-VOUS ÊTRE... INFORMÉ SUR LE NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE-  
MÉDICAMENTS QUI ENTRERA EN VIGUEUR LE 1ER JANVIER 1997?

1=très bien  
2=plutôt bien  
3=plutôt mal  
4=très mal  
9=\*nsp/nrp

Q\_D3.1 EN FAIT, L'APPLICATION DU NOUVEAU RÉGIME SERA UNIVERSELLE, C'EST-À-DIRE  
QUE TOUS LES QUÉBÉCOIS SERONT COUVERTS ET POURRONT BÉNÉFICIER DU  
RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS. EN CONTREPARTIE, TOUS LES CITOYENS  
DEVONT PARTICIPER AU FINANCEMENT DE CE RÉGIME. À CET ÉGARD, ÊTES-  
VOUS... AVEC L'IDÉE QUE CHAQUE ADULTE QUÉBÉCOIS CONTRIBUE À CE RÉGIME  
D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS EN FONCTION DE SA CAPACITÉ DE PAYER?

1=tout à fait d'accord  
2=plutôt d'accord  
3=plutôt en désaccord->d3.2  
4=tout à fait en désaccord->d3.2  
9=\*nsp/nrp

->>D4A





QUESTIONNAIRE SOM-R  
ÉDITION SEPTEMBRE 1996 - VAGUE 3

RÉORGANISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX  
MSSS

---

- Q\_E1 AVEC LA RÉORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC, AVEZ-VOUS L'IMPRESSION QUE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX...?
- 1=s'est améliorée  
2=s'est détériorée  
3=est demeurée la même  
9=\*nsp/nrp
- Q\_E2 AVEC LA RÉORGANISATION, AVEZ-VOUS L'IMPRESSION QUE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ...?
- 1=s'est améliorée  
2=s'est détériorée  
3=est demeurée la même  
9=\*nsp/nrp
- Q\_E3 PERSONNELLEMENT, CROYEZ-VOUS... QUE LE GOUVERNEMENT DIMINUE ENCORE LES BUDGETS ALLOUÉS AUX SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX?
- 1=tout à fait acceptable  
2=plutôt acceptable  
3=plutôt inacceptable  
4=tout à fait inacceptable  
9=\*nsp/nrp
- Q\_E4 À VOTRE AVIS, LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC PEUT-IL AMÉLIORER LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX MÊME S'IL DIMINUE LES BUDGETS?
- 1=\*oui  
2=\*non  
9=\*nsp/nrp

2

Q\_E5.1 AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS, OU UN MEMBRE DE VOTRE  
FAMILLE, REÇU UN SERVICE D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ OU DE SERVICES  
SOCIAUX DE LA PROVINCE?

1=\*oui  
2=\*non->f1  
9=\*nsp/nrp->f1

Q\_E5.2 DE QUEL(S) TYPE(S) D'ÉTABLISSEMENT(S) S'AGISSAIT-IL?

1=\*hôpital (centre hospitalier)  
1=\*urgence  
1=\*cisc  
1=\*clinique médicale  
1=\*centre d'accueil  
1=\*centre d'hébergement  
1=\*centre de protection de l'enfance et de la jeunesse  
1=\*centre de réadaptation  
1=\*autre->e5.2au  
1=\*nsp/nrp

->>F1

Q\_E5.2AU AUTRE TYPE D'ÉTABLISSEMENT?

---



QUESTIONNAIRE SOM-R  
ÉDITION AOÛT 1996 - VAGUE 4

SAGE-FEMME  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

---

Q\_C1 SAVEZ-VOUS QU'AU QUÉBEC, LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EST PERMISE SUR UNE BASE EXPÉRIMENTALE, ET CE, DANS LE CADRE DE PROJETS-PILOTES?

1=\*oui  
2=\*non/nsp

Q\_C2 SAVEZ-VOUS QU'EN DEHORS DES SEPT PROJETS-PILOTES EXISTANTS, LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES EST INTERDITE?

1=\*oui  
2=\*non/nsp

Q\_C3 SELON VOUS, DEVRAIT-ON PERMETTRE AUX SAGES-FEMMES D'OFFRIR LEURS SERVICES À L'ENSEMBLE DE LA POPULATION DU QUÉBEC?

1=\*oui  
2=\*non  
9=\*nsp/nrp

Q\_C4 SELON VOUS LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES DEVRAIT-ELLE ÊTRE AUTORISÉE...?

1=dans les centres hospitaliers (hôpitaux)  
1=dans les maisons de naissance  
1=dans des cabinets privés de médecins (bureaux privés)  
1=à domicile

Q\_C5 MÊME SI CELA N'EST PAS LE CAS OU NE POURRA JAMAIS L'ÊTRE :

**\*FEMME\***

SI VOUS ÉTIEZ ENCEINTE, SERIEZ-VOUS... À UTILISER LES SERVICES D'UNE SAGE-FEMME?

**\*HOMME\***

SI VOTRE CONJOINTE ÉTAIT ENCEINTE, SERIEZ-VOUS... À CE QUE VOUS, EN TANT QUE COUPLE, UTILISIEZ LES SERVICES D'UNE SAGE-FEMME?

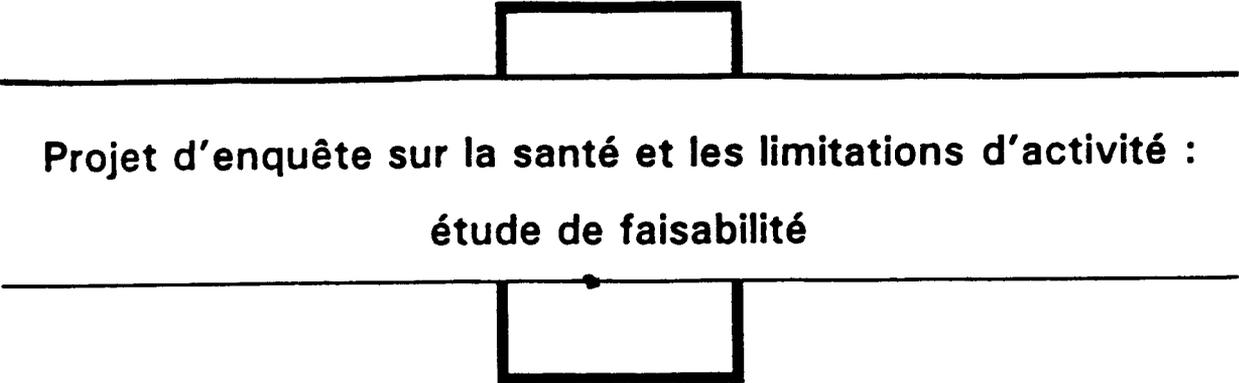
1=tout à fait d'accord  
4=tout à fait en désaccord

2=plutôt d'accord  
9=\*nsp/nrp

3=plutôt en désaccord

Q\_C6 SERIEZ-VOUS... À CE QUE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC LÉGALISE LA <sup>2</sup>  
PROFESSION DE SAGE-FEMME?

- 1=tout à fait d'accord
- 2=plutôt d'accord
- 3=plutôt en désaccord
- 4=tout à fait en désaccord
- 9=\*nsp/nrp



**Projet d'enquête sur la santé et les limitations d'activité :  
étude de faisabilité**

**JOCELYNE CAMIRAND  
JACINTHE AUBIN  
SANTÉ QUÉBEC**

**AVEC LA COLLABORATION DE**

**LORRAINE CAOQUETTE  
BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC**

**DANIEL TREMBLAY  
SANTÉ QUÉBEC**

**ROBERT COURTEMANCHE  
BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC**

**JUIN 1996**



---

## TABLE DES MATIÈRES

---

LEXIQUE .....	vi
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	vii
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES SCHÉMAS .....	x
INTRODUCTION .....	1
<b>1.0 L'ESLA EN BREF : DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE .....</b>	<b>2</b>
1.1 Objectifs .....	2
1.1.1 Définition de l'incapacité .....	2
1.2 Résumé de la méthodologie de l'ESLA .....	3
1.2.1 Population cible .....	3
1.2.2 Échantillonnage .....	4
1.2.2.1 Enquête auprès des ménages .....	4
1.2.2.2 Enquête auprès des établissements .....	5
1.2.2.3 Taille d'échantillon .....	5
1.2.3 Collecte des données .....	7
1.3 Questionnaires .....	7
1.3.1 Questionnaire destiné aux personnes de 15 ans ou plus vivant dans les ménages .....	8
1.3.2 Questionnaire destiné aux enfants (0-14 ans) vivant dans les ménages .....	8
1.3.3 Questionnaire destiné aux personnes de 15 ans ou plus vivant dans un établissement .....	9
1.4 Certains résultats .....	9
1.4.1 Taux d'incapacité .....	9
1.5 Spécificité de l'ESLA par rapport aux autres enquêtes .....	12
1.5.1 Les enquêtes de Santé Québec .....	12
1.5.2 Autres enquêtes canadiennes .....	13

<b>2.0</b>	<b>RÉSUMÉ DE LA CONSULTATION</b>	<b>14</b>
2.1	Pertinence	15
2.2	Les utilisateurs actuels : ce qu'ils en font	16
2.3	Utilité des volets	17
2.4	Représentativité et taille de l'échantillon	19
2.5	Propositions d'améliorations/difficultés	20
2.5.1	Critères d'incapacité	20
2.5.2	Comparabilité entre les enquêtes	20
2.5.3	Définition des établissements et des ménages collectifs	20
2.5.4	Déficience intellectuelle/Incapacité pour troubles mentaux	20
2.5.5	Proposition d'ajout de questions	21
<b>3.0</b>	<b>PROJET D'ENQUÊTE</b>	<b>21</b>
3.1	Orientation générale	21
3.1.1	Population visée	22
3.1.2	Représentativité de l'échantillon	22
3.1.3	Taille de l'échantillon	24
3.2	Présentation des scénarios	25
3.3	Estimation des coûts des divers scénarios	82
	<b>SCÉNARIO A : LIEN AVEC LE RECENSEMENT FÉDÉRAL</b>	<b>26</b>
1.0	Stratégie générale	26
2.0	Méthodologie	26
2.1	Population à l'étude	26
2.2	Échantillonnage	27
2.2.1	Recensement de mai 1996 : présélection	27
2.2.2	Plan d'échantillonnage	30
2.3	Collecte des données	33
3.0	Échéancier et coûts	34
4.0	En résumé	35
	<b>SCÉNARIO B : ENQUÊTE INDÉPENDANTE</b>	<b>37</b>
1.0	Stratégie générale	37
2.0	Méthodologie	37
2.1	Population à l'étude	37
2.2	Échantillonnage	38
2.2.1	Base de sondage	38
2.2.2	Plan d'échantillonnage	38
2.2.3	Représentativité et taille de l'échantillon	39
2.3	Collecte des données	41

4.0	En résumé .....	71
<b>SCÉNARIO F : ENQUÊTE AUPRÈS DES PERSONNES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ .....</b>		<b>74</b>
1.0	Stratégie générale .....	74
2.0	Méthodologie .....	74
2.1	Population à l'étude .....	74
2.2	Échantillonnage .....	75
2.2.1	Base de sondage .....	75
2.2.2	Plan d'échantillonnage .....	76
2.2.3	Représentativité et taille de l'échantillon .....	77
2.3	Collecte des données .....	80
3.0	Échéancier et coûts .....	80
4.0	En résumé .....	81
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>		<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>90</b>
<b>ANNEXE A</b>	<b>Liste des principaux organismes consultés .....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXE B</b>	<b>Précision des estimations, scénario C .....</b>	<b>94</b>

2.4	Qualité des données	42
3.0	Échéancier et coûts	43
4.0	En résumé	44
<b>SCÉNARIO C : LIEN AVEC L'ENQUÊTE GÉNÉRALE DE 1998 : SÉLECTION AU QRI</b>		<b>47</b>
1.0	Stratégie générale	47
2.0	Méthodologie	47
2.1	Population à l'étude	47
2.2	Échantillonnage	48
2.2.1	Échantillonnage de l'EG1998	48
2.2.2	Échantillonnage de l'ESLAQ	49
2.2.3	Représentativité, taille de l'échantillon de l'ESLAQ et précision des estimations	49
2.3	Méthode et instrument de collecte des données	52
2.3.1	Méthode de collecte	52
2.3.2	Instruments de collecte	55
2.3.3	Qualité des données	55
3.0	Échéancier et coûts	56
4.0	En résumé	56
<b>SCÉNARIO D : LIEN AVEC L'EG1998 : PRÉSÉLECTION PAR LE VOLET D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE</b>		<b>58</b>
1.0	Stratégie générale	58
2.0	Méthodologie	58
2.1	Population à l'étude	58
2.2	Échantillonnage	59
2.2.1	Échantillonnage de l'EG1998	59
2.2.2	Sélection de l'échantillon de l'ESLAQ	59
2.3	Mode et instrument de collecte des données	61
3.0	Échéancier et coûts	63
4.0	En résumé	63
<b>SCÉNARIO E : SURÉCHANTILLON À L'EG1998</b>		<b>65</b>
1.0	Stratégie générale	65
2.0	Méthodologie	65
2.1	Population à l'étude	65
2.2	Échantillonnage	65
2.2.1	Base de sondage	65
2.2.2	Plan d'échantillonnage	66
2.2.3	Représentativité et taille de l'échantillon	68
2.3	Collecte des données	69
2.4	Qualité des données	69
3.0	Échéancier et coûts	70

---

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

---

CIDIH	Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
CV	Coefficient de variation
EG1998	Enquête générale de 1998, Santé Québec
ESS1992-1993	Enquête sociale et de santé, 1992-1993, Santé Québec
Éch	Échantillonnage
ESLA	Enquête sur la santé et les limitations d'activités
ESLAQ	Enquête sur la santé et les limitations d'activités au Québec
EVSI	Espérance de vie sans incapacité
FF	Face-à-face
FN	Faux négatif
FP	Faux positif
NPI	Personne sans incapacité
PI	Personne avec incapacité
QAA	Questionnaire autoadministré
QRI	Questionnaire rempli par l'interviewer
Tél	Téléphone
TxI	Taux d'incapacité
TxR	Taux de réponse
VN	Vrai négatif
VP	Vrai positif

---

## LEXIQUE

---

Présélection	Sélection des personnes plus susceptibles d'avoir ou non une incapacité, avec des critères non spécifiques ou avec des critères spécifiques vérifiés auprès d'un tiers-répondant.
Sélection	Identification des personnes avec ou sans incapacité, selon des critères spécifiques.
Strate «Non»	Strate de l'échantillon dont la présélection s'est révélée négative, donc peu susceptible d'avoir une incapacité.
Strate «Oui»	Strate de l'échantillon dont la présélection s'est révélée positive, donc susceptible d'avoir une incapacité.
Suivi	Entrevue auprès des personnes avec incapacité, recueillant des informations détaillées sur les aides et services utilisés ainsi que sur les conséquences de son incapacité.

---

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1	Taille d'échantillon obtenu, composantes ménages, Québec, ESLA 1991 . . . . .	6
Tableau 2	Taille de la population et de l'échantillon, composante établissements, Québec, ESLA 1991 . . . . .	6
Tableau 3	Taux d'incapacité selon le groupe d'âge, Québec, ESLA 1991 . . . . .	10
Tableau 4	Taux d'incapacité selon certains groupes d'âge, population des ménages, Québec, ESLA 1991 . . . . .	11
Tableau 5	Personnes vivant dans les établissements institutionnels sur l'ensemble des personnes ayant une incapacité, selon le groupe d'âge, Québec, ESLA 1991 . . . . .	12
Tableau 6	Effet de plan et taille d'échantillon efficace, Québec, ESLA 1986 et 1991 . . . . .	24
Tableau 7	Taille d'échantillon obtenu pour les strates «Oui» et «Non» selon l'âge, Québec, ESLA 1991 . . . . .	30
Tableau 8	Taille d'échantillon obtenu pour les strates «Oui» et «Non» selon l'âge, Québec, ESLA 1986 . . . . .	31
Tableau 9	Effet de plan et taille d'échantillon efficace, Québec, ESLA 1986 et 1991 et scénario A . . . . .	32
Tableau 10	Proportion minimale pour obtenir un CV inférieur à 15 %, selon l'âge, scénario A . . . . .	33
Tableau 11	Proportion minimale pour obtenir un CV inférieur à 15 %, selon l'âge, scénario B (Options 1 et 2) . . . . .	40

Tableau 12	Nombre de répondants avec incapacité, Québec, ESLA 1986 et 1991 et scénario C . . . . .	50
Tableau 13	Synthèse des variables et croisements ayant une bonne précision d'estimation, scénario C . . . . .	50
Tableau 14	Proportion minimale pour obtenir un CV inférieur à 15 %, selon l'âge, scénario C . . . . .	51
Tableau 15	Effet de plan et taille d'échantillon efficace, scénario C, ESLA 1986 et 1991 . . . . .	52
Tableau 16	Proportion minimale pour obtenir un CV inférieur à 15 %, selon l'âge, scénario D . . . . .	61
Tableau 17	Proportion minimale pour obtenir un CV inférieur à 15 %, selon l'âge, scénario E (Options 1 et 2) . . . . .	67
Tableau 18	Distribution selon l'âge de la population et des répondants ayant une incapacité vivant dans un établissement de santé, Québec, ESLA 1991 . . . . .	78
Tableau 19	Proportion minimale pour obtenir un CV inférieur à 15 %, selon l'âge, scénario F . . . . .	79
Tableau 20	Estimation des coûts . . . . .	84
Tableau 21	Synthèse des scénarios . . . . .	88

---

## INTRODUCTION

---

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) est une enquête postcensitaire menée par Statistique Canada. Cette enquête a été conçue pour constituer une base de données sur la population canadienne présentant des incapacités physiques ou mentales.

Suite à la recommandation d'un *Comité parlementaire spécial concernant les invalides et les handicapés* créé en 1980, Statistique Canada tenait l'Enquête sur la santé et l'invalidité au Canada en 1983-1984, puis l'ESLA conjointement aux recensements de 1986 et de 1991. Statistique Canada ne poursuivra pas cette série d'enquêtes postcensitaires en 1996; et ce, malgré les représentations de divers ministères québécois, du Bureau de la statistique du Québec, de l'Office des personnes handicapées du Québec et de divers organismes au Canada.

Le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) ont convenu de confier à Santé Québec le mandat d'examiner la pertinence et les conditions de la faisabilité d'une telle enquête au Québec. La présente étude de faisabilité vise à répondre aux objectifs suivants :

- identifier les utilisateurs réels et potentiels des données sur les incapacités et les limitations d'activité;
- analyser leurs besoins d'information;
- évaluer l'ampleur de l'enquête nécessaire pour répondre aux besoins exprimés;
- évaluer l'expérience de l'ESLA de Statistique Canada et son applicabilité au Québec;
- proposer divers scénarios d'enquêtes incluant une estimation des coûts;
- faire des recommandations.

La première partie de ce rapport présente un résumé de ce qu'est l'ESLA (objectif, échantillon, collecte des données, contenu des questionnaires); elle présente aussi certains résultats et un aperçu de la spécificité de l'ESLA par rapport aux autres enquêtes. La seconde partie fait état de la consultation téléphonique faite auprès des utilisateurs des données de l'ESLA au Québec. La troisième partie répond aux quatre derniers objectifs de l'étude. Elle propose les orientations générales d'une ESLA québécoise et soumet différents scénarios d'enquêtes incluant une estimation de leurs coûts respectifs. La conclusion présente certaines recommandations.

---

## LISTE DES SCHÉMAS

---

Schéma 1	Scénario A	Lien avec le recensement 1996 . . . . .	36
Schéma 2	Scénario B	Enquête indépendante - Option 1 - . . . . .	45
Schéma 3	Scénario B	Enquête indépendante - Option 2 . . . . .	46
Schéma 4	Scénario C	Lien avec l'enquête générale de 1998 - Sélection au QRI . . . . .	57
Schéma 5	Scénario D	Lien avec le lien avec l'EG1998 - Présélection par le volet d'autonomie fonctionnelle . . . . .	64
Schéma 6	Scénario E	Suréchantillon à l'EG1998 - Option 1 - Tous les groupes d'âge . . . . .	72
Schéma 7	Scénario E	Suréchantillon à l'EG1998 - Option 2 - Groupes d'âge particuliers . . . . .	73
Schéma 8	Scénario F	Enquête auprès des personnes en établissement de santé . . . . .	82

---

## 1.0 L'ESLA EN BREF : DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE

---

### 1.1 OBJECTIFS

L'ESLA vise à recueillir des données sur :

- la prévalence, la nature et la gravité des incapacités;
- les obstacles auxquels font face les personnes ayant des incapacités dans les travaux ménagers, l'emploi, l'éducation, le logement, le transport, les finances et les loisirs;
- l'usage et le besoin d'aides techniques; et
- les frais supplémentaires liés à la présence d'incapacité.

#### 1.1.1 DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ

La définition de l'incapacité utilisée dans l'ESLA repose sur le modèle de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) qui se présente comme suit :

Trouble ➡ Déficience ➡ Incapacité ➡ Handicap (Obstacle)

Ces états se succèdent; le trouble (ou la maladie) causent les trois états suivants. L'ESLA s'intéresse d'abord à l'étape de l'incapacité, qui se définit ainsi :

«... l'incapacité est toute réduction ou absence (résultant d'une déficience) de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude considérée comme normale pour un être humain.» (OMS, 1980).

En second lieu, elle s'intéresse aux obstacles que peuvent rencontrer les personnes ayant des incapacités :

«Le handicap est un désavantage qui limite ou empêche l'accomplissement d'une activité jugée normale...résultat de la déficience ou de l'incapacité, le handicap est conjoncturel.» (Statistique Canada, *ESLA 1991, Guide de l'utilisateur*).

Les critères retenus dans l'enquête pour définir la population avec incapacité sont différents pour les adultes et les enfants<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Les critères présentés ici sont ceux de l'ESLA de 1991. La section décrivant le questionnaire de l'ESLA apporte des précisions sur les différences entre les critères utilisés lors de l'ESLA de 1991 et de 1986.

#### ● ENFANTS DE 0-14 ANS

Un enfant est considéré comme ayant une incapacité s'il rencontre un des critères suivants :

- affection chronique, tel le diabète ou la dystrophie musculaire;
- utilisation d'une aide technique;
- affection chronique qui limite sa participation à des activités propres à des enfants de son âge;
- inscription à une école, programmes, cours spéciaux;
- difficulté à voir, parler ou entendre;
- problème de santé chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental;
- toute autre limitation d'ordre général.

#### ● PERSONNES DE 15 ANS OU PLUS

Une personne de 15 ans ou plus est considérée comme ayant une incapacité si son affection a duré ou devrait durer au moins six mois et si elle rencontre un des critères de sélection suivants :

- limitation dans certaines activités (monter un escalier, couper des aliments...);
- limitation dans ses activités à la maison, à l'école, au travail ou dans les loisirs à cause d'une affection physique ou psychologique;
- diagnostic par un professionnel de la santé quant à des troubles d'apprentissage ou un handicap mental, un retard de développement ou une déficience mentale;
- difficulté à apprendre ou troubles de mémoire.

Il est à noter 1) que la présence d'une incapacité est établie à partir de la perception du répondant, et 2) qu'un adulte utilisant une aide technique lui permettant de surmonter ses limitations n'est pas classé comme une personne ayant une incapacité; par exemple, un malentendant qui entend grâce à un appareil auditif n'est pas considéré comme une personne ayant une déficience auditive.

## 1.2 RÉSUMÉ DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ESLA

### 1.2.1 POPULATION CIBLE

La population cible de l'ESLA est constituée de l'ensemble de la population ayant une incapacité physique ou psychologique, qu'elle vive dans un ménage privé, un ménage collectif ou un établissement de santé. Ne sont exclus que les enfants (0-14 ans) vivant dans les foyers collectifs, ainsi que la population des réserves indiennes, établissements pénitentiaires, camps militaires, terrains de camping, parcs, soupes populaires ou navires.

## 1.2.2 ÉCHANTILLONNAGE

L'ESLA a deux composantes distinctes : l'enquête auprès des ménages et l'enquête auprès des établissements.

### 1.2.2.1 Enquête auprès des ménages

La population des ménages visée par cette enquête inclut la population des ménages privés et les résidents permanents des ménages collectifs (hôtels, motels, maison de chambre et pensions, centres d'accueil et refuges, établissements religieux...). L'enquête se fait en deux étapes : la présélection et l'ESLA proprement dite.

#### ● PRÉSÉLECTION

Une présélection de l'échantillon est faite dans ces ménages par le biais de deux questions du formulaire long du Recensement canadien, soumis à 20 % des ménages canadiens. Ces deux questions, portant sur la limitation d'activité et la présence d'incapacités chroniques, permettent de canaliser les ressources de l'enquête dans l'étude d'un groupe plus susceptible de présenter des incapacités.

À partir de ces deux questions, on constitue deux strates. Les personnes ayant répondu positivement à au moins une des deux questions constituent la strate «Oui»; ceux qui ont répondu négativement aux deux questions constituent la strate «Non». Les personnes de la strate «Oui» sont sélectionnées pour participer à l'ESLA, ainsi qu'une fraction des personnes de la strate «Non». Lors de l'ESLA de 1991, environ le tiers des personnes de la strate «Non» avaient été interviewées.

La constitution d'une strate «Non» est nécessaire parce qu'une partie des personnes ayant répondu négativement aux deux questions de présélection présente des incapacités (faux négatifs). En général, ces personnes sont plus actives et présentent des incapacités moins graves. Toutefois, leur nombre est important. En 1986, les faux négatifs représentaient 40 % de la population canadienne avec incapacité, même si seulement 6 % des personnes de la strate «Non» présentaient une incapacité (Denis *et al.*, 1993). En 1991 au Canada, 5 % des personnes de la strate «Non» étaient de faux négatifs. Par ailleurs, en 1991 au Canada, 20 % des personnes de la strate «Oui» se sont avérés de faux positifs, c'est-à-dire qu'ils ne présentaient pas d'incapacité, comparativement à 15 % en 1986.

Une analyse de cette approche amène à la conclusion que cette présélection, sans être parfaite, est plus efficace qu'une enquête sans stratification (Denis *et al.*, 1993). Ainsi les auteurs estiment qu'avec la présélection, les personnes ayant des incapacités constituent 23 % de l'échantillon, tandis qu'ils en constitueraient approximativement 12 % sans présélection.

### **1.2.2.2 Enquête auprès des établissements**

L'enquête auprès des établissements se fait aussi en étapes. Dans une première étape, on établit une liste des établissements lors du Recensement de la population, pour six catégories d'établissement :

1. maisons de repos;
2. foyers pour personnes âgées;
3. hôpitaux généraux, maternité;
4. hôpitaux pour malades chroniques;
5. hôpitaux psychiatriques;
6. centres de traitement et établissements pour handicapés physiques.

Dans une seconde étape, un échantillon d'établissements est constitué selon la taille (petit, moyen, grand) et le type. Tous les établissements de grande taille sont inclus, plus un échantillon des établissements de taille moyenne et un échantillon de ceux de petite taille. La direction de l'établissement dresse ensuite la liste des personnes de 15 ans ou plus vivant de façon ininterrompue dans l'établissement depuis au moins 6 mois. À la dernière étape d'échantillonnage, on retient un nombre maximum de personnes (de 6 à 33) selon la taille de l'établissement.

### **1.2.2.3 Taille d'échantillon**

La taille de l'échantillon de l'ESLA 1991 était de beaucoup inférieure à celle de 1986.

L'enquête auprès des ménages de l'ESLA de 1986 a permis de sélectionner 21 000 Québécois de tous âges. Parmi ceux-ci, 15 200 provenaient de la strate «Oui» et 5 800 de la strate «Non». Cet échantillon a permis de recueillir des données sur 12 265 personnes avec incapacité au Québec.

Lors de l'ESLA de 1991, 13 680 personnes de tous âges ont été sélectionnées dans les ménages du Québec. Parmi celles-ci, 10 945 provenaient de la strate «Non». Les résultats portent sur 2 309 personnes de tous âges avec incapacité au Québec.

**TABLEAU 1**

**TAILLE D'ÉCHANTILLON OBTENU, COMPOSANTES MÉNAGES,  
QUÉBEC, ESLA 1991**

<b>GROUPE D'ÂGE</b>	<b>ESLA 1991</b>
0-14 ANS	4 495
15-34 ANS	5 045
35-54 ANS	2 485
55-64 ANS	1 135
65 ANS ET PLUS	520
<b>TOTAL</b>	<b>13 680</b>

À celles-ci, s'ajoutent les personnes vivant dans les établissements. L'ESLA de 1986 a permis de recueillir de l'information sur 3 337 personnes et l'ESLA de 1991 sur 1 334 personnes avec incapacité vivant dans un établissement de santé au Québec.

**TABLEAU 2**

**TAILLE DE LA POPULATION ET DE L'ÉCHANTILLON,  
COMPOSANTES ÉTABLISSEMENTS, QUÉBEC, ESLA 1991**

	<b>ÉTABLISSEMENTS</b>	<b>RÉSIDENTS</b>
POPULATION	1 981	74 375
ÉCHANTILLON	124	1 334

Les données québécoises de l'ESLA 1991 (échantillon des ménages) étaient représentatives de la population de l'ensemble du Québec et de la région métropolitaine de recensement de Montréal. Dans chaque province, l'enquête visait, comme domaine d'estimation, cinq groupes d'âge : les enfants (0-14 ans), les adultes (15-34 ans, 35-54 ans, 55-64 ans) et les personnes âgées (65 ans ou plus). L'ESLA de 1986 visait à fournir des estimations pour trois groupes d'âge (0-14 ans, 15-64 ans, 65 ans et plus), par province et pour la région métropolitaine de recensement de Montréal.

### **1.2.3 COLLECTE DES DONNÉES**

La collecte des données se faisait en personne ou par téléphone selon le cas. Lors de l'enquête de 1991 une plus grande proportion des entrevues ont été faites par téléphone que lors de l'enquête de 1986.

#### **● ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉNAGES**

Lors de l'ESLA de 1991, une majorité d'entrevues ont été faites au téléphone pour les personnes de la strate «Oui». Les personnes âgées de 65 ans et plus de la strate «Oui» et certaines personnes ayant des difficultés de communication (parole, audition) ont été interviewés en personne. Toutes les personnes de la strate «Non» ont été interrogées par téléphone. Lors de l'entrevue, la personne sélectionnée répond elle-même dans la plupart des cas; si elle en est incapable, un autre membre du ménage répond pour elle. Dans l'ensemble du Canada, environ 15 % des entrevues avec des adultes ont été faites par l'intermédiaire d'un autre membre du ménage. Pour les enfants, le répondant est un parent ou un autre adulte (sauf si l'adulte insiste et que l'enfant a 13 ou 14 ans). Le taux de réponse au Québec pour l'ESLA de 1991 (composante ménages) a été de 88,8 % et de 85,1 % pour la RMR de Montréal. Les entrevues ont une durée variant entre 15 et 30 minutes selon que la personne sélectionnée occupe ou non un emploi.

Lors de l'ESLA de 1986, la plupart des entrevues de la strate «Oui» étaient faites en personne, tandis que les personnes de la strate «Non» étaient interrogées au téléphone.

#### **● ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS**

L'entrevue, dans le volet de l'enquête auprès des établissements, est réalisée en personne si possible auprès de la personne sélectionnée; sinon (à cause de leur affection) un membre du personnel ou un proche la remplace. Le taux de réponse obtenu pour l'ESLA de 1991 est de 96 % au Canada, probablement moins au Québec.

### **1.3 QUESTIONNAIRES**

L'enquête comprend trois questionnaires distincts. Le questionnaire destiné aux adultes vivant dans les ménages, celui destiné aux enfants (0-14 ans) vivant dans les ménages et le questionnaire destiné aux personnes de 15 ans ou plus vivant dans les établissements de santé.

Statistique Canada s'est appliqué à rendre le contenu de l'ESLA de 1991 aussi comparable que possible à celui de l'ESLA de 1986. C'est pourquoi les changements apportés aux questionnaires étaient pour la plupart des ajouts.

### **1.3.1 QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PERSONNES DE 15 ANS OU PLUS VIVANT DANS LES MÉNAGES**

Le questionnaire de l'ESLA de 1991 comprend les sections suivantes :

Section A	Questions de sélection (32 questions)
Section B	Aides techniques et services (et médicaments) (17 questions)
Section C	Activités quotidiennes (conséquence sur les activités de la vie quotidienne et besoin d'aide)(38 questions)
Section D	Scolarité (19 questions)
Section E	Emploi (91 questions)
Section F	Transport (43 questions)
Section G	Logement (dispositif utilisé ou requis) (26 questions)
Section H	Loisirs et habitudes de vie (activité, tabac, alcool, lire, écrire) (16 questions)
Section I	Caractéristiques économiques (prestations d'invalidité et dépenses supplémentaires) (7 questions)

Ce questionnaire compte donc au total 289 questions, dont 91 sur le travail.

### **1.3.2 QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX ENFANTS (0-14 ANS) VIVANT DANS LES MÉNAGES**

Le questionnaire de l'ESLA de 1991 destiné aux enfants est plus restreint :

Section A	Questions de sélection (27 questions)
Section B	Scolarité (et services de garde) (30 questions)
Section C	Transport (8 questions)
Section D	Logement (12 questions)
Section E	Activité physique et habitudes de vie (médicaments, activité physique et sociale) (9 questions)
Section F	Caractéristiques économiques (dépenses supplémentaires) (2 questions)

Le questionnaire compte 88 questions.

### **1.3.3 QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PERSONNES DE 15 ANS OU PLUS VIVANT DANS UN ÉTABLISSEMENT**

Ce questionnaire de l'ESLA de 1991 comprend 64 questions réparties ainsi :

Section A	Questions de sélection (22 questions)
Section B	Aides techniques et modes de vie (28 questions)
Section C	Déplacements (7 questions)
Section D	Logement (4 questions)
Section E	Scolarité (1 question)
Section F	Caractéristiques économiques (2 questions)

#### **● MODIFICATIONS AUX QUESTIONS DE SÉLECTION**

Parmi les principales modifications apportées au questionnaire de 1991 comparativement à celui de 1986, on remarque les modifications apportées à la section A, qui contient les questions servant de critères pour la sélection de la population avec incapacité. La principale modification est l'ajout de nouvelles questions visant à mieux différencier les trois « autres » types d'incapacité dont il était question dans l'ESLA de 1986, soit la déficience intellectuelle, les difficultés d'apprentissage et les problèmes de santé mentale.

#### **● LIEN AVEC LE RECENSEMENT**

Certains renseignements tirés du recensement s'ajoutent à l'information recueillie à l'aide de ces questionnaires. Ces renseignements portent sur les caractéristiques sociodémographiques de la personne, de sa famille et du logement, et servent à décrire la population des ménages.

Pour la population vivant dans les établissements, l'information démographique de base est recueillie dans le questionnaire de l'enquête. En effet, ce dernier échantillon était constitué à partir des listes de résidents fournies par les établissements, et non à partir des données du Recensement, comme l'échantillon des ménages.

## **1.4 CERTAINS RÉSULTATS**

Quelques résultats de l'ESLA de 1991 pour le Québec sont présentés ici. Ces résultats sur la prévalence de l'incapacité dans la population québécoise selon l'âge illustrent les résultats qu'on peut attendre d'une future enquête. Ces prévalences serviront à la planification des différents scénarios présentés dans la troisième partie de ce rapport.

### **1.4.1 TAUX D'INCAPACITÉ**

Comme le montrent les résultats de l'ESLA de 1991 (tableau 3), 12,5 % de la population québécoise, vivant dans les ménages ou un établissement de santé, présentait une

incapacité en 1991. Le taux augmente avec l'âge, et fait un bond à partir de 55-64 ans (21,4 %) et surtout à partir de 65 ans (44,2 %). Le taux d'incapacité est très élevé chez les 75 ans et plus, selon les données canadiennes. Au Canada, ce taux passe de 37 % (65-74 ans) à 57 % (75-84 ans), puis à 84 % (85 ans et plus) en 1991.

**TABLEAU 3**

**TAUX D'INCAPACITÉ SELON LE GROUPE D'ÂGE, QUÉBEC, ESLA 1991**

ÂGE	TAUX D'INCAPACITÉ
0-14 ANS	5,6
15-34 ANS	6,3
35-54 ANS	8,7
55-64 ANS	21,4
65 ANS ET PLUS	44,2
TOTAL	12,5

Source : ESLA 1991. Tableaux d'appoint, tab. 1.

Par ailleurs, lorsqu'on regarde la distribution des personnes ayant des incapacités (dans les ménages et les établissements) selon l'âge au Québec, on observe que : 9 % ont 0-14 ans, 52 % entre 15 et 64 ans et 40 %, 65 ans ou plus.

Ces résultats permettent d'estimer la population québécoise avec incapacité à 854 185 personnes en 1991; 91 % de la population avec incapacité (780 250 personnes) vivent dans les ménages et 9 % (73 935 personnes) vivent dans les établissements de santé.

● **POPULATION DANS LES MÉNAGES**

Les taux d'incapacité observés lors de l'ESLA 1991 au sein de la population des ménages seulement sont présentés au tableau suivant. On remarque le taux élevé d'incapacité chez les personnes de 75-84 ans (56,4 %) et de 85 ans ou plus (85,1 %) vivant dans les ménages.

Les personnes ayant des incapacités qui vivent dans les ménages se distribuent ainsi selon l'âge : 10 % d'entre eux ont 0-14 ans, 54 % ont entre 15 et 64 ans et 36 % ont 65 ans ou plus. La majorité des personnes avec incapacité sont donc âgées entre 15 et 64 ans, bien que le taux d'incapacité soit plus faible dans cette population que dans la population plus âgée.

TABLEAU 4

TAUX D'INCAPACITÉ SELON CERTAINS GROUPES D'ÂGE,  
POPULATION DES MÉNAGES, QUÉBEC, ESLA 1991

ÂGE	TAUX D'INCAPACITÉ
0-14 ANS	5,6
15-64 ANS	9,0
55-64 ANS	20,7
65 ANS ET PLUS	39,9
65-74 ANS	32,0
75-84 ANS	56,4
85 ANS ET PLUS	85,1
TOTAL	11,5

Source : ESLA 1991, Tableaux d'appoint, tab. 4.

● POPULATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La quasi-totalité des personnes vivant dans un établissement institutionnel ont des incapacités, soit de 97 % à 100 % selon le type d'établissement, selon l'ESLA de 1986.

Les personnes vivant dans les établissements institutionnels représentent 8,7 % des personnes ayant des incapacités au Québec en 1991. Cependant, cette proportion s'accroît de façon importante chez les 75 ans et plus : 20 % des personnes de 75 à 84 ans ayant des incapacités vivent dans un établissement institutionnel, ainsi que plus de la moitié des personnes de 85 ans ou plus.

**TABLEAU 5**

**PERSONNES VIVANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS INSTITUTIONNELS  
SUR L'ENSEMBLE DES PERSONNES AYANT UNE INCAPACITÉ,  
SELON LE GROUPE D'ÂGE, QUÉBEC, ESLA 1991**

<b>ÂGE</b>	<b>% DES PERSONNES AVEC INCAPACITÉ VIVANT EN ÉTABLISSEMENT</b>
<b>0-14 ANS</b>	-
<b>15-64 ANS</b>	3,7
<b>65 ANS ET PLUS</b>	17,0
<b>65-74 ANS</b>	6,2
<b>75-84 ANS</b>	19,9
<b>85 ANS ET PLUS</b>	52,4
<b>TOTAL</b>	8,7

Source : ESLA 1991, Tableaux d'appoint, tab. 6.

Ceci se reflète dans la part occupée par les personnes de 65 ans ou plus au sein de la population vivant en établissement; 78 % des personnes avec incapacités vivant en établissement ont 65 ans ou plus, tandis que 22 % ont entre 15 et 64 ans, selon l'ESLA de 1991.

## **1.5 SPÉCIFICITÉ DE L'ESLA PAR RAPPORT AUX AUTRES ENQUÊTES**

### **1.5.1 LES ENQUÊTES DE SANTÉ QUÉBEC**

Les enquêtes de Santé Québec abordent le thème de l'autonomie fonctionnelle. Le volet consacré à l'autonomie fonctionnelle a été identique pour l'enquête Santé Québec de 1987 et pour l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 (ESS); et pour l'instant, peu de modifications sont prévues pour la prochaine enquête générale de Santé Québec en 1998 (deux questions pourraient être ajoutées; l'une identifiant si le besoin d'aide est comblé; l'autre identifiant qui fournit l'aide).

Sur le plan conceptuel, ce volet porte plutôt sur le désavantage (handicap) que sur l'incapacité, au sens de la CIDH. Il comprend 28 questions abordant les dimensions suivantes :

- dépendance pour les soins personnels;
- dépendance pour les activités instrumentales;
- limitation d'activité : incapable, restreint activité principale, autre activité, (problème de santé à l'origine, cause accidentelle);
- journées d'incapacité;
- mobilité : mobilité générale, confinement au lit ou au fauteuil;
- source d'aide.

De plus, les données des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 ont permis de calculer l'espérance de vie en santé pour le Québec. Celle-ci est calculée à partir des niveaux d'incapacité des personnes en ménage privé, obtenus à partir des données d'enquête, des taux d'hébergement en établissement et des données de mortalité, par âge et sexe, obtenus des fichiers administratifs.

En comparaison avec l'ESS 1992-1993, l'ESLA fournit une information plus détaillée, entre autres sur la nature de l'incapacité (mobilité, agilité, audition, vision, élocution, autre) et sur l'utilisation d'aide technique ou d'équipement spécialisé, ainsi que sur des aspects liés aux incapacités tels l'emploi, le transport, le logement et les prestations ou les coûts engendrés. L'ESLA diffère également par la population couverte; elle inclut la population institutionnalisée et les ménages collectifs non institutionnalisés, lesquels sont exclus des enquêtes de Santé Québec.

Ces différences entre les résultats issus de l'ESLA et des enquêtes de Santé Québec ont déjà été discutées, tant en ce qui a trait à la comparabilité conceptuelle qu'à l'estimation de l'espérance de vie en santé (Saucier et Lafontaine, 1991; Wilkins, 1992; Wilkins, 1991).

### **1.5.2 AUTRES ENQUÊTES CANADIENNES**

D'autres enquêtes canadiennes abordent le thème de l'incapacité mais aucune n'est aussi exhaustive que l'ESLA sur ce sujet.

Les enquêtes sociales générales s'adressent à la population de 15 ans et plus des ménages privés. Elles sont reprises aux cinq ans. L'enquête sociale générale de 1985 identifie les incapacités liées à la mobilité, à la dextérité, à la vision et à l'ouïe, et une question générale porte sur la limitation d'activités. Des questions portent aussi sur l'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne, et la source de cette aide. L'enquête sociale générale de 1991 inclut aussi les difficultés de la parole et les difficultés d'apprentissage parmi les types d'incapacité.

L'enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) est annuelle depuis 1993. Elle vise les personnes de 16 ans et plus dans les ménages, les suivant sur une période de six ans. Elle recueille des données sur le marché du travail et sur le revenu, incluant les limitations d'activité et leurs répercussions sur le travail.

L'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994 est une enquête longitudinale effectuée tous les deux ans. Elle comporte des questions générales sur les limitations d'activités, et une question générale sur les incapacités ou handicaps, sans les distinguer. Cette enquête vise les personnes de 12 ans et plus des ménages privés. Une enquête distincte a été menée dans les établissements de santé, les publications sont à venir.

Liée à l'ENSP, l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) est faite auprès des enfants qui avaient entre 0 et 11 ans au cours de l'hiver 1994-1995, début de l'enquête. Ces enfants seront suivis jusqu'à l'âge adulte; des données seront recueillies aux deux ans. L'échantillon au Québec est de 4700 enfants. Les incapacités sont abordées, avec un ensemble de thèmes liés aux conditions de vie. Les questions sur l'incapacité sont plus élaborées pour les enfants de 4 ans et plus (ouïe, vue, élocution, santé mentale générale).

Aucune de ces enquêtes n'aborde l'ensemble des conséquences des incapacités pour la personne. Seules l'enquête sociale générale et l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes identifient la nature de l'incapacité, les autres portant plutôt sur la limitation d'activités qui en est la conséquence. Une limite importante de ces autres enquêtes est le faible nombre de répondants québécois avec incapacité.

---

## 2.0 RÉSUMÉ DE LA CONSULTATION

---

La consultation avait pour but de repérer les utilisateurs des données de l'ESLA au Québec, de les consulter de façon générale sur leur utilisation de ces données, la pertinence de l'enquête, l'utilité de ses différents volets et les améliorations possibles à apporter à une future enquête.

Les personnes consultées proviennent de différents ministères et organismes gouvernementaux, des universités, d'organismes offrant des services aux personnes ayant des incapacités et des organisations représentant les usagers. La liste des organismes consultés est fournie à l'annexe A. Les personnes consultées ont été identifiées parmi les auteurs ayant publié des études à partir des données de l'ESLA, parmi les organismes ayant acheté la banque de données ou les organismes susceptibles d'être intéressés par la problématique des incapacités.

## **2.1 PERTINENCE**

La consultation a permis d'identifier plusieurs éléments supportant la pertinence et l'utilité de l'ESLA.

L'ESLA est la seule source de données permettant d'établir la prévalence des incapacités selon leur nature (motrice, agilité, auditive, visuelle...) pour le Québec. Cette enquête présente aussi l'avantage de porter à la fois sur la population des ménages et la population vivant dans les établissements de santé. La prévalence est une donnée de base pour l'élaboration des programmes et des services desservant de nombreuses clientèles (enfants ayant une déficience auditive, motrice, adultes handicapés, personnes âgées nécessitant de l'aide pour les soins personnels...).

L'information sur la nature des incapacités est essentielle à la planification et à l'organisation de services concrets, spécialisés. Par exemple, elle permet non seulement de savoir la proportion de personnes âgées qui ont des limitations fonctionnelles, mais elle permet aussi de préciser la nature de ces limitations (e.g. motrice) et leur gravité, ce qui permet d'offrir des services adaptés pour accroître leur intégration sociale et favoriser leur maintien dans la communauté. L'enquête permet aussi d'évaluer dans quelles mesures les besoins de services sont comblés.

L'ESLA permet également d'aborder à peu près tous les thèmes liés à l'intégration des personnes qui ont des incapacités (intégration sociale, scolaire, au marché du travail, transport...) et permet, sous plusieurs aspects, de comparer la population avec et sans incapacité. Elle permet par conséquent d'évaluer l'atteinte des objectifs de réduction des obstacles à l'intégration des personnes ayant des incapacités (objectifs 18 et 19 de la Politique de la Santé et du Bien-être). Elle permet également de cibler les clientèles et la nature des services les plus susceptibles d'avoir un impact sur la réduction des situations de handicap. Dans un contexte de coupures budgétaires, cette information permet de mieux orienter les services, et d'accroître l'efficacité des interventions.

### **● POURQUOI REFAIRE UNE ESLA?**

Compte tenu du vieillissement de la population québécoise, et de l'augmentation des incapacités avec l'âge, le phénomène des incapacités prendra de l'ampleur. Cette augmentation exercera vraisemblablement une pression accrue sur les services (logement, services à domicile, transport...).

Chez les plus jeunes, certains facteurs contribuent soit à l'augmentation de la prévalence des incapacités (e.g. survie accrue) soit à leur réduction (e.g. meilleur dépistage des anomalies). Par contre, le contexte dans lequel évoluent les personnes ayant des incapacités est en transformation (évolution du marché de l'emploi, programmes, services spécialisés offerts); l'enquête permet de suivre l'évolution de l'impact des incapacités sur leur intégration.

Le Québec est à une étape importante de réorganisation des modalités de prestation des services. Ce «virage» est susceptible d'avoir un impact sur les personnes ayant des incapacités. L'enquête permettrait d'en assurer une certaine surveillance, notamment parce qu'elle permet d'examiner à la fois les personnes vivant dans les établissements de santé et celles qui vivent dans les ménages.

## 2.2 LES UTILISATEURS ACTUELS : CE QU'ILS EN FONT

### ● MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

**Allocation des ressources pour les personnes âgées et les adultes ayant des incapacités physiques.** Certaines des données de l'ESLA ont été retenus comme indicateurs pour l'allocation des ressources pour deux clientèles : les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes ayant une déficience physique (Pampalon *et al.*, 1995). Ces indicateurs sont largement utilisés par plusieurs services du MSSS et dans l'ensemble du réseau des Régies régionales pour la planification des services (e.g. services à domicile). Ces indicateurs de besoins reposent sur les données de l'ESLA portant sur la population ayant un niveau d'incapacité modérée ou grave.

**Planification des services.** Les données de l'ESLA permettent de décrire les clientèles potentielles et renseignent sur les besoins des personnes ne recevant pas déjà des services.

**Calcul de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI).** L'EVSI est un indicateur global de la santé de la population. Au Québec, l'indicateur utilisé a été calculé à partir des données des enquêtes de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993 auquel on doit ajouter des taux d'institutionnalisation, puisque ces enquêtes ne portent que sur la population des ménages privés. Le calcul de l'EVSI à partir des données de l'ESLA présente certains avantages sur l'indicateur actuel puisqu'il permet d'apprécier le niveau de gravité de la limitation des personnes vivant dans les établissements de santé.

### ● OPHQ

L'Office des Personnes Handicapées du Québec utilise largement les données de l'ESLA et produit des analyses qui alimentent le réseau des services pour personnes handicapées comprenant notamment les organismes dispensateurs de services (centres de réadaptation) et les associations de personnes handicapées. Les analyses produites par l'OPHQ sont également utilisées par différents services du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de l'Éducation du Québec.

Les données de l'ESLA sont essentielles pour la réalisation des objectifs du nouveau Programme d'évaluation de l'intégration sociale des personnes handicapées de l'OPHQ.

- **SHQ**

La Société de l'Habitation du Québec gère un programme de logement adapté visant surtout les personnes âgées et les personnes ayant un handicap moteur, mais également les personnes ayant une déficience intellectuelle ou une incapacité liée à des problèmes de santé mentale. Ce programme inclut l'adaptation légère des logements pour les personnes âgées autonomes. Les données ESLA sont utilisées pour la planification des programmes (décrire les clientèles, développer des programmes pour les nouvelles clientèles). Ce sont à leur avis à peu près les seules données disponibles. Rappelons que l'ESLA comporte un volet sur le logement.

- **RAMQ, DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES D'AIDE TECHNIQUE**

La RAMQ gère un programme d'aide technique aux personnes handicapées (suppléant aux déficiences physique, auditive, visuelle, programme de prothèses). L'ESLA sert à l'évaluation des programmes et à cibler la clientèle.

- **CONSEIL CONSULTATIF SUR LES AIDES TECHNIQUES**

Les données de l'ESLA permettent de suivre l'évolution de la clientèle ayant des limitations fonctionnelles (enfants, adultes, personnes âgées) requérant des aides techniques.

- **MINISTÈRE DES TRANSPORTS**

Le ministère des Transports gère l'ensemble du transport au Québec, qu'il s'agisse du transport adapté ou du transport régulier (scolaire, taxi, interurbain, transport en commun). Le ministère vise à accroître l'accessibilité des services réguliers.

L'ESLA est considérée par ce ministère comme une source de données unique et inestimable. Les enquêtes ESLA de 1986 et de 1991 sont utilisées pour suivre l'évolution de la clientèle à mobilité réduite au sens large (incluant les personnes ayant des problèmes d'orientation) pour la planification de services plus accessibles ou adaptés (par exemple abaisser les marches des autobus compte tenu du vieillissement de la population et de la nature de ses limitations).

- **CHERCHEURS UNIVERSITAIRES**

Les chercheurs de différents groupes universitaires ont utilisé les données de l'ESLA pour l'étude de problématiques variées : le vieillissement, le besoin d'aide et le recours aux services; le transport des clientèles à mobilité réduite; les services à domicile; les problèmes d'audition, de vision et de communication; les incapacités chez les enfants.

## **2.3 UTILITÉ DES VOLETS**

Tous les volets de l'enquête (population vivant dans les établissements et adultes et enfants dans les ménages privés) ont été utilisés par l'un ou l'autre des organismes consultés. On doit cependant noter qu'à cause des coupures de budget en cours de projet, les banques

de données portant sur les enfants et la population en établissement de l'ESLA 1991 n'ont pas été diffusées par Statistique Canada, elles ont donc été moins utilisées; seules les publications sont disponibles.

- **ADULTE DANS LES MÉNAGES PRIVÉS**

La pertinence du volet adulte dans les ménages privés n'est pas à démontrer : c'est le volet le plus utilisé, le coeur de cette enquête.

- **POPULATION VIVANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Il y a peu d'enquêtes sur la population en établissement, d'où l'intérêt du volet établissement de l'ESLA, en particulier pour l'étude de la population très âgée qui connaît un taux élevé d'institutionnalisation.

L'information provenant des établissements sur leur clientèle n'est pas actuellement colligée pour l'ensemble du Québec. Chaque établissement fournit un rapport statistique sur sa clientèle (âge, sexe, niveau de service, heures de soins...) mais ces rapports ne permettent que peu d'analyses. Certains interlocuteurs espèrent que le Système d'Information des Clientèles, en cours de développement, puisse répondre aux besoins d'information sur les personnes vivant en établissement. Certaines bases de données de ce système d'information pourraient être disponibles dans quelques années.

Le volet de l'enquête sur la population vivant en établissement permet d'élaborer une mesure de l'Espérance de vie sans incapacité plus nuancée, laquelle tient compte de la gravité de l'incapacité des personnes vivant en établissement.

Certains ont cependant soulevé des questions quant à la pertinence de ce volet compte tenu de son coût.

- **ENFANTS**

Les enfants vivant en établissement ne sont pas examinés par L'ESLA. Les utilisateurs sont satisfaits de cette situation puisqu'il y a peu d'enfants vivant en établissement.

On dispose de deux sources principales d'information sur les enfants ayant des incapacités au Québec : le fichier de la Régie des rentes du Québec (allocation familiale pour enfants handicapés) et le fichier du ministère de l'Éducation sur les enfants ayant un handicap qui reçoivent des services scolaires (les Commissions scolaires reçoivent un financement spécial pour ces enfants). L'information est par conséquent limitée aux bénéficiaires ayant fait la demande, recevant des services et rencontrant les critères de ces organismes à des fins de financement.

L'ESLA permet d'aborder un contenu plus vaste que ces fichiers administratifs. Cette information est utilisée tant pour établir la prévalence et la nature des incapacités des enfants,

que pour l'étude des services de transport, des clientèles nécessitant des aides techniques, etc.

- **SECTIONS DE L'ENQUÊTE**

La section qui semble la plus utilisée de cette enquête est la première section (section de sélection) permettant d'établir la prévalence, et la nature et la gravité des incapacités. Les autres sections sont aussi utilisées par les personnes consultées selon leurs champs d'intérêt : scolarité, emploi, transport, logement, etc.

- **CONTENU DU QUESTIONNAIRE**

Cette première consultation n'avait pas pour objectif d'examiner en détail le contenu du questionnaire; toutefois, certaines tendances générales se dégagent de la consultation. L'enquête est très appréciée. Pour certains, elle pourrait être répétée à peu près intégralement, et le questionnaire pourrait être simplifié en retirant les questions inutiles. Certaines personnes consultées souhaiteraient pouvoir collaborer à la révision des questionnaires pour que certaines questions puissent répondre directement à leurs besoins d'information (certaines questions spécifiques sur les aides techniques, le logement). La comparabilité entre les enquêtes devrait être prise en compte.

## **2.4 REPRÉSENTATIVITÉ ET TAILLE DE L'ÉCHANTILLON**

Plusieurs ont critiqué la faible taille d'échantillon de l'ESLA 1991 pour le Québec, en particulier pour les personnes âgées. L'échantillon de l'enquête devrait être assez grand pour permettre de désagréger les personnes âgées de 65 ans et plus en trois groupes, par exemple 65-74 ans, 75-84 ans, 85 ans et plus, ou en deux (65-79 ans, 80 ans et plus). Les personnes avec incapacité de 15 à 64 ans sont également des populations pour lesquelles l'information devrait pouvoir être détaillée en trois groupes d'âge. La taille d'échantillon doit être suffisante pour permettre des croisements de plusieurs variables, par exemple selon l'âge et le niveau d'incapacité.

Plusieurs représentants souhaiteraient pouvoir disposer de taux régionaux. Actuellement, ils doivent utiliser des estimations régionales, ou le taux d'incapacité basé sur les deux questions du recensement. Les utilisateurs sont toutefois, en général, conscients que les estimations régionales peuvent conduire à des coûts d'enquête exorbitants.

## **2.5 PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS/DIFFICULTÉS**

### **2.5.1 CRITÈRES D'INCAPACITÉ**

La conception de l'incapacité qui est à la base de cette enquête est mondialement reconnue. Certaines améliorations ou précisions peuvent toutefois être apportées à cette notion sans sacrifier la comparabilité des enquêtes. L'expertise des chercheurs québécois dans ce domaine (en particulier des membres du Comité québécois sur la CIDIH) pourrait être mise à contribution.

### **2.5.2 COMPARABILITÉ ENTRE LES ENQUÊTES**

Il se dégage un consensus quant à l'importance de préserver la comparabilité avec les enquêtes antérieures de 1986 et 1991. Il est à noter qu'il y a certaines nuances à la comparabilité des enquêtes de 1986 et 1991.

### **2.5.3 DÉFINITION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES MÉNAGES COLLECTIFS**

L'ESLA porte à la fois sur la population vivant dans les ménages privés et les établissements de santé. Certains interlocuteurs ont souligné l'intérêt de s'assurer que la base d'échantillon des établissements reflète le réseau québécois et les besoins d'information du réseau à cet égard. De plus, on devrait porter attention aux ménages collectifs afin de ne pas laisser échapper de l'échantillon un sous-groupe qui risque de présenter un haut taux d'incapacité.

### **2.5.4 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE/INCAPACITÉ POUR TROUBLES MENTAUX**

Dans l'ESLA de 1991, des questions avaient été ajoutées, comparativement à l'enquête de 1986, afin de différencier trois types d'incapacité inclus dans la catégorie «autre»: les incapacités dues à des déficiences intellectuelles, à des difficultés d'apprentissage ou à des problèmes de santé mentale.

On nous a suggéré l'intérêt de poursuivre les efforts entrepris par Statistique Canada pour mesurer ces incapacités (en premier lieu, en faisant un bilan de leur tentative) (Langlet, 1993). Ces données seraient très utiles selon certains utilisateurs, puisqu'on ne dispose d'aucune source récente permettant d'établir la prévalence, dans la population québécoise, de la déficience intellectuelle et de l'incapacité liée à des troubles mentaux importants et persistants.

D'autres ont suggéré que ces sujets devraient faire l'objet d'enquêtes spécifiques.

### 2.5.5 PROPOSITION D'AJOUT DE QUESTIONS

- Questions portant sur certaines tâches de base à composantes cognitives (par ex. téléphoner).
- Questions permettant d'explorer la consommation de services.
- Questions spécifiques.

---

## 3.0 PROJET D'ENQUÊTE

---

Le projet d'enquête comprend six scénarios. Cinq d'entre eux concernent les personnes vivant en ménage privé et un s'adresse aux personnes en établissement de santé. L'orientation générale de l'ensemble des scénarios est présentée d'abord. Les scénarios suivent, avec des commentaires sur les conséquences des divers choix sur la précision et la qualité des données, et une estimation des coûts.

### 3.1 ORIENTATION GÉNÉRALE

L'élaboration des scénarios a été guidée autant par l'expérience rapportée des enquêtes canadiennes, que par la nécessité d'ajuster les méthodes au contexte québécois. Les scénarios présentés tirent le meilleur profit possible de l'amélioration des méthodes entre 1986 et 1991, lesquelles diffèrent sur plusieurs points. Les scénarios offrent divers choix, déterminés par les bases de sondage et leurs possibilités mais aussi par un souci de qualité des données et des meilleurs coûts possibles.

Les scénarios visent à assurer la comparabilité des données à venir à celles de 1986 et de 1991, en termes de population à l'étude, de collecte des données et de précision des estimations. Chacun des scénarios assure cette comparabilité, sinon en discute les limites. Pour l'instant, on assume que le contenu des questionnaires est identique à celui de l'ESLA 1991. L'objectif de comparabilité entre les enquêtes implique que la section de sélection devrait rester identique et une grande partie du suivi. Le contenu du questionnaire devra bien sûr être revu en profondeur lors de la préparation de l'enquête. On pourra alors éliminer les questions peu utiles, réduire le nombre de questions de certaines sections s'il y a lieu, etc.

Les scénarios assurent une précision des estimations pour les sous-groupes d'âge, de gravité ou de nature d'incapacité, au moins équivalente aux enquêtes précédentes. Des éléments quant à la précision attendue sont présentés pour chaque scénario, avec la proportion minimale qu'une estimation doit avoir pour que la précision soit satisfaisante.

Également, des mesures sont prises pour assurer la validité des réponses. L'existence d'un effet lorsque la réponse est donnée par un tiers est connue. L'ampleur de cet effet diffère selon le sujet traité. Pour les enquêtes sur l'incapacité, le phénomène est peu connu, mais on s'attend à ce que la validité soit moins grande pour l'incapacité plus légère où la subjectivité pourrait être plus importante. Lors de l'ESLA 1991 une partie des questionnaires étaient remplis par un tiers. L'ampleur de l'effet de la réponse par un tiers n'est pas connue pour l'ESLA.

Dans les scénarios retenus, on a choisi d'administrer, autant que possible, les questions de sélection aux personnes elles-mêmes afin d'éliminer les biais potentiels liés à l'identification de l'incapacité par un tiers, et d'assurer la comparabilité avec les ESLA précédentes. Quelquefois, cependant, une présélection auprès d'un tiers ne peut être évitée. L'examen des 32 questions de sélection suggère que la plupart semblent être assez faciles à répondre par un tiers. Trois questions pourraient être plus difficiles (A2, A18 et A21).

Lorsque possible, les interviews face-à-face sont favorisées lors du premier contact car ils pourraient également limiter le biais de sélection, quoique d'autres facteurs du contexte constituent des éléments de confusion (Binder et Morin, 1988).

### **3.1.1 POPULATION VISÉE**

La population à l'étude est telle que définie dans l'ESLA : les personnes de tous âges ayant des incapacités physiques ou mentales. Elle inclut donc les personnes en ménage privé, en ménage collectif et en établissement de santé. Cependant, certaines bases de sondage ne permettent pas d'inclure les ménages collectifs; la proportion de personnes ainsi exclues sera notée.

La définition de l'incapacité, dans les scénarios présentés, demeure la même que dans l'ESLA. Si les critères de définition diffèrent pour les adultes et les enfants, ils répondent à des besoins différents et ne semblent pas remis en question.

### **3.1.2 REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON**

L'échantillon doit représenter les jeunes et les adultes ayant des incapacités vivant en ménage, et les adultes vivant en établissement de santé. Les sous-groupes pour lesquels la représentativité est souhaitée, au niveau provincial, sont les personnes présentant les différents types d'incapacité : la mobilité, l'agilité, la vision, l'ouïe, la parole et autres.

La représentativité est souhaitée également pour des sous-groupes d'âge : les 0 à 14 ans, les 15 à 64 ans et les 65 ans et plus.

L'échantillon est généralement suffisant pour subdiviser en deux ou trois sous-groupes, d'une part les personnes de 15 à 64 ans et d'autre part les personnes de 65 ans et plus. Il permet aussi de distinguer deux niveaux d'incapacité, soit les catégories «légère», puis «modérée ou grave».

Enfin, certains scénarios permettent d'assurer la représentativité par région sociosanitaire. Cette représentativité territoriale concerne l'ensemble des personnes ayant des incapacités, et non des sous-groupes de celles-ci.

L'échantillon de personnes en établissement de santé vient compléter le portrait global des Québécois ayant une incapacité. Un portrait des personnes en établissement de santé peut aussi être fait de façon indépendante, pour des sous-groupes d'adultes selon l'âge, la nature ou le niveau d'incapacité.

### **3.1.3 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON**

Lors de la détermination des tailles d'échantillons pour les différents scénarios, il est important de tenir compte du plan de sondage car il a un impact sur la précision. Par exemple, un plan de sondage avec concentration de l'échantillon engendre une perte de précision par rapport à un plan de sondage aléatoire simple de même taille. Un échantillon très déséquilibré par rapport à la population a également cet impact. C'est ce qui s'est produit lors de l'ESLA de 1986. En effet, même si l'ESLA de 1986 comptait environ 5,5 fois plus de répondants avec incapacité que l'ESLA de 1991, le faible nombre de répondants sélectionnés dans la strate «Non», alors que cette population représente 50 % de la population avec incapacité, a conduit à un effet de plan élevé.

Pour enlever l'effet du plan de sondage et permettre ainsi la comparaison entre les différents scénarios, on utilise la taille d'échantillon efficace. Celle-ci est obtenue en divisant le nombre de répondants avec incapacité par l'effet de plan. On peut ainsi, par exemple, comparer les enquêtes de 1986 et 1991 (tableau 6). Malgré le fait que l'enquête de 1986 soit plus précise que celle de 1991, on constate que l'écart est beaucoup moins grand que pouvait suggérer le nombre de répondants avec incapacité.

**TABLEAU 6****EFFET DE PLAN ET TAILLE D'ÉCHANTILLON EFFICACE,  
QUÉBEC, ESLA 1986 ET 1991**

	<b>ESLA 1986</b>	<b>ESLA 1991</b>
<b>PERSONNES AVEC INCAPACITÉ (PI)</b>	10534 †	1927 †
<b>EFFET DE PLAN (EP)<sup>1</sup></b>	6 †	2,6 †
<b>TAILLE EFFICACE (PI/EP)</b>	1758 †	741 †

† Population de 15 ans et plus seulement.

\* Les effets de plan des ESLA de 1986 et 1991 ont été déterminés à partir des tableaux de variabilité d'échantillonnage du guide de l'utilisateur. Calculs BSQ.

### **3.2 PRÉSENTATION DES SCÉNARIOS**

Le premier scénario présenté est le plus semblable aux ESLA précédentes puisqu'il se rattache au recensement de 1996. Un second scénario envisage une enquête totalement indépendante. D'autres scénarios se rattachent, selon le principe des ESLA précédentes, à une enquête générale, celle de Santé Québec de 1998; ils diffèrent entre eux par la méthode de sélection des personnes avec incapacité. Le cinquième complète un scénario rattaché à l'enquête de Santé Québec par un suréchantillonnage visant une meilleure précision des estimations des personnes avec incapacité, ou un groupe d'âge particulier de celles-ci. Le scénario auprès des personnes en établissement de santé serait réalisé avec l'un des scénarios auprès des personnes de tous âges vivant en ménage; l'ensemble des personnes avec incapacité seraient alors représentées.

---

## **PRÉSENTATION DES SCÉNARIOS**

---

---

## **SCÉNARIO A : LIEN AVEC LE RECENSEMENT FÉDÉRAL**

---

---

### **1.0 STRATÉGIE GÉNÉRALE**

---

**Ce scénario est une réplique complète de la stratégie utilisée pour les ESLA de 1986 et 1991, soit un lien avec le recensement canadien.**

**Les deux questions utilisées pour la présélection de l'échantillon sont incluses dans le recensement de 1996. L'ESLAQ proprement dite serait faite au téléphone ou en personne auprès d'un échantillon des personnes présélectionnées de la strate «Oui» et d'une fraction plus faible de personnes de la strate «Non».**

---

### **2.0 MÉTHODOLOGIE**

---

#### **2.1 POPULATION À L'ÉTUDE**

**La population à l'étude est l'ensemble de la population du Québec vivant dans les ménages privés et les ménages collectifs non institutionnels (0-14 ans et 15 ans et plus). Le scénario I, qui complète celui-ci, porte sur la population vivant dans les établissements de santé.**

## 2.2 ÉCHANTILLONNAGE

### 2.2.1 RECENSEMENT DE MAI 1996 : PRÉSÉLECTION

Les deux questions de présélection (Q7-Q8)<sup>1</sup> sont déjà dans le questionnaire du recensement effectué en mai 1996. Le recensement permettait de constituer deux strates : une strate «Oui» et une strate «Non».

#### ● PROCÉDURES DE PRÉSÉLECTION

Des procédures avaient été mises en place lors de la collecte de données des recensements de 1986 et de 1991 pour que la constitution des strates «Oui» et «Non» de l'ESLA soit faite directement sur le terrain au même moment que le recensement; cela permettait de réduire les délais entre le recensement et l'enquête (voir Denis *et al.*, 1993, p. 34-35). Selon les informations obtenues de Statistique Canada, ces procédures de présélection n'ont pas été mises en place pour le recensement de 1996. La procédure de présélection devrait par conséquent être différente de celle des deux enquêtes précédentes.

L'information nécessaire à la présélection (échantillonnage des personnes des strates «Oui» et «Non») a été recueillie lors du recensement de 1996; il s'agit principalement des réponses aux questions Q7 et Q8, des noms, adresses, numéros de téléphone, des renseignements géographiques (secteurs de dénombrement), et de l'âge. Cependant, il est important de noter que les noms, adresses et numéros de téléphone, bien qu'ils figurent au questionnaire du recensement ne sont pas saisis aux fins du recensement de 1996. On serait donc dans l'obligation de retourner directement aux formulaires du recensement (copie papier) pour l'ensemble de la population du Québec pour faire la présélection de l'échantillon pour l'ESLAQ. Santé Québec devrait demander à Statistique Canada de saisir cette information pour permettre la création de l'échantillon de l'ESLAQ. Si Statistique Canada accepte, il est à prévoir que cette démarche implique des coûts additionnels et des délais.

---

<sup>1</sup> Q.7 Cette personne est-elle limitée dans ses activités à cause d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale ou d'un problème de santé chronique :

a) à la maison?

- Non, pas limitée  
 Oui, limitée

b) à l'école ou au travail?

- Non, pas limitée  
 Oui, limitée  
 Sans objet

c) dans d'autres activités, par exemple  
ses trajets entre la maison et son  
lieu de travail ou dans ses loisirs?

- Non, pas limitée  
 Oui, limitée

Q.8 Cette personne a-t-elle des incapacités ou handicaps de longue durée?

- Non  
 Oui

Ce scénario requiert que Statistique Canada fournisse ensuite à Santé Québec la liste des personnes de ces deux strates. Santé Québec devrait donc obtenir au préalable les autorisations pour avoir accès à ces listes. Cette démarche implique, premièrement, que Statistique Canada accepte le projet et, deuxièmement, que ce transfert d'information soit autorisé en vertu des lois qui protègent les renseignements personnels. Ceci représente une difficulté majeure et on doit prévoir, à tout le moins, que les démarches nécessaires entraînent des délais.

La loi sur la Statistique permet à Statistique Canada d'utiliser l'information du recensement pour constituer l'échantillon de l'ESLA sans demander l'autorisation aux répondants. Le recensement de 1996 ne contient pas de demande d'autorisation aux répondants pour le transfert d'information à Santé Québec. Il semble peu probable que ce transfert d'information soit acceptable au sens de la loi, compte tenu que l'avis contenu dans le formulaire du recensement mentionne au contraire explicitement qu'aucun autre ministère ne peut avoir accès à ces données (voir encadré).

**EXTRAIT DU FORMULAIRE DU RECENSEMENT DE 1996**

«Les renseignements que vous fournissez dans votre questionnaire du recensement sont protégés par la loi. Les employés de Statistique Canada qui traiteront votre questionnaire ont prêté serment de discrétion. Ils sont les seuls à le manipuler. Personne, ni même la police, ni aucun autre ministère, ne peut avoir accès à votre questionnaire. C'est votre droit.»

De plus, le Guide du recensement de 1996 remis aux répondants spécifie que «les noms *ne sont pas* entrés dans la base de données du recensement» et qu'ils sont utilisés «afin que personne ne soit oublié ni compté deux fois» (Guide du recensement de 1996, p. 4).

Si ces données étaient transmises, ce qui est peu probable voire impossible, Santé Québec procéderait ensuite à l'échantillonnage des personnes constituant les strates «Oui» et «Non», comme cela a été fait en 1986 et en 1991.

● **DÉLAIS ENTRE LE RECENSEMENT ET L'ENQUÊTE**

L'enquête doit idéalement se dérouler le plus vite après le recensement. Lors des enquêtes précédentes, l'enquête s'est déroulée de trois à six mois après le recensement (en 1991, le recensement a eu lieu le 3 juin et l'ESLA s'est tenue du début août à la fin octobre). Le

recensement 1996 ayant eu lieu le 14 mai 1996, il est probable que le délai entre le recensement et l'ESLAQ soit plus grand.

À cause du délai entre le recensement de 1996 et l'ESLAQ, Santé Québec devrait procéder à la mise à jour de la liste de personnes fournie par Statistique Canada (changements d'adresse). Ces mises à jour sont difficiles et coûteuses et ces difficultés s'accroissent au fur et à mesure qu'augmente le délai entre le recensement et l'ESLAQ.

On peut estimer l'ampleur de ces mises à jour à partir des résultats du recensement de 1991. En 1991, 14 % de la population québécoise d'un an et plus avait déménagé au cours de la dernière année. Sachant qu'une part importante des déménagements ont lieu en juillet et que le recensement se tient juste avant ces déménagements (en mai 1996), on est susceptible d'avoir une proportion de mises à jour assez élevée (on ne peut vraisemblablement soutenir l'hypothèse d'un taux de déménagement uniforme de 1,2 % par mois).

Les procédures de mises à jour peuvent se faire par le biais des changements d'adresse connus des bureaux de poste ou d'autres fichiers administratifs (RAMQ, SAAQ) (autorisations requises), en se rendant sur le terrain consulter le concierge, etc (méthode coûteuse).

● **HYPOTHÈSE ALTERNATIVE : RECENSEMENT DE 2001**

Les recensements canadiens se déroulant aux cinq ans, on pourrait attendre le recensement de 2001. Cela permettrait d'assurer une préparation adéquate de la présélection de l'échantillon et de faire les ententes nécessaires avec Statistique Canada.

Cela implique :

- que Statistique Canada maintienne les questions de présélection au recensement de 2001;
- qu'on effectue les démarches nécessaires au transfert de données entre Statistique Canada et Santé Québec et que l'autorisation de transfert soit accordée;
- que les données sur les incapacités ne <sup>seront</sup> sont pas disponibles avant 2001-2002, soit 10 ans après l'ESLA 1991.

Selon les renseignements obtenus de Statistique Canada, le contenu du questionnaire long (dans lequel sont les questions de présélection Q7-Q8) du recensement de 2001 n'est pas encore établi. Pour le moment, seul le financement du questionnaire court est établi. Si ce scénario est retenu, il faudrait demander à Statistique Canada d'inclure ces questions pour le Québec si elles n'y sont pas, et d'inclure, au besoin, l'avis ou la demande d'autorisation de transfert d'information à Santé Québec dans le formulaire du recensement pour les résidents du Québec. Cela pourrait impliquer des coûts supplémentaires.

Une partie de ces difficultés pourraient être contournées si l'enquête était confiée directement à Statistique Canada.

## 2.2.2 PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillonnage de l'ESLAQ se ferait de façon analogue à l'ESLA de 1991 sous plusieurs aspects.

Le plan d'échantillonnage de l'ESLA 1991 était un plan stratifié à deux degrés à partir de questions (2) de présélection du recensement; l'unité primaire d'échantillonnage (UPE) étant formé de secteurs de dénombrement (SD) et l'unité secondaire d'échantillonnage étant le répondant. Les niveaux de stratification sont principalement la réponse aux deux questions du recensement («Oui», «Non») et la taille des UPE (petite, grande). Les individus de la strate «Oui» de la présélection du recensement sont tous interviewés; dans la strate «Non», on interviewe plutôt une personne sur trois.

Une différence importante entre les plans de sondage de 1986 et 1991 consiste en un suréchantillonnage des 15-64 ans ayant des incapacités en 1991, contrairement à la proportionnalité en 1986. Le scénario de base, tel que présenté ici, ne comporte pas de suréchantillonnage.

L'échantillonnage permet de constituer deux strates de personnes qui seront interviewées, la strate «Oui» et la strate «Non». En 1991, 10 945 des personnes interviewées au Québec provenaient de la strate «Non» et 2 735 de la strate «Oui», pour un total de 13 680 individus interviewés. Cet échantillon a permis d'obtenir des données sur 2 309 personnes avec incapacité. Le tableau 7 présente la taille des deux strates constitués en 1991 selon l'âge.

**TABEAU 7**

**TAILLE D'ÉCHANTILLON OBTENU POUR LES STRATES «OUI» ET «NON»  
SELON L'ÂGE, QUÉBEC, ESLA 1991**

AGE	OUI	NON	TOTAL
0-14 ANS	1 290	4 205	4 495
15-64 ANS	2 195	6 470	8 665
65 ANS ET PLUS	250	270	520
<b>TOTAL</b>	<b>2 735</b>	<b>10 945</b>	<b>13 680</b>

Source : Rapport méthodologique : composante ménages, ESLA 1991, annexe VII.

L'échantillonnage a été différent en 1986. Ainsi, sur un total de 21 000 personnes interviewées au Québec en 1986, 15 200 personnes provenaient de la strate «Oui» et 5 800 personnes de la strate «Non» (tableau 8). On a pu ainsi recueillir de l'information sur 12 265 personnes avec incapacité au Québec.

**TABLEAU 8**

**TAILLE D'ÉCHANTILLON OBTENU POUR LES STRATES «OUI» ET «NON»  
SELON L'ÂGE, QUÉBEC, ESLA 1986**

AGE	OUI	NON	TOTAL
0-14 ANS	2 200	1 800	4 000
15 ANS ET PLUS	13 000	4 000	17 000
<b>TOTAL</b>	<b>15 200</b>	<b>5 800</b>	<b>21 000</b>

Source : Statistique Canada.

La constitution de ces deux strates permet de concentrer les ressources de l'enquête sur une population plus susceptible de présenter une incapacité.

En 1991, 7,8 % de la population québécoise de 15 ans et plus a répondu oui aux questions de présélection, auxquels s'ajoutent 2,1 % de la population de 0-14 ans (Lynch, 1994). Cependant, le quart (24,4 %) des personnes présélectionnées de 15 ans et plus se sont révélées de faux positifs (26,7 % chez les 0-14 ans). Ces personnes ont été recontactées pour l'ESLA alors qu'elles auraient pu ne pas l'être; cela montre que cette présélection n'est pas optimale.

Par ailleurs, la nécessité de la collecte des données auprès d'une partie de la strate «Non» est évidente lorsqu'on constate que plus de la moitié (53,4 %) des personnes ayant des incapacités selon l'ESLA 1991 au Québec avaient répondu non aux deux questions de présélection (faux négatifs) (Lynch, 1994). Elle est encore plus marquée chez les 0-14 ans, où cette proportion atteint 71,9 %.

● **EFFICACITÉ DES ÉCHANTILLONS**

Les différences dans les plans d'échantillonnage des ESLA de 1986 et de 1991 se reflètent dans leur efficacité respective. Comme on peut le voir au tableau 9, l'échantillonnage de l'ESLA de 1986 comporte un effet de plan élevé (6) comparativement à 2,6 en 1991. Elle est donc moins efficace que l'enquête de 1991. En effet, avec un tel effet de plan, l'information portant sur les 10 534 personnes avec incapacité a une précision équivalente à celle d'une

enquête portant sur un échantillon aléatoire simple d'environ 1 758 personnes (dit taille efficace de l'échantillon). Comparativement, l'ESLA de 1991, avec un effet de plan de 2,6, a une taille efficace équivalent à un échantillon aléatoire de 741 personnes.

**TABLEAU 9**

**EFFET DE PLAN ET TAILLE D'ÉCHANTILLON EFFICACE,  
QUÉBEC, ESLA 1986 ET 1991 ET SCÉNARIO A**

	ESLA 1986	ESLA 1991	ESLAQ SCÉNARIO A
PERSONNES INTERVIEWÉES («OUI», «NON»)	21000	13680	22188
PERSONNES AVEC INCAPACITÉ (PI)	10534 †	1927 †	4500
EFFET DE PLAN (EP)	6 †	2,6 †	2,6
TAILLE EFFICACE (PI/EP)	1758 †	741 †	1731

Calculs BSQ

† Population de 15 ans et plus seulement.

La taille de l'échantillon de l'ESLAQ a été établie pour assurer une taille d'échantillon efficace comparable à celle de l'ESLA de 1986 (environ 1 731 personnes). En utilisant un plan d'échantillonnage comparable à celui de l'ESLA de 1991 et un effet de plan de 2,6, on devrait interviewer 4 500 personnes avec incapacité.

Cela permet d'estimer la taille des strates «Oui» et «Non» nécessaires pour l'ESLAQ (voir schéma 1, p. 36). Pour obtenir 4 500 répondants avec incapacité, on devrait interviewer, lors de l'ESLAQ, 22 188 personnes, soit 4 439 personnes de la strate «Oui» et 17 749 personnes de la strate «Non».

● **PRÉCISION DES ESTIMATIONS**

On a évalué la précision des estimations à laquelle on peut s'attendre avec des données portant sur 4 500 répondants avec incapacité. Dans ce scénario, les estimations seraient qualifiées de bonnes pour les phénomènes touchant 3 % et plus des personnes avec incapacité. On considère que la précision est bonne si le coefficient de variation (CV) d'une proportion est inférieur à 15 %. Le tableau 10 montre les proportions minimales dans chaque groupe d'âge selon ce scénario.

**TABLEAU 10**

**PROPORTION MINIMALE POUR OBTENIR UN CV INFÉRIEUR À 15 %, SELON L'ÂGE, SCÉNARIO A**

<b>AGE</b>	<b>NOMBRE DE RÉPONDANTS AVEC INCAPACITÉ (n)</b>	<b>PROPORTION MINIMALE<sup>1</sup> (%)</b>
0-14 ANS	433	21
15-34 ANS	740	14
35-54 ANS	977	11
55-64 ANS	716	14
15-64 ANS	2 433	5
65-74 ANS	833	12
75-84 ANS	635	15
85 ANS ET PLUS	166	41
65 ANS ET PLUS	1 634	7
<b>TOTAL<sup>2</sup></b>	<b>4 500</b>	<b>3</b>

1. Proportion au sein des personnes avec incapacité.

2. La somme du nombre de répondants avec incapacité peut être différente du total à cause des approximations.

## 2.3 COLLECTE DES DONNÉES

### ● MÉTHODE DE COLLECTE

La collecte de l'ESLAQ serait conforme à celle utilisée en 1991 (voir schéma 1, p. 36). On assume ici que la présélection résulte dans des taux de vrais positifs (75 %) et de faux négatifs (6,6 %) comparables à ceux observés lors de l'ESLA de 1991.

L'entrevue (téléphonique ou en personne) serait faite auprès des personnes des strates «Oui» et d'une fraction de la strate «Non». Comme c'était le cas pour l'ESLA 1991, la plupart des entrevues seraient faites au téléphone pour les personnes de la strate «Oui», sauf : pour les personnes âgées de 65 ans et plus ou certaines personnes ayant des difficultés de communication (parole, audition). Toutes les personnes de la strate «Non» seraient interrogées par téléphone. Au total, entre 5 et 10 % des entrevues ont été faites par téléphone, en 1991. Ici, les entrevues pour les enfants de 0-14 ans de la strate «Oui» pourraient être faites au téléphone puisqu'elles s'adressent à un tiers-répondant.

- **INSTRUMENT DE COLLECTE**

Le questionnaire de l'ESLA comprend une première section de sélection (section A) et un questionnaire dit de suivi.

Une partie des personnes rejointes, celles qui ne présentent pas d'incapacité, ne répondront qu'à la section de sélection du questionnaire, ce qui réduit le temps d'entrevue.

- **LIEN AVEC LES DONNÉES DU RECENSEMENT**

Un des avantages des ESLA précédentes était que les données du recensement, portant entre autres sur les caractéristiques sociodémographiques, étaient jumelées à celles de l'ESLA. Si ce scénario est retenu, Santé Québec devrait aussi demander une autorisation pour avoir accès à ces données. Sinon des questions sur ces aspects devraient être ajoutées aux questionnaires.

---

### **3.0 ÉCHÉANCIER ET COÛTS**

---

- **ÉCHÉANCIER**

Le recensement de 1996 s'est tenu en mai. Ce scénario poserait une difficulté en raison du délai entre le recensement de 1996 et la tenue de l'enquête. Le délai minimum pour la tenue de l'enquête doit tenir compte de l'acceptation du projet et des budgets, et de la préparation de l'ESLAQ. On estime le délai minimum de six à huit mois entre l'acceptation du projet et la tenue de l'enquête. L'ESLAQ devrait se dérouler le plus près possible du recensement pour minimiser les coûts associés à la mise à jour.

- **Coûts**

Éléments spécifiques importants de l'estimation des coûts :

- **Mise à jour des listes**

La difficulté et le coût augmentent avec le délai.

- **Coûts prévisibles pour la collaboration nécessaire de Statistique Canada : entrées de données du recensement, échantillonnage, listes.**

---

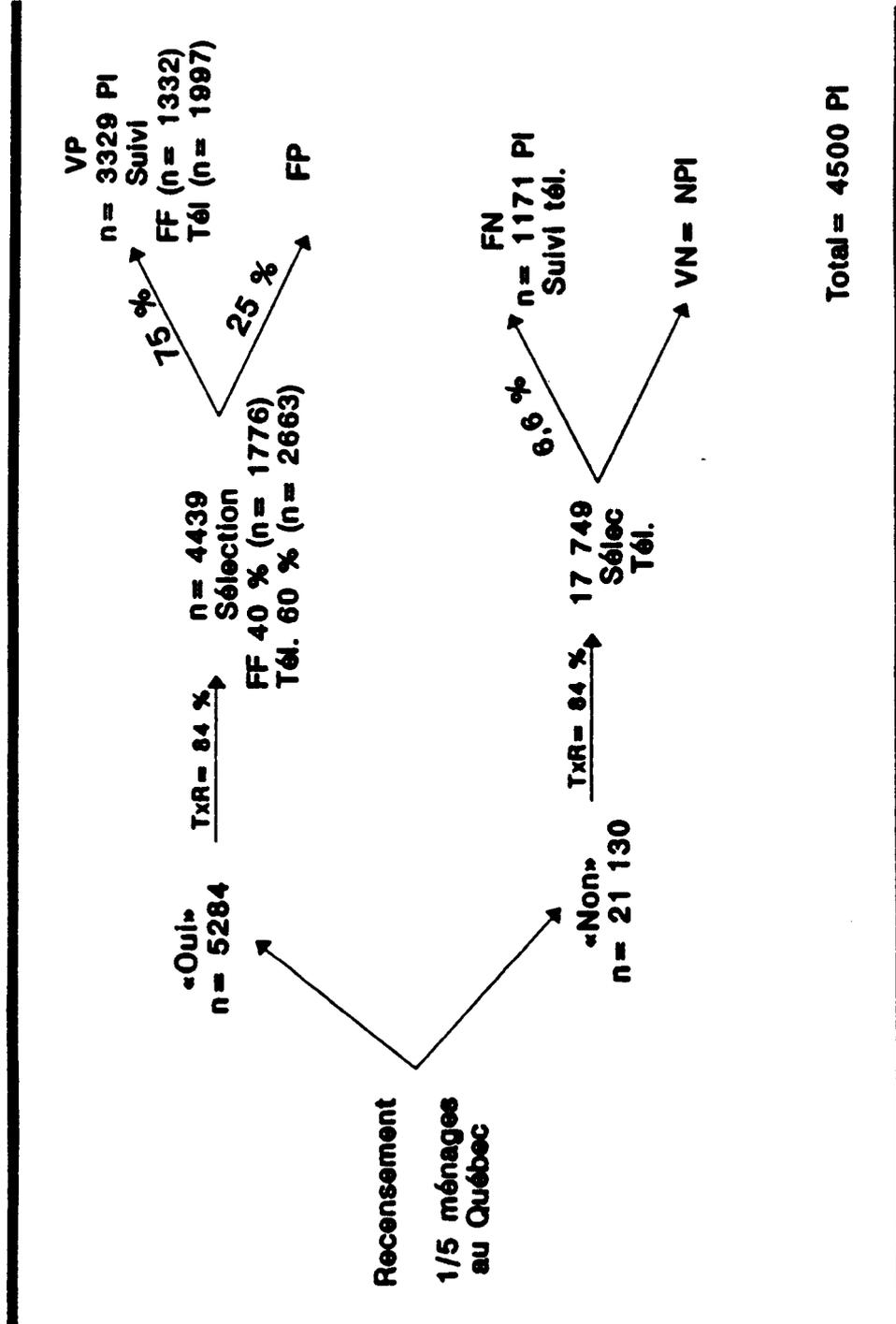
## 4.0 EN RÉSUMÉ

---

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Questions de présélection déjà au recensement de 1996</li><li>• Possibilité de comparer les personnes avec et sans incapacité sur les variables du recensement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Échéancier : coûts et difficultés de la mise à jour des listes de personnes présélectionnées</li><li>• Autorisation de transfert de données confidentielles</li><li>• Coûts des listes nominatives du recensement à saisir</li><li>• Faible sensibilité de la présélection</li></ul>
<b>RECENSEMENT DE 2001</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Temps de préparation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Données disponible plus de 10 ans après l'ESLA 1991</li><li>• Autorisation de transfert de données confidentielles requise</li></ul>

SCHÉMA 1 - SCÉNARIO A

LIEN AVEC LE RECENSEMENT 1996



Les sigles utilisés sont décrite à la page vii.

---

## **SCÉNARIO B : ENQUÊTE INDÉPENDANTE**

---

---

### **1.0 STRATÉGIE GÉNÉRALE**

---

Il s'agit d'une enquête indépendante du recensement ou de toute autre enquête. La base de sondage serait constituée pour les besoins propres de l'ESLAQ. La sélection serait faite par téléphone principalement, à partir des 32 questions de sélection du questionnaire de l'ESLA. Des choix s'offrent quant à la base de sondage et à l'unité d'échantillonnage, présentant chacun leurs avantages et leurs limites.

---

### **2.0 MÉTHODOLOGIE**

---

#### **2.1 POPULATION À L'ÉTUDE**

Population de tous âges en ménage privé (97,5 % de la population du Québec) ou collectif non institutionnel (0,25 % de la population) sauf des régions crie et inuite et des réserves indiennes. La population des établissements de santé est couverte par le scénario F.

## **2.2 ÉCHANTILLONNAGE**

### **2.2.1 BASE DE SONDAGE**

La base de sondage serait constituée soit de la liste des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), soit d'une génération aléatoire de numéros de téléphone.

#### **● LISTE DES BÉNÉFICIAIRES DE LA RAMQ**

Cette base de sondage couvre l'ensemble de la population. Cependant, le numéro de téléphone ne fait pas partie du fichier et il devrait être identifié autrement. À l'aide des bottins téléphoniques, dont un bottin par adresse existant pour la région métropolitaine seulement, le téléphone pourrait être complété pour environ 70 % des personnes, selon une expérience antérieure. Par conséquent, 30 % des personnes ne pourraient être rejointes par téléphone (numéros confidentiels, numéros non encore inscrits, personnes sans téléphone). Ils devraient l'être par la poste ou en face-à-face.

#### **● GÉNÉRATION ALÉATOIRE DE NUMÉROS DE TÉLÉPHONE**

Cette solution permettrait d'inclure les personnes avec numéro de téléphone confidentiel, mais les personnes sans téléphone seraient exclues; elles représentent moins de 3 % de la population.

La sélection par téléphone seulement pourrait rendre plus difficile le contact auprès de certaines personnes ayant des incapacités et vivant seules. Ainsi, 2,6 % des personnes avec incapacité avaient un problème modéré ou sévère d'audition ou de parole et vivaient seules selon l'ESLA de 1991. Cependant, les personnes ayant un problème d'audition ont en général un amplificateur ou un appareil de télécommunication pour les sourds (ATS), ce qui permet de les inclure dans l'échantillon (source : Sylvie Laverdière, documentaliste, Institut Raymond-Dewer, communication personnelle, 5 juin 1996).

### **2.2.2 PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE**

L'utilisation du fichier des bénéficiaires de la RAMQ comme base de sondage suppose la personne comme unité d'échantillonnage. Ce fichier permettrait d'obtenir un échantillon stratifié selon l'âge, au besoin.

Si la base de sondage est une génération aléatoire de numéros de téléphone, l'échantillon est constitué lors de la prise de contact. A priori, un échantillon de ménages ou de personnes peut être fait, mais la personne est l'unité d'échantillonnage proposée. Dans le premier cas, toutes les personnes du ménage feraient partie de l'échantillon, quel que soit leur âge. Un

répondant du ménage répondrait d'abord aux 32 questions de sélection pour chacun des membres du ménage identifiés précédemment. Cependant, les réponses données par un tiers peuvent induire un biais de sélection, ou une proportion de faux négatifs qui pourraient nécessiter l'échantillonnage des négatifs. On ne peut évaluer le biais de sélection sans faire un prétest trop coûteux pour retenir cette solution.

L'unité de sondage retenue étant l'individu, les personnes du ménage seraient d'abord identifiées selon un ordre prédéterminé d'âge ou de sexe. Un adulte (15 ans ou plus) et un enfant (ce dernier, s'il s'agit d'un ménage familial) seraient choisis de façon aléatoire dans chaque ménage pour constituer l'échantillon.

Dans l'option d'une génération aléatoire de numéros de téléphone comme base de sondage, on peut procéder à un échantillonnage par quota de groupes d'âge (0-14 ans, 15-64 ans, 65 ans et plus), à défaut de pouvoir échantillonner par strate selon le groupe d'âge.

### **2.2.3 REPRÉSENTATIVITÉ ET TAILLE DE L'ÉCHANTILLON**

On vise une représentativité des personnes avec une incapacité pour cinq groupes d'âge (trois entre 15 et 64 ans, deux de 65 ans et plus), selon deux niveaux d'incapacité (faible, et modérée ou grave), ainsi que selon la nature (cinq) de l'incapacité. Une représentativité régionale n'est pas visée.

Pour obtenir un peu plus de 3 100 répondants avec incapacité, deux cheminements sont proposés selon l'option choisie. L'option 1 est illustrée au schéma 2 (p. 44). Environ 35 000 noms seraient tirés au hasard dans le fichier des bénéficiaires de la RAMQ. Le nombre de répondants à la sélection serait de 27 300 personnes, après application des taux de réponse attendus selon les modes de collecte des données utilisées. Pour la plupart des répondants, la sélection et le suivi seraient faits en même temps. Pour les répondants avec incapacité sélectionnés par un questionnaire postal, le suivi se ferait dans un second temps et un (faible) taux de non-réponse est possible à cette étape. Environ 3 100 répondants avec incapacité sont prévus étant donné un taux d'incapacité de 11,5 % dans la population.

Le schéma 3 (p. 45) illustre l'option 2. Un adulte et un enfant seraient sélectionnés dans chaque ménage (s'il s'agit d'un ménage familial); 40 322 numéros de téléphone devraient être utilisés pour obtenir un échantillon de 21 168 ménages répondants à la sélection. De ceux-ci, 31 % seraient des ménages avec enfant de moins de 15 ans. Avec des taux d'incapacité attendus de 13 % chez les 15 ans et plus, et de 5,6 % chez les 0-14 ans, les répondants avec incapacité seraient au nombre de 3 100 environ.

Ces deux options se comparent lorsqu'on examine l'efficacité de l'échantillon. Ainsi, dans l'option 1 (RAMQ), les 3 140 répondants avec incapacité correspondent à un échantillon

efficace de 2 374 répondants. Dans l'option 2, les 3 119 répondants correspondent à un échantillon efficace de 2 399 répondants.

Le tableau 11 sert à évaluer la précision qui pourrait être obtenue avec ce scénario. Dans l'option 1, toute proportion de 2 % chez les personnes avec incapacité aurait un coefficient de variation de moins de 15 %. Pour l'ensemble du groupe de 65 ans et plus, toute proportion de 5 % ou plus serait également précise. L'option 2 offrirait une précision à peu près équivalente à l'option précédente.

**TABLEAU 11**

**PROPORTION MINIMALE POUR OBTENIR UN CV INFÉRIEUR À 15 %, SELON L'ÂGE, SCÉNARIO B**

**OPTION 1**

<b>Âge</b>	<b>Nombre de répondants avec incapacité (n)</b>	<b>Proportion minimale<sup>1</sup> (%)</b>
0-14 ans	301	16
15-34 ans	514	10
35-54 ans	677	8
55-64 ans	498	10
15-64 ans	1689	3
65-74 ans	579	9
75-84 ans	456	11
85 ans et +	115	33
65 ans et +	1150	5
<b>Total<sup>2</sup></b>	<b>3140</b>	<b>2</b>

[suite du tableau à la page suivante]

**TABLEAU 11 [SUITE]**

**PROPORTION MINIMALE POUR OBTENIR UN CV INFÉRIEUR À 15 %,  
SELON L'ÂGE, SCÉNARIO B**

**OPTION 2**

Âge	Nombre de répondants avec incapacité (n)	Proportion minimale <sup>1</sup> (%)
0-14 ans	367	14
15-34 ans	344	14
35-54 ans	604	9
55-64 ans	484	11
15-64 ans	1432	4
65-74 ans	633	8
75-84 ans	532	10
85 ans et +	154	27
65 ans et +	1320	4
<b>Total<sup>2</sup></b>	<b>3119</b>	<b>2</b>

(1) Proportion au sein des personnes avec incapacité.

(2) La somme du nombre de répondants avec incapacité peut être différente du total à cause des estimations.

## 2.3 COLLECTE DES DONNÉES

### ● MÉTHODE DE COLLECTE

La collecte des données se ferait auprès de la personne elle-même si elle a 15 ans ou plus, et auprès d'un adulte responsable s'il s'agit d'un enfant. Si la personne ne peut répondre pour elle-même en face-à-face, les réponses d'un tiers sont acceptées.

Les questions de sélection seraient posées par téléphone pour les personnes (70 %) dont le téléphone a été identifié dans l'option 1 (voir schéma 2, p. 44). La stratégie élaborée pour les autres personnes vise à obtenir un taux de réponse élevé sans trop augmenter les coûts. Les personnes seraient d'abord contactés par la poste; un taux de réponse d'environ 50 % est attendu à cette étape, au questionnaire de sélection. Par la suite, le suivi se ferait au téléphone si possible, sinon en face-à-face, pour les personnes ayant un problème d'ouïe ou de parole ou pour les personnes âgées ou celles qui n'ont pas fourni de numéro de téléphone. À cette étape, une légère perte de répondants est attendue au questionnaire de suivi, puisque le suivi ne serait pas fait en même temps comme dans les autres scénarios. Les non-

le suivi ne serait pas fait en même temps comme dans les autres scénarios. Les non-répondants à la poste seraient visités à domicile, où la sélection et le suivi seraient faits en une seule étape, en face-à-face. Des informations minimales demeurent disponibles au sujet des non-répondants, dans le fichier des bénéficiaires de la RAMQ (âge, sexe, région).

Toutes les personnes seraient contactées par téléphone dans l'option 2 (voir schéma 3, p. 45). Les personnes ayant un problème d'ouïe ou de parole seraient cependant interrogées face-à-face, si le problème est identifié dès le contact, par exemple par la présence d'un appareil de télécommunication pour les sourds (ATS). Par la suite, une réponse positive obtenue à l'une des 32 questions de sélection entraînerait une entrevue de suivi face-à-face si un problème d'ouïe ou de parole est identifié, ou s'il s'agit d'une personne âgée. Si une réponse positive est obtenue à la sélection pour une personne de moins de 15 ans ou pour un adulte qui n'était pas en mesure de répondre lui-même, l'interviewer poursuivrait au sujet de cette personne avec le répondant du ménage, avec le questionnaire de suivi, par téléphone.

#### ● INSTRUMENTS DE COLLECTE

**Questionnaires de sélection et de suivi de l'ESLA, pour enfants et pour adultes.** Une version autoadministrée des questionnaires devrait être faite pour les envois postaux.

**Questions sur les caractéristiques sociodémographiques ou la santé des personnes.** Cette section devrait toucher au moins les thèmes suivants :

- l'âge,
- le sexe,
- le statut matrimonial,
- le type de ménage (familial, vivant seule, avec personnes apparentées ou non apparentées, privé ou collectif),
- la langue parlée à la maison,
- le niveau de scolarité atteint,
- l'état général de santé perçu.

## 2.4 QUALITÉ DES DONNÉES

#### ● VALIDITÉ DE LA RÉPONSE

La validité est assurée par le fait que la personne répond pour elle-même. Si la sélection était faite auprès d'un tiers répondant pour le ménage, il pourrait y avoir de faux positifs et de faux négatifs. Les faux positifs seraient repérés lors de l'entrevue auprès de la personne sélectionnée, qui répondrait aussi aux questions de sélection afin d'assurer la validité des réponses. On ne connaît pas la proportion de faux négatifs que la sélection auprès d'un tiers ne pourrait détecter. En effet, la réponse aux questions de sélection inclut une part de subjectivité et il n'est pas sûr que celle-ci agisse de la même façon chez la personne avec

incapacité et chez un tiers. La proportion de faux négatifs ne pourrait être évaluée que par un prétest; sinon, ils pourraient être repérés par l'ajout d'une strate de «non», dans l'échantillon. Ces solutions sont ou bien très coûteuses ou bien n'assurent pas la validité de la réponse et elles ont été exclues.

- **BIAIS DE SÉLECTION**

Le premier contact étant téléphonique, la comparabilité avec les ESLA précédentes se pose. Un biais peut être introduit par une sous-représentation des personnes ayant des difficultés d'ouïe ou de parole, particulièrement si elles vivent seules. Cependant, il est probable que peu de ces personnes ne puissent être rejointes, puisque la plupart utilisent un appareil leur permettant de répondre à un appel, appareil accessible grâce à une subvention gouvernementale. Le biais de sélection est donc faible.

L'utilisation de trois modes de collecte (téléphone, poste, face-à-face) dans ce scénario aura probablement un effet sur l'identification des personnes avec incapacité. Les conclusions quant à cet effet ne sont pas évidentes dans les écrits sur le sujet. Cependant, il semble que les entrevues face-à-face, comparativement aux entrevues téléphoniques, tendent à sélectionner un plus grand pourcentage de personnes avec incapacité, mais il est difficile de séparer l'effet du mode de collecte des effets d'autres éléments du contexte (Binder et Morin, 1988).

---

### **3.0 ÉCHÉANCIER ET COÛTS**

---

- **ÉCHÉANCIER**

Il n'y a pas de contrainte quant à l'échéancier de cette enquête indépendante.

- **COÛTS**

Éléments ayant un impact sur les coûts :

- échantillonnage fait uniquement pour l'ESLAQ;
- recherche des numéros de téléphone si le fichier des bénéficiaires de la RAMQ est utilisé;
- taille de l'échantillon téléphonique vs face-à-face vs postal, si la base de sondage choisie est le fichier des bénéficiaires de la RAMQ;
- coûts moindres pour la génération aléatoire de numéros de téléphone.

---

## 4.0 EN RÉSUMÉ

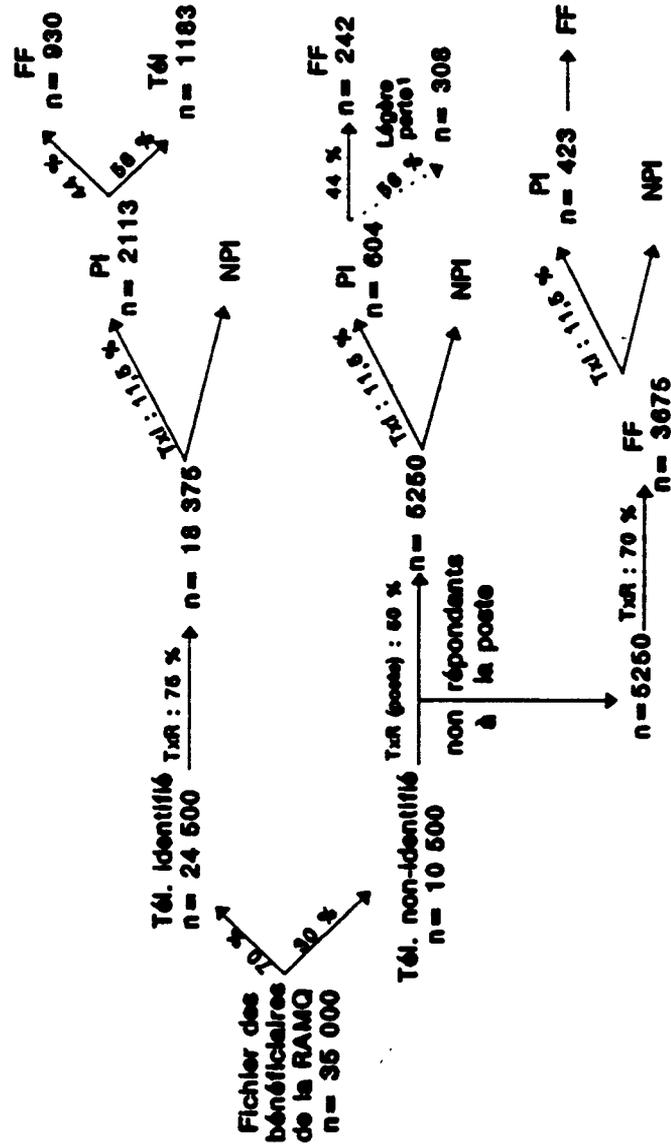
---

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Plan d'échantillonnage sur mesure</li><li>• Inclusion des personnes des ménages collectifs</li><li>• Économie réalisée par une entrevue téléphonique dans la plupart des cas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coûts élevés d'une enquête indépendante, étant donné le faible taux d'incapacité dans la population générale</li><li>• Impossibilité de comparer la population avec et sans incapacité sauf pour les variables sociodémographiques</li><li>• Questions de renseignements généraux à ajouter -</li><li>• Peu de renseignements sur la santé ou le contexte de vie des personnes avec incapacité</li><li>• Représentativité régionale absente</li></ul>

**SCHEMA 2 - SCENARIO B**

**ENQUETE INDEPENDANTE - OPTION 1**

Prise de contact                      Sélection                      Suivi



**Total : 3 140 PI**

(1) Légère perte due à une seconde entrevue.

Les sigles utilisés sont décrite à la page vii.



---

## **SCÉNARIO C : LIEN AVEC L'ENQUÊTE GÉNÉRALE DE 1998 : SÉLECTION AU QRI**

---

---

### **1.0 STRATÉGIE GÉNÉRALE**

---

L'enquête générale de 1998 (EG1998) servirait à identifier les personnes ayant une incapacité. Les questions de sélection de l'ESLAQ seraient incluses dans le questionnaire (QRI) de l'EG1998. Le suivi serait ensuite effectué auprès des personnes ayant une incapacité identifiées par l'EG1998, soit en personne ou par téléphone.

---

### **2.0 MÉTHODOLOGIE**

---

Le lien entre l'ESLAQ et l'EG1998 impliquerait que les deux enquêtes partagent des éléments communs, plus particulièrement pour l'échantillonnage (base d'échantillon, taille, précision des estimations). Certaines des décisions relatives à la méthodologie de l'EG1998 n'ont pas encore été prises (base de sondage, taille d'échantillon). Le scénario développé ici, retient comme hypothèse les choix minimums de l'EG1998, c'est-à-dire que toutes décisions prises par l'EG1998 seront de nature à améliorer ce scénario.

#### **2.1 POPULATION À L'ÉTUDE**

La population à l'étude de l'EG1998 est :

- la population des ménages privés;
- sont exclus :
  - ▶ les ménages collectifs institutionnels et non institutionnels;
  - ▶ les régions crie et inuite et les réserves indiennes.

Ces exclusions représentent environ 2,5 % de la population du Québec.

Les ménages collectifs représentent environ 1,8 % de la population du Québec selon le recensement de 1991. Ils se distinguent en deux groupes :

- les ménages collectifs institutionnels (établissements de santé, d'hébergements, établissements pénitentiaires et religieux, etc) qui comprennent 86 % des individus vivant dans les ménages collectifs;
- les ménages collectifs non institutionnels, qui comprennent 14 % des individus vivant dans les ménages collectifs.

#### ● POPULATION VISÉE PAR L'ESLAQ

En effectuant ce scénario-ci avec le scénario F, la population visée par l'ESLAQ sera la population ayant des incapacités vivant dans les ménages privés et les ménages collectifs institutionnels.

La seule population qui ne serait pas visée par ces deux scénarios, serait la population vivant dans les ménages collectifs non institutionnels. Celle-ci représente 0,25 % de l'ensemble de la population du Québec. Parmi celle-ci, on retrouve les résidents de maison de chambres et pension qui représentent 0,1 % de l'ensemble de la population du Québec. Les personnes âgées sont surreprésentées dans ce groupe, ce qui pourrait conduire à une sous-estimation de la population avec incapacité comparativement aux ESLA précédentes. Celle-ci est toutefois négligeable; et cette sous-population est trop restreinte pour justifier une modification de la stratégie d'échantillonnage de l'EG1998.

## 2.2 ÉCHANTILLONNAGE

### 2.2.1 ÉCHANTILLONNAGE DE L'EG1998

Le plan d'échantillonnage de l'EG1998 est un plan à deux degrés, dont le premier degré est l'unité primaire d'échantillonnage (UPE) et le second est le ménage. L'échantillonnage devrait comporter une stratification par région et probablement par aire homogène.

Deux bases de sondage sont envisagées pour l'EG1998 :

- 1) l'énumération des ménages, comme pour l'ESS 1992-1993;
- 2) le fichier de la RAMQ (FIB)

Le nombre de répondants au QRI prévu pour l'EG1998 est 30 000 individus répartis dans 14 300 ménages.

## 2.2.2 ÉCHANTILLONNAGE DE L'ESLAQ

### ● SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon de l'ESLAQ proprement dite serait constitué de l'ensemble des répondants de l'échantillon de l'EG1998, ayant une incapacité selon les critères de sélection, qui acceptent de participer à l'ESLAQ.

Les critères utilisés pour déterminer si une personne présente une incapacité seraient identiques à ceux utilisés dans l'ESLA 1991 (eux-mêmes peu différents de ceux de 1986). Plus spécifiquement :

- les 32 questions de sélection de l'ESLA (section 1) pour tous les membres du ménage de 15 ans et plus;
- les 27 questions de sélection (enfants 0-14 ans).

Le scénario prévoit que les personnes de 15 ans et plus répondent elles-mêmes aux questions de sélection. Le répondant du ménage du QRI répondrait aux questions de sélection pour les enfants de 0-14 ans.

L'EG1998 comprendrait une demande d'autorisation de recontacter les membres du ménage pour participer à l'ESLAQ lorsque ceux-ci ne sont pas présents lors de l'EG1998. Cette autorisation sera remplie par le répondant du ménage.

## 2.2.3 REPRÉSENTATIVITÉ, TAILLE DE L'ÉCHANTILLON DE L'ESLAQ ET PRÉCISION DES ESTIMATIONS

La représentativité de l'ESLA découle de son lien avec l'EG1998. Elle permettrait donc de fournir des estimations régionales du taux d'incapacité.

### ● TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

À partir du taux d'incapacité observé lors de l'ESLA 1991 (11,5 %), on peut s'attendre que des 30 000 répondants à l'EG1998, on pourrait interroger 3 450 répondants avec incapacité. Le tableau 12 montre la répartition de ces répondants selon l'âge. Le nombre de répondants avec incapacité serait plus grand que celui de l'ESLA de 1991, surtout pour les personnes âgées; mais il serait plus petit que celui de l'ESLA de 1986. On estime qu'ils comprendraient 1 585 répondants avec incapacité modérée ou grave, dont 903 répondants de 15-64 ans et 643 de 65 ans et plus (voir Annexe B, tableau 1).

**TABLEAU 12**

**NOMBRE DE RÉPONDANTS AVEC INCAPACITÉ,  
QUÉBEC, ESLA 1986 ET 1991 ET SCÉNARIO C**

ÂGE	ESLA 1986	ESLA 1991	ESLAQ - SCÉNARIO C
0-14 ANS	1 731	382	364
15-64 ANS	5 950	1 683	1 856
65 ANS +	4 584	244	1 230
TOTAL 15 ANS +	10 534	1 927	3 086
TOUS ÂGES	12 265	2 309	3 450

● **PRÉCISION DES ESTIMATIONS**

On a effectué une série de simulations pour évaluer la précision des estimations à laquelle on peut s'attendre avec des données portant sur 3 450 répondants avec incapacité, selon ce scénario. Les résultats détaillés sont présentés à l'Annexe B. Ces simulations ont montré que la précision des estimations pourrait être bonne pour plusieurs des variables et croisements examinés (tableau 13). On considère ici que la précision est bonne si le coefficient de variation (CV) d'une proportion est inférieur à 15 %.

**TABLEAU 13**

**SYNTHÈSE DES VARIABLES ET CROISEMENTS AYANT UNE  
BONNE PRÉCISION D'ESTIMATION, SCÉNARIO C**

**TAUX D'INCAPACITÉ**

- Taux d'incapacité selon l'âge (7 catégories)
- Taux d'incapacité selon l'âge (7 cat.) et le sexe
- Taux d'incapacité selon la région

**GRAVITÉ DE L'INCAPACITÉ**

- Gravité de l'incapacité selon l'âge (3 cat.) sauf chez les 0-14 ans de niveaux modérés ou sévères (0,6 %\*)

**TYPE D'INCAPACITÉ**

- Chacun des types d'incapacité : mobilité, agilité, vision, etc)(population de 15 ans et plus)
- Chaque type selon l'âge (2 catégories : 15-64 ans, 65 ans et plus) sauf chez les 65 ans et plus avec difficulté de la parole (1,5 %\*)
- Chaque type selon l'âge (4 catégories : 15-34 ans, 35-54, 55-64, 65+) sauf pour 6 des 24 estimations qui ont des CV supérieurs à 15 %

\* CV entre 15 % et 25 %.

On remarque que la précision diminue lorsque plusieurs variables sont croisées ou que les proportions sont très petites. L'échantillon pourrait donc être insuffisant pour étudier certains phénomènes plus rares dans la population avec incapacité ou lorsqu'on subdivise cette population ou qu'on croise plusieurs variables. Par ailleurs, on peut s'attendre à ce que les estimations soient plus précises si la population des établissements s'ajoute à celle des ménages privés.

La simulation a permis d'estimer qu'en général on peut s'attendre à une bonne précision lorsque le phénomène étudié aura une proportion minimale de 3 % parmi la population avec incapacité (tableau 14). Le tableau montre, dans chaque groupe d'âge, les proportions minimales pour une bonne précision des estimations. En comparant ces seuils minimums aux données publiées des enquêtes antérieures, on peut voir quelle pourrait être la précision de différentes estimations selon ce scénario.

**TABLEAU 14**  
**PROPORTION MINIMALE POUR OBTENIR UN CV INFÉRIEUR À 15 %, SELON L'ÂGE, SCÉNARIO C**

SOUS-GROUPE	NOMBRE DE RÉPONDANTS AVEC INCAPACITÉ (N)	PROPORTION MINIMALE <sup>1</sup> (%)
<b>ÂGE</b>		
0-14 ans	364	20
15-34 ans	553	14
35-54 ans	741	11
55-64 ans	567	14
15-64 ans	1 853	5
65-74 ans	618	13
75-84 ans	463	16
85 ans et plus	123	42
65 ans et plus	1 168	7
<b>Total<sup>2</sup></b>	<b>3 450</b>	<b>3</b>

(1) Proportion au sein des personnes avec incapacité.

(2) La somme du nombre de répondants avec incapacité peut être différente du total à cause des estimations.

● EFFICACITÉ DE L'ÉCHANTILLON

L'ESLAQ, selon ce scénario, aurait un effet de plan de 2 comme l'EG1998 (tableau 15). Avec un tel effet de plan, l'information portant sur les 3 450 répondants avec incapacité aurait une précision équivalente à celle d'une enquête portant sur un échantillon aléatoire simple d'environ 1 581 répondants (dit taille efficace de l'échantillon). La taille efficace de l'échantillon de l'ESLAQ selon ce scénario de 1991 serait donc supérieure à celle de l'ESLA de 1991 et un peu inférieure à celle de l'ESLA de 1986.

**TABLEAU 15**

**EFFET DE PLAN ET TAILLE D'ÉCHANTILLON EFFICACE,  
SCÉNARIO C, ESLA 1986 ET 1991**

	ESLAQ SCÉNARIO C	ESLA 1986	ESLA 1991
PERSONNES AVEC INCAPACITÉ (PI)	3162 <sup>1</sup>	10534 †	1927 †
EFFET DE PLAN (EP)	2	6 †	2,6 †
TAILLE EFFICACE (PI/EP)	1581	1758 †	741 †

Calculé BSQ

† Population de 15 ans et plus seulement

(1) Le nombre de répondants avec incapacité passe de 3 450 à 3 162 à cause du taux de réponse (voir section suivante).

## 2.3 MÉTHODE ET INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte de l'EG1998 est semblable à celle de l'ESS 1992-1993. Deux instruments sont utilisés : le QRI administré en face-à-face (assisté par ordinateur), et le QAA (questionnaire autoadministré).

### 2.3.1 MÉTHODE DE COLLECTE

La collecte de L'ESLAQ proprement dite se fait dans la plupart des cas au moment de l'EG98 et l'entrevue se fait généralement en personne auprès de la personne elle-même, puisque l'interviewer est déjà dans le ménage pour l'EG1998. Dans certains cas, l'entrevue se fait par téléphone (voir schéma 4, p. 57). Ce scénario vise à minimiser l'identification du statut d'incapacité faite par un tiers et à maximiser l'identification faite lors d'une entrevue en personne.

● **IDENTIFICATION EN PERSONNE AU MOMENT DE L'EG1998**

La première étape d'identification des personnes avec incapacité serait faite par le répondant du ménage lors de l'entrevue en personne faite par l'interviewer de l'EG1998.

Le QRI de l'EG1998 comprend les questions de sélection. Le répondant du ménage répond pour lui-même aux 32 questions de sélection et aux 27 questions pour les enfants de 0-14 ans. On accepte donc que le statut d'incapacité des enfants soit identifié par le répondant du ménage; ce qui est comparable aux ESLA précédentes.

Pour les membres du ménages de 15 ans et plus autres que le répondant du ménage, la stratégie minimise l'identification par un tiers pour des raisons de validité. Aussi, lorsque cet adulte est présent au moment de l'entrevue, l'interviewer posera les 32 questions de sélection à l'adulte lui-même plutôt qu'au répondant du ménage.

À partir des résultats de l'ESS on a pu estimer qu'environ 65 % des répondants de 15 ans ou plus pourraient être présents dans le ménage au moment de l'entrevue du QRI. Aussi, on estime qu'au moment de l'EG1998 on pourra recueillir les réponses aux questions de sélection de 6 486 enfants (0-14 ans) et de 15 284 adultes présents dans le ménages (répondant du ménage et autre). En assumant des taux d'incapacité semblables à ceux de 1991, on pourrait détecter ainsi 364 enfants et 1987 adultes avec incapacité.

● **ADULTES ABSENTS DU MÉNAGE**

La stratégie est plus complexe pour les adultes (15 ans et plus) qui pourraient être absents du ménage au moment de l'EG98. On procéderait alors à une présélection analogue à la stratégie utilisée dans les ESLA précédentes.

Pour les adultes absents, les 32 questions seraient posées au répondant du ménage et pourraient servir à une présélection. Deux strates pourraient ainsi être constituées : une strate «Oui», lorsque le répondant du ménage répond positivement aux questions de sélection, et une strate «Non». L'interviewer vérifierait alors auprès du répondant du ménage quand il peut prendre rendez-vous avec la personne absente, selon le mode de collecte identifié.

Pour les personnes absentes, on devrait donc faire une seconde entrevue. Lors de cette entrevue, la personne elle-même répondrait aux 32 questions de sélection. On estime, à partir des résultats de l'ESLA de 1991, que 78 % des personnes de la strate «Oui» présenteront une incapacité, et que 2,5 % des «Non» seront de faux négatifs, soit 143 personnes.

Pour réduire les coûts de ce scénario, on pourrait envisager de réduire la proportion des personnes interviewées dans la strate «Non». Si on échantillonnait à cette étape le tiers des 5 728 personnes de la strate «Non», on détecterait 48 faux négatifs plutôt que 143 sans échantillonnage.

Ce scénario permettrait d'identifier au total 3 162 répondants avec incapacité; si on échantillonne le tiers des répondants de la strate «Non», ce nombre se situerait à 3 067 répondants avec incapacité. Ces répondants avec incapacité seront ensuite invités à répondre au questionnaire de suivi de l'ESLA.

● **OPTION**

Une alternative à ce scénario non illustrée au schéma 4 (p. 57) permettrait d'augmenter le nombre attendu de répondants avec incapacité. Il s'agirait d'accepter la réponse par un tiers pour les personnes absentes lorsque les tentatives pour les rejoindre sont infructueuses. Ceci permettrait d'augmenter le taux de réponse établi dans ce sous-groupe à 80 %.

● **ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE DE L'ESLAQ PROPREMENT DIT**

Dans ce scénario, l'ESLAQ s'effectuerait simultanément à la tenue de l'EG1998. Ceci permettrait de profiter de l'infrastructure mise en place (interviewers déjà formés, ayant déjà fait l'entrevue de l'EG1998 dans le ménage, du contact déjà établi avec les répondants).

Une avenue économique (parce qu'elle éviterait deux déplacements à l'interviewer) serait d'administrer le questionnaire de l'ESLAQ immédiatement aux personnes identifiées qui sont présentes dans le ménage (1987 adultes) et aux répondants du ménages pour les 364 enfants identifiés. Ceci est réalisable 1) si la durée d'entrevue totale des deux enquêtes ne représente pas une charge excessive pour le répondant et 2) si la personne identifiée accepte.

● **CHARGE DES RÉPONDANTS**

Les répondants du ménage ont à répondre pour l'EG1998 au QRI, d'une durée d'environ 45 minutes, et au QAA d'une durée d'environ 20 minutes. Les autres membres du ménage ont uniquement à répondre au QAA. L'entrevue de l'ESLAQ a une durée de 15 à 30 minutes (incluant la section de sélection) selon que la personne occupe ou non un emploi. Si les personnes identifiées répondent uniquement au QAA, la durée totale des deux entrevues serait sûrement acceptable; elle pourrait être excessive pour les répondants du ménage. En conséquence, on pourrait prévoir une formule souple où l'interviewer demande à la personne si elle accepte de répondre immédiatement sinon l'interviewer prend rendez-vous (pour une entrevue en personne ou au téléphone selon le cas).

Selon les observations de Binder et Morin (1988), la proportion de personnes avec incapacité détectées varie selon le contexte. Lorsque l'entrevue de suivi est faite immédiatement après la sélection, et par le même interviewer, une plus faible proportion de personnes avec incapacité est sélectionnée. On peut donc penser que la sélection serait améliorée par une formule souple qui diminue la charge des répondants.

● **MODE DE COLLECTE : EN PERSONNE OU PAR TÉLÉPHONE**

Les entrevues de suivi de l'ESLAQ se dérouleraient en personne ou au téléphone selon des critères analogues à ceux de l'ESLA 1991. Les entrevues qui se font au moment de l'EG98 se font bien sûr en personne. Les autres entrevues se font en personne pour les 65 ans et plus

et pour ceux et celles qui ont des difficultés de communication. Les autres entrevues se feraient par téléphone.

Les questions de sélection du QRI (et l'âge) permettent d'identifier le mode de collecte au moment de la collecte de l'EG1998.

### **2.3.2 INSTRUMENTS DE COLLECTE**

Deux instruments de collecte sont utilisés : 1) le volet de sélection ajouté au QRI (enfant, adulte); 2) le questionnaire de suivi de l'ESLA (enfant, adulte).

- **VOLET DE SÉLECTION DU QRI**

Le QRI de l'EG1998 comprend 32 questions portant sur chaque membre du ménage de 15 ans et plus et 27 questions de sélection sur les membres du ménage de 0-14 ans.

- **IMPACT SUR LE QUESTIONNAIRE DE L'EG1998**

L'ajout de ces questions aurait un impact sur le questionnaire de l'EG1998 qu'il allonge. Mais comme c'est souvent le cas pour de nombreux volets des enquêtes de santé, la grande majorité des répondants répondront non à toutes les questions.

Le lien avec l'EG1998 permettrait de retirer du questionnaire de l'ESLAQ certaines questions déjà abordées dans le questionnaire de l'enquête générale (variables sociodémographiques et économiques, habitudes de vie, etc). Les possibilités d'analyses ultérieures seraient grandement enrichies par la disponibilité des variables individuelles et familiales contenues dans l'EG1998, ce qui en ferait une source de données intéressante pour les fins de planification et de recherche.

### **2.3.3 QUALITÉ DES DONNÉES**

- **VALIDITÉ DE LA RÉPONSE PAR UN TIERS**

L'existence d'un effet lorsque la réponse est donnée par un tiers est connue. Dans le scénario présenté ici, les questions de sélection s'adressent aux personnes elles-mêmes afin d'éliminer les biais potentiels liés à l'identification de l'incapacité par un tiers. Les données recueillies auprès du répondant du ménage ne pourraient en effet être utilisées que dans les cas de non-réponse des personnes elles-mêmes à des fins d'analyse des non-répondants. Ceci conduit toutefois à une perte d'une partie des répondants avec incapacité. C'est pourquoi, il est recommandé que l'information soit recueillie auprès des tiers lorsqu'il est impossible de rejoindre les personnes absentes.

La collecte par vague ajoute à la qualité des données puisqu'il est connu que le taux d'incapacité est associé aux variations saisonnières (Binder et Morin, 1988).

---

### 3.0 ÉCHÉANCIER ET COÛTS

---

- **ÉCHÉANCIER**

L'EG1998 se tient en 1998. L'ESLAQ se tiendrait simultanément.

- **COÛTS**

Éléments ayant un impact sur les coûts :

- base de sondage et infrastructure communes à l'ESLAQ et l'EG1998;
- interviewer déjà dans le ménage.

---

### 4.0 EN RÉSUMÉ

---

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Base d'échantillonnage commune</li><li>• Économie d'échelle : interviewer déjà sur place</li><li>• Taux régional d'incapacité</li><li>• Les personnes avec incapacité peuvent être comparées à la population sans incapacité sur de nombreuses variables de santé de l'EG1998</li><li>• Collecte par vague</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre élevé de questions au répondant du ménage</li><li>• Précision insuffisante pour croisements multiples</li><li>• Population des ménages collectifs non institutionnels non couverte</li></ul>

On a développé d'autres scénarios pour répondre à certains de ces inconvénients : le scénario D pour diminuer le nombre élevé de questions dans le QRI, et le scénario E pour augmenter le nombre de répondants avec incapacité et la précision des estimations.



---

## **SCÉNARIO D : LIEN AVEC L'EG1998 : PRÉSÉLECTION PAR LE VOLET D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE**

---

---

### **1.0 STRATÉGIE GÉNÉRALE**

---

Ce scénario est semblable au scénario C sauf qu'ici le volet d'autonomie fonctionnelle de l'EG1998 servirait à faire une présélection des personnes à interviewer pour l'ESLAQ. Les questions de sélection (section A du questionnaire) seraient posées lors de l'entrevue de l'ESLAQ proprement dite.

La présélection par le volet d'autonomie fonctionnelle présenterait certains avantages. Elle servirait à constituer un échantillon enrichi, de façon analogue à la présélection utilisée lors des recensements, sans modifier le QRI de l'EG1998.

---

### **2.0 MÉTHODOLOGIE**

---

#### **2.1 POPULATION À L'ÉTUDE**

Comme c'est le cas pour le scénario C, la population à l'étude est tirée de celle de l'EG1998. La population à l'étude de l'EG1998 est la population des ménages privés, à l'exclusion de la population des ménages collectifs institutionnels ou non institutionnels et des régions crie, inuite et des réserves indiennes. Ces exclusions représentent environ 2,5 % de la population du Québec.

La population visée par l'ESLAQ est la population de ces ménages ayant une incapacité. En effectuant ce scénario-ci avec le scénario F, la population visée par l'ESLAQ serait la population avec incapacité des ménages privés et des ménages collectifs institutionnels visés par le scénario F (établissements de santé et d'hébergement). La seule population, non visée par ces deux scénarios, serait la population vivant dans les ménages collectifs non institutionnels.

## **2.2 ÉCHANTILLONNAGE**

### **2.2.1 ÉCHANTILLONNAGE DE L'EG1998**

L'EG1998 a un plan d'échantillonnage à deux degrés, dont le premier degré est l'unité primaire d'échantillonnage (UPE) et le second est le ménage. L'échantillonnage comportera une stratification par région et probablement par aire homogène.

Deux bases de sondage sont envisagés pour l'EG 1998 :

- 1) l'énumération des ménages, comme pour l'ESS 1992-1993;
- 2) le fichier de la RAMQ (FIB)

Le nombre de répondants au QRI prévu pour l'EG1998 est 30 000 individus répartis dans 14 300 ménages.

### **2.2.2 SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON DE L'ESLAQ**

Le répondant du ménage de l'EG1998 répond dans le QRI pour tous les membres du ménage aux questions du volet d'autonomie fonctionnelle de l'EG1998. Ces questions, ou certaines d'entre elles, serviraient à la présélection de l'échantillon de l'ESLAQ. Cette stratégie de présélection devrait sans doute être plus discriminante que celle des ESLA précédentes puisqu'on utiliserait un plus grand nombre de questions pour la présélection, le volet d'autonomie fonctionnelle comportant 28 questions alors que la présélection du recensement en comportait deux.

Ce scénario poserait toutefois certaines difficultés quant : a) au choix des questions de présélection; b) elle nécessite, pour des raisons de validité, la constitution d'une strate «Non»; c) la sensibilité de ces questions n'est pas connue a priori (ce qui rend difficile la planification de la taille des strates «Oui» et «Non»). Par ailleurs, la comparabilité avec l'ESLA 1991 pourrait être assurée si une strate «Non» est constituée. C'est pour ces raisons qu'un prétest est nécessaire.

#### **● PRÉTEST**

Le prétest aurait pour objectif de comparer les questions du volet d'autonomie fonctionnelle prévu pour l'EG1998 aux questions de sélection de l'ESLA (section A des questionnaires adulte et enfant). Il viserait principalement à :

- a) identifier les questions du volet du QRI les plus discriminantes;
- b) calculer leur sensibilité et leur spécificité;
- c) calculer la taille de la strate «Non» nécessaire pour l'ESLAQ.

On estime que ce prétest pourrait être fait par téléphone et que 1 905 appels (taux de réponse de 75 %) permettraient de rejoindre 1 000 répondants de 15 ans et plus et de recueillir de l'information sur eux-mêmes et sur 310 enfants dans ces ménages, pour un total de 1 310 individus.

#### ● PRÉSÉLECTION ET SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON

Le schéma 5 (p. 64) illustre les étapes de présélection et de sélection de l'échantillon et le nombre de répondants aux différentes étapes.

La première étape ferait partie intégrante de l'EG 1998. Il s'agit de la passation du volet d'autonomie fonctionnelle au répondant du ménage pour les 30 000 répondants de l'EG1998.

On sait qu'à partir des questions du volet d'autonomie fonctionnelle de l'ESS 1992-1993, 8,3 % des personnes vivant en ménage privé présentaient une perte d'autonomie; comparativement, la prévalence de l'incapacité obtenue lors de l'ESLA 1991 était de 11,5 %. Sachant également que les deux enquêtes ne portent pas sur des aspects comparables de la notion d'incapacité, il est à prévoir que cette présélection laisse échapper une certaine proportion des répondants avec incapacité. D'où la nécessité de constituer une strate «Non».

La présélection mène à la constitution de deux strates, «Oui» et «Non», à la deuxième étape. On pose ici l'hypothèse qu'au minimum 76 % des personnes de la strate «Oui» s'avéreraient de vrais positifs (puisque cette présélection devrait être meilleure que celle de l'ESLA de 1991); 1 824 répondants avec incapacité seront détectés dans la strate «Oui».

Dans la strate «Non», on pose ici l'hypothèse qu'on échantillonnera le tiers des répondants de cette strate. Le prétest permettra de préciser la fraction de cette dernière à échantillonner. On comprend que plus les questions du volet d'autonomie fonctionnelle seront discriminantes, moins grande sera la taille de la strate «Non» nécessaire. On estime que 280 répondants avec incapacité seraient rejoints dans cette strate.

#### ● TAILLE D'ÉCHANTILLON

Le nombre de répondants avec incapacité rejoints dans ce scénario serait de 2 104 personnes. Ce nombre serait inférieur à celui obtenu par le scénario C, puisqu'il y a présélection et qu'on n'interroge qu'une portion des répondants de la strate «Non». Avec un effet de plan de 2, on estime que ce nombre de répondants correspond à une taille efficace de 1 052 répondants, c'est-à-dire que l'information portant sur les 2 104 répondants avec incapacité aurait une précision équivalente à celle d'une enquête portant sur un échantillon aléatoire simple de 1 052 personnes (dit taille efficace de l'échantillon).

Comme pour le scénario C, cet échantillon pourrait être complété par un suréchantillon (voir scénario E).

● **PRÉCISION DES ESTIMATIONS**

On estime que ce scénario, avec une taille d'échantillon de 2 104 personnes, permettrait d'avoir des estimations qualifiées de bonnes pour les phénomènes touchant 4 % et plus des personnes avec incapacité. On considère que la précision est bonne si le coefficient de variation (CV) d'une proportion est inférieur à 15 %. Le tableau 16 montre les proportions minimales dans chaque groupe d'âge selon ce scénario.

**TABEAU 16**

**PROPORTION MINIMALE POUR OBTENIR UN CV INFÉRIEUR À 15 %, SELON L'ÂGE, SCÉNARIO D**

<b>AGE</b>	<b>NOMBRE DE RÉPONDANTS AVEC INCAPACITÉ (N)</b>	<b>PROPORTION MINIMALE<sup>1</sup> (%)</b>
0-14 ANS	231	28
15-34 ANS	336	21
35-54 ANS	454	16
55-64 ANS	347	20
15-64 ANS	1 137	7
65-74 ANS	377	19
75-84 ANS	284	24
85 ANS ET PLUS	75	54
65 ANS ET PLUS	736	11
<b>TOTAL<sup>2</sup></b>	<b>2 104</b>	<b>4</b>

(1) Proportion au sein des personnes avec incapacité.

(2) La somme du nombre de répondants peut être différente du total à cause des estimations.

### 2.3 MODE ET INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES

● **PRÉSÉLECTION**

La présélection des personnes (adultes et enfants) faisant partie des strates «Oui» et «Non» est faite en personne au moment de la collecte de l'EG1998. Le volet d'autonomie fonctionnelle du QRI est utilisé tel quel et s'adresse au répondant du ménage. Le QRI de

**L'EG1998 inclut la demande d'autorisation de recontacter les personnes pour l'ESLAQ, si nécessaire.**

**L'EG1998 pourrait également servir à choisir le mode de collecte (en personne ou par téléphone) pour l'ESLAQ. Les critères des ESLA précédentes étaient l'âge et la présence de difficultés de communication. L'âge, étant disponible par le QRI, pourrait servir à l'identification de la majorité des personnes à interviewer en personne si l'entrevue de l'ESLAQ ne se fait pas au moment de l'entrevue de l'EG1998. Le prétest pourrait permettre de préciser d'autres critères comparables à ceux des ESLA précédentes.**

**● COLLECTE DE DONNÉES DE L'ESLAQ PROPREMENT DITE**

**Les personnes de ces deux strates sont ensuite interviewées pour la collecte de l'ESLAQ proprement dite, comprenant à la fois la sélection et le suivi. Pour les personnes présentes dans le ménage au moment de l'EG1998, le questionnaire de l'ESLAQ pourrait être administré au même moment, si elles acceptent, ainsi que pour les enfants de 0-14 ans puisque le questionnaire s'adresse au répondant du ménage. Comme dans le scénario précédent, on estime qu'environ 73 % des entrevues dans la strate «Oui» pourraient être faites au moment de l'EG1998 (voir schéma 5, p. 64). Pour les personnes absentes ou qui le désirent, l'interviewer prend rendez-vous pour une seconde entrevue par téléphone ou en personne selon les critères établis. Dans la strate «Non», les entrevues seraient faites par téléphone.**

**Le questionnaire de l'ESLAQ comprend les questions de sélection pour les adultes (32 questions) ou les enfants (27 questions). Pour les personnes qui s'avéreront de faux positifs et de vrais négatifs l'entrevue se termine à la section de sélection.**

**Le questionnaire de l'ESLAQ est administré généralement à la personne elle-même (sauf pour les enfants et les personnes qui en sont incapables).**

**Ce scénario présente l'inconvénient qu'une partie des répondants du ménage devraient répondre aux 28 questions sur l'autonomie fonctionnelle et aux 32 questions de sélection de l'ESLAQ.**

---

### 3.0 ÉCHÉANCIER ET COÛTS

---

- **ÉCHÉANCIER**

ESLAQ tenue en 1998 comme l'EG1998.

- **Coûts**

Éléments ayant un impact sur les coûts :

- coûts du prétest;
- si les résultats du prétest révèlent que la présélection est efficace, cela aura un impact appréciable sur les coûts (petite taille de la strate «Non» et moins de faux positifs interviewés);
- base de sondage et infrastructure communes à l'ESLAQ et à l'EG1998.
- une strate «Non» doit être créée;
- certains résultats du prétest auront un impact sur les coûts et ne sont pas connus.

---

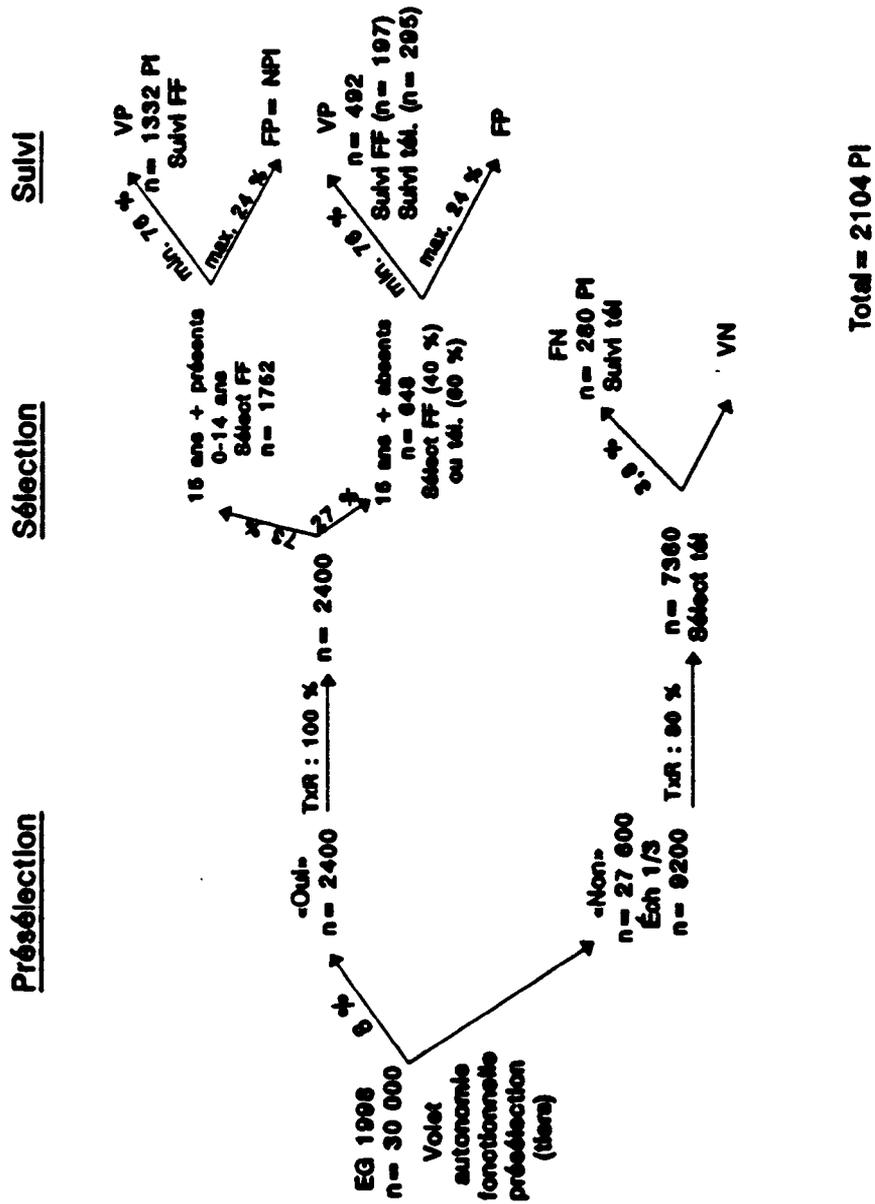
### 4.0 EN RÉSUMÉ

---

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"><li>● EG1998 questionnaire non modifié</li><li>● Comme le scénario C : données de l'EG1998 ajoutées; économie d'échelle; taux régional d'incapacité; comparaison à la population sans incapacité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Nombre de répondants avec incapacité inférieur au scénario C</li><li>● Coûts du prétest</li><li>● On doit avoir une strate «Non»</li><li>● Nombre élevé de questions pour une partie des répondants</li></ul>

## SCHEMA 5 - SCENARIO D

LIEN AVEC LE LIEN AVEC L'EG1998 - PRÉSÉLECTION PAR LE VOLET D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE



Les sigles utilisés sont décrites à la page vii.

---

## SCÉNARIO E : SURÉCHANTILLON À L'EG1998

---

---

### 1.0 STRATÉGIE GÉNÉRALE

---

Dans le cas où la taille de l'échantillon de l'EG1998 serait jugée insuffisante mais que les avantages d'une ESLAQ rattachée à une autre enquête seraient retenus, une solution mixte est proposée. Elle vise à accroître le nombre de répondants avec incapacité obtenus de l'EG1998 (scénarios C ou D) en ajoutant un suréchantillon d'individus.

---

### 2.0 MÉTHODOLOGIE

---

#### 2.1 POPULATION À L'ÉTUDE

Les personnes de tous âges vivant en ménage privé, comme pour le scénario C ou D. Sont exclues : les personnes vivant en ménage collectif, les régions crie et inuite et les réserves indiennes. Ces exclusions représentent environ 2,5 % de la population du Québec.

#### 2.2 ÉCHANTILLONNAGE

##### 2.2.1 BASE DE SONDAGE

La majeure partie de l'échantillon serait celui de l'Enquête générale de 1998. Le suréchantillon d'individus proviendrait d'une des bases de sondage suivantes : 1- une génération aléatoire de numéros de téléphone; 2- le fichier des bénéficiaires de la RAMQ. Les considérations suivantes sont les mêmes que pour le scénario d'une enquête indépendante (scénario B, section 2.2.1).

- GÉNÉRATION ALÉATOIRE DE NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

Cette base de sondage permet d'inclure les personnes avec numéro de téléphone confidentiel mais les personnes sans téléphone sont exclues; elles représentent moins de 3 % de la population.

La sélection par téléphone seulement pourrait rendre plus difficile le contact auprès de certaines personnes ayant des incapacités et vivant seules. Ainsi, 2,6 % des personnes avec incapacité avaient un problème modéré ou sévère d'audition ou de parole et vivaient seules en 1991. Cependant, les personnes ayant un problème d'audition ont en général un amplificateur ou un appareil de télécommunication pour les sourds (ATS) ce qui permet de les contacter par téléphone.

● **LISTE DES BÉNÉFICIAIRES DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)**

Cette base de sondage assure une couverture complète de la population. Elle permet d'obtenir un échantillon stratifié selon l'âge et d'assurer une représentativité satisfaisante par groupe d'âge. Cependant, le numéro de téléphone ne faisant pas partie du fichier, certaines personnes devraient être contactées en face-à-face. Le téléphone devrait être identifié à partir de bottins téléphoniques; un bottin par adresse, existant pour la région métropolitaine seulement, pourrait compléter l'information pour un certain nombre de personnes. Le téléphone pourrait être identifié pour environ 70 % des personnes et environ 30 % ne pourraient être rejointes par téléphone (numéros confidentiels, numéros non encore inscrits, déménagements). Ces dernières seraient contactées en face-à-face. Des informations minimales demeurent disponibles au sujet des non-répondants dans le fichier de la RAMQ (âge, sexe, région).

## **2.2.2 PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE**

Le suréchantillonnage serait réalisé en zones urbaines seulement, puisque ces zones sont sous-représentées dans l'échantillon de l'EG1998 et qu'ainsi, l'échantillon deviendrait plus efficace tout en étant moins coûteux. Deux possibilités s'offrent : 1- suréchantillonner tous les groupes d'âge, proportionnellement à la population du Québec; 2- suréchantillonner un groupe d'âge en particulier.

● **SURÉCHANTILLON DE TOUS LES GROUPES D'ÂGE (voir schéma 6, p. 72)**

Dans ce cas, la base de sondage serait la génération aléatoire de numéros de téléphone et le déroulement serait semblable à celui du scénario B, option 2. Les personnes du ménage seraient d'abord identifiées selon un ordre prédéterminé d'âge ou de sexe. Un adulte (15 ans ou plus) et un enfant (ce dernier, s'il s'agit d'un ménage familial) seraient choisis de façon aléatoire dans chaque ménage pour constituer l'échantillon.

● **SURÉCHANTILLON D'UN GROUPE D'ÂGE (voir schéma 7, p. 73)**

Si des estimations plus précises sont nécessaires pour un groupe d'âge en particulier, le suréchantillon se ferait pour les individus de ce groupe d'âge seulement. La base de sondage serait alors constituée par le fichier de la RAMQ, qui permet la stratification par âge contrairement à l'autre base de sondage.

**TABLEAU 17**

**PROPORTION MINIMALE POUR OBTENIR UN CV INFÉRIEUR À 15 %, SELON L'ÂGE, SCÉNARIO E**

**OPTION 1**

Âge	Nombre de répondants avec incapacité (n)	Proportion minimale <sup>1</sup> (%)
0-14 ans	540	13
15-34 ans	718	10
35-54 ans	1031	7
55-64 ans	799	9
15-64 ans	2540	3
65-74 ans	922	8
75-84 ans	718	10
85 ans et +	197	29
65 ans et +	1801	4
<b>Total<sup>2</sup></b>	<b>4946</b>	<b>2</b>

**OPTION 2**

Âge	15-64 ans		65 ans et plus	
	Nombre de répondants avec incapacité (n)	Proportion minimale <sup>1</sup> (%)	Nombre de répondants avec incapacité (n)	Proportion minimale <sup>1</sup> (%)
0-14 ans	364	20	364	20
15-34 ans	863	8	553	14
35-54 ans	1149	8	741	11
55-64 ans	867	8	567	14
15-64 ans	2879	3	1853	5
65-74 ans	618	13	1121	7
75-84 ans	463	16	860	9
85 ans et +	123	42	223	26
65 ans et +	1168	7	2204	4
<b>Total<sup>2</sup></b>	<b>4468</b>	<b>2</b>	<b>4450</b>	<b>2</b>

(1) Proportion au sein des personnes avec incapacité.

(2) La somme du nombre de répondants avec incapacité peut être différente du total à cause des estimations.

### 2.2.3 REPRÉSENTATIVITÉ ET TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La précision des estimations pour les personnes avec incapacité serait accrue par rapport au scénario C, grâce à une taille d'échantillon d'environ 30 % plus grande, et à une meilleure représentation des zones urbaines centrales, sous-représentées dans l'EG1998. La représentativité régionale serait assurée.

Dans l'option 1, un peu plus de 19 000 numéros de téléphone seraient composés aléatoirement pour obtenir un échantillon de 10 154 ménages répondants (voir schéma 6, p. 72). Dans 31 % des ménages, un enfant de 0-14 ans serait sélectionné en plus d'une personne de 15 ans ou plus. Les répondants avec incapacité de tous âges seraient au nombre de 1496; ils s'ajouteraient à l'échantillon initial de 3 450 personnes avec incapacité du scénario C (ou aux 2 100 du scénario D).

Le tableau 17 (Option 1) évalue la précision obtenue dans le cas d'un suréchantillon de tous les groupes d'âge, ajouté à l'échantillon du scénario C pour un total de 4 946 répondants. On peut voir que toute proportion de 2 % ou plus de l'ensemble des personnes avec incapacité, aurait une précision satisfaisante. De même, toute proportion de 3 % ou plus, d'un sous-groupe de personnes avec incapacité parmi les 15-64 ans serait précise.

Dans l'option 2, un suréchantillon du groupe d'âge des 15-64 ans ou des 65 ans et plus viserait à identifier environ 1 000 répondants avec incapacité (voir schéma 7, p. 73). Pour obtenir ce nombre de répondants chez les 15-64 ans, un échantillon initial de 14 500 personnes est nécessaire, alors que pour l'obtenir chez les personnes de 65 ans et plus, un échantillon de 3 150 personnes suffit.

Dans le tableau 17 (Option 2), on constate qu'une bonne précision peut être obtenue chez les personnes de 15-64 ans avec incapacité, pour une proportion de 3 % ou pour une proportion de 8 % dans les trois sous-groupes de 15-34 ans, 35-54 ans ou 55-64 ans. Si, au contraire, le suréchantillon est composé de répondants de 65 ans et plus, une proportion de 4 % dans ce groupe d'âge serait suffisamment précise.

#### ● EFFICACITÉ DE L'ÉCHANTILLON

On peut estimer la taille d'échantillon efficace que permettra ce suréchantillonnage selon les deux options, s'il était ajouté aux répondants obtenus dans le scénario C. On assume ici un effet de plan de 1.8. Selon l'option 1, le suréchantillonnage jumelé au scénario C compterait 4 946 répondants avec incapacité, pour un échantillon efficace équivalent à environ 2 748 répondants. Selon l'option 2, les suréchantillons des 15-64 ans ou des 65 ans et plus conduiraient à un nombre total de répondants, avec le scénario C, de 4 468 ou de 4 450 répondants avec incapacité. L'efficacité de ces deux échantillons serait comparable, soit 2 482 et 2 472 répondants efficaces, respectivement.

## **2.3 COLLECTE DES DONNÉES**

### **● MÉTHODE DE COLLECTE**

La collecte des données se ferait auprès de la personne elle-même si elle a 15 ans ou plus, et auprès d'un adulte responsable s'il s'agit d'un enfant. Si la personne ne peut répondre pour elle, même en face-à-face, les réponses d'un tiers seraient acceptées.

Les questions de sélection seraient posées par téléphone pour la plupart, sauf pour les personnes ayant un problème d'ouïe ou de parole qui seraient interrogées face-à-face, si le problème est identifié dès le contact. Dans les deux cas, le suivi se déroulerait principalement au téléphone. Une réponse positive obtenue à l'une des 32 questions de sélection entraînerait une entrevue de suivi face-à-face si le problème identifié en était un d'ouïe ou de parole.

Si une réponse positive était obtenue à la sélection pour une personne de moins de 15 ans ou pour un adulte qui n'était pas en mesure de répondre lui-même, l'interviewer poursuivrait au sujet de cette personne avec le répondant du ménage, avec le questionnaire de suivi par téléphone.

### **● INSTRUMENTS DE COLLECTE**

**Questionnaires de sélection et de suivi de l'ESLA, pour enfants et pour adultes.**

**Questions sur les caractéristiques sociodémographiques ou la santé des personnes.** Cette section devrait toucher au moins les thèmes suivants :

- l'âge,
- le sexe,
- le statut matrimonial,
- le type de ménage (familial, vivant seule, avec personnes apparentées ou non apparentées, privé ou collectif),
- la langue parlée à la maison,
- le niveau de scolarité atteint,
- l'état général de santé perçue.

## **2.4 QUALITÉ DES DONNÉES**

### **● BIAIS DE SÉLECTION**

Le premier contact étant téléphonique pour une partie de l'échantillon, la comparabilité avec les ESLA précédentes se pose. Un biais pourrait être introduit par une sous-représentation des personnes ayant des difficultés d'ouïe ou de parole, particulièrement si ces personnes vivent seules. Cependant, il est probable que peu de ces personnes ne puissent être rejointes puisque

la plupart utilisent un appareil leur permettant de répondre à un appel, appareil accessible à tous grâce à une subvention gouvernementale. Le biais de sélection serait donc faible.

L'utilisation de deux modes de collecte (téléphone et face-à-face) dans ce scénario aurait probablement un effet sur la sélection des personnes avec incapacité. Les conclusions quant à cet effet ne sont pas évidentes dans les écrits sur le sujet. Cependant, il semble que les entrevues face-à-face, comparativement aux entrevues téléphoniques, tendent à sélectionner un plus grand pourcentage de personnes avec incapacité mais il est difficile de séparer l'effet du mode de collecte des effets d'autres éléments du contexte de la collecte (Binder et Morin, 1988).

---

### 3.0 ÉCHÉANCIER ET COÛTS

---

- **ÉCHÉANCIER**

L'échéancier serait tel que pour le scénario C, en 1998, simultanément à l'EG.

- **COÛTS**

Éléments ayant un impact sur les coûts :

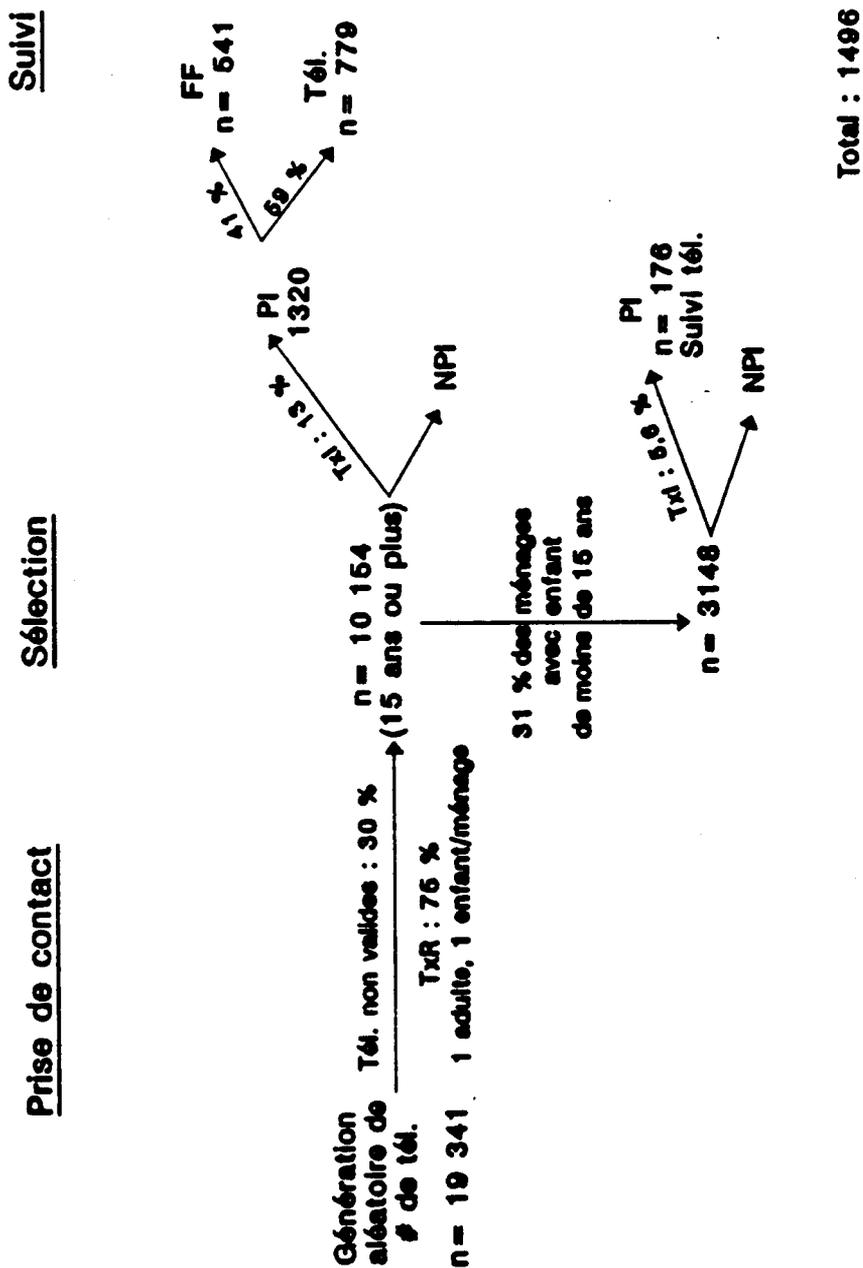
- proportion de l'échantillon commun à celui de l'EG1998;
- taille de l'échantillon téléphonique vs face-à-face;
- suréchantillon des personnes de 15-64 ans (coûts plus élevés) ou de 65 ans et plus (coûts moins élevés);
- complexité de l'ajustement entre l'échantillon de l'EG1998 et le suréchantillon si les bases de sondage sont différentes.

## 4.0 EN RÉSUMÉ

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Amélioration de la précision des estimations</li><li>• Possibilité de comparer les personnes avec et sans incapacité pour une partie de l'échantillon</li><li>• Représentativité régionale</li><li>• Possibilité de suréchantillonner selon l'âge, donc d'obtenir la représentativité souhaitée pour certains groupes d'âge</li><li>• Coûts moindres qu'une enquête indépendante</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une partie de l'échantillon ne répond pas au questionnaire de l'EG1998 au complet</li><li>• Complexité de l'ajustement entre les sous-échantillons, par rapport au calcul de l'effet de plan et par rapport à la pondération, nécessitant un supplément de travail par le Bureau de la statistique du Québec</li></ul>

**SCHEMA 6 - SCENARIO E**

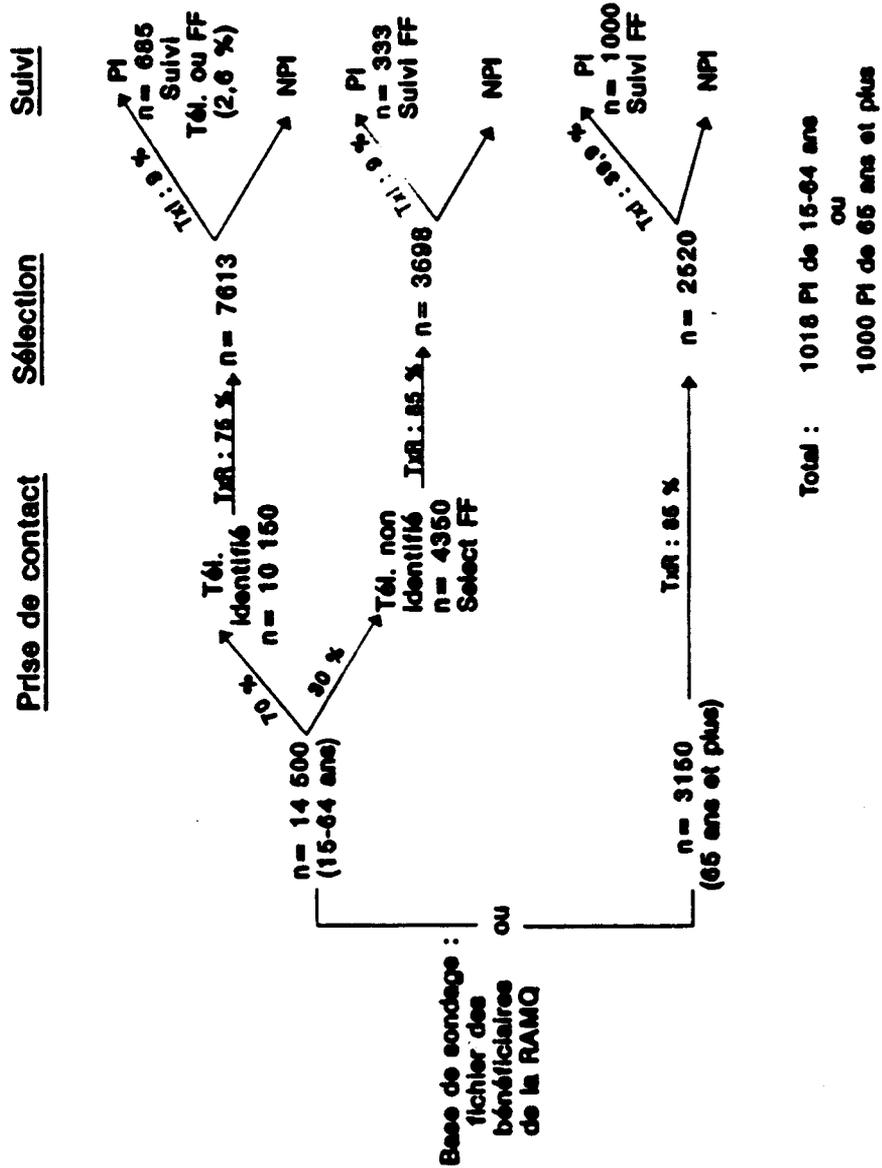
**SURÉCHANTILLON À L'EG1998 - OPTION 1 - TOUS LES GROUPES D'ÂGE**



Les sigles utilisés sont décrites à la page vii.

SCHÉMA 7 - SCÉNARIO E

SURÉCHANTILLON À L'EG1998 - OPTION 2 - GROUPES D'ÂGE PARTICULIERS



Les sigles utilisés sont décrits à la page vii.

---

## **SCÉNARIO F : ENQUÊTE AUPRÈS DES PERSONNES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

---

---

### **1.0 STRATÉGIE GÉNÉRALE**

---

Ce volet de l'enquête reprendrait la méthode de l'ESLA 1991 auprès des personnes en établissement. La possibilité d'utiliser la liste des établissements du ministère de la Santé et des Services sociaux est examinée et la précision des estimations est présentée pour une taille d'échantillon équivalente à celle de 1991, et pour une taille semblable à celle de 1986.

---

### **2.0 MÉTHODOLOGIE**

---

#### **2.1 POPULATION À L'ÉTUDE**

Population de 15 ans et plus vivant en établissement de santé de façon ininterrompue depuis au moins six mois (résidents permanents adultes tels que définis dans le recensement).

Les établissements de santé visés sont ceux des catégories suivantes, définies dans le recensement :

- hôpitaux pour personnes souffrant de maladies chroniques,
- maisons de repos,
- foyers pour personnes âgées,
- hôpitaux,
- hôpitaux psychiatriques,
- centres de traitement et établissements pour handicapés physiques.

La liste d'établissements du ministère de la Santé et des Services sociaux pourrait être utilisée, mais les catégories, donc les établissements inclus, seraient différents :

- centres hospitaliers de soins de courte durée,
- centres hospitaliers de soins de longue durée,
- centres d'accueil d'hébergement,
- pavillon d'hébergement,
- centres d'accueil de réadaptation pour déficients intellectuels,
- centres d'accueil de réadaptation pour handicapés physiques,
- centres d'accueil de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs,
- centres d'accueil de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes,
- centres d'accueil de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation.

## **2.2 ÉCHANTILLONNAGE**

### **2.2.1 BASE DE SONDAGE**

La base de sondage pourrait être la liste des établissements du recensement, une liste des établissements de santé du ministère, ou une combinaison des deux.

- 1- Le registre des visites (RV) du recensement ainsi que le bottin des institutions servent à construire la liste des établissements institutionnels. Le RV contient le nom de l'établissement, son adresse, son type (code de logement collectif), et le nombre habituel de résidents. La liste des établissements institutionnels du recensement de mai 1996 sera complétée environ neuf mois après le recensement. Statistique Canada est propriétaire de cette liste.
  
- 2- L'utilisation d'une liste des établissements établie à partir des fichiers du ministère aurait pour conséquence une meilleure représentativité des établissements québécois mais risquerait de rendre moins complète la comparabilité avec l'ESLA 1991. Ces fichiers administratifs évaluent la taille des établissements selon :
  - le nombre de lits au permis; les lits sans permis sont ainsi exclus. Ce nombre dépend de la période de l'année à laquelle on se réfère;

- le nombre de lits dressés, selon un rapport administratif annuel; il correspond davantage au nombre de résidants;
  - le nombre de lits occupés, selon un rapport administratif annuel également; il se rapproche du précédent.
  - le nombre de bénéficiaires; il ne considère que les places pour personnes de 18 ans et plus et il est incomplet en ce qui concerne les centres de réadaptation; il ne peut donc être retenu.
- 3- un appariement est fait entre les deux bases de sondage, à partir des codes postaux et les non appariés sont vérifiés. On peut ainsi vérifier la comparabilité entre l'ESLA 1991 et l'ESLAQ ainsi que la représentativité des catégories québécoises d'établissements de santé. On sait qu'aucun des fichiers du MSSS n'inclut les foyers pour personnes âgées sans permis, alors que la liste du recensement fédéral en inclut. Cette dernière liste semble inclure des ressources pour une clientèle moins lourdement handicapée. Cet appariement suppose un travail difficile à évaluer pour le moment.

Une fois constituée la liste des établissements, une liste des résidants devrait être faite. La liste des résidants de 15 ans et plus des établissements provient de la direction de ces établissements, après l'échantillonnage de ceux-ci. Le nombre de résidants de la liste du recensement inclut les moins de 15 ans; un ajustement est fait selon les données de l'ESLA précédente dans les établissements qui hébergent des enfants, avant l'échantillonnage des établissements.

## 2.2.2 PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE

En 1991, l'ESLA a utilisé un plan stratifié à deux degrés (voir schéma 8, p. 82) : un échantillonnage d'établissements d'abord, puis un échantillonnage de résidants.

### • ÉCHANTILLONNAGE ALÉATOIRE D'ÉTABLISSEMENTS

Les catégories d'établissements selon le recensement fédéral sont au nombre de 18, soit de six types et de trois tailles. Les trois tailles sont les suivantes :

- 1- petite : 1 à 45 résidants;
- 2- moyenne : 46 à 270;
- 3- grande : 271 et plus.

Tous les établissements de grande taille ont été échantillonnés, et un échantillon aléatoire a été fait des établissements de petite ou moyenne taille.

● **ÉCHANTILLONNAGE ALÉATOIRE SYSTÉMATIQUE DE RÉSIDANTS PERMANENTS DE 15 ANS OU PLUS**  
En fonction de :

- la taille de l'établissement : un maximum de 6, 11 et 33 résidants respectivement pour les petits, moyens et grands établissements;
- les taux de réponse attendus (à chaque degré), soit 85 % au premier degré, et 90 % au second degré, selon l'ESLA de 1986; les taux de réponse obtenus au Canada en 1991 ont été : 94,6 % au premier degré, 98,6 % au second degré;
- la probabilité d'avoir une incapacité : 1.0 pour les hôpitaux, 0,97 pour les autres types d'établissements.

Le nombre d'entrevues par établissement correspond à un compromis entre les coûts de déplacement et le fardeau de réponse imposé au personnel des établissements, minimisé autant que possible, suite à l'expérience de 1986.

En 1986, l'échantillon était de 159 établissements et de 3 337 résidants. En 1991, pour 1 981 établissements et 74 375 résidants, l'échantillon retenu était de 124 établissements et 1 334 résidants.

### **2.2.3 REPRÉSENTATIVITÉ ET TAILLE DE L'ÉCHANTILLON**

L'échantillon de personnes de 15 ans et plus vivant depuis au moins six mois en établissement de santé de tous types complète le portrait des personnes avec incapacité au Québec. Ces personnes en institution représentaient 8,7 % des personnes avec incapacité, en 1991.

**TABLEAU 18**

**DISTRIBUTION SELON L'ÂGE DE LA POPULATION ET DES RÉPONDANTS  
AYANT UNE INCAPACITÉ VIVANT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ,  
QUÉBEC, ESLA 1991**

<b>GROUPE D'ÂGE</b>	<b>POPULATION (N)</b>	<b>N (%)</b>	<b>RÉPONDANTS<sup>1</sup> (N)</b>
15-34 ans	2 945	4,0	53
35-54 ans	7 810	10,6	141
55-64 ans	5 675	7,7	102
15-64 ans	16 435	22,2	296
65-74 ans	10 750	14,5	194
75-84 ans	24 560	33,2	443
85 ans et +	22 195	30,0	401
65 ans et +	57 705	78,0	1 038
<b>Total<sup>2</sup></b>	<b>73 935</b>	<b>100,0</b>	<b>1 334</b>

1. n par groupe d'âge calculé à partir du total et du pourcentage.

2. À cause des arrondissements, la somme peut ne pas correspondre au total.

Ce scénario propose deux possibilités : un échantillon de 1 334 résidents dans 124 établissements, tel qu'en 1991, ou un échantillon de 3 708 résidents dans 404 établissements, quelque peu supérieur à l'échantillon de 1986 (voir schéma 8, p. 82). Le nombre d'établissements nécessaire est évalué approximativement à partir du fait que les établissements de grande taille sont déjà tous échantillonnés, et des limites de 6 ou 11 résidents pouvant être interviewés par établissement plus petit.

Une taille d'échantillon de 1 334 résidents permettrait d'obtenir un CV de moins de 25 % pour une proportion d'au moins 3 %, lorsque l'ensemble des personnes en établissement constituent le dénominateur. Pour obtenir un CV plus satisfaisant, soit de moins de 15 %, les proportions pour l'ensemble des personnes doivent être d'au moins 8 % (tableau 19).

Afin de réduire à 3 % la proportion à laquelle un CV de moins de 15 % peut être obtenu, l'échantillon devrait être de 3708 résidents. Le tableau suivant présente les proportions minimales pour une précision satisfaisante, pour six groupes d'âge, selon les deux tailles d'échantillon.

**TABLEAU 19**

**PROPORTION MINIMALE POUR OBTENIR UN CV INFÉRIEUR À 15 %, SELON L'ÂGE, SCÉNARIO F**

Âge	Nombre de répondants avec incapacité n	Proportion minimale <sup>1</sup> (%)	Nombre de répondants avec incapacité n	Proportion minimale <sup>1</sup> (%)
15-34	53	68,2	148	43,5
35-54	141	44,7	392	22,5
55-64	102	52,7	285	28,5
15-64	296	28,0	824	12,2
65-74	194	37,0	539	17,4
75-84	443	20,4	1 232	8,5
85 et plus	401	22,1	1 113	9,3
65 et plus	1 038	9,9	2 884	3,8
<b>Total<sup>2</sup></b>	<b>1 334</b>	<b>7,9</b>	<b>3 708</b>	<b>3,0</b>

(1) Proportion au sein des personnes avec incapacité.

(2) La somme du nombre de répondants avec incapacité peut être différente du total à cause des estimations.

Note : Pour réaliser ce calcul, on a utilisé pour l'échantillon la même répartition par âge que celle de la population.

## 2.3 COLLECTE DES DONNÉES

### ● MÉTHODE DE COLLECTE

La collecte des données en établissement est un processus lourd impliquant la direction de l'établissement, le personnel infirmier, la famille du résidant et le résidant lui-même.

- 1- lettre d'introduction suivie d'un contact téléphonique avec l'administrateur de l'établissement en vue d'obtenir son consentement et de fixer un rendez-vous de liaison; l'administrateur établit une liste des résidants permanents de 15 ans et plus.

- 2- entrevue de liaison pour expliquer les procédures; sélection de l'échantillon des résidants à partir d'une table de sélection; entrevue avec l'administrateur pour répondre aux questions de la page couverture du questionnaire et déterminer qui peut répondre pour le résidant s'il n'est pas apte à le faire lui-même.

La durée de l'entrevue est variable; le personnel infirmier sert à l'occasion d'intermédiaire pour la communication entre le résidant et l'interviewer. Parmi les questions, certaines pourraient nécessiter une recherche dans le dossier ou auprès de la famille du résidant, advenant qu'un tiers réponde pour la personne. Trois types de questions, de prime abord, semblent impliquer une telle recherche : la cause initiale des incapacités (vérifiée pour chaque incapacité), le nombre de visites annuelles de personnes de la parenté, les frais supplémentaires occasionnés pour les médicaments, les soins ou le matériel spécialisé.

● INSTRUMENTS DE COLLECTE

Questionnaire identique au questionnaire de l'ESLA 1991, comportant 22 questions de sélection avec sous-questions (section A), une page pour l'identification et les données sociodémographiques. Le questionnaire de suivi comprend :

- Section B : 28 questions sur les aides techniques et modes de vie
- Section C : 7 questions sur les déplacements
- Section D : 4 questions sur le logement
- Section E : une question sur la scolarité
- Section F : 2 questions sur les caractéristiques économiques

---

### 3.0 ÉCHÉANCIER ET COÛTS

---

● ÉCHÉANCIER

L'enquête auprès des personnes en établissement pourrait débuter au printemps 1997, alors que la liste des établissements selon le recensement de mai 1996 sera complétée. La vérification de cette liste est d'autant plus problématique que le délai est long entre le recensement et l'enquête.

- **COÛTS**

Éléments ayant un impact sur les coûts :

- utilisation ou non d'une liste des établissements de santé au ministère;
- appariement des listes de Statistique Canada et du ministère et évaluation de la comparabilité de ces listes.

---

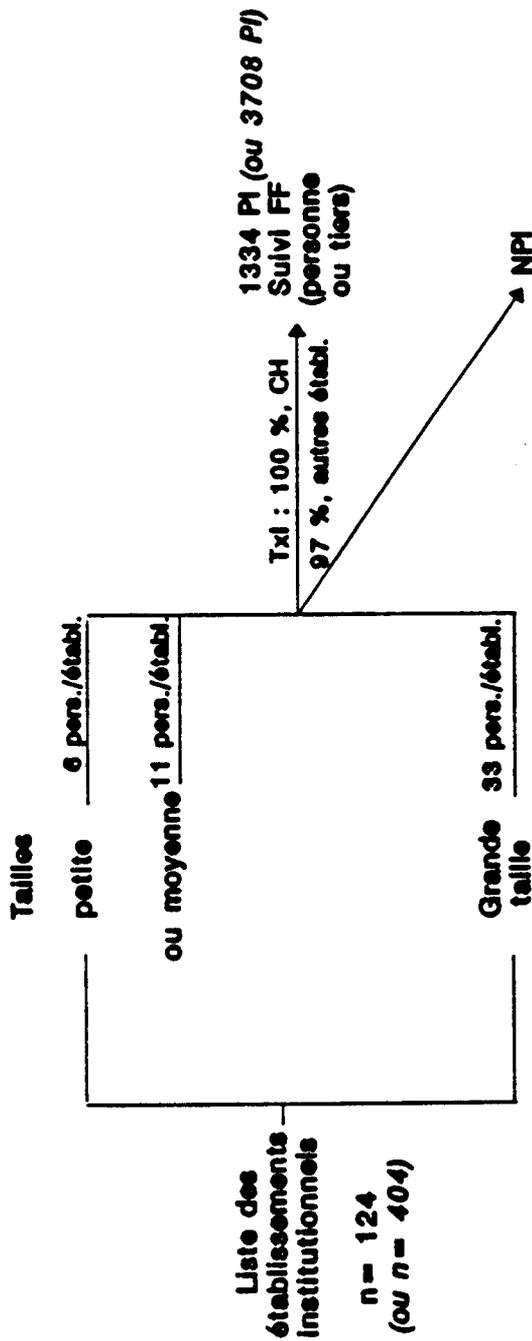
## 4.0 EN RÉSUMÉ

---

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Méthode s'appuie sur l'expérience de Statistique Canada; peu de différence entre la méthode suivie en 1986 et en 1991</li><li>• Si l'ESLAQ a lieu assez tôt après le recensement, et qu'une liste du ministère n'est pas utilisée, avantage à utiliser l'énumération faite lors du recensement.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vérifications nécessaires de l'énumération des établissements, d'autant plus que le délai est long entre le recensement et l'enquête</li><li>• Les listes d'établissements du recensement fédéral et du MSSS ne recouvrent pas tout à fait le même univers; difficultés d'appariement et comparabilité difficile à assurer avec les ESLA précédentes</li></ul>

**SCHEMA 8 - SCENARIO F**

**ENQUETE AUPRES DES PERSONNES EN ETABLISSEMENT DE SANTE**



Les sigles utilisés sont décrits à la page vii.

### **3.3 ESTIMATION DES COÛTS DES DIVERS SCÉNARIOS**

Pour estimer les coûts des scénarios présentés, nous avons tenu compte des coûts d'enquêtes comparables. Le nombre de personnes à interroger, la durée des entrevues ainsi que le mode de collecte en face-à-face sur l'ensemble du territoire québécois, ou au téléphone sont les principaux facteurs qui influencent le coût de collecte de toute enquête.

Dans le cas de l'ESLAQ, des facteurs particuliers se sont ajoutés, avec un impact réel à la hausse sur les coûts. En effet, la faible prévalence des incapacités oblige à questionner un très grand nombre de personnes en face-à-face ou au téléphone, afin d'en identifier suffisamment qui ont des incapacités. Si ce «dépistage» se fait par des visites au domicile, sans être rattachées à une autre enquête par exemple, les coûts sont alors multipliés. De même, en dépit du fait que les appels téléphoniques soient moins coûteux qu'une visite au domicile, le très grand nombre d'appels nécessaires au «dépistage» des cas d'incapacité, fait augmenter les coûts.

Enfin, la nécessité de retrouver des numéros de téléphone non disponibles dans le Fichier des bénéficiaires de la RAMQ par exemple, ou le retour aux questionnaires du Recensement canadien pour noter les noms, adresses et numéros de téléphone, ont aussi un impact à la hausse sur les coûts.

Les estimations qui sont fournies tiennent compte des tâches suivantes, dont l'exécution sera faite par Santé Québec, le BSQ ou une firme de sondage :

- préparation du protocole final incluant tous les aspects statistiques reliés au plan de sondage;
- constitution de la base de sondage (rechercher les numéros de téléphone, ou les noms par le recensement, ou autre selon le scénario. Ce qui peut inclure de défrayer certaines factures provenant du travail effectué par la RAMQ ou Statistique Canada);
- préparation de l'appel d'offres pour recruter une firme de sondage, sélection de la firme et supervision tout au long du processus d'enquête;
- préparation et dispensation de la formation des interviewers;
- production des questionnaires et/ou informatisation de la collecte;
- collecte proprement dite en face-à-face, par téléphone ou par courrier selon le cas;

- codification et saisie de l'information;
- vérification et contrôles de qualité;
- constitution des fichiers et validation;
- couplage avec d'autres fichiers (l'enquête générale, le recensement ou autre selon le scénario);
- aspects statistiques reliés au plan de sondage, à la pondération, etc.
- analyse des résultats et publication d'un rapport et d'une banque de données.

**TABLEAU 20**

**ESTIMATION DES COÛTS**

<b>SCÉNARIO</b>	<b>ESTIMATION DES COÛTS</b>
A Recensement	1 480 000 \$
B Indépendante - Option 1 - RAMQ	1 561 000 \$
B Indépendante - Option 2 - GANT	1 315 000 \$
C Rattachement à l'EG 1998 - Sélection au QRI	652 000 \$
D Rattachement à l'EG 1998 - Présélection autonomie fonctionnelle	545 000 \$ + 100 000 \$ (prétest)
E Suréchantillon - GANT - Tous âges	788 000 \$
E Suréchantillon - RAMQ - 15-64 ans	903 000 \$
E Suréchantillon - RAMQ - 65 ans et +	637 000 \$
F Institutions - Taille 1986	506 000 \$
F Institutions - Taille 1991	271 000 \$

---

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

---

La présente étude de faisabilité dresse les grandes lignes de ce que pourrait être l'enquête sur la santé et les limitations d'activité québécoise, l'ESLAQ.

Vu l'abandon par Statistique Canada de l'enquête canadienne (ESLA), la pertinence de faire une enquête québécoise a été vérifiée auprès d'organismes québécois connus comme utilisateurs des données ou identifiés comme des utilisateurs potentiels.

Tous les scénarios présentés sont basés sur des hypothèses de travail fondées sur l'expérience de l'ESLA, de 1986 ou de 1991, et d'autres enquêtes de Santé Québec pour des aspects logistiques ou financiers. Par ailleurs, il faut les voir comme des scénarios justement et non comme des protocoles. Les tailles d'échantillon, les procédures, les ordres de grandeur de coûts, etc., seront raffinés lorsque un protocole sera rédigé.

Rappelons qu'il s'agissait de produire une étude de faisabilité sur la réalisation d'une enquête sur la santé et les limitations d'activités comprenant :

### 1. L'IDENTIFICATION DES UTILISATEURS RÉELS ET POTENTIELS

Une trentaine d'organismes différents ont été consultés quant à leur utilisation de l'ESLA. L'unanimité des utilisateurs réels et des utilisateurs potentiels quant à l'importance d'avoir des données est très claire. Chacun a cependant des intérêts différents. Certains ont dit que les données sur les personnes en établissement ne leur paraissaient pas nécessaires. D'autres ont plutôt mentionné que ce sont les données sur les moins de 15 ans qu'il faudrait sacrifier, si on ne pouvait tout faire. Nous avons donc retenu comme principe de ne pas rejeter de population-cible dans le cadre de cette étude parce que, peu importe ce qu'on aurait laissé tomber, des utilisateurs en auraient été déçus et auraient perdu leur matière première ou complémentaire.

Les données de l'ESLA sont en effet la matière première ou complémentaire de plusieurs utilisateurs qui souffrent d'ailleurs actuellement de la non disponibilité des données de l'ESLA de 1991, Statistique Canada n'ayant pas eu les budgets requis pour leur traitement. Les utilisateurs ont aussi manifesté les limites de la taille de l'échantillon de l'ESLA de 1991, voire même de 1986. Nous avons tenu compte de ces limites dans les scénarios proposés.

## **2. L'ANALYSE DE LEURS BESOINS D'INFORMATION SUR LES INCAPACITÉS ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉ (THÈMES, NIVEAU GÉOGRAPHIQUE, ETC.)**

La consultation a permis d'identifier des besoins supplémentaires (par exemple, l'incapacité liée aux troubles mentaux ou à la déficience intellectuelle), dont nous tiendrons compte lors de la conception du protocole d'enquête.

Mais le principe retenu pour l'étude de faisabilité était de maintenir la comparabilité et le suivi des indicateurs de l'ESLAQ par rapport aux deux ESLA précédentes. Si des améliorations aux questions doivent être apportées lors du protocole, elles devraient ajouter de l'information, sans entacher la comparabilité et le suivi des indicateurs.

Plusieurs utilisateurs ont par ailleurs mentionné la nécessité d'avoir des données pour les régions sociosanitaires. Nous avons pu tenir compte de ce besoin dans certains scénarios proposés.

Enfin, les utilisateurs ont souhaité que des données soient disponibles pour des sous-groupes d'âge et de gravité d'incapacité. Nous avons aussi tenu compte de leurs besoins dans les scénarios développés.

## **3. L'ÉVALUATION DE L'AMPLEUR DE L'ENQUÊTE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS EXPRIMÉS (NOMBRE DE QUESTIONS, ÉCHANTILLONNAGE, ETC.)**

Il a été démontré dans la présente étude que la taille d'échantillon comme telle, bien qu'importante, doit être analysée en fonction de son efficacité. C'est-à-dire que, en termes simples, compte tenu du plan de sondage complexe utilisé dans ce genre d'enquête, il faut ramener la taille de l'échantillon à son équivalent si le plan de sondage était un plan de sondage aléatoire simple. Ainsi donc, l'échantillon de 10 534 de l'ESLA 1986, qui sert de référence à plusieurs interlocuteurs qui la voyaient comme un minimum, doit être ramenée à 1 758 comme échantillon efficace. Cette taille rejoint la taille de l'échantillon efficace de quelques scénarios développés ici.

## **4. L'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIENCE DE L'ESLA DE STATISTIQUE CANADA ET SON APPLICABILITÉ AU QUÉBEC**

La première partie de cette étude de faisabilité traite abondamment de l'ESLA de Statistique Canada, tant celle de 1986 que celle de 1991. La documentation ainsi que des contacts avec des personnes ayant travaillé à l'ESLA nous ont permis de tracer un portrait de l'expérience de Statistique Canada. Notons toutefois que la documentation spécifique au

Québec et relative aux coûts était plutôt rare, tandis que les personnes aptes à répondre à nos questions étaient dispersées, vu l'abolition de l'ESLA.

Le premier scénario proposé est la reproduction du modèle de Statistique Canada pour ses deux ESLA. On y évalue en même temps l'expérience de Statistique Canada en traitant du problème de l'échantillon efficace, de l'obligation d'avoir une strate «Non» pour détecter les faux négatifs et en corollaire, en démontrant la faible sensibilité des questions de présélection du recensement.

## **5. UNE PROPOSITION DE DIVERS SCÉNARIOS INCLUANT UNE ESTIMATION DES COÛTS**

Plusieurs scénarios ont été présentés. Tous ils permettront d'obtenir des données de qualité, comparables à celles des ESLA précédentes, assurant du même coup le suivi des indicateurs. Chacun des scénarios répondra à la plupart des besoins des utilisateurs, au moins autant que les ESLA précédentes et plus, s'il y a ajout lors de l'élaboration du protocole.

Cependant, aucun des scénarios proposés n'est parfait. Le choix de l'un d'eux, qu'il faudra ensuite transformer en protocole d'enquête, sera sans doute fait en tenant compte des avantages et des inconvénients, tant au plan des possibilités et des limites méthodologiques et statistiques qu'au plan logistique et financier. Le tableau 21 présente une synthèse des scénarios et de ces différents aspects.

TABLEAU 21

SYNTHÈSE DES SCÉNARIOS

SCÉNARIO	ÉCHANTILLON DE RÉPONDANTS AVANT DES INCAPACITÉS	ÉCHANTILLON EFFICACE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS	COÛT TOTAL
A Recensement	4 500	1 731	Lien avec données du recensement	Échéancier contraignant et données confidentielles peu accessibles	1 480 000
B Option 1 Indépendante - RAMQ	3 140	2 374	Plan échant. sur mesure et échancier sans contrainte, inclusion des ménages collectifs	Coûts élevés et peu de comparaisons possibles PI/NPI	1 561 000
B Option 2 Indépendante - GANT - 1 adulte/1 enfant/ménage	3 119	2 399		Idem Option 1	1 315 000
C Rattachement EG98	3 162	1 581	Représentativité régionale, économie d'échelle et comparaisons PI/NPI	Charge élevée pour le répondant et ménages collectifs non inclus	652 000
D Rattachement EG98 Présélection Autonomie fonctionnelle	2 104	1 052	QRI intact Idem Scénario C	Prétest, charge élevée du répondant, ménages collectifs non inclus et échant. efficace faible	645 000
E Option 1 Suréchantillon - GANT - Tous groupes d'âge	1 496 (avec C = 4 946)	2 748	Échant. efficace élevé, comparaison PI/NPI et représentativité régionale	Double plan d'échantillonnage : travail supplémentaire BSQ	788 000
E Option 2 Suréchantillon 15-64 ans	1 018 (avec C = 4 468)	2 482	Idem Option 1 et précision accrue pour groupe d'âge particulier	Idem Option 1	903 000
E Option 2 Suréchantillon 65 ans ou +	1 000 (avec C = 4 450)	2 472			637 000
F Établissements - Taille 1991	1 334	---	Suivi de 1986 et de 1991	Vérification liste recensement, délai lié au recensement et appariement avec liste MSSS - non-comparabilité	271 000
F Établissements - Taille 1986	3 708	---			506 000

## 6. DES RECOMMANDATIONS

Nous croyons que le scénario relié au recensement ne doit pas être retenu : les autorisations qu'il faudrait obtenir de Statistique Canada pour avoir accès aux données nominales de 1996 constituent un obstacle majeur, auquel s'ajoutent les délais entre le recensement et l'enquête, et leur conséquence pour la recherche des personnes déménagées. L'obligation de constituer une large strate «Non», la faiblesse relative de l'efficacité de l'échantillon ainsi que le coût élevé de ce scénario, nous amènent à ne pas le retenir. Étant donné qu'il nous laisse plusieurs années de préparation, le recensement de 2001 peut paraître intéressant, mais il présente les mêmes limites. De plus, il n'est pas sûr que Statistique Canada conservera les deux questions de présélection. Même si c'était le cas, il faudrait que cet organisme accepte de demander aux répondants québécois un consentement spécial de leur part, en vue de nous donner accès aux données nominales. Ce qui est peu probable, compte tenu des lois et du caractère pan-canadien du recensement.

Les scénarios d'enquête indépendante ont des avantages certains : la taille d'échantillon efficace est élevée comparativement aux autres scénarios et ils peuvent être réalisés selon un échéancier qui leur est propre, puisqu'ils ne dépendent ni du recensement ni d'une autre enquête. Cependant, le nombre très élevé de personnes à interroger pour dépister suffisamment de personnes avec incapacité entraîne des coûts élevés pour une enquête dont une bonne partie est pourtant faite au téléphone. Ce serait notre second choix.

Le scénario de rattachement à l'enquête générale de Santé Québec de 1998, surtout avec suréchantillon, est celui que nous privilégions. On peut penser que nous avons un parti pris. Mais notre choix va au-delà du fait que ce scénario se rattache à une de nos enquêtes. Santé Québec pourrait en effet réaliser l'ESLAQ, tant comme enquête indépendante que reliée à notre enquête générale. Ce rattachement permet d'avoir une ESLAQ dont une bonne partie des coûts sont amortis par une autre enquête. Ce scénario a aussi l'avantage que la présélection est relativement peu coûteuse, d'où un coût global beaucoup plus faible que les autres scénarios quant à l'enquête de base (i.e. sans suréchantillon). Le dépistage fait en face-à-face est aussi reconnu comme plus valide. L'option de rattachement à l'EG1998 a le désavantage de devoir se réaliser selon un échéancier propre à une autre enquête et l'inconvénient d'augmenter la charge du répondant. Le scénario utilisant les questions de l'autonomie fonctionnelle de l'EG1998 pour présélectionner les répondants a de plus, le désavantage d'avoir un plus petit échantillon et de devoir être précédé d'un prétest. Le scénario de rattachement à l'EG1998, même sans suréchantillon, est le seul à pouvoir fournir des données par région, ce qui rejoint les besoins d'interlocuteurs consultés. Certains pourraient aussi y voir l'intérêt de couplage avec toutes les autres données d'une vaste enquête sociale et de santé. Les scénarios de suréchantillonnage visent essentiellement à fournir un nombre plus élevé de répondants avec incapacité. Les bailleurs de fonds verront à considérer cette possibilité.

Enfin, le scénario concernant les personnes en établissement permet de compléter le portrait des personnes avec incapacité au Québec. Il présente deux options quant à la taille d'échantillon; la seconde offre un échantillon plus élevé, permettant par ailleurs des analyses plus fines.

Peu importe le scénario retenu, l'ESLAQ sera un enquête de qualité qui fournira aux utilisateurs des données utiles. Santé Québec demeure disponible pour proposer un protocole, puis, pour réaliser l'enquête.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Adams, O.; Dowler, J.; Lafleur, L.; Jordan-Simpson, D.; Wilkins, R. (1991). *Profil des personnes ayant une incapacité et vivant dans un établissement de santé au Canada*. Série thématique spéciale. Enquête sur la santé et les limitations d'activités. Catalogue 82-615. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.

Binder, D.A.; Morin, J.P. (1988). *The use of activities of daily living questions to screen for disabled persons in a household survey*. Invited paper 13.3, 46th session of ISI.

Organisation mondiale de la santé (1980). *Classification internationale des déficiences, incapacités et désavantages*. Genève, traduction française INSERM, Paris, 1988.

Denis, J.; Dufour, J.; Grondin, C.; Lavigne, M.; Lynch, J.; Morin, J.P. (1993). *Rapport de méthodologie. Composante ménages, L'enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991*. Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes sociales.

Denis, J.; Grondin, C. (1992). *Rapport de méthodologie. Composante établissements institutionnels. L'enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991*. Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes sociales.

Dolson, D.; McClean, K.; Morin, J.P.; Thériberge, A. (1987). «Plan d'échantillonnage pour l'enquête sur la santé et les limitations d'activités.» *Techniques d'enquête*, vol. 13, no. 1, p. 101-117.

Langlet, E. (1993). *Une application de l'analyse discriminant à la classification des incapacités du psychisme*. Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes sociales.

Laroche, S.; Morin, J.P. (1994). *Étude des variations entre les taux d'incapacité de l'ESLA de 1986 et de 1991*. Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes sociales.

Lynch, J. (1994). *Analyse des caractéristiques des répondants oui/non aux questions sur les limitations d'activité au recensement*. Statistique Canada, D.M.E.S.

Pampalon, R., Saucier, A., Berthiaume, N. et al. (1995). «Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources». *Collection méthodologie et instrumentation #7*. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Saucier, A. (1992). *Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986*. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Saucier, A., Lafontaine, P. (1991) «Nature et gravité des incapacités au Québec en 1987. Un portrait statistique des adultes à domicile et en établissement selon l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité». *Collection Données statistiques et indicateurs #18*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Statistique Canada (1995). *Un portrait des personnes ayant une incapacité. Projet des groupes cibles*. Catalogue 89-542F. Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles.

Statistique Canada (1992). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1991. Tableaux d'appoints. Provinces et Territoires*.

Statistique Canada (1991). *Profil des personnes ayant une incapacité et vivant dans un établissement de santé au Canada*. Série thématique spéciale ESLA. Catalogue 82-615. Ottawa.

Statistique Canada (1991). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1991. Guide de l'utilisateur*.

Statistique Canada (1991). *Rapport de méthodologie. Composante établissements institutionnels, L'enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991*.

Statistique Canada (1989). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités. Données infraprovinciales pour Québec*. Catalogue 82-607. Ottawa.

Wilkins, R. (1982). «Espérance de santé au Québec, 1987», dans Robine, J.M., Blanchet, M., Dowd, J.E. (éds.) *Espérance de santé*, Collection Analyse et Prospective, Paris, INSERM, p. 81-100.

Wilkins, R. (1991). «Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986», *Cahier québécois de démographie*, vol. 20 no 2, p. 367-382.

---

## ANNEXE A

### LISTE DES PRINCIPAUX ORGANISMES CONSULTÉS

---

#### **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Direction de la planification et évaluation :** Santé physique et mentale; Adaptation et intégration sociale; Normes et standards d'allocation et d'organisation des ressources; Développement des indicateurs; Recherche et évaluation.

**Direction de la santé publique :** Analyse et surveillance de la santé et du bien-être; promotion de la santé et du bien-être.

#### **Réseau de la santé**

Régie régionales des régions Chaudière-Appalaches, Montréal-centre, Québec, Estrie, Trois-Rivières, Montérégie

#### **Autres ministères et organismes gouvernementaux**

- Société d'Habitation du Québec
- Ministère des Transports
- RAMQ : programme des aides techniques
- SAAQ
- MEQ : service de la recherche; direction de l'adaptation
- INRS-Urbanisation
- OPHQ
- Conseil consultatif sur les aides technologiques
- Statistique Canada

#### **Chercheurs universitaires**

- Département d'Orthophonie audiologie, Université de Montréal
- Département d'Ergothérapie, Université de Montréal
- Département de démographie, Université de Montréal
- Institut québécois de la recherche en gérontologie
- Consortium en adaptation et réadaptation de l'Ouest
- Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé

### **Organismes de services et représentant des usagers**

- Fédération des Centres de réadaptation en déficience physique
- Centre François-Charron
- Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN)
- Comité québécois sur la CIDIH
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec

## ANNEXE B

### PRÉCISION DES ESTIMATIONS, SCÉNARIO C

#### Hypothèses

1. À partir des résultats de 1992-1993 (répartition des répondants, effet de plan de 2.0), et selon ce qui est envisagé pour 1998.
2. À partir des taux d'incapacité québécois de l'ESLA (1991) population des ménages. Inclut certains ménages collectifs non institutionnels n'étant pas couverts par les enquêtes de Santé Québec.
3. Taux d'incapacité québécois est applicable aux régions.
4. Niveau de confiance : 95 %.

TABLEAU 1

#### PRÉCISION DU TAUX D'INCAPACITÉ SELON L'ÂGE - SCÉNARIO C

Sous-groupe	Prop. (%)	n <sup>(1)</sup>	m.e. (%)	CV (%)
Global	11,5	3 450	0,6	2,4
<b>Âge</b>				
0-14 ans	5,6	364	0,8	7,2
15-34 ans	6,2	553	0,7	5,8
35-54 ans	8,3	741	0,8	5,0
55-64 ans	20,7	567	2,2	5,3
15-64 ans	9,0	1 853	0,5	3,1
65-74 ans	32,0	618	3,0	4,7
75-84 ans	54,4	463	4,8	4,5
85 ans et plus	85,1	123	8,1	4,8
65 ans et plus	39,9	1 168	2,5	3,2

(1) Nombre de répondants ayant une incapacité : la somme des n ne correspond pas aux totaux à cause des estimations.

m.e. Marge d'erreur

CV Coefficient de variation

TABLEAU 2

PRÉCISION DU TAUX D'INCAPACITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE - SCÉNARIO C

Sexe et âge	Prop. (%)	n <sup>(1)</sup>	m.e. (%)	CV (%)
<b>● Hommes</b>				
0-14 ans	6,3	210	1,2	9,4
15-34 ans	6,5	290	1,0	8,0
35-54 ans	8,1	359	1,1	7,2
55-64 ans	21,6	290	3,1	7,4
15-64 ans	9,1	931	0,8	4,4
65-74 ans	30,1	271	4,2	7,2
75-84 ans	62,9	223	7,1	5,8
85 ans et plus	-	-	-	-
65 ans et plus	38,2	499	3,7	5,0
<b>Total</b>	<b>11,1</b>	<b>1 651</b>	<b>0,7</b>	<b>3,3</b>
<b>● Femmes</b>				
0-14 ans	4,8	151	1,1	11,2
15-34 ans	5,8	259	1,0	8,5
35-54 ans	8,6	387	1,2	6,9
55-64 ans	19,8	277	3,0	7,6
15-64 ans	8,9	922	0,8	4,4
65-74 ans	33,1	342	4,1	6,3
75-84 ans	52,9	263	6,2	6,0
85 ans et plus	-	-	-	-
65 ans et plus	41,1	667	3,4	4,2
<b>Total</b>	<b>12,0</b>	<b>1 815</b>	<b>0,7</b>	<b>3,1</b>

(1) Nombre de répondants ayant une incapacité : la somme des n ne correspond pas aux totaux à cause des estimations.

TABLEAU 3

PRÉCISION DU TAUX D'INCAPACITÉ SELON LA RÉGION SOCIOSANITAIRE - SCÉNARIO C

Région	Prop. (%)	n <sup>(1)</sup>	m.e. (%)	CV (%)
Bas-St-Laurent	11,5	190	1,8	8,1
Saguenay-Lac-St-Jean	11,5	225	1,8	8,2
Québec	11,5	263	1,8	8,0
Mauricie-Bois-Francs	11,5	256	1,7	7,4
Estrie	11,5	228	1,9	8,4
Montréal	11,5	390	1,4	6,2
Outaouais	11,5	200	1,8	8,1
Abitibi-Témiscamingue	11,5	190	1,9	8,6
Côte-Nord	11,5	252	1,7	7,7
Gaspésie	11,5	204	2,1	9,1
Chaudières-Appalaches	11,5	204	1,8	7,8
Laval	11,5	180	2,0	8,9
Lanaudière	11,5	190	1,9	8,6
Laurentides	11,5	194	1,9	8,3
Montérégie	11,5	290	1,5	6,8

(1) Nombre de répondants ayant une incapacité : la somme des n ne correspond pas aux totaux à cause des estimations.

TABLEAU 4

PRÉCISION DU TAUX D'INCAPACITÉ SELON L'ÂGE ET LE NIVEAU DE SÉVÉRITÉ - SCÉNARIO C

Âge et sévérité		Prop. (%)	n <sup>(1)</sup>	m.e. (%)	CV (%)
0-14 ans	Légère	5,0	325	0,8	7,7
	Modérée et sévère	0,6	39	0,3	22,6*
15-64 ans	Légère	4,7	961	0,4	4,4
	Modérée	3,2	658	0,3	5,4
	Sévère	1,2	247	0,2	8,9
	Modérée et sévère	4,4	903	0,4	4,6
65 et plus	Légère	18,0	526	2,0	5,6
	Modérée	13,6	398	1,8	6,6
	Sévère	8,4	245	1,4	8,7
	Modérée et sévère	22,0	643	2,1	4,9
Total	Légère	6,0	1 812	0,4	3,2
	Modérée	5,3	1 585	0,4	3,5

(1) Nombre de répondants ayant une incapacité : la somme des n ne correspond pas aux totaux à cause des estimations.

\* CV  $\geq$  15 % 25 %.

**TABEAU 5**

**PRÉCISION DU TAUX D'INCAPACITÉ SELON L'ÂGE ET LE TYPE D'INCAPACITÉ - SCÉNARIO C**

Âge et type d'incapacité	Prop. (%)	n <sup>(1)</sup>	m.e. (%)	CV (%)
<b>15-34 ans</b>				
Mobilité	2,0	179	0,4	10,5
Agilité	2,5	224	0,5	9,3
Vision	0,4	36	0,2	23,6*
Ouïe	1,0	89	0,3	14,9
Parole	1,1	99	0,3	14,2
Autres	3,1	277	0,5	8,4
<b>35-54 ans</b>				
Mobilité	4,8	429	0,6	6,7
Agilité	4,9	438	0,6	6,6
Vision	0,9	81	0,3	15,7*
Ouïe	1,0	90	0,3	14,9
Parole	0,6	54	0,2	19,3*
Autres	2,7	241	0,5	9,0
<b>55-64 ans</b>				
Mobilité	13,1	359	1,8	7,0
Agilité	11,4	313	1,7	7,5
Vision	2,6	72	0,8	16,5*
Ouïe	6,1	168	1,3	10,6
Parole	1,1	31	0,6	25,6**
Autres	6,0	165	1,3	10,7
<b>15-64 ans</b>				
Mobilité	4,7	968	0,4	4,4
Agilité	4,7	968	0,4	4,4
Vision	0,9	186	0,2	10,3
Ouïe	1,7	350	0,2	7,5
Parole	0,9	186	0,2	10,3
Autres	3,3	680	0,3	5,3
<b>65 ans et plus</b>				
Mobilité	28,2	826	2,3	4,2
Agilité	22,8	668	2,1	4,8
Vision	9,6	281	1,5	8,0
Ouïe	12,1	355	1,7	7,0
Parole	1,5	44	0,6	21,2*
Autres	9,0	264	1,5	8,3

Âge et type d'incapacité	Prop. (%)	n <sup>(1)</sup>	m.e. (%)	CV (%)
<b>Total</b>				
Mobilité	7,7	1 811	0,5	3,2
Agilité	7,0	1 646	0,5	3,4
Vision	2,0	471	0,3	6,5
Ouïe	3,1	729	0,3	5,2
Parole	1,0	236	0,2	9,2
Autres	4,1	965	0,4	4,5

(1) Nombre de répondants ayant une incapacité : la somme des n ne correspond pas aux totaux à cause des estimations.

• CV  $\geq$  15 % 25 %.

•• CV  $\geq$  25 %.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ÉTUDES DES CRÉDITS  
1997-1998

RÉPONSES AUX QUESTIONS GÉNÉRALES

RÉPONSE NO 5

