INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ

Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011

Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois

Volume 2

Déjà 100 ans de patrimoine statistique

Québec

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

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

ou

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

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

Ce document est disponible seulement
en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
1er trimestre 2013
ISBN 978-2-550-67205-0 (PDF)

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

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle
est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm.

Mars 2013

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

Le directeur général

Stéphane Mercier

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

Cette publication a été réalisée par :

Ariane Dubé-Linteau, Chantale Lecours, Marie-Ève Tremblay
Institut de la statistique du Québec
Raynald Pineault
Direction de santé publique de Montréal et Institut national de santé publique du Québec
Jean-Frédéric Levesque
Institut national de santé publique du Québec

Avec l'assistance technique de :

Valeriu Dumitru, au traitement et à la validation des données
Kate Dupont, à la vérification des chiffres
Hugo Leblanc, à la cartographie
Institut de la statistique du Québec

Membres du comité de lecture :

Ghyslaine Neill et Robert Courtemanche
Institut de la statistique du Québec
Viviane Cantin et Marie-Anne Kimpton
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sous la coordination de :

Jasline Flores
Institut de la statistique du Québec

Ont assuré la révision linguistique et l'édition :

Nicole Descroisselles, à la révision linguistique
Claudette D'Anjou, à l'édition
Institut de la statistique du Québec

Enquête financée par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8

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

Télécopieur : 514 864-9919

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

Citation suggérée pour le volume

DUBÉ-LINTEAU, Ariane, Raynald PINEAULT, Jean-Frédéric LEVESQUE, Chantale LECOURS et Marie-Ève TREMBLAY (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 73 p.

Avertissements

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

Signes conventionnels

…	N'ayant pas lieu de figurer
–	Néant ou zéro
—	Donnée infime
*	Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
**	Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

CV	Coefficient de variation
Pe	Population estimée
k	En milliers

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

REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

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

Jasline Flores
Coordonnatrice et coprésidente du comité d'orientation de projet
Institut de la statistique du Québec

TABLE DES MATIÈRES

11 Liste des tableaux et des figures

15 Faits saillants

21 Introduction

23 Aspects méthodologiques

Chapitre 1 Médecin de famille

27 1.1 Portrait de la population ayant un médecin de famille

29 1.1.1 Avoir un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

30 1.1.2 Avoir un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

30 1.1.3 Avoir un médecin de famille selon la région sociosanitaire

32 1.1.4 Lieu et délai de consultation du médecin de famille

35 1.2 Portrait de la population n'ayant pas de médecin de famille

36 1.2.1 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

37 1.2.2 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

38 1.2.3 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon la région sociosanitaire

39 1.2.4 Raisons invoquées pour ne pas avoir de médecin de famille

40 1.2.5 Raisons invoquées pour ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille

Chapitre 2 Endroit habituel de soins

41 2.1 Portrait de la population ayant un endroit habituel de soins

42 2.1.1 Avoir un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

43 2.1.2 Avoir un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé

44 2.1.3 Avoir un endroit habituel de soins selon la région sociosanitaire

46 2.1.5 Groupe de médecine de famille (GMF)

47 2.1.6 Consultation d'une infirmière à l'endroit habituel de soins

49 2.1.7 Lien entre l'endroit habituel de soins et le médecin de famille

50 2.2 Expérience vécue à l'endroit habituel de soins

54 2.2.1 Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

57 2.2.2 Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé

59 Conclusion

63 Références bibliographiques

65 Annexe A : Tableaux complémentaires

68 Annexe B : Questionnaire (extrait)

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

Chapitre 1 Médecin de famille

Tableau 1.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 28

Tableau 1.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 29

Tableau 1.3
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 30

Tableau 1.4
Proportion de personnes ayant un médecin généraliste ou spécialiste comme médecin de famille selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 32

Tableau 1.5
Lieu habituel de consultation du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille, Québec, 2010-2011 34

Tableau 1.6
Délai pour obtenir un rendez-vous avec le médecin de famille selon le lieu habituel de consultation, population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille, Québec, 2010-2011 34

Tableau 1.7
Proportion de personnes n'ayant pas de médecin de famille selon le sexe, l'âge et le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 35

Tableau 1.8
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 37

Tableau 1.9
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 37

Chapitre 2 Endroit habituel de soins

Tableau 2.1
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 41

Tableau 2.2
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 43

Tableau 2.3
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 43

Tableau 2.4
Proportion de personnes dont l'endroit habituel de soins est un groupe de médecine de famille (GMF) selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011 46

Tableau 2.5
Proportion de personnes qui consultent leur médecin de famille à l'endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille et un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011 49

Tableau 2.6
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon le type d'endroit et selon qu'il s'agit d'un groupe de médecine de famille ou non, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, Québec, 2010-2011 51

Tableau 2.7
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, Québec, 2010-2011 53

Tableau 2.8
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, Québec, 2010-2011 56

Tableau 2.9
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, Québec, 2010-2011 58

Annexe A

Tableau A1
Délai pour obtenir un rendez-vous avec le médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille, Québec, 2010-2011 65

Tableau A2
Raisons de ne pas avoir de médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus n'ayant pas de médecin de famille et qui ressent le besoin d'en avoir, Québec, 2010-2011 65

Tableau A3
Raisons de ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus n'ayant pas de médecin de famille et qui ne ressent pas le besoin d'en avoir un, Québec, 2010-2011. 66

Tableau A4
Type d'endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011. . 66

Tableau A5
Proportion de personnes qui rencontrent une infirmière à l'endroit habituel de soins selon le type d'endroit, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, Québec, 2010-2011 67

Tableau A6
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins concernant les items relatifs à la réactivité et à l'efficacité des soins reçus, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, Québec, 2010-2011 67

Liste des figures

Chapitre 1 Médecin de famille

Figure 1.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 28

Figure 1.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 31

Figure 1.3
Lieu habituel de consultation du médecin de famille, population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille, Québec, 2010-2011. 33

Figure 1.4
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 36

Figure 1.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 38

Figure 1.6
Raisons pour ne pas avoir de médecin de famille, population de 15 ans et plus ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, Québec, 2010-2011 39

Figure 1.7
Raisons pour ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille, population de 15 ans et plus n'ayant pas de médecin de famille et n'ayant pas de besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, Québec, 2010-2011 40

Chapitre 2 Endroit habituel de soins

Figure 2.1
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 42

Figure 2.2
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 44

Figure 2.3
Type d'endroit habituel de soins, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011 45

Figure 2.4
Proportion de personnes qui rencontrent une infirmière à l'endroit habituel de soins selon le type d'endroit, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, Québec, 2010-2011 47

Figure 2.5
Proportion de personnes qui rencontrent une infirmière à l'endroit habituel de soins selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, Québec, 2010-2011 48

FAITS SAILLANTS

Médecin de famille

- Près de 8 Québécois sur 10 ont un médecin de famille (79 %).
- Environ la moitié des personnes ayant un médecin de famille obtiennent un rendez-vous en moins d'un mois en cas de besoin (49 %).
- Parmi les 21 % de Québécois sans médecin de famille, plus du tiers considèrent ne pas en avoir besoin.
- Les personnes sans médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un sont, toute proportion gardée, davantage des hommes (14 %), des personnes âgées de 25 à 49 ans (20 %), des immigrants récents (46 %), des personnes parlant le plus souvent une autre langue que le français ou l'anglais à la maison (24 %), des personnes ayant un diplôme d'études universitaires (18 %), des personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (15 %), des personnes se situant dans le quintile le plus faible de l'indice de défavorisation sociale (17 %) et des personnes résidant en zone urbaine (15 %).
- Le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est plus répandu chez les personnes sans problème de santé de longue durée (18 %) et sans incapacité (14 %) que chez celles dont les caractéristiques de l'état de santé sont moins favorables.
- Les régions de Montréal (20 %) et de l'Abitibi-Témiscamingue (15 %) présentent les plus fortes proportions de personnes ayant besoin d'un médecin de famille comparativement à celle observée ailleurs au Québec.

Endroit habituel de soins

- La majorité des Québécois ont un endroit habituel de consultation d'un médecin pour leurs soins de santé généraux (85 %).
- Parmi les personnes ayant à la fois un médecin de famille et un endroit habituel de soins (75 %), la plupart (87 %) consultent leur médecin de famille à cet endroit.
- La proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins est plus faible chez les hommes (80 %), les jeunes âgés entre 15 et 24 ans (76 %), les immigrants récents (56 %), les personnes parlant le plus souvent une autre langue que le français ou l'anglais à la maison (77 %), les étudiants (76 %), les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (82 %), les personnes plus défavorisées sur le plan social de l'indice de défavorisation (83 % et 81 % respectivement pour les quintiles 4 et 5) ainsi que chez celles résidant en zone urbaine (82 %).
- Les personnes se considérant en moyenne ou mauvaise santé (87 %), celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (95 %) de même que les personnes avec incapacité (89 %) sont plus nombreuses, en proportion, à avoir un endroit habituel de soins.
- Montréal est la seule région où la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins est plus faible que celle observée dans le reste du Québec.
- Parmi les personnes ayant un endroit habituel de soins (85 %), 64 % disent qu'il s'agit d'un groupe de médecine de famille (GMF).
- Plus du quart (27 %) des personnes ayant un endroit habituel de soins rencontrent une infirmière. Cette proportion varie considérablement selon le type d'endroit, en passant de 22 %, à la clinique ou au bureau de médecin, à 91 % pour l'urgence d'un hôpital.

Expérience vécue à l'endroit habituel de soins

- La majorité des personnes ayant un endroit habituel de soins dressent un bilan favorable de leur expérience vécue relativement à chacun des items étudiés (de 59 % à 90 %, selon le cas), à l'exception de celui qui porte sur la possibilité de consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine où seulement 27 % des personnes se sont senties concernées par l'énoncé.

- Les personnes dont l'endroit habituel de soins est l'urgence de l'hôpital décrivent en plus forte proportion une expérience favorable quant à l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain (93 %) ainsi qu'en soirée ou la fin de semaine (88 %). Elles sont par ailleurs moins nombreuses à pouvoir consulter pour un nouveau problème de santé non urgent (55 %), à recevoir des services qui permettent de bien contrôler les problèmes de santé (81 %) ou encore à recevoir des services de professionnels favorisant la motivation pour adopter de bonnes habitudes de vie (66 %).

- Les personnes qui ont un groupe de médecine de famille (GMF) évaluent plus positivement leur expérience à l'égard de la plupart des items touchant l'accessibilité, la réactivité et l'efficacité que les personnes ne disposant pas d'un tel groupe. La seule exception concerne l'item lié à l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain qui révèle une situation un peu moins favorable pour les personnes inscrites à un GMF comparativement à celles n'ayant pas adhéré à ce modèle (58 % c. 60 %).

- De manière générale, les hommes rapportent leur expérience de soins relativement à chacun des énoncés étudiés de façon plus positive que les femmes.

- Les personnes de 15 à 64 ans semblent plus susceptibles que leurs aînées de vivre une expérience favorable pour ce qui est des énoncés relatifs à l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain ou encore en soirée ou la fin de semaine, mais elles évaluent moins bien ceux qui font référence à la réactivité et à l'efficacité.

- Les personnes qui considèrent leur expérience de soins comme étant moins favorable à l'égard de l'un ou l'autre des items touchant l'accessibilité à un médecin (la journée même ou le lendemain ou encore en soirée ou la fin de semaine) sont celles qui sont nées au Canada, qui parlent le plus souvent le français à la maison, qui sont retraitées et qui résident en zone urbaine.

- La proportion de personnes estimant pouvoir consulter pour un nouveau problème de santé non urgent est plus faible chez les étudiants, les personnes sans emploi et celles ne possédant pas de diplôme d'études secondaires.

- Les immigrants récents, les personnes parlant le plus souvent l'anglais à la maison, les personnes sans emploi, les étudiants, les personnes ayant un diplôme universitaire, les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu et celles résidant en zone urbaine évaluent moins favorablement leur expérience à l'égard de l'un ou l'autre des items relatifs à la réactivité et à l'efficacité.

DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ABORDÉES DANS L'ENQUÊTE

Au Québec, la performance du système de santé et des services sociaux constitue un enjeu important pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'un des principaux objectifs de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins est de produire des données statistiques permettant d'évaluer six des huit dimensions identifiées dans le cadre de référence ministériel[1] élaboré à cet effet. Ces dimensions sont les suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

VARIABLES ET INDICATEURS DE CROISEMENT UTILISÉS

Composition du ménage : Indicateur sociodémographique permettant de caractériser le type de situation correspondant au logement de la personne en tenant compte de tous les membres du ménage. Un ménage est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un même logement, qu'il soit privé ou collectif non institutionnel. L'indicateur comporte cinq catégories : personne vivant seule, couple sans enfant, couple avec enfant(s) (de tous les âges), famille monoparentale, autre. Cette dernière catégorie inclut principalement les ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugal ou filial (par exemple, un frère et une sœur) ou de personnes non apparentées (par exemple, des colocataires) [Indicateur établi à partir de la question Q122].

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

Indice de défavorisation (dimension sociale) : Indice[2] distinguant deux formes de défavorisation dans la population âgée de 15 ans et plus : l'une est matérielle, l'autre est sociale. L'indice regroupe certains indicateurs choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé, leurs affinités avec les formes matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par aire de diffusion. Seule la dimension sociale de l'indice est prise en compte dans ce volume. Elle traduit les variations de la structure du ménage ou de la famille et de l'état matrimonial. La population est répartie en quintiles allant du plus favorisé (quintile 1) au moins favorisé (quintile 5). [Indice construit à partir du code postal[3]].

Inscription à un groupe de médecine de famille (GMF) : Indicateur déterminant les personnes inscrites à un groupe de médecine de famille (GMF), soit celles dont l'endroit habituel pour recevoir les soins de santé généraux est une clinique (ou un bureau) de médecin ou un CLSC et qui ont déclaré que cet endroit était un GMF. L'indicateur comprend deux catégories : inscrit à un GMF; non inscrit à un GMF [Indicateur construit à partir des questions Q4 et Q5].

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

Niveau de revenu du ménage : Indicateur basé sur les seuils de faible revenu qui sont des limites de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités (nourriture, logement et habillement) qu'une famille moyenne. Les seuils varient selon sept tailles de famille et cinq tailles de communauté de résidence différentes. Cette différence additionnelle vise à tenir compte de la variation du coût de la vie parmi les communautés de tailles différentes. Ces seuils sont établis par Statistique Canada[4]. Les deux catégories de cet indicateur sont : membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu[5] et membre d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu. [Indicateur construit à partir des questions[6] Q120A, Q120B, Q121 et du code postal].

---

1. Pour plus de détails concernant cet indicateur et les pondérations utilisées, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Pour plus de détails sur l'indice de défavorisation, voir R. Pampalon, D. Hamel et P. Gamache (2009).
3. De l'imputation est nécessaire pour construire cette variable puisque l'assignation d'une aire de diffusion à partir du code postal n'est pas toujours unique. Une telle situation se produit pour environ 24 % de la population visée.
4. Pour plus de détails sur le seuil de faible revenu avant impôt, il est possible de consulter le document *Les lignes de faible revenu, 2010-2011*, [En ligne]. [http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/75f0002m2012002-fra.htm].
5. Revenu égal ou inférieur au seuil de faible revenu.
6. Les questions de l'EQES concernent le ménage alors que les seuils de faible revenu réfèrent à la famille, ce qui n'est pas toujours équivalent.

Niveau de scolarité : Plus haut niveau de scolarité que les personnes ont complété. Cet indicateur socioéconomique comporte quatre catégories : sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires. La catégorie « diplôme d'études collégiales » comprend les personnes qui détiennent un diplôme ou un certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers, d'une école de formation professionnelle ou d'un collège commercial [Indicateur établi à partir de la question Q119].

Nombre de problèmes de santé de longue durée : Indicateur de l'état de santé défini à partir d'une série de questions portant sur des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus. Ces problèmes déclarés doivent avoir été diagnostiqués par un médecin, nécessiter un suivi médical et impliquer la prise de médicaments sur une base régulière, requérir des traitements ou demander le maintien de bonnes habitudes de vie. Les blessures dues à un accident (accident de la route, blessure au travail, blessure sportive, autres blessures) ou à des mouvements répétitifs (comme une fracture ou une tendinite) et les problèmes qui en découlent sont exclus. Cet indicateur comprend trois catégories : aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus [Indicateur construit à partir des questions Q85 à Q89 et Q91 pour les participants à l'EQLAV][7].

Occupation principale : Occupation principale au moment de l'enquête. Cet indicateur socioéconomique comprend quatre catégories : en emploi, étudiant, sans emploi, retraité. Les personnes « en emploi » incluent les personnes occupant un emploi à temps plein ou partiel ainsi que celles en congé (maladie, maternité ou paternité, etc.). Les personnes « sans emploi » incluent les personnes qui reçoivent des prestations (assurance-emploi, aide sociale) et celles qui restent à la maison [Indicateur établi à partir de la question Q126].

Perception de l'état de santé : Autoévaluation de l'état de santé général exprimée par la personne en se comparant à d'autres personnes du même âge. Cet indicateur comprend trois catégories : excellent ou très bon, bon, moyen ou mauvais [Indicateur établi à partir de la question Q114].

Statut d'immigration : Indicateur sociodémographique défini à partir du lieu de naissance des personnes et de la durée de résidence au Canada pour les personnes nées à l'étranger. Il comporte trois catégories : Canadien de naissance, immigrant récent (arrivé au Canada depuis moins de 5 ans), immigrant de longue date (arrivé au Canada depuis 5 ans et plus) [Indicateur construit à partir des questions Q116 et Q117].

Zone de résidence : Zone géographique attribuée à la personne et déterminée à partir des données du recensement de 2006 (à partir du code postal). Cet indicateur sociodémographique se divise en trois catégories : zone urbaine (> 100 000 habitants), zone semi-urbaine (entre 10 000 et 100 000 habitants), zone rurale (< 10 000 habitants).

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

INTRODUCTION

Au Québec comme ailleurs, les services de santé de première ligne, aussi appelés services de santé primaires, sont souvent décrits comme le fondement du système de santé (CSBE, 2009). En effet, ces services constituent le premier point de contact des patients afin que ceux-ci puissent obtenir les soins de santé généraux[1] dont ils ont besoin et que la plupart de leurs problèmes de santé soient pris en charge. De plus, les services de santé de première ligne sont reconnus comme ayant un grand impact sur la performance de l'ensemble du système de santé ainsi que sur l'état de santé de la population (Starfield, 2005; Macinko, 2003).

Au début des année 2000, de nombreuses commissions d'enquête soulignent l'importance d'améliorer les soins de santé de première ligne et de favoriser l'établissement d'équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires au début des années 2000 (Clair, 2000; Kirby, 2002; Romanow, 2002). Au Québec, c'est la commission Clair qui signale l'existence de problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination des services de santé. Le rapport recommande notamment que « l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux » (Clair, 2000 : 43) et que « le volet médical de ce réseau de première ligne soit assumé par des *Groupes de médecine de famille*, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes » (Clair, 2000 : 52). Une importante réforme touchant particulièrement la première ligne de soins est dès lors mise en œuvre. Elle se traduit notamment par la mise sur pied de réseaux locaux de services (RLS) et de centres de santé et de services sociaux (CSSS), par la création de groupes de médecine de famille (GMF) et par l'instauration de cliniques-réseau (CR) (MSSS, 2006). En 2009, le Commissaire à la santé et au bien-être réitère l'importance de poursuivre la réorganisation des soins de première ligne et recommande d'en faire une priorité (CSBE, 2009).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté l'Institut de la statistique du Québec pour réaliser l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), et cela, dans un contexte où la phase d'implantation de cette réforme des services de santé et des services sociaux est en grande partie complétée. L'enquête vise donc principalement à soutenir l'évaluation de certains aspects de la performance du système de santé dont l'accessibilité, la continuité, la réactivité, l'efficacité, la sécurité et l'équité d'accès des services de santé et des services sociaux.

Ce volume est consacré à l'affiliation des Québécois aux services de santé de première ligne, c'est-à-dire le lien qui peut exister entre un patient et un médecin ou une organisation de services de santé. Ces premiers résultats permettent plus particulièrement d'analyser les services de santé de première ligne sous l'angle de l'accessibilité, de la réactivité et de l'efficacité. Pour ce faire, le volume dresse d'abord le portrait, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques et liées à la santé, de la population ayant un médecin de famille et celui des personnes ayant besoin d'un médecin de famille. Les caractéristiques des personnes ayant accès à un endroit habituel de soins sont ensuite présentées de même que l'expérience vécue par celles-ci à cet endroit. Finalement, le lien entre le médecin de famille et le lieu habituel de soins est examiné.

Cette première publication, consacrée à l'analyse des données de l'EQES 2010-2011 à l'échelle du Québec, sera suivie de quatre autres portant sur les services psychosociaux, les hospitalisations et les consultations à l'urgence, la consultation d'un médecin spécialiste et sur les tests de laboratoire et la prise de médicaments.

Les données à l'échelle des régions sociosanitaires (RSS) et des réseaux locaux de services (RLS) de l'EQES seront, quant à elles, diffusées sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec.

1. L'expression « soins de santé généraux » désigne les soins de médecine générale et de chirurgie légère (ex. : points de suture pour blessures mineures). Ces soins sont généralement donnés par des médecins généralistes, tels que les médecins de famille ou les omnipraticiens, qui travaillent dans des cliniques médicales, des bureaux privés ou encore dans des établissements comme les centres d'hébergement, l'urgence des hôpitaux ou les CLSC.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Cette section présente les principaux aspects de la méthodologie[1] de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) ainsi que des éléments méthodologiques propres aux sujets traités dans ce volume. L'EQES porte sur l'ensemble des personnes de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. Cela comprend les personnes qui vivent dans un logement privé et celles qui vivent dans un logement collectif non institutionnel (résidence pour personnes âgées, couvent, etc.). Les personnes vivant dans un logement collectif institutionnel (CHSLD, prison, centre jeunesse, centre de réadaptation, etc.) ainsi que celles résidant dans les réserves indiennes ou dans les régions sociosanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne font pas partie de la population visée par l'enquête. En tout, la population visée par l'EQES représente environ 97,5 % de l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus. Mentionnons que dans cette publication, la population visée est désignée comme étant la « population âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé[2] ou dans un ménage collectif[3] non institutionnel ».

L'EQES a été construite de façon à produire des estimations tant à l'échelle nationale que régionale (régions sociosanitaires ou RSS) et locale (réseaux locaux de services ou RLS). Elle vise une bonne précision pour toute proportion de 15 % ou plus dans chacun des 94 territoires de RLS du Québec ainsi que pour les proportions de 5 % ou plus dans chacune des régions sociosanitaires et de 4 % ou plus pour les personnes âgées de 85 ans et plus à l'échelle de la province.

La base de sondage utilisée pour sélectionner l'échantillon de l'enquête a été extraite du fichier des inscriptions des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elle a été stratifiée selon le territoire de RLS, le groupe d'âge et le sexe. Au total, 77 436 personnes ont été sélectionnées dans l'échantillon.

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

Au total, 48 100 personnes ont répondu à l'enquête, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 63,3 %. Les taux de réponse par RSS oscillent entre 59 % et 69 %. Il est à noter que lorsque la personne sélectionnée était incapable de répondre au questionnaire soit en raison de son état de santé ou parce qu'elle ne parlait ni le français ni l'anglais, une tierce personne pouvait répondre aux questions. Cependant, certaines questions portant sur les perceptions ou sur l'appréciation des services ne leur étaient pas posées étant donné que l'on considère

1. Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques, voir M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).
2. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage privé est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ).
3. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage collectif est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement collectif et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ). Dans l'EQES, la population visée inclut les personnes vivant en ménage collectif non institutionnel et exclut celles qui sont en ménage collectif institutionnel.
4. Les critères de sélection étaient : avoir un problème de santé de longue durée, avoir une incapacité ou être âgé de 65 ans et plus.

que seul le répondant visé peut émettre son avis sur ces questions. Sur les 48 100 entrevues complétées, 2 023 ont ainsi été administrées à des tiers répondants. Comme ce phénomène compte pour 4 % des entrevues, le biais engendré par la non-réponse découlant des répondants par procuration peut être considéré comme étant négligeable lors de la production d'estimations. Néanmoins, mentionnons que les analyses portant sur les perceptions ou sur l'appréciation des services présentées dans cette publication excluent entre 4 % et 5 % des personnes ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux au cours d'une période de deux ans. Ces personnes sont majoritairement celles âgées de 65 ans et plus, celles avec incapacité ainsi que celles ayant au moins un problème de santé de longue durée.

Toutes les estimations présentées dans les analyses faites par l'ISQ ont été pondérées afin de tenir compte, d'une part, du fait que certaines personnes avaient plus de chances d'être sélectionnées que d'autres et, d'autre part, de la non-réponse plus importante observée chez certains groupes de personnes. Afin de prendre en considération le plan de sondage, des poids d'auto-amorçage (*bootstrap*) ont été utilisés dans la production des estimations de précision et des tests statistiques. La mesure de précision utilisée dans cette publication est le coefficient de variation (CV). Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont considérées suffisamment précises et présentées sans commentaire. Les estimations dont le CV est supérieur à 15 % mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (*) dans les tableaux et les figures pour indiquer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et le fait qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont d'ailleurs fournies qu'à titre indicatif. Des notes en bas de page sont ajoutées pour tous les résultats dont la précision est faible ou passable, qu'ils soient ou non présentés dans les tableaux et figures.

Les résultats présentés ont d'abord fait l'objet d'un test global du Khi-deux afin de mesurer l'association entre la variable d'analyse et la variable de croisement. Lorsque cette association était significative au seuil de 5 % et lorsque la variable d'analyse ou la variable de croisement comptait plus de deux catégories, des tests d'égalité des proportions ont été menés afin d'identifier les écarts les plus importants[5]. Dans le but de faire ressortir les principales différences et d'alléger le texte, la description des catégories de variables qui se distinguent significativement de toutes les autres catégories (une ou deux, selon le cas) a été privilégiée plutôt que de présenter toutes les différences significatives.

Toutes les estimations de proportions sont présentées avec une décimale dans les tableaux et figures, mais ont été arrondies à l'unité dans le texte. En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux ou figures peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. Les populations estimées (Pe) sont quant à elles arrondies à la centaine.

La variable « type de médecin de famille », généraliste (omnipraticien) ou spécialiste et celle du « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » ont fait l'objet d'une imputation afin d'assurer une cohérence avec leurs indicateurs associés respectifs. Dans le cas de la première variable, il s'agit du fait d'avoir un médecin de famille et dans le cas de la seconde, du fait de ne pas avoir de médecin de famille. Pour ce faire, des classes d'imputation ont été définies en fonction de variables reliées à la variable à imputer. Ensuite, pour chaque cas à imputer, on a attribué la réponse d'un donneur, c'est-à-dire une personne ayant répondu et faisant partie de la même classe d'imputation. La sélection des donneurs est aléatoire et sans remise.

La seule variable qui a été utilisée pour créer les classes d'imputation de la variable « type de médecin de famille » est l'âge. Sur les 40 109 personnes ayant un médecin de famille, 2 171 se retrouvent avec une valeur manquante pour l'indicateur (une proportion pondérée d'environ 5,1 %).

Une fois de plus, l'âge était la seule variable utilisée pour la définition des classes d'imputation de la variable « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » pour les répondants ayant déclaré ne pas en avoir un. Des 7 891 personnes sans médecin de famille, 45 ont été imputées (une proportion pondérée d'environ 0,7 %).

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

Quelques variables d'analyse traitées dans ce volume présentent une non-réponse partielle élevée parce qu'elles comptent beaucoup de réponses « ne sait pas ». Ces variables sont : le fait de savoir si l'endroit habituel de soins est un groupe de médecine de famille (GMF) (14 %), la possibilité de consulter un médecin la journée même ou le lendemain à l'endroit habituel de soins (9 %) et la possibilité de consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine à l'endroit habituel de soins (16 %). Une analyse des caractéristiques des non-répondants révèle que la non-réponse n'est pas caractérisée pour la variable portant sur le GMF. Toutefois, la non-réponse pour les autres variables mentionnées précédemment est caractérisée par l'âge. On note, en effet, que l'âge est lié à la fois à ces variables et à la non-réponse, ce qui entraîne un biais dans les estimations. Dans les analyses portant sur ces variables, il a été décidé de ne pas inférer les résultats à l'ensemble de la population, mais bien à la population qui est en mesure de répondre à ces questions. Il faut alors bien définir les caractéristiques des personnes ayant répondu « ne sait pas ». Ainsi, la proportion de personnes qui ont répondu « ne sait pas » est plus importante chez les personnes de 75 ans et plus pour la variable indiquant la possibilité de consulter un médecin la journée même ou le lendemain. Pour la variable indiquant la possibilité de consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine, les personnes de 15 à 24 ans et de 65 à 74 ans sont proportionnellement plus nombreuses à dire « ne sait pas » que les 25 à 64 ans.

Par ailleurs, une autre variable présente un taux de non-réponse partielle élevé (5 %), soit celle documentant si les services offerts à l'endroit habituel de soins répondent aux problèmes de santé qu'ils soient physiques ou psychologiques. Pour cette variable, la non-réponse partielle est caractérisée par l'âge. Toutefois, une analyse a révélé que le biais induit par l'âge dans les estimations de la variable était négligeable.

1 MÉDECIN DE FAMILLE

Les médecins de famille sont au cœur du système de santé et constituent la base de la réforme des services de santé de première ligne qu'a connue le Québec au cours des dernières années. Cette réforme s'appuie sur les recommandations de diverses commissions d'enquête qui, au Canada comme au Québec, ont montré l'importance de renforcer les services de santé de première ligne afin de garantir l'accès à un médecin de famille pour chaque citoyen (Clair, 2000; Kirby, 2002; Romanow, 2002).

Le présent chapitre dresse le portrait de la population québécoise âgée de 15 ans et plus avec et sans médecin de famille. Ce portrait est fait en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques[1] et liées à la santé[2]. Les personnes ayant un médecin de famille sont celles ayant déclaré avoir un médecin de famille ou avoir un médecin en particulier qui prend la responsabilité de leurs soins de santé.

1.1 Portrait de la population ayant un médecin de famille

Près de 8 Québécois sur 10 ont un médecin de famille

Au Québec, la proportion de la population de 15 ans et plus ayant un médecin de famille[3] en 2010-2011 est de 79 %, ce qui représente environ 5 231 300 personnes (tableau 1.1). Plus précisément, 74 % des Québécois déclarent que leur médecin de famille est un médecin généraliste alors que 4,6 % affirment qu'il s'agit d'un médecin spécialiste[4].

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir un médecin de famille (84 % c. 73 %) (figure 1.1). Cet écart significatif entre les sexes s'observe quel que soit le groupe d'âge chez les moins de 75 ans.

La proportion de personnes ayant un médecin de famille s'accroît avec l'âge. Tout d'abord, on note que celle-ci est plus faible parmi les personnes âgées entre 15 et 64 ans (75 %) comparativement à celles de 65 ans et plus (94 %) (tableau 1.1). Un examen plus détaillé révèle des proportions significativement moins élevées chez les jeunes de 15 à 24 ans (69 %) ainsi que chez les personnes de 25 à 49 ans (71 %) comparativement aux autres groupes d'âge. De leur côté, les personnes âgées entre 75 et 84 ans et de 85 ans et plus affichent les plus fortes proportions (96 % dans chacun des cas).

De manière générale, les mêmes différences selon le sexe et l'âge sont observées lorsque le médecin de famille est un généraliste, mais pas lorsqu'il est un spécialiste. En effet, ce sont les personnes âgées entre 15 et 24 ans qui sont nettement plus nombreuses (9 %), en proportion, à mentionner qu'il s'agit d'un médecin spécialiste par rapport aux autres groupes.

---

1. Pour connaître la définition de ces variables, voir l'encadré *Variables et indicateurs de croisement utilisés* à la page 18.
2. Pour connaître la définition de ces variables, voir l'encadré *Variables et indicateurs de croisement utilisés* à la page 18. De plus, pour les analyses portant sur les indicateurs « Incapacité » et « Nombre de problème de santé de longue durée », la pondération de l'EQLAV est utilisée. Pour plus de détails, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
3. L'indicateur correspondant à l'affiliation au médecin de famille est tirée des questions Q13 et Q14 (Annexe B).
4. Ces résultats tiennent compte des renseignements fournis à la question Q15 par les personnes ayant un médecin de famille (question Q13) ou un médecin qui prend la responsabilité de leurs soins de santé (question Q14). Cette question permettait de déterminer si le médecin est un généraliste (omnipraticien) ou un spécialiste (Annexe B).

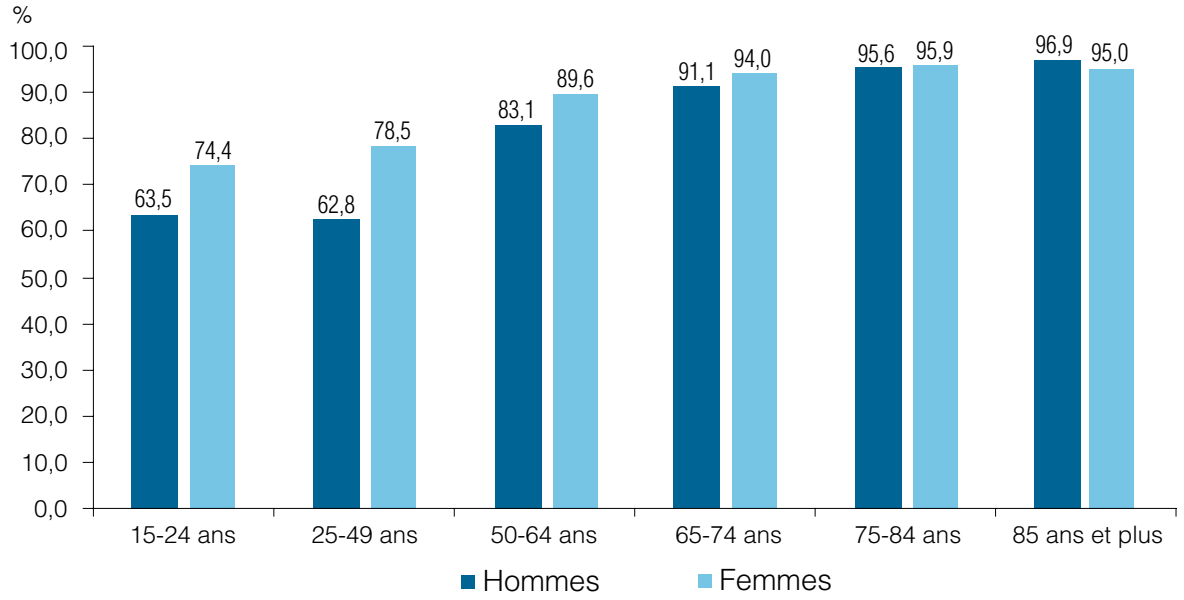
Tableau 1.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Ensemble	Médecin généraliste	Médecin spécialiste
		%	
Sexe			
Hommes	73,1	68,4	4,7
Femmes	84,1	79,6	4,4
Groupe d'âge			
15-64 ans	**75,2**	**70,5**	**4,7**
15-24 ans	68,7	59,4	9,2
25-49 ans	70,6	66,5	4,1
50-64 ans	86,4	83,2	3,2
65 ans et plus	**94,0**	**90,0**	**4,0**
65-74 ans	92,6	89,0	3,7
75-84 ans	95,8	91,3	4,5
85 ans et plus	95,6	91,4	4,2
Ensemble de la population	78,7	74,1	4,6
Pe (k)	5 231,3	4 925,6	305,7

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

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

Figure 1.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



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

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

1.1.1 Avoir un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

La proportion de Québécois ayant un médecin de famille varie selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques et économiques (tableau 1.2). En effet, cette proportion est plus élevée dans les groupes suivants :

- Les Canadiens de naissance (81 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français (80 %);
- Les personnes retraitées (93 %);
- Les personnes sans diplôme d'études secondaires (85 %);
- Les personnes appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu (79 %);
- Les personnes appartenant aux trois quintiles les plus favorisés de la dimension sociale de l'indice de défavorisation (quintiles 1 à 3) (82 %, 81 % et 80 %, respectivement);
- Les personnes résidant en zone rurale (86 %).

Elle est toutefois moins élevée dans les groupes suivants :

- Les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (37 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est une autre langue que le français ou l'anglais (66 %);
- Les étudiants (68 %);
- Les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (75 %);
- Les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (77 %);
- Les personnes appartenant au quintile le plus défavorisé de la dimension sociale de l'indice de défavorisation (quintile 5) (73 %);
- Les personnes résidant en zone urbaine (76 %).

Tableau 1.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Statut d'immigration	
Canadien de naissance	81,0
Immigrant récent (moins de 5 ans)	37,3
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	70,5
Langue parlée le plus souvent à la maison	
Français	80,3
Anglais	75,5
Autre	65,6
Occupation principale	
En emploi	75,7
Étudiant	67,6
Sans emploi	78,5
Retraité	93,4
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	84,7
Diplôme d'études secondaires	78,3
Diplôme d'études collégiales	77,6
Diplôme d'études universitaires	74,9
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	77,1
Au-dessus du seuil de faible revenu	78,9
Indice de défavorisation (dimension sociale)	
Quintile 1 (Très favorisé)	81,7
Quintile 2	81,0
Quintile 3	79,7
Quintile 4	77,9
Quintile 5 (Très défavorisé)	72,7
Zone de résidence	
Urbaine	75,7
Semi-urbaine	84,1
Rurale	86,1

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

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

1.1.2 Avoir un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

Le fait d'avoir un médecin de famille est plus répandu chez les personnes dont les caractéristiques de l'état de santé sont moins favorables

La proportion de personnes ayant un médecin de famille varie également selon les caractéristiques suivantes : l'état de santé perçu, la présence de problèmes de santé de longue durée et le fait d'avoir une incapacité.

Tout d'abord, on constate que les personnes qui qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais sont plus susceptibles d'avoir un médecin de famille que celles qui le perçoivent de manière plus positive (82 % c. 78 % pour les catégories « bon » et « excellent/très bon ») (tableau 1.3).

De plus, la vaste majorité (94 %) des personnes qui déclarent deux problèmes de santé de longue durée ou plus ont un médecin de famille. Cette proportion est moins élevée (86 %) lorsqu'un seul problème de cette nature est présent et encore plus faible (68 %) en l'absence de ce type de problème.

Finalement, 85 % des personnes avec incapacité ont déclaré avoir un médecin de famille comparativement à 75 % chez les personnes n'ayant aucune incapacité.

Tableau 1.3
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	77,8
Bon	78,2
Moyen/mauvais	81,7
Nombre de problèmes de santé de longue durée	
Aucun problème de santé	68,2
Un problème de santé	86,3
Deux problèmes de santé ou plus	93,7
Incapacité	
Avec incapacité	85,5
Sans incapacité	75,1

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

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

1.1.3 Avoir un médecin de famille selon la région sociosanitaire

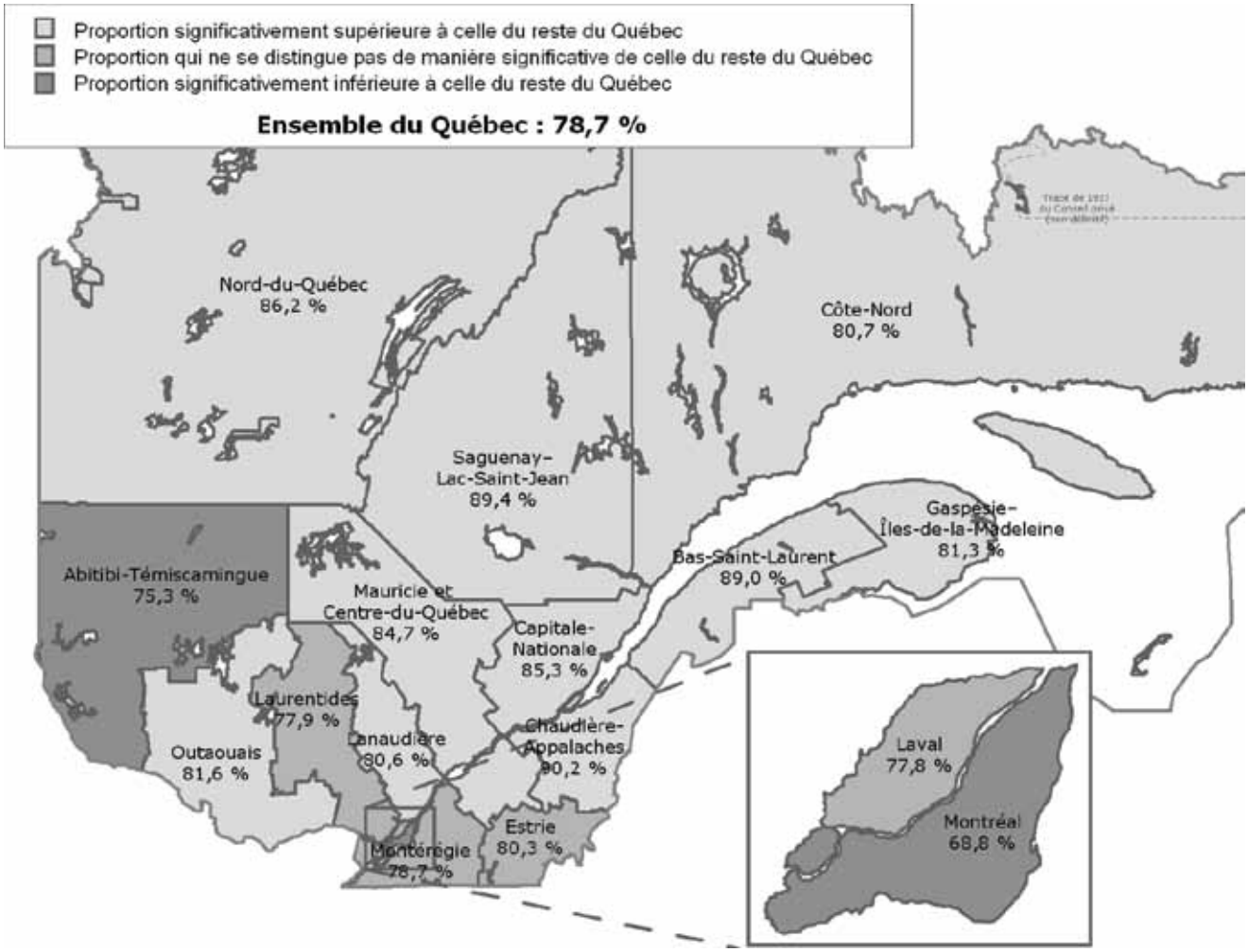
Montréal et Abitibi-Témiscamingue sont les deux régions où la proportion de personnes ayant un médecin de famille est plus faible qu'ailleurs au Québec

Au Québec, la proportion de la population ayant un médecin de famille se situe entre 69 % et 90 % selon la région sociosanitaire (figure 1.2). Dix régions présentent une proportion de personnes ayant un médecin de famille supérieure à celle observée dans le reste du Québec (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Outaouais, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches et Lanaudière), tandis que deux régions affichent une proportion plus faible (Montréal et Abitibi-Témiscamingue).

Lorsque l'on examine la proportion de personnes ayant un médecin de famille généraliste, les différences selon les régions sont similaires à celles observées dans l'analyse des proportions ne tenant pas compte du type de médecin de famille (généraliste ou spécialiste). Les seules exceptions touchent les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de Lanaudière pour lesquelles cette proportion ne diffère pas de celle notée ailleurs au Québec (tableau 1.4).

Par ailleurs, soulignons que la proportion de personnes ayant un médecin spécialiste comme médecin de famille varie entre 2 % et 6 % selon les différentes régions sociosanitaires. Bien que les écarts observés d'une région à l'autre soient faibles, on constate que cette proportion est significativement plus élevée dans deux régions (Montréal et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine) comparativement à celle du reste du Québec. À l'opposé, quatre régions comptent, en proportion, moins de personnes ayant un spécialiste comme médecin de famille (Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Nord-du-Québec et Chaudière-Appalaches).

Figure 1.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



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

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

Sources des données géométriques : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
Ministère des Ressources naturelles (MRN)

Tableau 1.4
Proportion de personnes ayant un médecin généraliste ou spécialiste comme médecin de famille selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Médecin généraliste	Médecin spécialiste
	%	%
Bas-Saint-Laurent	84,5 (+)	4,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	85,6 (+)	3,7
Capitale-Nationale	82,0 (+)	3,3 (–)
Mauricie et Centre-du-Québec	81,6 (+)	3,2 (–)
Estrie	75,7	4,6
Montréal	63,0 (–)	5,9 (+)
Outaouais	77,5 (+)	4,0
Abitibi-Témiscamingue	71,2 (–)	4,0
Côte-Nord	76,4 (+)	4,2
Nord-du-Québec	83,3 (+)	2,9* (–)
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	75,2	6,1 (+)
Chaudière-Appalaches	86,8 (+)	3,4 (–)
Laval	72,3	5,5
Lanaudière	75,9	4,7
Laurentides	72,8	5,1
Montérégie	74,5	4,2
Ensemble de la province	74,1	4,6

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

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

Note : Les signes (+) et (–) indiquent que la proportion de la région correspondante est significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 5 %.

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

1.1.4 Lieu et délai de consultation du médecin de famille

Près du quart de la population de 85 ans et plus consulte son médecin de famille à un endroit autre que la clinique, le bureau de médecin, le CLSC, l'urgence ou la clinique externe d'un hôpital comparativement à 2,4 % dans la population en général

L'analyse du lieu habituel de consultation du médecin de famille[5] montre que la très grande majorité des personnes ayant un médecin de famille le consulte habituellement dans une clinique ou un bureau de médecin (87 %) (figure 1.3). Les autres personnes consultent, en moindre proportion, leur médecin dans un CLSC (7 %), à l'urgence d'un hôpital (0,8 %), à la clinique externe d'un hôpital (3,2 %) ou dans un endroit « autre[6] » (2,4 %).

Le lieu habituel de consultation du médecin de famille diffère légèrement selon le sexe, l'écart entre les hommes et les femmes n'étant significatif que pour certains lieux en particulier. Ainsi, les hommes sont un peu plus susceptibles que les femmes de consulter leur médecin de famille à l'urgence (1,1 % c. 0,6 %) ou à la clinique externe d'un hôpital (3,8 % c. 2,6 %), mais ils sont moins enclins à le faire dans un endroit « autre » (2,1 % c. 2,6 %) (tableau 1.5).

Une analyse des données sur le lieu de consultation du médecin de famille selon l'âge révèle quelques particularités intéressantes. D'abord, les personnes âgées de 15 à 24 ans sont plus nombreuses, en proportion, à consulter leur médecin dans un CLSC (9 %) ou à l'urgence d'un hôpital (1,6 %) que celles d'un âge plus avancé. Par ailleurs, les personnes de 85 ans et plus se démarquent

5. L'indicateur correspondant au lieu de consultation du médecin de famille a été construit à partir des questions Q4, Q16 et Q17 (Annexe B).
6. La catégorie « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

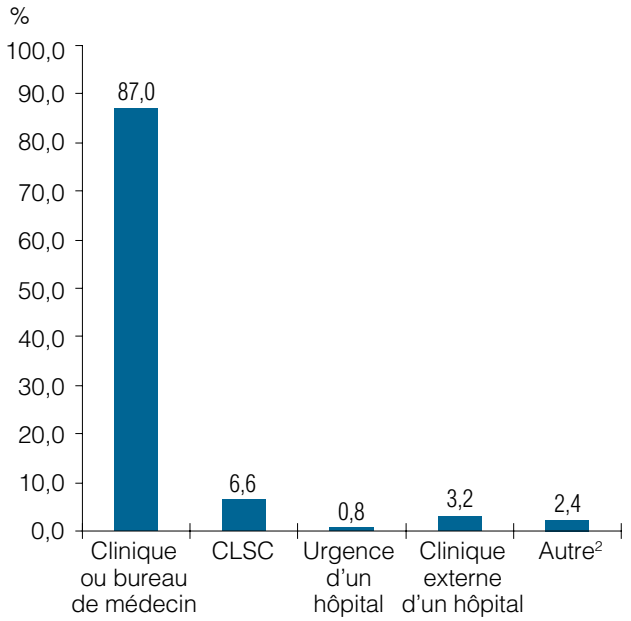
des groupes plus jeunes de deux façons : d'une part, elles sont moins nombreuses à consulter leur médecin de famille dans une clinique ou un bureau de médecin (66 % c. 84 % ou plus selon le groupe d'âge) et, d'autre part, elles sont nettement plus nombreuses à le consulter à un « autre » endroit (23 % c. 6 % ou moins selon le groupe d'âge). Rappelons que cette dernière catégorie comprend le domicile et la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées. Ces derniers résultats peuvent donc s'expliquer en partie par le fait que les personnes de 85 ans et plus sont plus susceptibles de consulter leur médecin dans ces types d'endroits que les autres groupes d'âge.

Environ la moitié des personnes ayant un médecin de famille obtiennent un rendez-vous en moins d'un mois en cas de besoin

Les données de l'EQES portant sur les délais moyens pour obtenir une consultation avec le médecin de famille[7] montrent que près du tiers (31 %) des personnes ayant un médecin de famille parviennent à avoir un rendez-vous avec ce dernier en moins de deux semaines, 18 %, dans un délai de deux semaines à moins d'un mois, 30 %, d'un mois à moins de quatre mois, et 9 %, dans un délai de quatre mois ou plus. Fait à noter, pour près d'une personne sur 10 (9 %), les dates de rendez-vous avec le médecin de famille sont fixées à l'avance.

Lorsqu'on analyse le délai en fonction du lieu habituel de consultation du médecin de famille[8], peu de différences significatives sont observées. D'une part, les personnes qui le voient au CLSC sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à obtenir un rendez-vous dans un délai d'un mois à moins de quatre mois en comparaison des personnes qui fréquentent d'autres types de lieux (38 % c. 32 % ou moins selon le cas) (tableau 1.6). D'autre part, les personnes qui consultent leur médecin de famille à un endroit « autre » sont plus nombreuses à pouvoir le faire dans un délai de moins de deux semaines (49 %); en revanche, elles sont moins nombreuses à consulter leur médecin dans un délai d'un mois à moins de quatre mois (13 %) ou de quatre mois ou plus (1,6 %*[9]). Ces derniers résultats ne sont pas surprenants étant donné que les personnes qui consultent leur médecin à un endroit « autre » comptent davantage de personnes de 85 ans et plus, et on sait que ces dernières sont, en proportion, plus nombreuses à expérimenter des délais de consultation plus courts (Annexe A, tableau A1).

Figure 1.3
Lieu habituel de consultation du médecin de famille, population de 15 ans et plus[1] ayant un médecin de famille, Québec, 2010-2011



1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. La catégorie « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

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

7. La variable portant sur le délai de consultation du médecin de famille correspond à la question Q18 (Annexe B).
8. La question sur le délai de consultation du médecin de famille ne fait pas référence à un lieu de consultation en particulier. De plus, la question sur le lieu de consultation du médecin de famille fait référence à l'endroit où la personne voit son médecin de famille le plus souvent. Cela peut contribuer à expliquer certains résultats qui semblent incohérents. En effet, certaines personnes mentionnent que le lieu habituel de consultation de leur médecin de famille est l'urgence d'un hôpital. Cela peut s'observer dans certaines régions rurales où il existe un recoupement dans l'offre de services en matière de soins de santé comme des hôpitaux qui embauchent des médecins de famille locaux (Hay et coll., 2006).
9. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau 1.5
Lieu habituel de consultation du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] ayant un médecin de famille, Québec, 2010-2011

	Clinique ou bureau de médecin	CLSC	Urgence d'un hôpital	Clinique externe d'un hôpital	Autre[2]
	%				
Sexe					
Hommes	86,6	6,4	1,1	3,8	2,1
Femmes	87,4	6,8	0,6	2,6	2,6
Groupe d'âge					
15-64 ans	**87,7**	**6,8**	**0,8**	**3,2**	**1,5**
15-24 ans	83,6	8,7	1,6	4,1	2,0*
25-49 ans	87,9	6,6	0,8	3,3	1,4
50-64 ans	89,1	6,2	0,6	2,6	1,5
65 ans et plus	**84,7**	**5,9**	**0,7**	**3,1**	**5,6**
65-74 ans	88,6	5,8	0,5*	2,9	2,2
75-84 ans	84,8	5,8	0,9*	3,4	5,1
85 ans et plus	66,2	6,5	0,6*	3,5	23,1

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

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. La catégorie « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

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

Tableau 1.6
Délai pour obtenir un rendez-vous avec le médecin de famille selon le lieu habituel de consultation, population de 15 ans et plus[1] ayant un médecin de famille, Québec, 2010-2011

	Moins de deux semaines	De deux semaines à moins d'un mois	D'un mois à moins de quatre mois	Quatre mois ou plus	Rendez-vous préfixé	Ne prend jamais de rendez-vous
	%					
Clinique ou bureau de médecin	30,9	18,5	30,0	9,3	8,4	2,9
CLSC	24,7	18,5	37,7	8,2	9,0	1,8*
Urgence d'un hôpital[2]	32,7	12,9*	24,3	9,5*	12,2*	8,4*
Clinique externe d'un hôpital	25,5	18,8	32,3	9,2	11,6	2,5**
Autre[3]	48,9	12,8	13,4	1,6**	15,9	7,4*
Ensemble	30,7	18,4	30,1	9,1	8,8	2,9

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

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

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Rappelons que la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant mentionné l'urgence d'un hôpital comme lieu habituel de consultation du médecin de famille est de 0,8 % (figure 1.3).
3. La catégorie « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

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

1.2 Portrait de la population n'ayant pas de médecin de famille

Plus d'une personne sur cinq n'a pas de médecin de famille au Québec et parmi celles-ci, plus du tiers rapportent ne pas en avoir besoin

En 2010-2011, 21 % des personnes âgées de 15 ans et plus n'ont pas de médecin de famille au Québec. Plus particulièrement, une proportion de 13 % déclare en avoir besoin, soit environ 866 400 personnes, tandis que 8 % ne ressentent pas le besoin d'avoir un médecin de famille (tableau 1.7).

La proportion de personnes n'ayant pas de médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un, soit les personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille[10], est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (14 % c. 12 %) (tableau 1.7). Toutefois, cet écart n'est observé que chez les groupes d'âge se situant entre 25 et 74 ans (figure 1.4). En effet, chez les plus jeunes (15 à 24 ans), ce sont plutôt les femmes qui sont plus nombreuses à avoir besoin d'un médecin de famille, tandis qu'à partir de 75 ans, aucune différence significative selon le sexe n'est notée (figure 1.4).

Les personnes âgées entre 15 et 64 ans se retrouvent davantage sans médecin de famille que leurs aînés (25 % c. 6 %); on constate donc sans surprise qu'elles sont aussi plus nombreuses, en proportion, à déclarer un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille (15 % c. 3,4 %) (tableau 1.7). Plus précisément, les personnes âgées entre 25 et 49 ans sont celles qui mentionnent le plus souvent avoir besoin d'un médecin de famille (20 %) ainsi que celles de 15 à 24 ans (12 %). Par ailleurs, les personnes de 75 ans et plus sont les moins nombreuses à ressentir un tel besoin, comparativement aux autres groupes d'âge (de l'ordre de 2 %).

Tableau 1.7
Proportion de personnes n'ayant pas de médecin de famille selon le sexe, l'âge et le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Ensemble	Avec besoin non comblé d'affiliation	Sans besoin non comblé d'affiliation
		%	
Sexe			
Hommes	26,9	14,5	12,4
Femmes	15,9	11,6	4,3
Groupe d'âge			
15-64 ans	**24,8**	**15,2**	**9,6**
15-24 ans	31,3	12,0	19,3
25-49 ans	29,4	19,8	9,6
50-64 ans	13,6	9,5	4,1
65 ans et plus	**6,0**	**3,4**	**2,6**
65-74 ans	7,4	4,4	2,9
75-84 ans	4,2	2,1*	2,1*
85 ans et plus	4,4	2,3	2,1
Ensemble de la population	**21,3**	**13,0**	**8,3**
Pe (k)	1 419,4	866,4	553,0

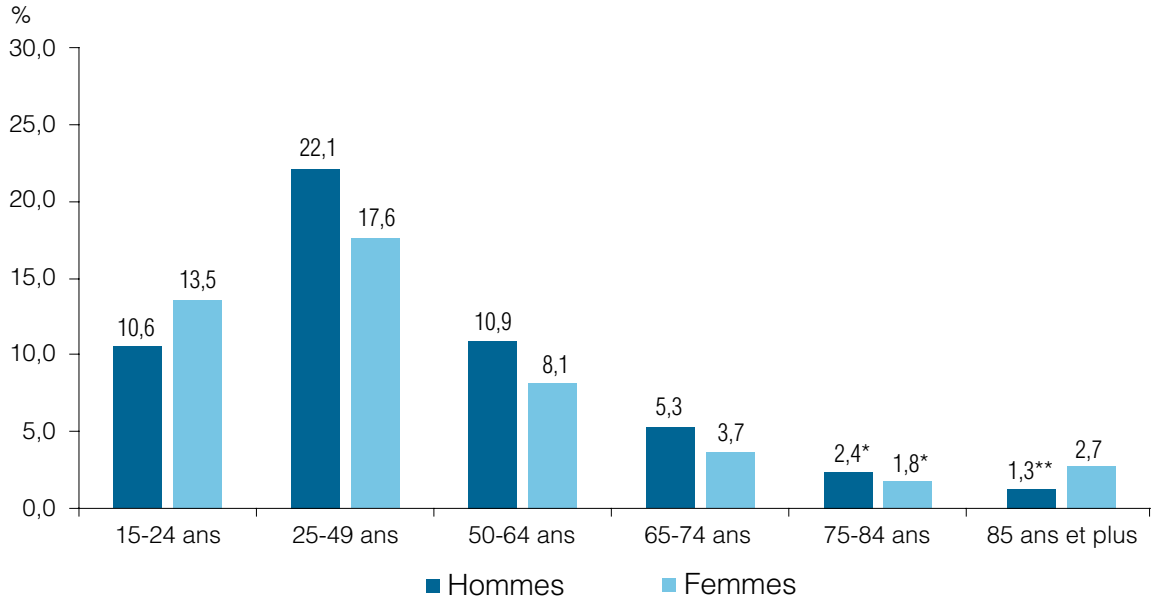
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

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

10. L'indicateur correspondant au besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille a été construit à partir des questions Q13, Q14 et Q19 (Annexe B).

Figure 1.4
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



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

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

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

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

1.2.1 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Selon les données de l'EQES 2010-2011, la proportion de Québécois qui sont sans médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un varie selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques et économiques (tableau 1.8). Ainsi, cette proportion est plus élevée dans les groupes suivants :

- Les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (46 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est une langue autre que le français ou l'anglais (24 %);
- Les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (18 %);
- Les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (15 %);
- Les personnes appartenant au quintile le plus défavorisé de la dimension sociale de l'indice de défavorisation (quintile 5) (17 %);
- Les personnes résidant en zone urbaine (15 %).

Elle est toutefois moins élevée au sein des groupes suivants :

- Les Canadiens de naissance (11 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français (12 %);
- Les personnes retraitées (4,1 %);
- Les personnes sans diplôme d'études secondaires (7 %);
- Les personnes appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu (13 %);
- Les personnes appartenant aux deux quintiles les plus favorisés de la dimension sociale de l'indice de défavorisation (quintiles 1 et 2) (11 % dans chacun des cas);
- Les personnes résidant en zone rurale (7 %).

Tableau 1.8
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Statut d'immigration	
Canadien de naissance	11,0
Immigrant récent (moins de 5 ans)	46,1
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	21,0
Langue parlée le plus souvent à la maison	
Français	11,7
Anglais	15,6
Autre	23,9
Occupation principale	
En emploi	15,8
Étudiant	14,0
Sans emploi	14,6
Retraité	4,1
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	7,3
Diplôme d'études secondaires	11,6
Diplôme d'études collégiales	13,9
Diplôme d'études universitaires	18,2
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	14,8
Au-dessus du seuil de faible revenu	12,7
Indice de défavorisation (dimension sociale)	
Quintile 1 (Très favorisé)	10,8
Quintile 2	10,9
Quintile 3	12,8
Quintile 4	13,2
Quintile 5 (Très défavorisé)	17,2
Zone de résidence	
Urbaine	15,1
Semi-urbaine	9,6
Rurale	7,3

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

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

1.2.2 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

Le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est davantage répandu chez les personnes sans problème de santé de longue durée (18 %) ainsi que chez les personnes sans incapacité (14 %) comparativement aux personnes dont les caractéristiques de l'état de santé sont moins favorables (entre 5 % et 11 %, selon le cas) (tableau 1.9). Par ailleurs, la proportion de personnes ayant besoin d'un médecin de famille ne varie pas selon la perception de l'état de santé (données non présentées).

Tableau 1.9
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Nombre de problèmes de santé de longue durée	
Aucun problème de santé	17,8
Un problème de santé	10,5
Deux problèmes de santé ou plus	5,3
Incapacité	
Avec incapacité	10,6
Sans incapacité	14,4

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

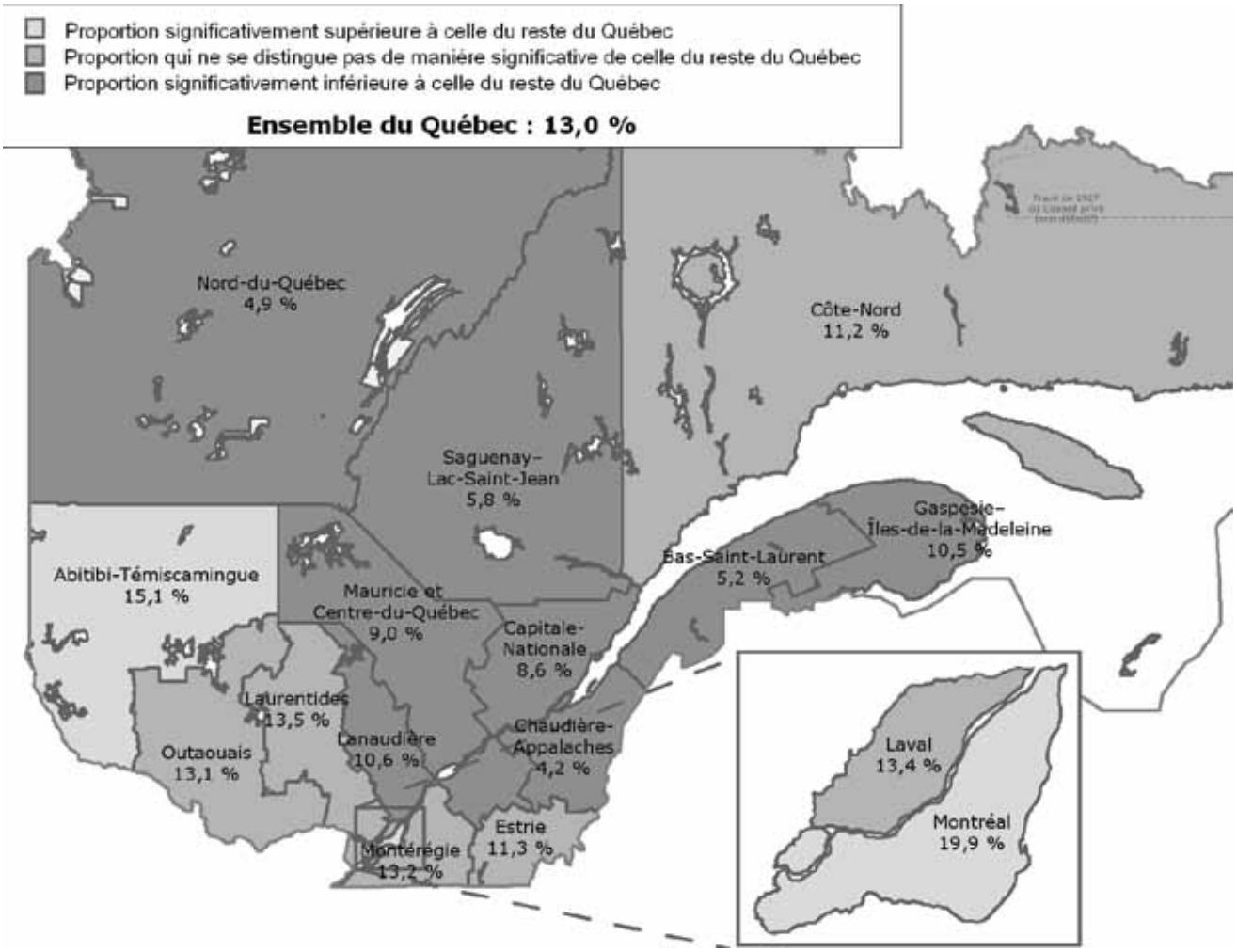
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011.*

1.2.3 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon la région sociosanitaire

Environ 4 % de la population de Chaudière-Appalaches a besoin d'un médecin de famille comparativement à 20 % des Montréalais

La proportion de personnes ayant besoin d'un médecin de famille varie de 4,2 % à 20 % selon la région sociosanitaire (figure 1.5). Montréal et Abitibi-Témiscamingue se distinguent par des proportions plus élevées que celle observée ailleurs au Québec. À l'opposé, plusieurs régions affichent des proportions plus faibles (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches et Lanaudière). Concernant ces régions, il est utile de souligner qu'elles se caractérisent toutes par des proportions relativement faibles de personnes n'ayant pas de médecin de famille, ce qui pourrait expliquer en partie le besoin moindre de médecins de famille au sein de ces régions.

Figure 1.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



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

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

Sources des données géométriques : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
Ministère des Ressources naturelles (MRN)

1.2.4 Raisons invoquées pour ne pas avoir de médecin de famille

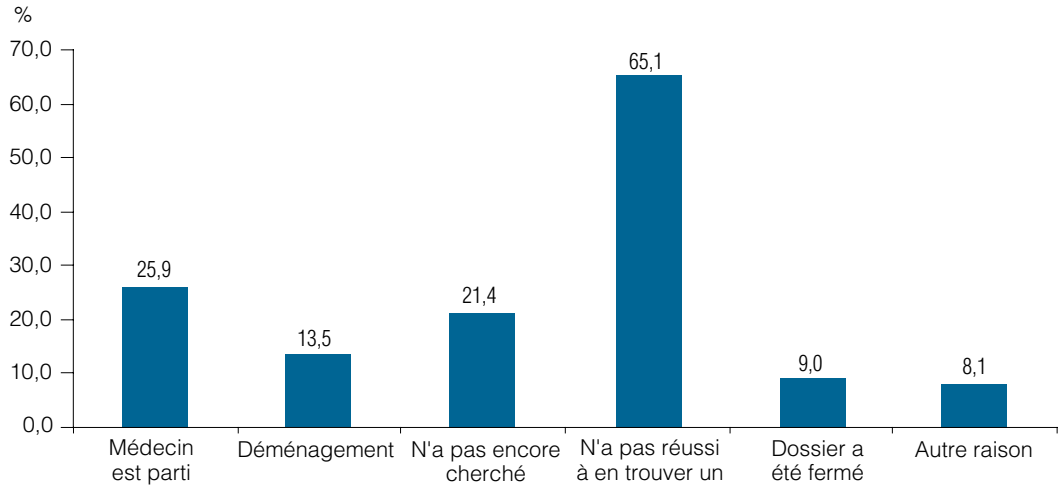
Parmi les personnes qui ressentent le besoin d'avoir un médecin de famille, près de deux sur trois ne parviennent pas à en trouver un

La principale raison mentionnée par les personnes qui ressentent le besoin d'avoir un médecin de famille pour expliquer le fait de ne pas en avoir un[11] est « de n'avoir pas réussi à en trouver un » (65 %) (figure 1.6). Les autres raisons invoquées sont : « le médecin est parti » (26 %), « de n'avoir pas encore cherché » (21 %), « déménagement » (13 %) et « le dossier médical a été fermé » (9 %).

Les raisons données pour expliquer le fait de ne pas avoir de médecin de famille varient en fonction du sexe et de l'âge. Effectivement, les hommes mentionnent dans une plus grande proportion que les femmes la raison « de n'avoir pas encore cherché » (27 % c. 15 %) (Annexe A, tableau A2). En revanche, ces dernières sont plus nombreuses que les hommes à déclarer que « le médecin est parti » (30 % c. 23 %) et « n'avoir pas réussi à en trouver un » (70 % c. 61 %).

En ce qui concerne l'âge, les personnes de 15 à 64 ans mentionnent plus fréquemment que celles de 65 ans et plus les raisons suivantes : « déménagement » (14 % c. 8 %), « de n'avoir pas encore cherché » (22 % c. 14 %) et « de n'avoir pas réussi à en trouver un » (66 % c. 56 %). Les 65 ans et plus sont, de leur côté, plus nombreux que leurs cadets à invoquer comme raison que « le médecin est parti » (53 % c. 25 %).

Figure 1.6
Raisons pour ne pas avoir de médecin de famille[1], population de 15 ans et plus[2] ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, Québec, 2010-2011



1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison pour ne pas avoir de médecin de famille.
2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

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

11. La variable portant sur les raisons invoquées pour ne pas avoir de médecin de famille est tirée de la question Q20 (Annexe B). Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison.

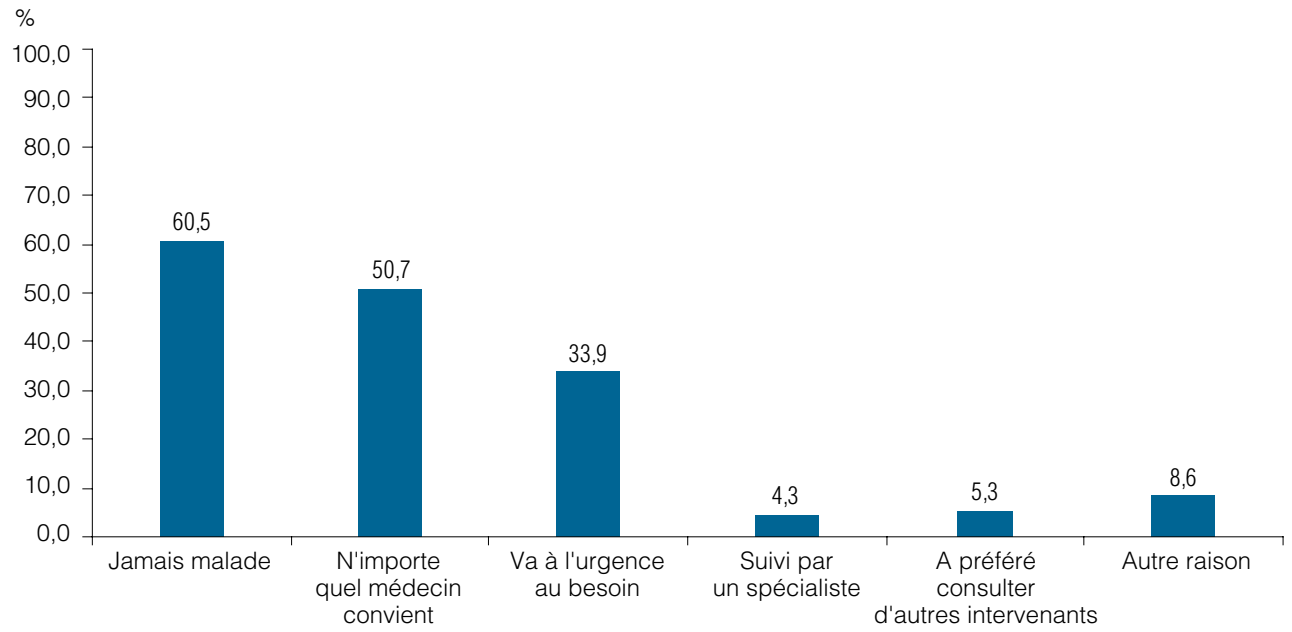
1.2.5 Raisons invoquées pour ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille

Le tiers des personnes n'ayant pas de médecin de famille et qui ne ressentent pas le besoin d'en avoir un disent aller à l'urgence au besoin

La majorité des personnes n'ayant pas de médecin de famille et qui ne ressentent pas le besoin d'en avoir un déclarent[12] « n'être jamais malades » (61 %) (figure 1.7). De plus, environ la moitié de ces personnes (51 %) expliquent cette absence de besoin en mentionnant que n'importe quel médecin convient, tandis que le tiers (34 %) vont à l'urgence seulement si besoin est. Les autres raisons invoquées sont : « être suivi par un spécialiste » (4,3 %), « avoir préféré consulter d'autres types d'intervenants » (5 %) ou « une autre raison » (9 %).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à dire « n'être jamais malades » (63 % c. 54 %) et « aller à l'urgence au besoin » (35 % c. 30 %) comme raisons pour expliquer le fait de ne pas avoir besoin d'un médecin de famille, tandis que ces dernières mentionnent plus fréquemment « une autre raison » (11 % c. 8 %) (Annexe A, tableau A3). Enfin, les personnes de 15 à 64 ans sont plus nombreuses que leurs aînées à déclarer que « n'importe quel médecin convient » (51 % c. 39 %) ou encore « aller à l'urgence au besoin » (34 % c. 23 %).

Figure 1.7
Raisons pour ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille[1], population de 15 ans et plus[2] n'ayant pas de médecin de famille et n'ayant pas de besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, Québec, 2010-2011



1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison pour ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille.
2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

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

12. La variable portant sur les raisons invoquées pour ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille est tirée de la question Q21 (Annexe B). Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison.

2 ENDROIT HABITUEL DE SOINS

L'accès à un endroit habituel de soins est un élément important du renouvellement des soins de santé de première ligne. L'objectif poursuivi était de faire en sorte que chaque Québécois, quel que soit son territoire de résidence, puisse avoir accès à proximité de son milieu de vie à une large gamme de services de santé et de services sociaux et que ces services lui soient offerts de manière coordonnée et continue (MSSS, 2006).

Ce chapitre présente d'abord une description de la population québécoise ayant un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques[1] et liées à la santé[2]. L'expérience vécue à cet endroit est ensuite abordée sous l'angle de l'accessibilité, de la réactivité et de l'efficacité. Le lien qui existe entre cet endroit et le médecin de famille y est également abordé. Il est à noter que l'endroit habituel de soins correspond au lieu habituel de consultation d'un médecin pour les soins de santé généraux. Contrairement à l'affiliation à un médecin de famille abordée dans le chapitre précédent qui inclut le fait d'avoir un médecin spécialiste comme médecin de famille, l'endroit habituel de soins exclut les lieux de consultation des médecins spécialistes.

2.1 Portrait de la population ayant un endroit habituel de soins

Plus de 8 Québécois sur 10 ont un endroit habituel pour leurs soins de santé généraux

En 2010-2011, 85 % de la population québécoise de 15 ans et plus a un endroit habituel pour voir un médecin pour les soins de santé généraux[3], ce qui représente environ 5 625 600 personnes (tableau 2.1). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir une telle ressource (89 % c. 80 %). Cette association selon le sexe est observée au sein des groupes d'âge inférieurs à 75 ans, puisqu'elle n'est pas significative chez les personnes âgées de 75 à 84 ans et est même inversée chez celles de 85 ans et plus. En effet, dans ce dernier groupe, le fait d'avoir un endroit habituel de soins est moins répandu chez les femmes que chez les hommes (92 % c. 96 %) (figure 2.1).

L'analyse selon l'âge montre que les personnes de 15 à 64 ans déclarent en moins grande proportion avoir un endroit habituel de soins que les personnes de 65 ans et plus (82 % c. 95 %). Plus précisément, on remarque que la proportion de personnes ayant un tel type d'endroit est la moins élevée chez les personnes âgées entre 15 et 24 ans (76 %), tandis qu'elle est la plus élevée chez celles de 75 à 84 ans (96 %).

Tableau 2.1
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

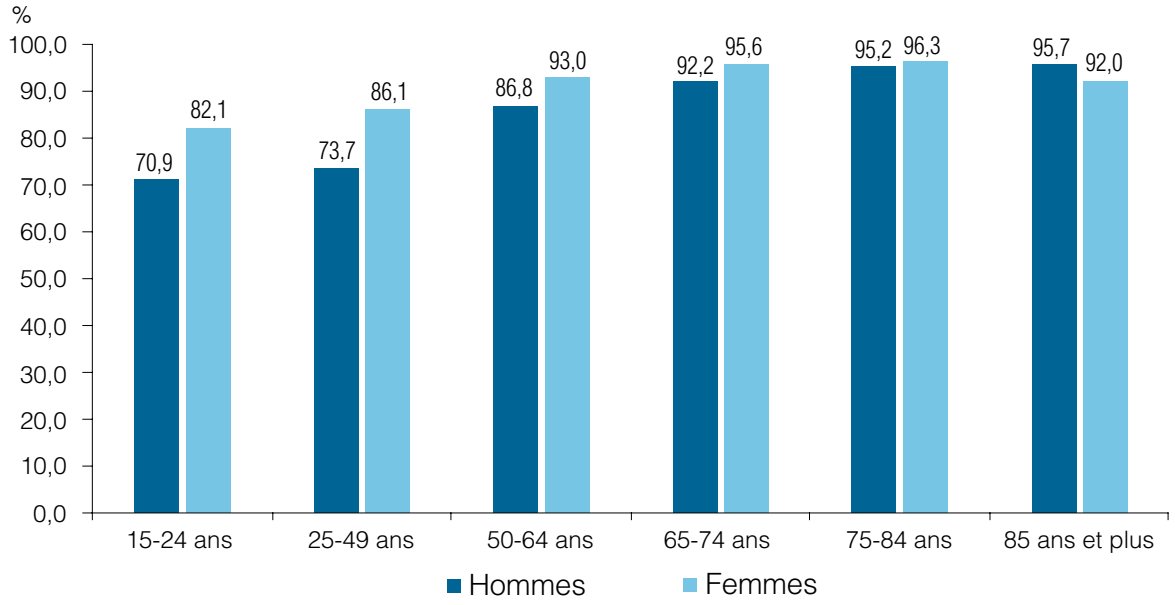
	%
Sexe	
Hommes	79,9
Femmes	89,2
Groupe d'âge	
15-64 ans	**82,4**
15-24 ans	76,3
25-49 ans	79,8
50-64 ans	89,9
65 ans et plus	**94,5**
65-74 ans	94,0
75-84 ans	95,9
85 ans et plus	93,2
Ensemble de la population	**84,6**
Pe (k)	5 625,6

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

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

1. Pour connaître la définition de ces variables, voir l'encadré *Variables et indicateurs de croisement utilisés* à la page 18.
2. Pour connaître la définition de ces variables, voir l'encadré *Variables et indicateurs de croisement utilisés* à la page 18. De plus, pour les analyses portant sur les indicateurs « Incapacité » et « Nombre de problème de santé de longue durée », la pondération de l'EQLAV est utilisée. Pour plus de détails, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
3. La variable portant sur l'endroit habituel de soins est tirée de la question Q3 (Annexe B).

Figure 2.1
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



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

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

2.1.1 Avoir un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Au Québec, la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins est plus élevée dans les groupes suivants (tableau 2.2) :

- Les Canadiens de naissance (86 %);
- Les personnes retraitées (94 %);
- Les personnes sans diplôme d'études secondaires (88 %);
- Les personnes résidant en zone rurale (91 %).

Cette proportion est toutefois moins élevée dans les groupes suivants :

- Les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (56 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est une langue autre que le français ou l'anglais (77 %);
- Les étudiants (76 %);
- Les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (82 %);
- Les personnes appartenant aux deux quintiles les plus défavorisés de la dimension sociale de l'indice de défavorisation (quintiles 4 et 5) (83 % et 81 %, respectivement);
- Les personnes résidant en zone urbaine (82 %).

Tableau 2.2
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Statut d'immigration	
Canadien de naissance	86,1
Immigrant récent (moins de 5 ans)	55,7
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	79,7
Langue parlée le plus souvent à la maison	
Français	85,3
Anglais	84,4
Autre	76,8
Occupation principale	
En emploi	82,7
Étudiant	76,2
Sans emploi	85,3
Retraité	94,4
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	88,5
Diplôme d'études secondaires	84,6
Diplôme d'études collégiales	84,2
Diplôme d'études universitaires	81,6
Indice de défavorisation (dimension sociale)	
Quintile 1 (Très favorisé)	86,6
Quintile 2	86,7
Quintile 3	85,3
Quintile 4	82,9
Quintile 5 (Très défavorisé)	81,4
Zone de résidence	
Urbaine	82,4
Semi-urbaine	87,7
Rurale	90,7

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

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

2.1.2 Avoir un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé

À l'instar de ce que l'analyse portant sur le médecin de famille et les caractéristiques de l'état de santé a démontré (section 1.1.2), les personnes se considérant en moyenne ou mauvaise santé (87 %), celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (95 %) ainsi que les personnes avec incapacité (89 %) sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à avoir un endroit habituel pour voir un médecin pour les soins de santé généraux (tableau 2.3).

Tableau 2.3
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Perception de l'état de santé	
Excellent/très bon	83,9
Bon	84,5
Moyen/mauvais	86,7
Nombre de problèmes de santé de longue durée	
Aucun problème de santé	77,4
Un problème de santé	89,9
Deux problèmes de santé ou plus	94,9
Incapacité	
Avec incapacité	88,9
Sans incapacité	82,4

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

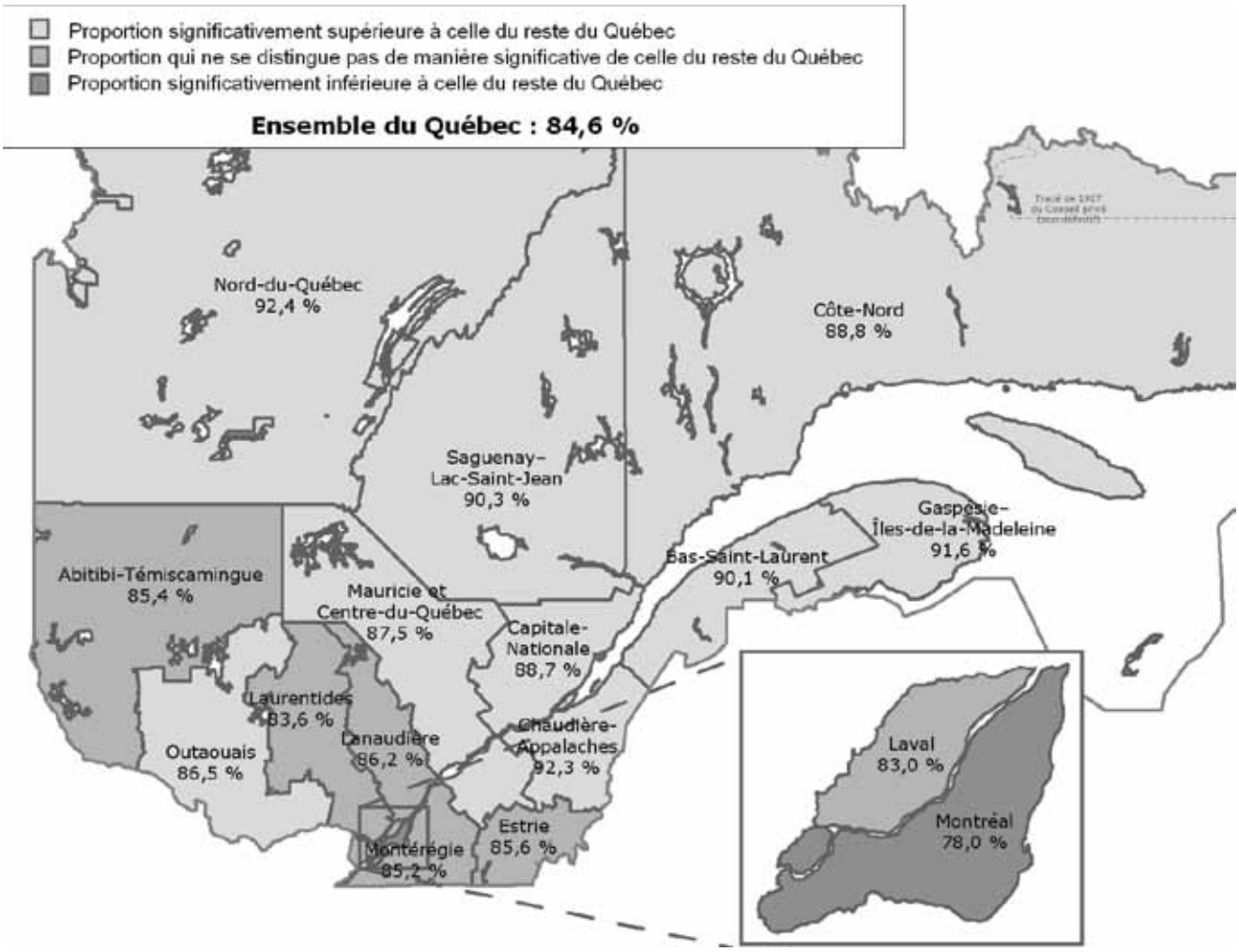
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011.*

2.1.3 Avoir un endroit habituel de soins selon la région sociosanitaire

Montréal est la seule région où la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins est plus faible que celle observée dans le reste du Québec

Le fait d'avoir un endroit habituel pour les soins de santé généraux est associé à la région sociosanitaire de résidence. En effet, les données montrent que de 78 % à 92 % de la population fréquente un tel endroit, selon la région. Neuf régions se démarquent par une proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins supérieure à celle du reste de la province (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Outaouais, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches). En contrepartie, Montréal est la seule région qui présente une proportion inférieure à celle observée dans le reste du Québec (figure 2.2).

Figure 2.2
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



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

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

Sources des données géométriques : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
Ministère des Ressources naturelles (MRN)

2.1.4 Type d'endroit habituel de soins

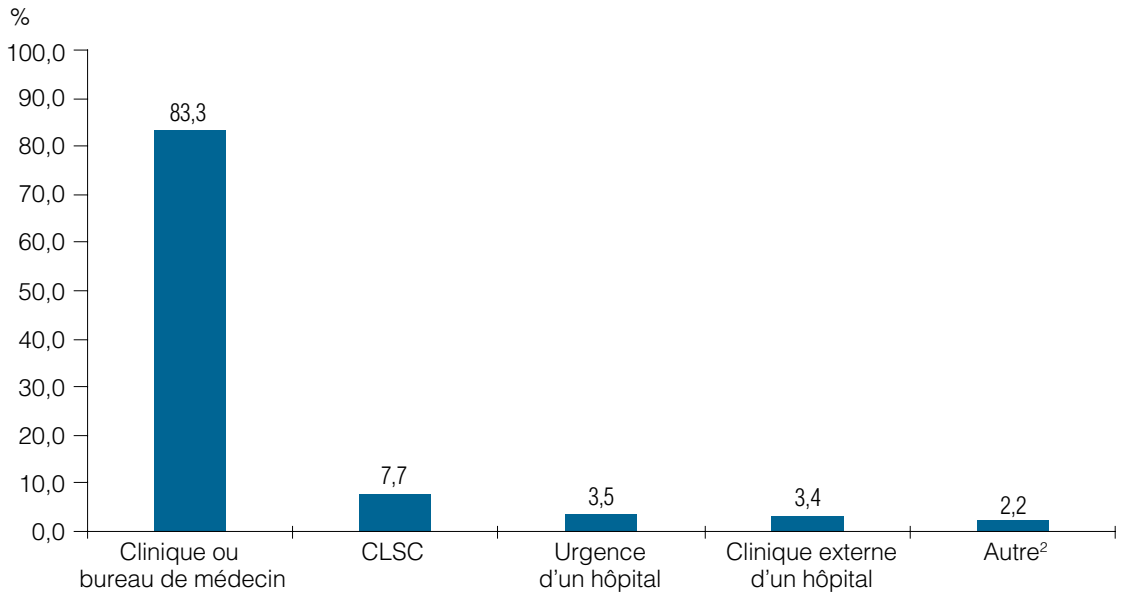
Les jeunes âgés de 15 à 24 ans fréquentent davantage le CLSC ou l'urgence d'un hôpital comme endroit habituel de soins que leurs aînés

Les personnes ayant un endroit habituel de soins mentionnent majoritairement la clinique ou le bureau de médecin comme type d'endroit[4] (83 %) (figure 2.3). Les autres types d'endroits sont mentionnés par 8 % ou moins des personnes : CLSC (8 %), urgence d'un hôpital (3,5 %), clinique externe d'un hôpital (3,4 %) et « autre[5] » type de lieu (2,2 %).

Le type d'endroit habituel de soins varie selon le sexe et l'âge. En effet, les hommes sont plus nombreux que les femmes, en proportion, à utiliser l'urgence d'un hôpital (4,8 % c. 2,3 %) ou la clinique externe d'un hôpital (4,0 % c. 2,8 %) comme endroit habituel de soins (Annexe A, tableau A4). Les femmes, quant à elles, sont plus enclines que les hommes à consulter dans une clinique ou un bureau de médecin (85 % c. 82 %) ainsi que dans un autre type d'endroit (2,5 % c. 1,9 %).

En ce qui concerne l'âge, les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres groupes d'âge à utiliser le CLSC (11 %) ou l'urgence d'un hôpital (6 %) comme endroit habituel de soins. On remarque également que les personnes de 85 ans et plus fréquentent moins la clinique ou le bureau de médecin (66 %), alors qu'elles sont nettement plus nombreuses à avoir recours à un « autre » type d'endroit (22 %). Ces résultats concordent avec ceux concernant le type de lieu de consultation du médecin de famille (section 1.1.4).

Figure 2.3
Type d'endroit habituel de soins, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011



1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Le type d'endroit « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

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

4. L'indicateur portant sur le type d'endroit habituel de soins est tiré de la question Q4 (Annexe B).
5. Le type d'endroit « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

2.1.5 Groupe de médecine de famille (GMF)

Les groupes de médecine de famille (GMF) sont un élément central de la stratégie adoptée par le gouvernement afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins de santé au Québec. Ils ont été instaurés en 2002 et continuent d'être implantés progressivement sur tout le territoire québécois de manière à ce que l'ensemble de la population puisse s'inscrire auprès d'un membre d'un GMF (site du MSSS, 2012).

Un GMF se définit comme un regroupement de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour offrir des services de santé de première ligne. Ces médecins sont rattachés soit à une clinique médicale, à un CLSC ou encore à une unité d'enseignement en médecine familiale. Ils travailleront aussi en étroite collaboration avec des professionnels du centre de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers et des pharmacies et avec d'autres professionnels de la santé.

Dans cette enquête, les estimations sur l'inscription à un GMF sont basées sur les renseignements recueillis auprès des personnes qui fréquentent la clinique (ou le bureau de médecin) ou le CLSC comme endroit habituel de soins[6].

Près de deux personnes sur trois ayant un endroit habituel de soins indiquent qu'il s'agit d'un GMF

Parmi les personnes ayant un endroit habituel pour leurs soins de santé généraux, on constate que 64 % mentionnent qu'il s'agit d'un GMF (tableau 2.4). Plus particulièrement, cette proportion est de 66 % chez les femmes et de 62 % chez les hommes.

Les personnes âgées entre 15 et 64 ans (64 %) sont légèrement plus nombreuses que celles de 65 ans et plus (62 %) à indiquer avoir un GMF comme endroit habituel de soins. Par ailleurs, un examen détaillé révèle des écarts plus importants entre différents groupes d'âge. En effet, les personnes âgées entre 50 et 64 ans (68 %) ainsi que celles âgées entre 65 et 74 ans (67 %) sont les plus nombreuses à indiquer avoir un GMF comme endroit habituel de soins. Les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgés (85 ans et plus) affichent quant à eux les proportions les plus faibles par rapport aux autres groupes d'âge (56 % et 47 %, respectivement).

Mentionnons qu'une analyse de la non-réponse à cette question montre que les estimations doivent être interprétées avec prudence. Effectivement, la prise en compte de la non-réponse dans ces estimations permet de remarquer, d'une part, que celle-ci est élevée (13 %) et, d'autre part, que la quasi-totalité des personnes n'ayant pu répondre à la question ignorait si l'endroit habituel de soins fréquenté était ou non un GMF.

Lorsque l'analyse porte sur l'ensemble de la population, ce sont 53 % (donnée non présentée) des Québécois âgés de 15 ans et plus qui ont déclaré en 2010-2011 avoir un GMF comme endroit habituel de soins.

Tableau 2.4
Proportion de personnes dont l'endroit habituel de soins est un groupe de médecine de famille (GMF)[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	61,6
Femmes	66,0
Groupe d'âge	
15-64 ans	**64,3**
15-24 ans	56,1
25-49 ans	64,1
50-64 ans	68,5
65 ans et plus	**62,4**
65-74 ans	66,5
75-84 ans	60,4
85 ans et plus	47,4
Ensemble	63,9

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 % qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sait pas ». Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

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

6. L'indicateur portant sur l'inscription à un GMF est tiré des questions Q4 et Q5. Cet indicateur présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 % qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sait pas ». Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2.1.6 Consultation d'une infirmière à l'endroit habituel de soins

Des études ont démontré que la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières peut grandement contribuer à l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé et à une meilleure coordination des soins (Barrett et coll., 2007; Khan et coll., 2008). C'est d'ailleurs à partir de cette prémisse que le modèle organisationnel des groupes de médecine de famille (GMF) a été implanté au Québec. C'est aussi dans cet ordre d'idées que la consultation de l'infirmière à l'endroit habituel pour les soins de santé généraux a été abordée dans l'EQES; il s'agissait de documenter l'accessibilité à une équipe de soins primaires à cet endroit. Précisons que l'information recueillie à ce sujet dans l'enquête se rapporte aux personnes ayant un endroit habituel de soins (autre que le domicile) et qui ont consulté un médecin au cours d'une période de deux ans pour leurs soins de santé généraux, ce qui représente 75 % des personnes de 15 ans et plus (donnée non présentée).

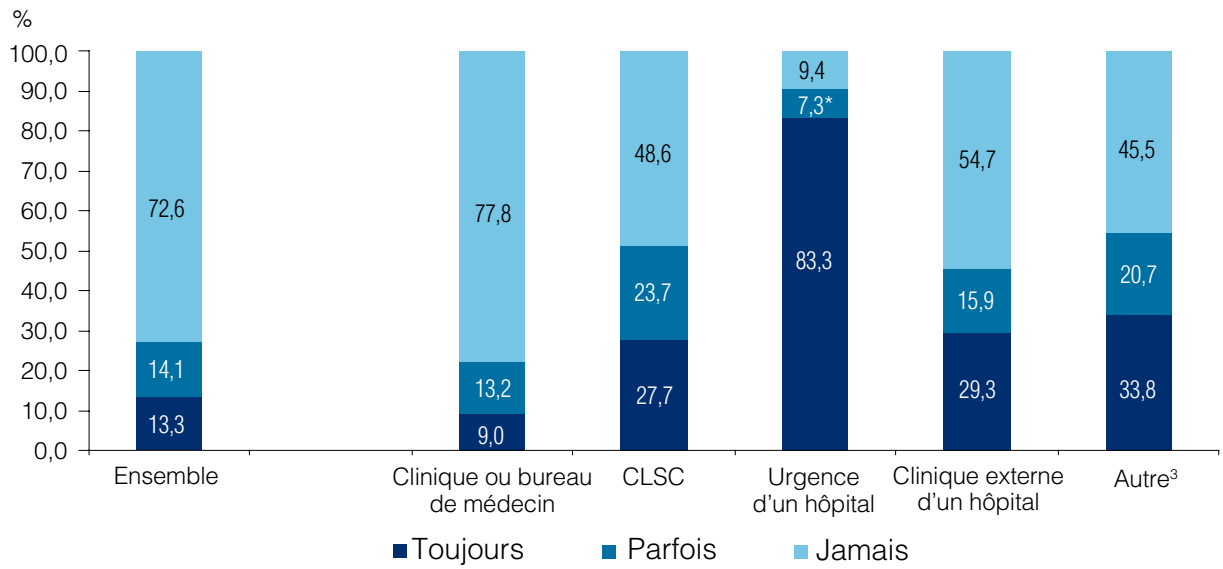
Plus d'une personne sur quatre ayant consulté un médecin au cours d'une période de deux ans et ayant un endroit habituel de soins rencontre une infirmière à cet endroit

Parmi les personnes ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin au cours d'une période de deux ans, 13 % mentionnent toujours rencontrer une infirmière[7] à cet endroit, 14 %, parfois, tandis que 73 % n'en rencontrent jamais (figure 2.4).

La proportion de personnes qui rencontrent parfois ou toujours une infirmière à l'endroit habituel de soins ne diffère pas statistiquement selon le sexe. Pour ce qui est de l'âge, les personnes de 15 à 64 ans (28 %) et leurs aînées (25 %) se distinguent de façon peu marquée à cet égard (Annexe A, tableau A5).

En revanche, cette proportion est associée à la région sociosanitaire et oscille entre 21 % et 54 % (figure 2.5). Huit régions présentent des proportions plus élevées

Figure 2.4
Proportion de personnes qui rencontrent une infirmière à l'endroit habituel de soins selon le type d'endroit, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux[2], Québec, 2010-2011



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

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Consultation au cours d'une période de deux ans.
3. Le type d'endroit « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

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

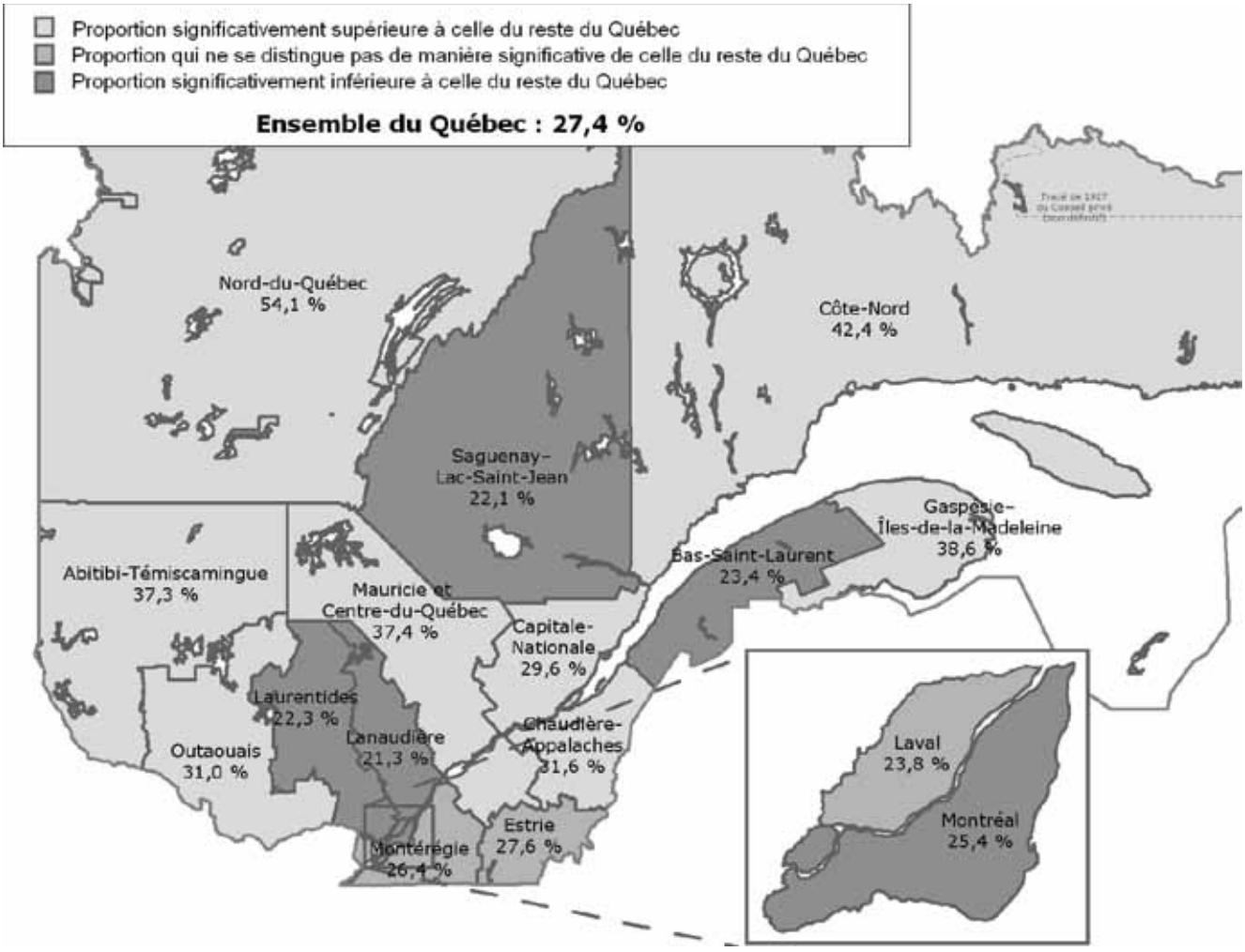
7. L'indicateur portant sur la consultation d'une infirmière à l'endroit habituel de soins est tiré de la question Q6 (Annexe B).

que celle observée pour le reste du Québec (Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches) alors que six régions affichent des proportions plus faibles (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Montréal, Laval, Lanaudière et Laurentides).

Lorsque l'analyse tient compte du type d'endroit, la clinique (ou le bureau de médecin) se distingue avec la proportion la plus faible de personnes qui y rencontrent toujours ou parfois une infirmière (22 %) (figure 2.4). Par contre, lorsque l'endroit habituel de soins est l'urgence d'un hôpital, cette proportion grimpe à 91 %.

Finalement, parmi les personnes dont l'endroit habituel de soins est une clinique (ou un bureau de médecin) ou un CLSC, la proportion de personnes qui mentionnent y rencontrer une infirmière est plus élevée chez celles ayant déclaré qu'il s'agit d'un GMF que chez celles ne l'ayant pas fait (26 % c. 20 %, données non présentées).

Figure 2.5
Proportion de personnes qui rencontrent une infirmière à l'endroit habituel de soins selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux[2], Québec, 2010-2011



1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Consultation au cours d'une période de deux ans.

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

Sources des données géométriques : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
Ministère des Ressources naturelles (MRN)

2.1.7 Lien entre l'endroit habituel de soins et le médecin de famille

Près de 9 personnes sur 10 consultent leur médecin de famille à leur endroit habituel de soins

Au Québec, 75 % des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent avoir à la fois un médecin de famille et un endroit habituel pour recevoir les soins de santé généraux (donnée non présentée). Parmi celles-ci, la très grande majorité (87 %) consulte son médecin de famille à l'endroit habituel de soins[8] (tableau 2.5). Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (89 % c. 85 %). Quant aux jeunes âgés entre 15 et 24 ans, c'est en plus petit nombre (81 %) qu'ils consultent leur médecin de famille à l'endroit habituel de soins comparativement à leurs aînés. La proportion la plus élevée (9 personnes sur 10) est atteinte passé le cap des 50 ans, sans distinction entre les groupes d'âge.

Tableau 2.5
Proportion de personnes qui consultent leur médecin de famille à l'endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] ayant un médecin de famille et un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	85,3
Femmes	88,9
Groupe d'âge	
15-64 ans	**86,1**
15-24 ans	81,3
25-49 ans	84,0
50-64 ans	90,8
65 ans et plus	**91,3**
65-74 ans	91,6
75-84 ans	91,0
85 ans et plus	90,9
Ensemble	87,3

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

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

8. La variable portant sur le lien entre le médecin de famille et l'endroit habituel de soins est tirée de la question Q16 (Annexe B).

2.2 Expérience vécue à l'endroit habituel de soins

Les résultats présentés dans cette section concernent les personnes ayant déclaré avoir un endroit habituel de soins (autre que le domicile) et ayant mentionné avoir consulté un médecin pour leurs soins de santé généraux au cours d'une période de deux ans. L'expérience vécue à l'endroit habituel de soins y est décrite sous l'angle de l'accessibilité, de la réactivité et de l'efficacité. Concrètement, différents items[9] permettant de documenter certains aspects de l'une ou l'autre de ces trois dimensions ont été utilisés dans cette enquête.

Les personnes dont l'endroit habituel de soins est l'urgence évaluent moins favorablement leur expérience relativement à l'efficacité des services reçus

Lorsque l'on examine les items relatifs à l'accessibilité parmi les personnes ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux, on constate que plus de la moitié (59 %) d'entre elles déclarent pouvoir consulter un médecin la journée même ou le lendemain[10] à l'endroit habituel de soins et qu'environ le quart (27 %) peuvent le faire en soirée ou la fin de semaine[11] (tableau 2.6). De plus, la grande majorité (85 %) affirme pouvoir y consulter un médecin pour un nouveau problème de santé non urgent. En ce qui a trait à la réactivité, 84 % des personnes sont d'avis que les services reçus à l'endroit habituel de soins répondent à tous leurs problèmes de santé[12] (de nature physique ou psychologique). Pour ce qui est de l'efficacité, 90 % considèrent que les services reçus à cet endroit permettent de bien contrôler les problèmes de santé et 78 % croient que les professionnels consultés aident à la motivation dans le but d'adopter de bonnes habitudes de vie[13].

Une analyse des différents items selon le type d'endroit révèle que les personnes dont l'endroit habituel de soins est l'urgence d'un hôpital se démarquent des autres en déclarant en plus grande proportion pouvoir consulter un médecin la journée même ou le lendemain (93 %) ou encore en soirée ou la fin de semaine (88 %). Ces résultats sont peu surprenants dans la mesure où l'urgence d'un hôpital représente l'endroit le plus connu où il est possible de rencontrer un médecin 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Par ailleurs, ces personnes sont moins nombreuses à pouvoir consulter pour un nouveau problème de santé non urgent (55 %), à recevoir des services qui permettent de bien contrôler les problèmes de santé (81 %) ou encore à recevoir des services de professionnels favorisant la motivation pour adopter de bonnes habitudes de vie (66 %).

En ce qui concerne les groupes de médecine de famille (GMF), les personnes dont l'endroit habituel de soins est un tel groupe se caractérisent elles aussi quant à l'expérience vécue, en décrivant en plus grande proportion une expérience favorable à l'égard de la plupart des items. Ainsi, toutes proportions gardées, ces personnes sont plus nombreuses que les autres à pouvoir consulter en soirée ou la fin de semaine (28 % c. 26 %), à pouvoir consulter pour un nouveau problème de santé non urgent (87 % c. 81 %) ou encore à recevoir des services qui répondent à tous leurs problèmes de santé (87 % c. 81 %), qui permettent de bien contrôler les problèmes de santé (92 % c. 89 %) ou qui aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie (81 % c. 74 %). Seul l'item lié à l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain révèle une situation un peu moins favorable pour les personnes inscrites à un GMF que pour celles ayant eu recours à un endroit n'adhérant pas à ce modèle organisationnel (58 % c. 60 %).

9. Les items qui documentent l'accessibilité correspondent aux questions Q7, Q8 et Q9; dans le cas de la réactivité, il s'agit de l'item correspondant à la question Q10; enfin, les deux items qui documentent l'efficacité correspondent aux questions Q11 et Q12 (Annexe B). Pour les questions Q10, Q11 et Q12, les catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord » ont été regroupées aux fins de l'analyse.
10. Cette question présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, surtout attribuable au choix de réponse « Ne sait pas ». Cette non-réponse est caractérisée par l'âge, ce qui entraîne un biais dans les estimations. Ainsi, les estimations doivent être inférées à la population qui est en mesure de répondre à la question. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
11. Voir note précédente.
12. Cette question présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
13. Le lecteur est invité à consulter le tableau A6 de l'Annexe A qui présente la répartition des réponses fournies aux questions qui ont permis de documenter les dimensions « Réactivité » et « Efficacité ».

Tableau 2.6
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon le type d'endroit et selon qu'il s'agit d'un groupe de médecine de famille ou non, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux[2], Québec, 2010-2011

	Accessibilité			Réactivité[3]	Efficacité[4]	
	Peut consulter un médecin la journée même ou le lendemain[5]	Peut consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine[5]	Peut consulter pour un nouveau problème de santé non urgent	Services répondent à tous les problèmes de santé[6]	Services permettent de bien contrôler les problèmes de santé	Professionnels consultés aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie
	%					
Type d'endroit habituel de soins						
Clinique ou bureau de médecin	58,0	25,0	86,5	84,6	91,0	78,0
CLSC	59,3	29,9	83,0	84,4	88,3	78,8
Urgence d'un hôpital	93,1	87,8	54,7	79,1	81,5	65,6
Clinique externe d'un hôpital	60,1	36,1	74,0	85,6	90,4	77,6
Autre[7]	54,6	19,6	82,5	84,2	89,3	76,4
Inscription à un groupe de médecine de famille (GMF)[8]						
Inscrit à un GMF	57,9	28,2	87,0	86,8	92,0	80,8
Non inscrit à un GMF	60,0	26,1	80,5	81,4	88,6	73,7
Ensemble	59,0	27,2	84,9	84,5	90,5	77,6

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Consultation au cours d'une période de deux ans.
3. Les données présentées pour l'item qui documente cette dimension correspond au regroupement des catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord ».
4. Les données présentées pour les items qui documentent cette dimension correspondent au regroupement des catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord ».
5. Cette question présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, surtout attribuable au choix de réponse « Ne sait pas ». Cette non-réponse est caractérisée par l'âge, ce qui entraîne un biais dans les estimations. Ainsi, les estimations doivent être inférées à la population qui est en mesure de répondre à la question. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
6. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
7. Le type d'endroit « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.
8. Cet indicateur présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 % qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sait pas ». Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

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

Les personnes âgées évaluent plus positivement leur expérience à l'égard de la réactivité et de l'efficacité des services reçus à l'endroit habituel de soins

L'analyse des données selon le sexe montre que pour chacun des items, les hommes sont plus nombreux que les femmes à rapporter une expérience positive. En effet, ils déclarent en plus grande proportion pouvoir consulter la journée même ou le lendemain (61 % c. 58 %), pouvoir consulter en soirée ou la fin de semaine (29 % c. 26 %), pouvoir consulter pour un nouveau problème de santé non urgent (86 % c. 84 %), recevoir des services qui répondent à tous leurs problèmes de santé (86 % c. 83 %), recevoir des services qui permettent de bien contrôler leurs problèmes de santé (92 % c. 90 %) et finalement consulter des professionnels qui aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie (80 % c. 76 %) (tableau 2.7).

En ce qui concerne l'âge, on observe que les personnes de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 65 ans et plus à vivre une expérience favorable à l'égard des items relatifs à l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain ou encore en soirée ou la fin de semaine. Elles sont par ailleurs moins nombreuses à évaluer positivement les items relatifs à la réactivité et à l'efficacité. Pour ce qui est de l'énoncé qui fait référence à la possibilité de consulter pour un nouveau problème de santé non urgent, aucune différence significative n'est constatée entre ces deux groupes d'âge.

Une analyse plus détaillée de l'expérience vécue selon l'âge révèle que les différences significatives observées touchent davantage les deux groupes plus jeunes. En effet, comparativement à leurs aînées, les personnes âgées entre 15 et 24 ans sont plus nombreuses à déclarer pouvoir consulter un médecin la journée même ou le lendemain (68 %) et à pouvoir consulter en soirée ou la fin de semaine (39 %). On constate d'autre part qu'elles sont les moins nombreuses à pouvoir consulter pour un problème de santé non urgent (82 %). De leur côté, les individus âgés entre 25 et 49 ans sont les moins nombreux à se dire en accord avec les deux énoncés selon lesquels les services répondent à tous leurs problèmes de santé (82 %) ou permettent de bien les contrôler (88 %). De plus, chez le groupe des 15 à 24 ans tout comme chez celui des 25 à 49 ans, environ les trois quarts des personnes estiment que les professionnels consultés ont aidé à les motiver afin d'adopter de bonnes habitudes de vie. On note des proportions encore plus élevées dans les autres groupes d'âge (de 79 % à 84 %, selon le cas).

Tableau 2.7
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux[2], Québec, 2010-2011

	Accessibilité			Réactivité[3]	Efficacité[4]	
	Peut consulter un médecin la journée même ou le lendemain[5]	Peut consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine[5]	Peut consulter pour un nouveau problème de santé non urgent	Services répondent à tous les problèmes de santé[6]	Services permettent de bien contrôler les problèmes de santé	Professionnels consultés aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie
	%					
Sexe						
Hommes	60,8	28,8	85,8	86,0	91,6	80,3
Femmes	57,6	26,0	84,2	83,2	89,6	75,5
Groupe d'âge						
15-64 ans	**60,3**	**28,6**	**84,8**	**83,7**	**89,7**	**76,5**
15-24 ans	68,3	39,4	82,4	86,5	91,4	74,2
25-49 ans	62,4	29,2	84,6	81,7	87,9	73,2
50-64 ans	54,0	23,5	86,2	85,1	91,3	82,0
65 ans et plus	**54,3**	**21,9**	**85,2**	**88,0**	**93,9**	**82,3**
65-74 ans	55,2	22,8	85,2	87,5	93,3	83,9
75-84 ans	53,1	21,0	85,0	88,8	95,5	79,8
85 ans et plus	53,0	19,9	85,6	89,2	92,2	78,8

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Consultation au cours d'une période de deux ans.
3. Les données présentées pour l'item qui documente cette dimension correspond au regroupement des catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord ».
4. Les données présentées pour les items qui documentent cette dimension correspondent au regroupement des catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord ».
5. Cette question présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, surtout attribuable au choix de réponse « Ne sait pas ». Cette non-réponse est caractérisée par l'âge, ce qui entraîne un biais dans les estimations. Ainsi, les estimations doivent être inférées à la population qui est en mesure de répondre à la question. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
6. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

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

2.2.1 Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Items relatifs à l'accessibilité

La proportion de personnes qui déclarent pouvoir consulter un médecin la journée même ou le lendemain est plus élevée dans les groupes suivants (tableau 2.8) :

- Les immigrants récents (75 %);
- Les étudiants (68 %);
- Les personnes résidant en zone urbaine (61 %).

Cette proportion est toutefois moins élevée au sein des groupes suivants :

- Les Canadiens de naissance (58 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français (58 %);
- Les personnes retraitées (55 %);
- Les personnes résidant en zone rurale (54 %).

La proportion des personnes affirmant pouvoir consulter en soirée ou la fin de semaine est plus élevée dans les groupes suivants :

- Les immigrants récents (44 %);
- Les étudiants (40 %);
- Les personnes résidant en zone urbaine (30 %).

Cette proportion est toutefois moins élevée dans le groupe suivant :

- Les personnes retraitées (22 %).

La proportion de personnes qui indiquent pouvoir consulter un médecin à l'endroit habituel de soins pour un nouveau problème de santé non urgent est plus élevée dans les groupes suivants :

- Les personnes en emploi et les personnes retraitées (85 % et 86 %).

Cette proportion est moins élevée au sein des groupes suivants :

- Les étudiants et les personnes sans emploi (83 % et 82 %);
- Les personnes sans diplôme d'études secondaires (82 %).

Item relatif à la réactivité

La proportion de personnes en accord avec l'énoncé « les services répondent à tous les problèmes de santé » est plus élevée dans les groupes suivants :

- Les Canadiens de naissance (86 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français (88 %);
- Les personnes retraitées (88 %);
- Les personnes sans diplôme d'études secondaires (88 %);
- Les personnes appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu (85 %);
- Les personnes résidant en zone semi-urbaine (89 %).

Cette proportion est toutefois moins élevée parmi les groupes suivants :

- Les immigrants récents (59 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est l'anglais (65 %);
- Les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (80 %);
- Les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (82 %);
- Les personnes résidant en zone urbaine (83 %).

Items relatifs à l'efficacité

La proportion de personnes en accord avec l'énoncé « les services permettent de bien contrôler les problèmes de santé » est plus élevée dans les groupes suivants :

- Les Canadiens de naissance (92 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français (92 %);
- Les personnes retraitées (94 %);
- Les personnes sans diplôme d'études secondaires (93 %);
- Les personnes appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu (91 %).

Cette proportion est toutefois moins élevée dans les groupes suivants :

- Les immigrants récents (66 %);
- Les personnes sans emploi (87 %);
- Les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (88 %);
- Les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (88 %);
- Les personnes résidant en zone urbaine (89 %).

La proportion de personnes qui estiment que les professionnels consultés aident à les motiver afin d'adopter de bonnes habitudes de vie est plus élevée dans les groupes suivants :

- Les Canadiens de naissance (78 %);
- Les personnes dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français (79 %);
- Les personnes retraitées (82 %);
- Les personnes sans diplôme d'études secondaires (83 %);
- Les personnes résidant en zone rurale (83 %).

Cette proportion est moins élevée parmi les groupes suivants :

- Les étudiants (73 %);
- Les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (73 %);
- Les personnes résidant en zone urbaine (75 %).

Tableau 2.8
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux[2], Québec, 2010-2011

	Accessibilité			Réactivité[3]	Efficacité[4]	
	Peut consulter un médecin la journée même ou le lendemain[5,a]	Peut consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine[5,b]	Peut consulter pour un nouveau problème de santé non urgent[c]	Services répondent à tous les problèmes de santé[6]	Services permettent de bien contrôler les problèmes de santé	Professionnels consultés aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie[a]
	%					
Statut d'immigration						
Canadien de naissance	58,5	27,2	85,2	86,0	91,8	78,4
Immigrant récent (moins de 5 ans)	74,8	43,5	82,1	59,4	65,7	66,0
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	61,2	25,8	82,8	74,9	82,3	72,7
Langue parlée le plus souvent à la maison						
Français	58,1	27,5	85,4	87,5	92,3	78,6
Anglais	63,3	25,7	83,7	65,0	81,7	72,1
Autre	65,4	27,4	81,1	73,5	79,0	72,9
Occupation principale						
En emploi	59,6	27,6	85,3	83,4	89,5	76,5
Étudiant	68,5	39,6	83,0	84,6	90,8	73,2
Sans emploi	58,2	25,1	81,7	81,5	87,5	78,3
Retraité	54,6	22,3	86,0	88,2	93,9	82,4
Niveau de scolarité						
Sans diplôme d'études secondaires	57,8	26,7	82,1	88,2	93,0	82,7
Diplôme d'études secondaires	58,2	28,0	85,0	86,3	91,4	80,8
Diplôme d'études collégiales	60,0	28,1	85,6	84,9	90,3	76,3
Diplôme d'études universitaires	60,2	26,4	86,8	79,7	88,0	72,7
Niveau de revenu du ménage						
Sous le seuil de faible revenu	58,8	25,8	81,1	82,2	87,9	77,8
Au-dessus du seuil de faible revenu	59,2	27,6	85,7	84,9	91,0	77,5
Zone de résidence						
Urbaine	61,0	29,5	84,9	82,6	89,3	75,4
Semi-urbaine	56,7	22,3	85,0	89,3	93,3	81,0
Rurale	54,1	23,0	84,7	87,7	92,6	83,0

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Consultation au cours d'une période de deux ans.
3. Les données présentées pour l'item qui documente cette dimension correspond au regroupement des catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord ».
4. Les données présentées pour les items qui documentent cette dimension correspondent au regroupement des catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord ».
5. Cette question présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, surtout attribuable au choix de réponse « Ne sait pas ». Cette non-réponse est caractérisée par l'âge, ce qui entraîne un biais dans les estimations. Ainsi, les estimations doivent être inférées à la population qui est en mesure de répondre à la question. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
6. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « niveau de revenu du ménage » est non significatif au seuil de 5 %.
b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « langue parlée le plus souvent à la maison » et « niveau de scolarité » sont non significatifs au seuil de 5 %.
c. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « zone de résidence » est non significatif au seuil de 5 %.

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

2.2.2 Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé

Les personnes ayant au moins une incapacité évaluent moins favorablement leur expérience vécue à l'endroit habituel de soins relativement à l'accessibilité, à la réactivité et à l'efficacité

Les personnes se percevant en « moyenne ou mauvaise » santé déclarent en plus faible proportion que les personnes estimant avoir une santé « excellente/très bonne » ou « bonne » pouvoir consulter un médecin à l'endroit habituel de soins pour un nouveau problème de santé non urgent (80 % c. 86 % et 85 %, respectivement). Elles sont également moins susceptibles de vivre une expérience positive à l'égard des items qui touchent la réactivité et l'efficacité (76 % croient que les services répondent à tous les problèmes de santé; 83 % estiment que les services reçus permettent de bien contrôler les problèmes de santé; 74 % considèrent que les professionnels consultés aident à les motiver à adopter de bonnes habitudes de vie) (tableau 2.9).

Les personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus évaluent moins positivement les items concernant l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain (54 %) ou en soirée ou la fin de semaine (24 %), comparativement aux personnes n'ayant aucun problème de santé ou en ayant un seul. Par contre, elles sont plus nombreuses à déclarer que les professionnels de la santé consultés à l'endroit habituel de soins aident à les motiver à adopter de bonnes habitudes de vie (81 %).

Toutes proportions gardées, les personnes ayant au moins une incapacité sont moins nombreuses que les personnes sans incapacité à avoir vécu une bonne expérience relativement aux trois dimensions étudiées. C'est ce que l'on peut observer pour l'ensemble des items à l'exception de celui concernant les professionnels de la santé qui aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie pour lequel aucune variation significative selon la présence ou non d'une incapacité n'est constatée.

Tableau 2.9
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux[2], Québec, 2010-2011

	Accessibilité			Réactivité[3]	Efficacité[4]	
	Peut consulter un médecin la journée même ou le lendemain[5]	Peut consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine[5]	Peut consulter pour un nouveau problème de santé non urgent[a]	Services répondent à tous les problèmes de santé[6,a]	Services permettent de bien contrôler les problèmes de santé[b]	Professionnels consultés aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie[c]
	%					
Perception de l'état de santé						
Excellent/très bon	61,2	28,5	85,8	87,0	92,4	78,6
Bon	56,6	26,3	84,7	81,9	88,9	76,9
Moyen/mauvais	55,4	25,4	80,5	76,3	83,1	74,0
Nombre de problèmes de santé de longue durée						
Aucun problème de santé	63,5	31,2	84,6	84,9	90,3	74,9
Un problème de santé	58,1	25,9	85,5	85,0	90,9	79,5
Deux problèmes de santé ou plus	53,9	23,8	84,9	84,4	91,4	81,4
Incapacité						
Avec incapacité	55,8	25,2	84,2	82,2	88,8	77,4
Sans incapacité	61,2	28,8	85,4	86,1	91,8	78,2

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Consultation au cours d'une période de deux ans.
3. Les données présentées pour l'item qui documente cette dimension correspond au regroupement des catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord ».
4. Les données présentées pour les items qui documentent cette dimension correspondent au regroupement des catégories « Tout à fait en accord » et « Assez en accord ».
5. Cette question présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, surtout attribuable au choix de réponse « Ne sait pas ». Cette non-réponse est caractérisée par l'âge, ce qui entraîne un biais dans les estimations. Ainsi, les estimations doivent être inférées à la population qui est en mesure de répondre à la question. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
6. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée » est significatif, mais il n'y a aucune différence significative selon le nombre de problèmes de santé de longue durée pour la catégorie de réponse « Tout à fait en accord/assez en accord ».

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

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

CONCLUSION

Le Québec amorçait en 2002 une importante réorganisation de son système de soins de première ligne dans le but de rapprocher les services de santé de la population et d'en améliorer l'accessibilité et la continuité. L'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) représente la première étude à avoir été réalisée à la suite de cette réforme qui dresse un portrait de l'expérience de soins de la population québécoise à l'échelle provinciale, régionale et même locale. Elle offre un regard complémentaire à celui fourni par des données administratives ou des recherches évaluatives sur la performance du système de santé. En effet, elle renseigne sur différents aspects liés à l'accessibilité, à la continuité, à la réactivité, à l'efficacité, à la sécurité et à l'équité d'accès des services de santé qui peuvent guider les décideurs dans les pistes d'action à entreprendre pour offrir des services de qualité répondant mieux aux besoins de la population. Elle permettra aussi la production d'indicateurs qui mériteront d'être suivis dans le temps afin d'évaluer s'il y a effectivement amélioration de la qualité des services offerts à la population.

Les analyses présentées dans ce volume portent sur les différences qui existent au sein de la population québécoise relativement à l'accessibilité, à la réactivité et à l'efficacité des services de santé de première ligne. Ces analyses étant bivariées, elles ne permettent pas de vérifier si les écarts observés s'expliquent en partie par d'autres caractéristiques telles que les besoins de santé distincts. Ainsi, des analyses multivariées seront nécessaires pour mieux comprendre ces différences et vérifier si ces écarts témoignent de réels problèmes d'équité au chapitre de l'utilisation des services de santé de première ligne et des expériences vécues au sein du système de santé et de services sociaux. En guise de conclusion, rappelons les faits marquants propres à chacun des chapitres afin de dégager une vue d'ensemble de cette étude.

Médecin de famille

Le médecin de famille représente la pierre angulaire de la réforme des soins de santé de première ligne qu'a connue la province au cours des dernières années puisqu'il joue un rôle clé en matière d'accès et de continuité des soins. Les résultats de l'EQES permettent de constater que l'accès à un médecin de famille pour chaque citoyen n'est pas encore une réalité au Québec. En effet, c'est plus d'un Québécois sur cinq qui n'a toujours pas de médecin de famille[1] (21 %). Il est important de noter, par contre, que 13 % de la population québécoise de 15 ans et plus mentionne ressentir le besoin d'en avoir un, tandis que 8 % affirment ne pas en avoir besoin. C'est donc dire que plus du tiers des personnes sans médecin de famille au Québec sont d'avis qu'elles n'ont pas besoin d'un tel médecin.

Les analyses réalisées selon les différentes caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population ont permis d'identifier les groupes de personnes les plus concernés par le problème d'affiliation à un médecin de famille. En effet, les hommes, les personnes âgées entre 25 et 49 ans, les immigrants récents (moins de 5 ans), les personnes qui parlent le plus souvent une autre langue que le français ou l'anglais à la maison, les personnes ayant un diplôme d'études universitaires, les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, les personnes appartenant au niveau le plus faible de l'indice de défavorisation sociale et les personnes résidant en zone urbaine déclarent en plus forte proportion que leur contrepartie avoir besoin d'un médecin de famille. De plus, on constate que ce besoin non comblé d'affiliation est plus répandu chez les personnes sans problème de santé de longue durée et sans incapacité. Finalement, les régions de Montréal (20 %) et de l'Abitibi-Témiscamingue (15 %) présentent des proportions plus fortes de personnes ayant besoin d'un médecin de famille que celle observée ailleurs au Québec.

1. Rappelons que l'indicateur correspondant à l'affiliation à un médecin de famille a été construit à partir des questions Q13 et Q14 (Annexe B), et ce, sans égard à la réponse fournie à la question Q15. Cette dernière nous a permis de constater que 4,6 % des Québécois de 15 ans et plus considèrent qu'un médecin spécialiste agit à titre de médecin de famille ou de médecin en particulier qui prend la responsabilité des soins de santé.

Récemment, d'autres enquêtes populationnelles ont étudié la question du médecin de famille. Parmi celles-ci, on retrouve l'*Enquête sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie* réalisée en 2010, l'*Enquête internationale du Commonwealth Fund* de 2010, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée en 2011 et l'*Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec 2006-2007*. Il est important de souligner que les résultats de ces enquêtes ne sont pas directement comparables avec ceux de l'EQES, étant donné les différences méthodologiques entre les enquêtes. Néanmoins, il est fort intéressant de constater que les résultats de l'EQES se rapprochent de ceux obtenus par ces dernières. Effectivement, la première enquête citée révélait que 71 % des Montréalais et 80 % des Montérégiens déclaraient avoir un médecin de famille en 2010, comparativement à 64 % et 76 % respectivement en 2005 (Lemoine et coll., 2011). Selon l'*Enquête internationale du Commonwealth Fund*, 72 % de la population québécoise de 18 ans et plus indiquait avoir un médecin de famille en 2010 comparativement à 79 % dans l'ensemble du Canada (CSBE, 2011a). D'après l'ESCC de 2011, ce sont 75 % des Québécois âgés de 12 ans et plus qui déclaraient avoir un médecin régulier comparativement à 85 % dans l'ensemble des provinces canadiennes. Cette proportion a très peu changé à travers le temps puisqu'elle était de 74 % en 2003 et de 75 % en 2005 (ICIS, 2009). Finalement, les résultats de l'*Enquête sur la satisfaction des usagers*[2] *à l'égard des services de santé et des services sociaux* montraient que 82 % des usagers québécois déclaraient avoir un médecin de famille (Neill et coll., 2007).

Endroit habituel de soins

Le fait d'avoir un endroit habituel pour les soins de santé généraux donne une meilleure possibilité d'accès à des services mieux coordonnés et plus personnalisés. Dans cette perspective, il est intéressant de constater que la grande majorité des Québécois en ont un (85 %).

Toutefois, ils sont moins nombreux, en proportion, à déclarer avoir à la fois un endroit habituel de soins et un médecin de famille (75 % chez les 15 ans et plus). Il reste qu'il semble exister un lien entre ces deux services de première ligne puisque la plupart de ces personnes consultent leur médecin de famille à leur endroit habituel de soins.

Certains groupes se distinguent des autres avec une proportion plus faible de personnes ayant un endroit habituel de soins : les hommes, les jeunes âgés entre 15 et 24 ans, les résidants de Montréal, les immigrants récents, les personnes qui parlent le plus souvent une autre langue que le français ou l'anglais à la maison, les étudiants, les personnes ayant un diplôme d'études universitaires, les personnes plus défavorisées sur le plan social ainsi que celles résidant en zone urbaine. Ce dernier résultat paraît étonnant puisque les zones urbaines disposent d'un plus grand nombre de ressources en matière de services de santé que les zones rurales. Les personnes résidant en milieu urbain sont peut-être moins fidèles à un seul endroit étant donné que davantage d'options s'offrent à elles.

Les résultats de l'*Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires* de 2008 (ECE-SSP) sont très semblables à ceux obtenus dans l'EQES. Selon cette enquête, 91 % des Canadiens se rendent à un endroit précis lorsqu'ils sont malades ou ont besoin de conseils à propos de leur santé. Le Québec présentait la plus faible proportion en comparaison des autres provinces (85 %) (ICIS, 2009).

Groupe de médecine de famille

La réorganisation des services de santé de première ligne s'est accompagnée d'une redéfinition de la pratique clinique. Celle-ci a permis de décloisonner les pratiques et de favoriser le partage des tâches entre médecins et infirmières. Cela s'est concrétisé notamment par l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) qui a été amorcée en 2002 et qui se poursuit sur tout le territoire québécois. Les objectifs de cette réorganisation de la pratique étaient de mieux répondre aux besoins des personnes en améliorant l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins de première ligne.

Selon l'EQES, 64 % des personnes ayant un endroit habituel de soins affirment qu'il s'agit d'un GMF. Si l'on estime la proportion de personnes ayant un GMF comme

2. Par usager, on entend une personne de 15 ans et plus vivant au Québec dans un ménage privé et qui a consulté au moins un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, au cours des 12 mois précédant l'enquête.

endroit habituel de soins par rapport à l'ensemble de la population de 15 ans et plus, elle est de 53 %. Ces résultats sont supérieurs à ce qui a été rapporté dans un bulletin publié en 2011 par le Commissaire à la santé et au bien-être portant sur le nombre d'inscriptions à un GMF au Québec. En se basant sur les données tirées des rapports annuels de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ce bulletin mentionnait que le nombre d'inscrits était de 2,6 millions en 2010-2011, soit environ 33 % de la population québécoise (CSBE, 2011b).

Bien que la population ayant fait l'objet de cette étude soit différente de celle visée par l'EQES, un écart important semble exister entre la proportion de Québécois inscrits à un GMF et la proportion de la population déclarant être inscrite. Les GMF étant toujours dans leur phase d'implantation, il est possible que leur existence demeure encore peu connue de la population. D'ailleurs, la proportion élevée de personnes ayant mentionné ne pas savoir si leur endroit habituel de soins était un GMF témoigne de cette méconnaissance. Ainsi, le fait que certaines personnes ne font pas la différence entre un médecin qui travaille dans une clinique ou un CLSC et un médecin qui travaille au sein d'un GMF peut avoir contribué à surestimer le phénomène dans l'EQES.

Consultation d'une infirmière à l'endroit habituel de soins

L'EQES a permis de vérifier si les personnes ayant un endroit habituel pour leurs soins de santé généraux y rencontrent une infirmière. Cette information se veut un moyen de documenter l'accès à une équipe interdisciplinaire de soins primaires à cet endroit. On a pu constater que plus du quart (27 %) des personnes avaient mentionné rencontrer une infirmière à l'endroit habituel de soins. Cette proportion varie considérablement selon le type d'endroit, en passant de 22 % à la clinique ou au bureau de médecin, à 91 % pour l'urgence d'un hôpital.

Ces résultats vont dans le même sens que ce qui avait été rapporté pour l'ensemble du Canada dans l'*Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires* de 2008 (ECE-SSP). En effet, 27 % des adultes canadiens ayant un médecin habituel ou un endroit habituel de soins ont déclaré qu'une infirmière participait habituellement à leurs soins (ICIS, 2009).

Expérience vécue à l'endroit habituel de soins

La majorité de la population ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux au cours des 24 derniers mois a répondu dans l'affirmative à chacun des items qui mesurent l'expérience vécue, à l'exception de celui qui porte sur la possibilité de consulter un médecin en soirée ou la fin de semaine où seulement 27 % des personnes se sont senties concernées par l'énoncé. Même si la prudence est de mise dans l'interprétation de ce dernier résultat en raison d'une non-réponse partielle élevée, celui-ci suggère que davantage d'efforts devraient être déployés afin de rendre accessibles les services médicaux de première ligne à des heures élargies et ainsi réduire le recours aux salles d'urgence.

Les personnes dont l'endroit habituel de soins est l'urgence d'un hôpital décrivent en plus forte proportion une expérience favorable relativement à l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain ainsi qu'en soirée ou la fin de semaine. Elles sont par ailleurs moins nombreuses à pouvoir consulter pour un nouveau problème de santé non urgent, à recevoir des services qui permettent de bien contrôler les problèmes de santé ou encore à recevoir des services de professionnels favorisant la motivation pour adopter de bonnes habitudes de vie.

Quant aux personnes ayant un groupe de médecine de famille (GMF), elles évaluent plus positivement leur expérience à l'égard de l'accessibilité, de la réactivité et de l'efficacité que les personnes n'ayant pas un tel groupe. En effet, elles sont proportionnellement plus nombreuses à pouvoir consulter en soirée ou la fin de semaine, à pouvoir consulter pour un nouveau problème de santé non urgent, à recevoir des services qui répondent à tous les problèmes de santé, à recevoir des services qui permettent de bien contrôler les problèmes de santé et finalement, à recevoir des services de professionnels qui aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie. À l'opposé, ces personnes sont moins nombreuses à pouvoir consulter un médecin la journée même ou le lendemain. Bien que les analyses présentées ne soient que descriptives, ces résultats laissent croire que l'accès à un GMF peut avoir un impact positif sur certains aspects liés à l'accessibilité, à la réactivité et à l'efficacité des soins de santé de première ligne.

On remarque également que, de manière générale, les hommes décrivent de façon plus positive que les femmes leur expérience de soins relativement à chacun des énoncés étudiés. De leur côté, les personnes de 15 à 64 ans semblent plus susceptibles que leurs aînées de vivre une expérience favorable pour ce qui est des énoncés relatifs à l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain ou encore en soirée ou la fin de semaine, mais elles évaluent moins bien ceux qui font référence à la réactivité et à l'efficacité.

Une analyse de l'expérience vécue à l'endroit habituel de soins selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques révèle que les Canadiens de naissance, les personnes parlant le plus souvent le français à la maison, les personnes retraitées et celles résidant en zone rurale rapportent moins souvent une expérience favorable à l'égard des items qui touchent l'accessibilité à un médecin la journée même ou le lendemain ou encore en soirée ou la fin de semaine. Par ailleurs, ce sont les personnes sans emploi, les étudiants et celles sans diplôme d'études secondaires qui déclarent en plus faible proportion pouvoir consulter pour un nouveau problème de santé non urgent. Finalement, les immigrants récents, les personnes parlant le plus souvent l'anglais à la maison, les personnes sans emploi, les étudiants, les personnes ayant un diplôme universitaire, les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu et celles vivant en zone urbaine évaluent moins favorablement leur expérience à l'égard de l'un ou l'autre des items relatifs à la réactivité et à l'efficacité.

En ce qui a trait aux caractéristiques de l'état de santé, les résultats de l'EQES montrent que les personnes se percevant en « moyenne ou mauvaise » santé sont plus susceptibles de vivre une expérience favorable à l'égard des items relatifs à la réactivité et à l'efficacité. Cependant, ces personnes sont moins nombreuses à déclarer pouvoir consulter à l'endroit habituel de soins pour un nouveau problème de santé non urgent. Quant aux personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus, elles évaluent moins positivement les items relatifs à l'accessibilité à un médecin à l'endroit habituel de soins la journée même ou le lendemain ou en soirée ou la fin de semaine. Enfin, les personnes ayant au moins une incapacité sont proportionnellement moins nombreuses que les personnes sans incapacité à rapporter une expérience positive relativement aux trois dimensions concernées. C'est ce que l'on peut observer pour l'ensemble des items à l'exception de celui concernant les professionnels de la santé qui aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie pour lequel aucune variation significative selon la présence ou non d'une incapacité n'est constatée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BARRETT, J., V. CURRAN, L. GLYNN et M. GODWIN (2007). CHSRF *Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 41 p.

CLAIR, M. (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 441 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011a). *L'expérience de soins de la population : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus*, Québec, 145 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011b). « Assurer l'inscription de la population qui le désire auprès de groupes de médecins de première ligne », *Info-performance*, Bulletin n° 2, 2 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2009. Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Québec, 140 p.

FOURNIER, C., M. GODBOUT et L. CAZALE (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 71 p.

HAY, D., J. VARGA-TOTH et E. HINES (2006). *Les soins de santé de première ligne au Canada : Innovations dans la prestation des soins de santé aux populations vulnérables*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 124 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2009). « Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada », *Analyse en bref*, juillet, 27 p.

KHAN, S., C. MCINTOSH, C. SANMARTIN, D. WATSON et K. LEEB (2008). *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats de soins*, Ottawa, Statistique Canada, n° 82-622-X au catalogue, n° 002, 39 p.

KIRBY, M. J. L. (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada,* Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, Ottawa.

LEMOINE, O., B. SIMARD, S. PROVOST, J.-F. LEVESQUE, R. PINEAULT et P. TOUSIGNANT (2011). *Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie, Montréal*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 47 p.

MACINKO, J., B. STARFIELD et L. SHI (2003). "The Contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998", *Health Services Research*, vol. 38, n° 3, p. 831-865.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 25 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Groupe de médecine de famille (GMF)*, [En ligne]. [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php?a-propos-fr] (Consulté le 26 juillet 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité. Document de consultation*, 63 p.

NEILL, G., J. CAMIRAND, M. BORDELEAU, I. TRAORÉ et L. ROCHELEAU (2007). *Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 62 p.

PAMPALON, R., D. HAMEL et P. GAMACHE (2009). « Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada », *Rapport sur la santé*, vol. 20, n°4, p. 95-105.

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

STARFIELD, B., L. SHI et J. MACINKO (2005). "Contribution of primary care to health systems and health", *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3, p. 457-502.

Annexe A : Tableaux complémentaires

Tableau A1
Délai pour obtenir un rendez-vous avec le médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] ayant un médecin de famille, Québec, 2010-2011

	Moins de deux semaines	De deux semaines à moins d'un mois	D'un mois à moins de quatre mois	Quatre mois et plus	Rendez-vous préfixés	Ne prend jamais de rendez-vous
	%					
Sexe						
Hommes	35,7	19,2	26,6	6,4	8,7	3,4
Femmes	26,8	17,7	32,9	11,1	8,9	2,6
Groupe d'âge						
15-64 ans	**29,2**	**18,8**	**32,1**	**10,5**	**6,5**	**2,9**
15-24 ans	34,6	19,0	26,3	10,3	5,2	4,6
25-49 ans	27,2	18,5	34,2	12,4	4,8	3,0
50-64 ans	29,6	19,1	31,6	8,1	9,3	2,2
65 ans et plus	**35,8**	**16,9**	**23,6**	**4,4**	**16,3**	**3,1**
65-74 ans	34,9	17,2	25,5	5,1	14,7	2,5
75-84 ans	35,1	16,6	23,0	3,5	18,2	3,6
85 ans et plus	42,3	16,3	15,8	3,3	18,2	4,1
Ensemble	30,7	18,4	30,1	9,1	8,8	2,9

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

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

Tableau A2
Raisons de ne pas avoir de médecin de famille[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] n'ayant pas de médecin de famille et qui ressent le besoin d'en avoir, Québec, 2010-2011

	Médecin est parti	Déménagement	N'a pas encore cherché	N'a pas réussi à en trouver un	Dossier a été fermé	Autre raison
	%					
Sexe						
Hommes	22,9	12,5	26,7	61,1	9,8	8,1
Femmes	29,6	14,7	15,1	70,0	8,1	8,1
Groupe d'âge						
15-64 ans	24,5	13,7	21,8	65,6	9,1	8,1
65 ans et plus	52,8	8,5*	13,6*	56,5	8,1*	9,2*
Ensemble	25,9	13,5	21,4	65,1	9,0	8,1

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

1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison pour ne pas avoir de médecin de famille.
2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

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

Tableau A3
Raisons de ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] n'ayant pas de médecin de famille et qui ne ressent pas le besoin d'en avoir un, Québec, 2010-2011

	Jamais malade	N'importe quel médecin convient	Va à l'urgence au besoin	Suivi par un spécialiste	A préféré consulter d'autres intervenants	Autre raison
	%					
Sexe						
Hommes	62,8	51,9	35,2	3,8*	5,3	7,7
Femmes	54,2	47,2	30,1	5,8*	5,4*	11,1
Groupe d'âge						
15-64 ans	60,4	51,3	34,5	4,1	5,2	8,4
65 ans et plus	64,0	38,8	22,8	8,2**	6,3**	11,8*
Ensemble de la population	60,5	50,7	33,9	4,3	5,3	8,6

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

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

1. Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison pour ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin de famille.

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

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

Tableau A4
Type d'endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011

	Clinique ou bureau de médecin	CLSC	Urgence d'un hôpital	Clinique externe d'un hôpital	Autre[2]
	%				
Sexe					
Hommes	81,6	7,7	4,8	4,0	1,9
Femmes	84,7	7,7	2,3	2,8	2,5
Groupe d'âge					
15-64 ans	**83,2**	**8,1**	**3,9**	**3,4**	**1,4**
15-24 ans	75,4	11,4	6,4	5,2	1,6*
25-49 ans	83,3	7,7	4,4	3,3	1,2
50-64 ans	86,8	7,0	2,1	2,6	1,5
65 ans et plus	**83,6**	**6,3**	**1,6**	**3,3**	**5,2**
65-74 ans	87,4	6,3	1,5	2,9	2,0
75-84 ans	83,2	6,1	1,9*	3,7	5,0
85 ans et plus	65,7	6,6	1,4*	4,0	22,3
Ensemble	83,3	7,7	3,5	3,4	2,2

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

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

2. Le type d'endroit « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

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

Tableau A5
Proportion de personnes qui rencontrent une infirmière à l'endroit habituel de soins selon le type d'endroit, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux[2], Québec, 2010-2011

	Ensemble	Clinique ou bureau de médecin	CLSC	Urgence d'un hôpital	Clinique externe d'un hôpital	Autre[3]
	%					
Sexe						
Hommes	27,6	21,6	51,4	89,1	50,0	53,8
Femmes	27,2	22,7	51,5	92,8	40,0	55,1
Groupe d'âge						
15-64 ans	27,9	22,5	52,6	91,6	45,9	49,8
65 ans et plus	25,3	21,0	45,8	82,6	43,1	61,8
Ensemble	27,4	22,2	51,4	90,6	45,3	54,5

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

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Consultation au cours d'une période de deux ans.
3. Le type d'endroit « autre » comprend la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.

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

Tableau A6
Expérience vécue à l'endroit habituel de soins concernant les items relatifs à la réactivité et à l'efficacité des soins reçus, population de 15 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins et ayant consulté un médecin pour les soins de santé généraux[2], Québec, 2010-2011

	Tout à fait en accord	Assez en accord	Peu en accord	Pas du tout en accord
	%			
Réactivité				
Services répondent à tous les problèmes de santé	43,6	40,9	10,8	4,7
Efficacité				
Services permettent de bien contrôler les problèmes de santé	55,8	34,6	7,1	1,9
Professionnels consultés aident à se motiver à adopter de bonnes habitudes de vie	48,8	28,9	10,6	5,2

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
2. Consultation au cours d'une période de deux ans.

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

Annexe B : Questionnaire (extrait)

Section A : Endroit habituel de soins

Q1. Les premières questions sur l'expérience de soins concernent vos consultations auprès d'un médecin pour vos soins de santé généraux. En excluant les consultations faites auprès des médecins spécialistes, au cours des deux dernières années, avez-vous consulté un médecin pour vos soins de santé généraux?

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

Q2. Au cours des six derniers mois, avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin pour vos soins de santé généraux sans l'avoir fait, c'est-à-dire sans en avoir vu un?

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

Q3. Avez-vous un endroit habituel pour voir un médecin pour vos soins de santé généraux (en excluant les lieux de consultation des médecins spécialistes)?

01 Oui
02 Non → Q13
08 Ne sait pas → Q13
09 Ne répond pas → Q13

Q4. De quel type d'endroit s'agit-il? Est-ce...

01 une clinique ou un bureau de médecin (hors CLSC)
02 un CLSC
03 l'urgence d'un hôpital
04 la clinique externe d'un hôpital
05 la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées
06 (Ne pas lire ce choix) le médecin se rend à domicile → Q13
07 Autre
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Filtre A1.

Si le lieu habituel de soins est une clinique ou un bureau de médecin ou un CLSC (if Q4=1 OU Q4=2) → Q5

Les autres → Filtre A2

Q5. S'agit-il d'un groupe de médecine de famille (GMF)?

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

Filtre A2.

Si le répondant a consulté et a un lieu habituel de soins (if Q1=1 ET Q3=1) → Q6

Les autres → Q13

Q6. À cet endroit, rencontrez-vous une infirmière?

01 Oui toujours
02 Oui parfois
03 Non
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Q7. Si vous avez besoin de consulter un médecin à cet endroit, pouvez-vous généralement le faire la journée même ou le lendemain?

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

Q8. Si vous avez besoin de consulter un médecin à cet endroit, pouvez-vous généralement le faire en soirée ou la fin de semaine?

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

Q9. Si vous avez besoin de consulter un médecin pour un nouveau problème de santé non urgent, consultez-vous généralement à cet endroit (votre lieu habituel de soins)?

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

Q10. Maintenant, toujours en pensant aux soins et aux services que vous recevez à cet endroit, dites-moi si vous êtes tout à fait, assez, peu ou pas du tout en accord avec les énoncés suivants : Les services offerts à cet endroit répondent à tous mes problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou psychologiques.

01 Tout à fait en accord
02 Assez en accord
03 Peu en accord
04 Pas du tout en accord
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Q11. Les services que je reçois à cet endroit me permettent de bien contrôler mes problèmes de santé.

01 Tout à fait en accord
02 Assez en accord
03 Peu en accord
04 Pas du tout en accord
07 Ne s'applique pas
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Q12. Les professionnels que je vois à cet endroit m'aident à me motiver à adopter de bonnes habitudes de vie comme cesser de fumer, mieux manger, etc.

01 Tout à fait en accord
02 Assez en accord
03 Peu en accord
04 Pas du tout en accord
07 Ne s'applique pas
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Section B : Médecin de famille

Q13. Les questions suivantes portent sur le médecin qui prend la responsabilité de vos soins de santé. Pour commencer… Avez-vous un médecin de famille?

01 Oui → Q15
02 Non → Q14
08 Ne sait pas → Q14
09 Ne répond pas → Q14

Q14. Avez-vous un médecin en particulier qui prend la responsabilité de vos soins de santé?

01 Oui → Q15
02 Non → Filtre B1
08 Ne sait pas → Filtre B1
09 Ne répond pas → Filtre B1

Q15. Ce médecin est-il un généraliste (omnipraticien) ou un spécialiste?

01 Généraliste (omnipraticien)
02 Spécialiste
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Filtre B1.

Si le répondant a un lieu habituel de soins et un médecin de famille ou un médecin qui prend la responsabilité des soins de santé (if Q3=1 ET (Q13=1 OU Q14=1)) → Q16

Si le répondant a un médecin de famille ou un médecin qui prend la responsabilité de ses soins de santé, mais n'a pas de lieu habituel de soins (if Q3≠1 ET (Q13=1 OU Q14=1)) → Q17

Si le répondant n'a pas de médecin de famille ou de médecin qui prend la responsabilité des soins de santé (if Q13≠1 ET Q14≠1) → Q19

Q16. Consultez-vous habituellement votre <MÉDECIN DE FAMILLE/MÉDECIN QUI PREND LA RESPONSABILITÉ DE VOS SOINS DE SANTÉ> à l'endroit où vous allez habituellement pour recevoir des soins médicaux généraux?

01 Oui → Filtre B2
02 Non → Q17
08 Ne sait pas → Q17
09 Ne répond pas → Q17

Q17. Où consultez-vous habituellement votre <MÉDECIN DE FAMILLE/MÉDECIN QUI PREND LA RESPONSABILITÉ DE VOS SOINS DE SANTÉ>? Est-ce…

01 dans une clinique ou un bureau de médecin (hors CLSC)
02 dans un CLSC
03 à l'urgence d'un hôpital
04 à la clinique externe d'un hôpital
05 à la clinique d'un médecin dans une résidence pour personnes âgées
06 Autre
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Filtre B2.

Si le répondant a consulté au cours des deux dernières années et a un médecin de famille ou un médecin qui prend la responsabilité des soins (if Q1=1 ET (Q13=1 OU Q14=1)) → Q18

Les autres → Q22

Q18. Lorsque vous avez besoin de voir votre <MÉDECIN DE FAMILLE/MÉDECIN QUI PREND LA RESPONSABILITÉ DE VOS SOINS DE SANTÉ>, combien de temps cela prend-il en moyenne pour avoir un rendez-vous (avec ce médecin)?

01 Moins de 2 semaines
02 De 2 semaines à moins d'un mois
03 De 1 mois à moins de 4 mois
04 4 mois et plus
05 RV pré-fixés
06 Ne prend jamais de rendez-vous
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Filtre B3.

Si le répondant a un médecin de famille ou un médecin qui prend la responsabilité des soins (if Q13=1 OU Q14=1) → Q22

Les autres → Q19

Q19. Ressentez-vous actuellement le besoin d'avoir un médecin de famille?

01 Oui → Q20
02 Non → Q21
08 Ne sait pas → Q22
09 Ne répond pas → Q22

Q20. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas de médecin de famille? Est-ce parce que...

01 Vous en aviez un qui est parti (ou qui a pris sa retraite) → Q22
02 Vous avez déménagé → Q22
03 Vous n'avez pas encore cherché pour en trouver un → Q22
04 Vous n'arrivez pas à en avoir un (il n'y a pas de médecin disponible, c'est trop difficile d'en trouver un ou vous ne savez pas comment en trouver un) → Q22
05 Votre dossier a été fermé car vous n'avez pas consulté pendant un certain temps → Q22
07 Une autre raison → Q22
08 Ne sait pas → Q22
09 Ne répond pas → Q22

Q21. Pour quelle(s) raison(s) ne ressentez-vous pas le besoin d'avoir un médecin de famille? Est-ce parce que...

01 Vous n'êtes jamais malade
02 N'importe quel médecin dans une clinique vous convient (ce n'est pas important d'en avoir un en particulier)
03 Vous allez à l'urgence d'un hôpital au besoin
04 Vous êtes suivi par un médecin spécialiste
05 Vous préférez consulter d'autres intervenants (médecine alternative, chiropraticien, acupuncteur, etc.)
06 Une autre raison
08 Ne sait pas
09 Ne répond pas

Institut
de la statistique
Québec