

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Enquête québécoise
sur l'expérience de soins
des usagers des groupes
de médecine de famille
(GMF) – 2017

Rapport méthodologique



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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
3^e trimestre 2017
ISBN : 978-2-550-83338-3 (en ligne)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2017

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.

Août 2017

Ce document a été réalisé par : Catherine Fontaine et Robert Courtemanche

Avec la collaboration de : Ariane Dubé-Linteau, Maxime Boucher, France Lapointe et Marie-Eve Tremblay

Sous la coordination de : Robert Courtemanche

Ont collaboré à la réalisation : Madeleine Fex, consultante à la révision linguistique et Anne-Marie Roy, mise en page

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

Enquête sous la responsabilité de : Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication : Direction de la méthodologie
Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1R 5T4
Téléphone : 418 691-2401 ou 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)
Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
Chapitre 1 La population visée.....	6
Chapitre 2 La base de sondage.....	7
Chapitre 3 La méthode de sélection de l'échantillon	8
Chapitre 4 La taille et la répartition de l'échantillon	8
Chapitre 5 La collecte des données	9
5.1 Prétest.....	9
5.2 Stratégie de collecte.....	9
Chapitre 6 Le questionnaire	9
Chapitre 7 Taux de réponse et nombre de répondants	10
Chapitre 8 La validation des données.....	12
Chapitre 9 La pondération.....	12
Chapitre 10 La non-réponse partielle.....	13
Chapitre 11 La précision des estimations et des tests statistiques	14
11.1 Précision des estimations.....	14
11.2 Tests statistiques.....	14
Chapitre 12 La présentation des résultats	15
Chapitre 13 Portée et limites de l'enquête	16
ANNEXE Analyses statistiques ayant servi à valider les indicateurs relatifs aux dimensions de l'expérience patient.....	18

INTRODUCTION

Depuis 2002, les groupes de médecine de famille (GMF) ont été implantés progressivement au Québec dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services de santé¹. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a révisé pour une première fois le Cadre de gestion GMF, ce qui a mené à la création, en 2015, du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille², dont l'application a commencé en avril 2016. En juillet 2015, le Conseil du trésor a demandé au MSSS d'évaluer le Programme, dont la qualité des soins et des services reçus par les usagers des GMF. C'est dans ce contexte que le MSSS a mandaté l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour réaliser une enquête mesurant l'expérience de soins et de services vécue par les usagers des GMF, soit l'expérience des patients.

Le principal objectif de l'enquête est de documenter l'expérience des usagers inscrits dans un GMF et ayant consulté un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) au cours des 4 mois précédant l'enquête.

Plus spécifiquement, l'enquête vise à :

- ▶ produire des estimations sur l'expérience patient à l'échelle de la province et des territoires, soit les centres intégrés de services de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS);
- ▶ produire des estimations sur l'expérience patient à l'échelle provinciale en fonction des caractéristiques des usagers (âge, sexe, indice de défavorisation, état de santé, utilisation des services, etc.);
- ▶ produire des estimations sur l'expérience patient à l'échelle provinciale en fonction des caractéristiques des GMF, obtenues à l'aide de données administratives provenant du MSSS.

Le présent document décrit la méthodologie générale de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins des usagers des groupes de médecine de famille (GMF) afin d'assurer au lecteur une utilisation adéquate des résultats qui en ont été tirés. En effet, le plan d'échantillonnage, les stratégies de collecte mises en place, l'instrument de collecte utilisé et le traitement des données ont tous une incidence sur les estimations produites.

Les différents éléments du plan d'échantillonnage sont décrits dans les chapitres 1 à 4 et les stratégies de collecte des données, tant celles du prétest que celles de l'enquête, dans le chapitre 5. Le chapitre 6 fournit une description du questionnaire et le chapitre 7, les résultats de la collecte de données de l'enquête (taux de réponse et nombre de répondants). Une description des différentes étapes du traitement des données se trouve dans les chapitres 8 à 11. Enfin, le rapport expose en détail la manière dont sont présentés les résultats (chapitre 12) ainsi que la portée et les limites relatives aux données de l'enquête (chapitre 13).

Chapitre 1 La population visée

L'enquête cible l'ensemble des personnes de 18 ans et plus vivant au Québec, inscrites auprès d'un médecin de famille qui travaille dans un GMF et qui ont consulté un médecin ou une infirmière praticienne au GMF au cours de la période du 4 août au 4 décembre 2016, ci-après appelées « les usagers »³.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006), *Devenir un groupe de médecine de famille (GMF) – Guide d'accompagnement*, Québec, 70 p.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015), *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*, Québec, 55 p.

3. Ces usagers devaient posséder un numéro d'assurance maladie (NAM) valide et en vigueur au 4 décembre 2016.

Chapitre 2 La base de sondage

La base de sondage utilisée pour sélectionner l'échantillon d'enquête a été constituée à partir de trois sources de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), soit le Registre des consultations dans un GMF, le Fichier d'inscription dans un GMF et le Fichier des médecins rémunérés à l'acte. Tout d'abord, le Fichier d'inscription dans un GMF a été utilisé pour repérer les usagers de 18 ans et plus inscrits dans l'un des 283 GMF, au 4 décembre 2016. Par la suite, il a fallu déterminer, pour chacun de ces usagers, la date de la consultation la plus récente dans un GMF, en vue de conserver seulement les usagers dont cette date faisait partie de la période de référence. La consultation pouvait avoir eu lieu à n'importe quel point de service du GMF, pour tout type de traitement et par tout type de professionnel du GMF⁴. Concernant les médecins à rémunération à forfait ou à taux horaire et les IPS, le Registre des consultations a été utilisé pour trouver la date de la consultation la plus récente associée à un usager ; concernant les médecins rémunérés à l'acte, le Fichier des services rémunérés à l'acte a servi à déterminer cette date. Si une consultation par un même usager a été repérée dans ces deux fichiers, celle dont la date était la plus récente a été conservée. Lorsque la consultation la plus récente de chaque usager a été déterminée, seuls les usagers dont la date de la dernière consultation se situait dans la période du 4 août 2016 au 4 décembre 2016 ont été conservés dans la base de sondage. Cette période de 4 mois avait été déterminée afin d'enquêter auprès d'usagers qui avaient une expérience récente de consultation dans leur GMF (par rapport à la collecte de données de l'enquête qui débutait en janvier 2017). Ces usagers se caractérisent⁵ comme ayant davantage, en proportion, un état de santé jugé vulnérable⁶ et ayant obtenu, en proportion, un plus grand nombre annuel de visites dans un GMF (5 et plus). Ainsi, un total de 1 446 344 usagers forme l'ensemble des individus sur la base de sondage (population enquêtée).

La base de sondage peut comporter une certaine part de sous-dénombrement. En effet, au moment de l'extraction du fichier à la RAMQ, un certain nombre de consultations très récentes n'étaient pas incluses dans le Registre des consultations ou dans le Fichier des médecins rémunérés à l'acte. D'après des données obtenues par la RAMQ en date du 26 avril 2017, l'ISQ estime qu'environ 7 % des usagers ayant obtenu au moins une consultation au cours de la période du 4 août 2016 au 4 décembre 2016 n'étaient pas inscrits dans la base de sondage créée aux fins de l'enquête. Les médecins disposent en effet d'un certain délai pour transmettre à la RAMQ leurs données de facturation, ce qui peut expliquer que certaines consultations n'aient pas été incluses dans la base de sondage. Précisons que le sous-dénombrement est plus important dans le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06-2), soit une proportion d'environ 20 %. En plus du sous-dénombrement, la base de sondage peut également inclure quelques usagers non admissibles (surdénombrement). Toutefois, dans la présente enquête, ce type d'erreur de couverture est négligeable.

En conclusion, on estime que la population enquêtée représente la population visée d'usagers à 93 %, ce qui indique un bon niveau de couverture à l'échelle provinciale. Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06-2) (à 80 %) est toutefois moins bien couvert que les autres.

4. Si un usager a fait une visite dans un GMF au cours de la période de référence, mais qu'il n'a consulté ni un médecin ni une IPS, il n'a pas été considéré lors de l'enquête parce que la RAMQ n'était pas en mesure de fournir de données à propos des consultations auprès d'autres professionnels de la santé.

5. Par rapport à ceux dont la dernière consultation remontait jusqu'à 12 mois.

6. Défini par le MSSS comme ayant certains problèmes de santé de longue durée (voir la section *Définition des variables de croisement : caractéristiques des GMF* dans A. DUBÉ-LINTEAU (2017), *Enquête québécoise sur l'expérience de soins des usagers des groupes de médecine de famille (GMF) – 2017 – Faits saillants*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 30 p.)

Chapitre 3 La méthode de sélection de l'échantillon

Un des objectifs de l'enquête était de produire des estimations selon le CISSS ou le CIUSSS auquel appartient le GMF où travaille le médecin de famille auprès duquel est inscrit l'utilisateur (voir l'introduction). L'échantillon sélectionné visait à permettre l'atteinte de cet objectif, entre autres. Un échantillon de 15 889 usagers⁷ a été sélectionné à la RAMQ, d'après les spécifications de l'ISQ, de manière aléatoire et indépendante d'une strate à une autre. Les strates ont été formées par le croisement des variables suivantes : le CISSS ou CIUSSS auquel appartient le GMF de l'utilisateur⁸, la catégorie d'âge (18 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans, 60 à 64 ans, 65 à 74 ans et 75 ans et plus) et le sexe de l'utilisateur. En tout, 352 strates ont été formées.

Une fois que l'échantillon a été sélectionné, la RAMQ a transmis à l'ISQ les informations nécessaires pour contacter les répondants potentiels. Pour administrer le questionnaire, certaines informations sur le GMF de l'utilisateur étaient aussi nécessaires.

Chapitre 4 La taille et la répartition de l'échantillon

Afin d'obtenir des estimations précises sur les usagers dans tous les CISSS et CIUSSS du Québec, une taille d'échantillon de 15 889 usagers a été retenue. Une telle taille était requise pour estimer une proportion minimale de 11 % avec un coefficient de variation (CV) de 15 % ou moins, par CISSS ou CIUSSS. À l'échelle provinciale, c'est une proportion minimale de 0,7 % qui peut être estimée avec le même niveau de précision.

Les objectifs et les hypothèses qui sont à la base de la détermination de la taille de l'échantillon sont les suivants :

- ▶ l'atteinte minimale de 400 répondants par CISSS ou CIUSSS (22 groupes), soit d'un minimum de 8 800 répondants à l'échelle provinciale ;
- ▶ un effet dû au plan de sondage, c'est-à-dire le rapport entre la variance obtenue avec le plan de sondage de l'enquête et celle d'un plan aléatoire simple, de 1,1 pour les estimations par CISSS ou CIUSSS ;
- ▶ à l'échelle provinciale, un taux de réponse minimal de 58 % visé ;
- ▶ un taux d'admissibilité⁹ à l'enquête fixé à 98 % par CISSS ou CIUSSS.

7. À partir de l'échantillon sélectionné de 15 889 usagers, après avoir confirmé des adresses hors-Québec, il a fallu exclure certains usagers avant de commencer la collecte de données. L'échantillon final comptait donc 15 865 usagers.

8. On compte au total 23 CISSS et CIUSSS. Le CIUSSS de la Gaspésie (11-1) et le CISSS des Îles (11-2) ayant été regroupés pour des raisons de confidentialité, 22 regroupements de CISSS et CIUSSS étaient à considérer dans le plan de sondage.

9. Soit la proportion d'utilisateurs inscrits auprès d'un médecin de famille dans un GMF et ayant consulté un professionnel à leur GMF au cours des 4 mois précédant l'extraction du fichier parmi l'échantillon sélectionné d'utilisateurs.

Chapitre 5 La collecte des données

5.1 Prétest

Le prétest de l'enquête a été réalisé au moyen d'entrevues téléphoniques. Il a été mené auprès d'un échantillon stratifié aléatoire d'usagers de GMF durant la période du 16 au 24 novembre 2016. L'échantillon de 295 usagers a été sélectionné par la RAMQ d'après des spécifications de l'ISQ et comprend les usagers de 18 ans et plus au 15 octobre 2016, dont la dernière consultation avait eu lieu au cours de la période du 15 juillet 2016 au 15 octobre 2016. Le prétest avait pour objectifs de :

1. tester le questionnaire dans les deux langues d'entrevue ;
2. tester la durée du questionnaire ;
3. vérifier l'intelligibilité des questions ;
4. tester certaines questions pour confirmer l'admissibilité de l'usager à l'enquête afin de trouver la meilleure approche pour réaliser l'enquête.

Le prétest a permis d'obtenir 145 répondants, soit un taux de réponse global de 49,7 % (comparativement au taux de 45 % visé). Le nombre visé de questionnaires selon la langue a été atteint (27 questionnaires administrés en anglais et 118 administrés en français). Le temps moyen d'entrevue a été estimé à environ 25 minutes.

À la suite du prétest et de son analyse, plusieurs constats ont été établis. En général, le questionnaire a été bien compris dans les deux langues par les répondants. De plus, les questions permettant de déterminer l'admissibilité des usagers à l'enquête étaient adéquates.

Néanmoins, en raison de la durée d'entrevue trop longue, le questionnaire a dû être réduit, ce qui a permis d'alléger le fardeau des répondants. Le choix des questions à retirer ou à modifier a été fait de manière à couvrir l'ensemble des « piliers » retenus, définis par le Collège des médecins de famille du Canada (voir le chapitre 6), et de façon à ne pas compromettre la mesure des phénomènes étudiés, notamment les dimensions de l'expérience patient (voir le chapitre 6).

5.2 Stratégie de collecte

La collecte des données de l'enquête sur les usagers des GMF s'est déroulée du 20 janvier au 10 avril 2017. Il s'agit d'une enquête multimodale, c'est-à-dire que les participants avaient la possibilité de remplir le questionnaire par Internet ou d'y répondre par téléphone. La collecte de données par téléphone a été réalisée au moyen d'entrevues assistées par ordinateur, tandis que celle sur Internet a été réalisée au moyen d'un questionnaire Web. La durée moyenne du questionnaire téléphonique est d'un peu plus de 18 minutes alors qu'elle est d'un peu moins de 17 minutes pour les questionnaires remplis par Internet.

La stratégie de collecte adoptée a été de faire précéder le premier appel téléphonique par l'envoi d'une lettre de présentation de l'enquête. Par la suite, au cours de cet appel, l'usager était invité à remplir le questionnaire sur le Web ou par téléphone. Plusieurs stratégies ont été mises en place pour favoriser la collaboration des personnes sélectionnées et pour faciliter la gestion de la collecte. Mentionnons, par exemple, que les meilleures journées et plages d'heures de collecte ont été déterminées en fonction de l'âge du répondant.

Chapitre 6 Le questionnaire

Le questionnaire de l'enquête a été élaboré de manière à couvrir l'ensemble des aspects de l'offre de soins et de services dans les GMF, lesquels ont été déterminés à partir des travaux du Collège des médecins de famille du Canada¹⁰, qui présentent les principaux piliers sur lesquels la pratique de la médecine familiale doit reposer. Parmi les dix piliers répertoriés, cinq ont été retenus dans le cadre de l'enquête, à savoir :

- ▶ le partenariat avec le patient ;
- ▶ les soins dispensés par une équipe ;
- ▶ l'accès en temps opportun ;
- ▶ les soins complets et globaux selon la perspective du patient ;
- ▶ la continuité (relationnelle, prise en charge, informationnelle).

10. COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2011), *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale – Le Centre de médecine de famille*, 66 p.

Certains items du questionnaire ont été regroupés pour construire quatre indicateurs relatifs à des dimensions de l'expérience patient. Ces indicateurs ont déjà été validés dans le passé dans un contexte québécois¹¹ et ont fait l'objet d'une validation dans le cadre de l'enquête¹². Il s'agit des dimensions suivantes :

Accessibilité organisationnelle : Fait référence à la facilité de se rendre à son GMF et à l'expérience, au cours des 12 mois précédents, relative à la facilité de joindre le GMF ou un professionnel de la santé par téléphone, aux heures de rendez-vous proposées, aux délais habituels pour obtenir un rendez-vous avec son médecin et au temps d'attente dans la salle d'attente.

Communication générale : Concerne l'évaluation de différents aspects de la communication avec la personne qui s'occupe de la plupart des soins de santé au GMF, soit son souci du détail pour poser des questions, l'attention qu'elle porte à ce que le patient a à dire, ses explications au sujet des problèmes de santé, ses recommandations pour savoir quoi faire quand le problème se complique et ses conseils lors de la prise de décision concernant les soins de santé.

Connaissance accumulée : Correspond à l'évaluation de la connaissance que le médecin traitant a du patient en ce qui a trait à ses antécédents médicaux, ses responsabilités ou ses occupations quotidiennes, ses inquiétudes et ses valeurs.

Coordination globale des soins : S'applique seulement aux usagers qui ont consulté des professionnels, autres que le médecin ou l'infirmière qui s'occupe de la plupart de leurs soins de santé, au GMF ou ailleurs, au cours des 12 mois précédents, qui ont joué un rôle important dans leurs soins de santé. Fait référence à la circulation de l'information entre tous ces professionnels quant aux antécédents médicaux du patient, aux tests et aux examens qu'il a passés et aux changements apportés à ses traitements, ainsi qu'entre ces derniers et le patient.

Chapitre 7 Taux de réponse et nombre de répondants

À l'échelle provinciale, le taux de réponse pondéré atteint 70,2% (comparativement au taux de 58% visé) et le nombre minimal de 8 800 répondants a été dépassé (10 545 répondants obtenus). Un questionnaire a été rempli, pour chaque répondant, soit par téléphone (40%), soit sur le Web (60%). Par ailleurs, le taux d'inadmissibilité pondéré a dépassé légèrement l'objectif visé (3,7% comparativement à 2%). L'explication la plus plausible est que certains usagers ont eu de la difficulté à se rappeler qu'ils avaient visité leur GMF au cours de la période de référence, ce qui fait que des usagers ont affirmé qu'ils n'étaient pas inscrits auprès d'un médecin du GMF ou qu'ils n'avaient pas consulté un professionnel à leur GMF au cours de la période de référence.

L'objectif de 400 répondants par CISSS ou CIUSSS a été dépassé dans tous les CISSS et CIUSSS lors de la collecte. Le taux de réponse pondéré par CISSS ou CIUSSS varie de 62,5% (Côte-Nord) à 73,6% (Montréal-Est).

11. J. L. HAGGERTY et autres (2011), "Validation of instruments to evaluate primary health care from the patient perspective: Overview of the method", *Healthcare Policy*, vol. 7 (numéro spécial), p. 31-46.

12. Pour obtenir plus de détails concernant la validation de ces indicateurs, voir l'annexe.

Tableau 1

Nombre d'usagers dans la population enquêtée et dans l'échantillon et résultats de la collecte, selon le territoire et dans l'ensemble de la province

Territoire	Population enquêtée	Échantillon n	Nombre de répondants obtenus	Taux de réponse pondérés obtenus
				%
CISSS du Bas-Saint-Laurent (01)	47 153	681	448	68,5
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	65 126	650	454	71,7
CIUSSS de la Capitale-Nationale (03)	174 703	673	475	72,7
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)	122 557	708	461	68,4
CIUSSS de l'Estrie (05)	106 046	653	437	69,9
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06-1)	33 232	744	522	72,5
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06-2)	53 095	793	481	63,7
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06-3)	56 077	749	487	67,4
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06-4)	64 755	734	458	65,9
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06-5)	57 579	767	505	69,0
CISSS de l'Outaouais (07)	76 931	741	493	68,9
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	29 252	745	491	68,9
CISSS de la Côte-Nord (09)	16 396	768	462	62,5
Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James (10)	2 620	788	484	63,4
CISSS de la Gaspésie et CISSS des Îles (11-1 et 11-2)	16 176	698	420	63,8
CISSS de Chaudière-Appalaches (12)	106 814	661	458	71,5
CISSS de Laval (13)	82 105	760	524	71,2
CISSS de Lanaudière (14)	89 223	721	501	72,4
CISSS de Laurentides (15)	76 822	704	492	72,2
CISSS de la Montérégie-Centre (16-1)	49 030	691	478	71,5
CISSS de la Montérégie-Est (16-2)	77 365	763	542	73,6
CISSS de la Montérégie-Ouest (16-3)	43 287	697	472	69,9
Ensemble du Québec	1 446 344	15 889	10 545	70,2

n: nombre

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins des usagers des groupes de médecine de famille (GMF) – 2017*.

Chapitre 8 La validation des données

La collecte de données réalisée au moyen d'entrevues téléphoniques assistées par ordinateur, permet une saisie automatique des réponses fournies par les répondants. La très grande majorité des questions sont en outre auto-codées, c'est-à-dire que l'intervieweur n'a qu'à cocher le choix du répondant. Le temps de saisie s'en trouve donc réduit au minimum. La collecte par Internet, quant à elle, a été effectuée à l'aide d'un questionnaire que le répondant devait remplir sur le site Web de l'ISQ. Dans ce type de collecte, comme dans les entrevues réalisées au téléphone, la plupart des questions sont autocodées. De plus, comme les deux types de collecte sont entièrement informatisés, plusieurs sauts de questions sont programmés de manière à ce qu'une question donnée soit posée uniquement aux usagers qui doivent y répondre.

De plus, une validation effectuée *a posteriori* pour évaluer la cohérence interne des réponses au questionnaire d'un même répondant a servi à relever quelques erreurs, lesquelles ont pu être corrigées.

Chapitre 9 La pondération

Afin de pouvoir inférer les données de l'échantillon à la population visée, un poids statistique a été attribué à chaque répondant. Ce poids devait tenir compte tant de la probabilité de sélection de l'utilisateur, prédéterminée par le plan d'échantillonnage, que de la non-réponse au questionnaire de l'enquête. Le poids de chaque répondant correspond au nombre d'usagers qu'il représente dans la population visée. Précisons que les données fournies dans le document qui présente les faits saillants¹³ et dans les tableaux livrés par l'ISQ concernant l'enquête sont toutes pondérées.

La stratégie de pondération adoptée comporte plusieurs étapes, dont celle de l'ajustement de la non-réponse et celle de l'ajustement des poids aux totaux de population, appelée technique de calage aux marges. Tout d'abord, la probabilité de sélectionner un usager à partir de la base de sondage devait être calculée. La répartition de l'échantillon enquêté a permis de s'assurer qu'une probabilité de sélection égale soit attribuée aux usagers d'un même CISSS ou CIUSSS. Le poids initial est obtenu par l'inverse de la probabilité de sélection.

Le poids initial des non-répondants dont l'admissibilité n'a pas pu être confirmée lors de la collecte de données (dans le cas où l'utilisateur n'a pas pu être contacté, par exemple) a tout d'abord fait l'objet d'un ajustement, et ce, afin de tenir compte d'une partie d'entre eux qui sont inadmissibles à l'enquête. Ainsi, après l'ajustement, la somme des poids des répondants et des non-répondants représentera la partie admissible de la population. Les caractéristiques associées à un taux d'admissibilité plus faible laissent supposer un problème de mémoire (personnes de 75 ans et plus, jeunes usagers n'ayant effectué qu'une seule visite, usagers ayant visité plusieurs points de services).

L'ajustement de la non-réponse a ensuite pu être apporté au poids initial ajusté (relatif à l'admissibilité). L'objectif était de redresser l'échantillon des répondants de manière à ce que celui-ci soit, le plus possible, semblable à celui de la population visée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Pour cela, une modification des poids initiaux ajustés des répondants a été effectuée. La technique utilisée pour créer des groupes de pondération repose sur l'élaboration d'un modèle de régression logistique. Ce modèle¹⁴ retient les variables explicatives les plus importantes lors de la modélisation de la probabilité de réponse. Également, ce modèle permet d'estimer des probabilités de réponse, selon les valeurs prises par les variables explicatives. Ces probabilités estimées sont ensuite regroupées à l'aide de méthodes de classification hiérarchiques (ou non), afin de créer des groupes de pondération. On vise à ce que les probabilités de réponse soient similaires à l'intérieur d'un même groupe

13. A. DUBÉ-LINTEAU, *op cit*.

14. Les variables explicatives retenues dans le modèle de régression logistique sont les suivantes : le sexe, l'âge (8 catégories), le nombre de visites (1, 2, 3, 4 et plus), l'indice de défavorisation matérielle et sociale (6 catégories, dont celle des valeurs manquantes), la langue de correspondance (2 catégories), le CISSS ou CIUSSS et la structure familiale (7 catégories). On retient aussi une interaction entre le sexe et l'âge, une interaction entre le sexe et l'indice de défavorisation et une interaction entre l'âge et la structure familiale.

de pondération et que les taux de réponse soient différents entre les groupes. Le poids initial ajusté est alors divisé par le taux de réponse pondéré pour obtenir le poids ajusté de la non-réponse.

Un dernier ajustement est apporté aux poids, soit le calage aux marges, en vue de rendre la distribution pondérée des répondants conforme à celle de la population visée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, CISSS ou CIUSSS et catégorie d'âge). Cet ajustement sert à produire le poids final et à corriger les erreurs de couverture et celles qui sont dues à la non-réponse. Les données de population disponibles pour effectuer cet ajustement proviennent en fait d'une mise à jour de la base de sondage, réalisée en avril 2017. Elle contient toutefois un certain nombre d'usagers inadmissibles. En effet, l'ISQ a priorisé la déclaration de l'usager (plutôt que les données de la RAMQ) pour statuer sur l'inadmissibilité des usagers. Il est possible de mesurer l'ampleur de l'ajustement à l'aide du taux de glissement (soit le rapport entre le nombre final d'usagers de la population visée et la somme des poids statistiques avant le calage)¹⁵. À l'échelle provinciale, le taux de glissement est de 1,07. Des variations à l'échelle des CISSS et CIUSSS sont observées, principalement au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (O6-2), où le taux de glissement est de 1,20. La RAMQ explique qu'il est possible que les GMF de ce CIUSSS aient pu accuser un retard dans la transmission de données de facturation, ce qui peut expliquer qu'un plus grand écart soit observé dans ce territoire. Après vérification auprès de l'organisme, c'est l'hypothèse la plus plausible, parce que l'écart n'est pas dû à une erreur lors de l'extraction des fichiers.

Parmi les poids finaux obtenus, les valeurs extrêmes ont été examinées. Aucun poids n'a fait l'objet d'un ajustement à la suite de cette vérification.

Chapitre 10 La non-réponse partielle

La pondération qui a été produite tient compte de la non-réponse totale, mais elle n'a pas été ajustée pour tenir compte de la non-réponse partielle. Celle-ci se produit lorsqu'une variable comporte des données manquantes pour certains répondants à l'enquête. Une non-réponse partielle importante peut entraîner certains biais dans les estimations, au même titre que la non-réponse totale, s'il s'avère que les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants et que ces caractéristiques sont associées au sujet de l'enquête.

En général, quand le taux de non-réponse partielle¹⁶ à une question est inférieur à 5,0 %, il n'est pas nécessaire de réaliser un traitement statistique particulier, parce que les risques de biais sont faibles. En grande majorité, les taux de non-réponse partielle de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins des usagers des groupes de médecine de famille (GMF) sont inférieurs à 3,5 %.

De plus, 2 variables affichaient un taux de non-réponse partielle supérieur à 5,0 %, soit le nombre de fois où un médecin ou un professionnel de la santé ou des services sociaux a été consulté au cours des 12 mois précédant l'enquête (NB_CONSULT) (5,1 %) et l'évaluation de la coordination entre les professionnels consultés au GMF et la personne qui s'occupait de la plupart des soins de santé de l'usager au cours des 12 mois précédents (Q34) (14,1 %). Une étude de biais a été réalisée pour évaluer l'incidence de la non-réponse sur les analyses impliquant l'une ou l'autre de ces variables. En fonction de l'ampleur de la non-réponse partielle et de la différence des caractéristiques entre les répondants et les non-répondants partiels, il n'est pas nécessaire de formuler une mise en garde concernant les estimations relatives à ces deux variables.

15. Avec une valeur de 1, le taux de glissement indique que les erreurs de couverture et de non-réponse étaient pratiquement inexistantes avant l'ajustement de calage. Avec une valeur supérieure à 1, le taux de glissement indique que les erreurs de couverture et de non-réponse étaient plus importantes avant le calage, d'où l'utilité d'avoir apporté cet ajustement final.

16. Le « taux de non-réponse partielle pondéré » désigne le rapport entre le nombre pondéré de personnes qui n'ont pas répondu à la question et le nombre pondéré de personnes admissibles à la question.

Quant aux quatre indicateurs relatifs aux dimensions de l'expérience patient (voir le chapitre 6), l'indicateur « Coordination globale des soins » présentait un taux de non-réponse partielle de 7,9%. En majorité, ces valeurs manquantes s'expliquent par des questions laissées sans réponse parce qu'elles ne s'appliquaient pas à la situation des usagers. Après l'examen des caractéristiques de ces non-répondants, on peut conclure que le risque de biais dû à la non-réponse résultant de l'analyse de cet indicateur est négligeable.

Chapitre 11 La précision des estimations et des tests statistiques

11.1 Précision des estimations

Dans toute enquête statistique, les estimations produites comportent des erreurs dues à l'échantillonnage, étant donné que l'on enquête seulement sur une partie de la population visée au lieu d'effectuer un recensement. Ces erreurs se répercutent sur les estimations produites, dont la précision est également influencée par la complexité du plan d'échantillonnage. Il est donc nécessaire de mesurer la précision de chaque estimation et d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats inférés à la population visée. Ainsi, le coefficient de variation (CV)¹⁷ a été retenu, dans la présente enquête, comme mesure relative de la précision. Pour effectuer cette évaluation, il a été utile de comparer l'effet dû au plan de sondage obtenu à celui qui était prévu. L'objectif d'obtenir un effet dû au plan de sondage ayant une valeur maximale de 1,1 par CISSS ou CIUSSS a été atteint, et ce, concernant la plupart des estimations de proportions examinées de 11% ou plus.

Dans le présent rapport, les estimations de mesures de précision des proportions tiennent compte du plan de sondage et ont été calculées à l'aide du logiciel SUDAAN¹⁸. La variance d'échantillonnage est estimée à partir de la méthode d'auto-amorçage¹⁹. Dans la présente enquête, les poids d'auto-amorçage ont été utilisés dans l'estimation de la variance et les tests statistiques à l'aide du logiciel SUDAAN. Un ensemble de 500 poids a été créé. Les estimations dont le CV est supérieur à 15%, mais inférieur ou égal à 25%, sont suivies d'un astérisque (*) dans les tableaux et les faits saillants, ce qui indique que la précision est passable et que les estimations doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV se situe à plus de 25% sont suivies d'un double astérisque (**) signalant qu'elles sont fournies à titre indicatif et ne doivent être utilisées qu'avec circonspection.

11.2 Tests statistiques

Les résultats présentés dans les faits saillants et les tableaux, soit à partir de moyennes et de proportions, s'appuient essentiellement sur des analyses bivariées et ont fait l'objet d'un test statistique. Concernant les analyses bivariées qui impliquent des proportions, un test global d'indépendance entre les deux variables catégoriques a tout d'abord été réalisé, à l'aide de la statistique F (version log-linéaire) correspondant à un ajustement du 2^e ordre de Satterthwaite du test du khi-deux. Ce test a pour objet de mesurer la relation ou l'association entre deux variables catégoriques. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%, à moins d'avis contraire. En présence d'un test significatif au seuil de 5% et lorsque la variable d'analyse (ou de croisement) comporte plus de 2 catégories, des tests d'égalité des proportions ont été effectués afin de déceler les écarts les plus importants. Ces tests de comparaison deux à deux utilisent la méthode logit-Wald²⁰. La création d'intervalles de confiance de ces proportions est également basée sur cette méthode.

17. Le coefficient de variation est obtenu en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même.

18. RESEARCH TRIANGLE INSTITUTE (2008), SUDAAN Language Manual, Release 10.0, NC, Research Triangle Park.

19. Bootstrap en anglais : K. F. RUST et J. N. K. RAO (1996), "Variance estimation for complex surveys using replication techniques", *Statistical methods in medical research*, vol. 5, p. 283-310. La méthode d'auto-amorçage consiste à sélectionner avec remise plusieurs échantillons à partir de l'échantillon principal et à produire les estimations concernant chacun de ces sous-échantillons. En mesurant la variabilité qui existe entre ces différentes estimations, on obtient la variance d'échantillonnage. Pour produire les estimations de chaque sous-échantillon, le poids d'auto-amorçage de chaque sous-échantillon doit être calculé. La création de ces poids suit non seulement le plan de sondage, mais également le traitement de la non-réponse appliqué à la pondération.

20. Une transformation *logit* doit d'abord être appliquée aux proportions ($\log(p/1-p)$) avant de créer la statistique de Wald telle qu'on la connaît habituellement.

De la même manière, des tests de comparaison de moyennes sont établis pour vérifier par exemple si des scores moyens²¹ diffèrent ou non selon les modalités d'une variable catégorique. Dans ce cas, c'est la statistique F correspondant à un ajustement du 2^e ordre de Satterthwaite qui a été utilisée. Le plan d'échantillonnage complexe est pris en considération lors de la construction des statistiques de test.

Enfin, dans les tableaux 3 et 4 des faits saillants, des items ont été présentés selon un certain ordre. Et ce, de manière à distinguer les items les mieux et les moins bien évalués (d'après les proportions d'usagers qui évaluent de la manière la plus positive chacun des items). Pour présenter des items sous forme de liste, il est recommandé d'ordonner les items à partir des résultats d'un test statistique pour soutenir les conclusions énoncées. Dans un premier temps, des groupes homogènes d'items sont créés selon la valeur de la proportion estimée et celle des bornes de l'intervalle de confiance associé. Puis, un test basé sur la statistique de différence des deux proportions est effectué²² et certains groupes sont scindés à la suite de ce test. Il est ainsi permis de conclure que les items d'un même groupe se distinguent significativement de tous ceux des autres groupes. Toutefois, à l'intérieur d'un même groupe, les proportions ne se distinguent pas significativement entre elles.

Chapitre 12 La présentation des résultats

Le présent chapitre donne des indications générales sur la présentation des résultats et des estimations que l'on trouve dans les faits saillants et les tableaux de l'enquête. Précisons d'abord que les statistiques présentées sont calculées à partir d'un échantillon. Il ne s'agit donc pas de valeurs exactes. Par ailleurs, dans les tableaux et les figures, les valeurs des estimations de proportions comportent une décimale alors qu'elles sont arrondies à l'unité dans le texte, à l'exception des proportions inférieures à 5 %, lesquelles conservent la décimale. Pour cette raison, il est possible que la somme des proportions de certains tableaux ou figures soit légèrement inférieure ou supérieure à 100 %. Les estimations de moyennes comportent deux décimales dans les tableaux et dans

le texte. Comme il est indiqué dans la section 11.1, les estimations de moins bonne précision sont suivies d'un ou deux astérisques.

Par ailleurs, dans les tableaux et les figures, en présence d'un résultat global significatif (selon le test du khi-deux ou selon le test de différences de moyennes), des lettres ont été ajoutées en exposant aux statistiques afin d'indiquer quelles sont les paires de catégories d'une variable de croisement dans lesquelles il existe une différence significative au seuil de 5 %. Ainsi, une même lettre signale un écart significatif entre deux catégories.

Concernant la présentation des analyses bivariées, seuls les résultats significatifs au seuil de 5 % sont rapportés dans le texte. La présentation se limite à la description des catégories de variables (une ou deux, selon le cas) qui se distinguent significativement de toutes les autres catégories, et ce, afin de faire ressortir les principales différences d'intérêt. De plus, il arrive que deux estimations qui semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique. Dans ces cas, il est indiqué qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence significative. Les résultats présentés dans le texte sous forme de points télégraphiques montrent la catégorie de la variable qui se distingue de toutes les autres, sans qu'il soit fait mention des autres catégories auxquelles elle est comparée. Par exemple, il est indiqué que le score moyen est plus élevé chez :

- ▶ les hommes (x);
- ▶ les personnes âgées de 65 à 74 ans (x);
- ▶ les personnes ayant uniquement des problèmes de santé physique (x) ou uniquement des problèmes psychologiques (x).

Cela sous-entend que le score moyen est plus élevé dans la ou les catégories présentées par rapport aux autres catégories de la même variable de croisement présentée. Le score moyen est donc ici plus élevé :

- ▶ chez les hommes que chez les femmes;
- ▶ chez les personnes âgées de 65 à 74 ans par rapport à celles âgées de moins de 35 ans, de 35 à 49 ans, de 50 à 64 ans et de 75 ans et plus;

21. Pour connaître la définition des scores moyens, voir la section *Comment interpréter les scores relatifs aux dimensions?* dans A. DUBÉ-LINTEAU, *op cit.*

22. Basé cette fois sur la loi de Student.

- chez les personnes ayant uniquement des problèmes de santé physique ou uniquement des problèmes psychologiques, par rapport à celles ayant à la fois des problèmes de santé physique et des problèmes psychologiques.

Précisons que lorsque deux catégories sont mentionnées concernant une même caractéristique, comme c'est le cas ici du type de problèmes de santé, elles ne sont pas significativement différentes les unes des autres.

Chapitre 13 Portée et limites de l'enquête

Tout a été mis en place pour assurer la qualité et la représentativité de cette première édition de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins des usagers des groupes de médecine de famille (GMF), non seulement à l'échelle de la province de Québec mais aussi à l'échelle des territoires (CISSS et CIUSSS). En premier lieu, soulignons la taille de l'échantillon sélectionné, soit 15 889 usagers, qui a été déterminée de manière à assurer un potentiel analytique élevé par regroupement de CISSS et CIUSSS²³. Le choix d'une collecte multimodale a permis de bien couvrir les sous-populations qui présentent des caractéristiques particulières, moins portées à utiliser le mode de collecte par Internet, particulièrement les usagers de 75 ans et plus. La stratégie de collecte générale a contribué à limiter le nombre de questionnaires incomplets et à obtenir une réponse de 70,2% des usagers qui composent l'échantillon. Dans l'ensemble des CISSS et CIUSSS, le nombre de répondants qui était requis a été dépassé. La qualité des réponses se distingue aussi par le taux de non-réponse partielle, qui ne dépasse 5% que dans le cas de 2 variables et de 1 indicateur²⁴. Enfin, précisons que les méthodes d'inférence ont fait l'objet d'une attention particulière. Par conséquent, la pondération a été créée de façon à réduire le plus possible les biais potentiels associés à la non-réponse totale et à assurer la fiabilité de l'inférence à la population visée. De plus, toutes les mesures de précision et les tests ont été réalisés en tenant compte de la complexité du plan de sondage de l'enquête.

Toutefois, malgré les précautions prises lors de la planification et de la réalisation de l'enquête, l'analyse des données demeure contrainte par certaines limites, comme c'est le cas de toute enquête probabiliste. De ce fait, les données d'enquête ne sont pas exemptes de biais, notamment le biais de réponse, qui pourrait être attribuable au phénomène de désirabilité sociale ou au fait de ne pas se souvenir de certains événements. Un très grand soin a été apporté à ces aspects dans la planification de l'enquête afin de réduire au minimum les erreurs dans les réponses fournies.

Deuxièmement, l'enquête couvre une sous-population d'usagers ayant obtenu au moins 1 consultation dans un GMF au cours des 4 mois précédant la sélection de l'échantillon. Cette décision avait été prise afin que les usagers enquêtés aient eu une expérience récente dans un GMF. Cette sous-population est composée d'individus qui, en proportion, affichent un plus grand nombre de visites²⁵ dans un GMF et un état de santé jugé « vulnérable ». De ce fait, lorsque les résultats de cette enquête font l'objet d'interprétations, cette particularité devrait toujours être prise en compte.

Troisièmement, bien que des différences significatives sur le plan statistique soient rapportées dans les analyses faites par l'ISQ, précisons que l'interprétation de ces différences et de l'apport de cette information dans l'évaluation des services doit être faite par les spécialistes du MSSS en matière d'évaluation, et ce, principalement en ce qui concerne les scores moyens.

Quatrièmement, les données administratives utilisées en relation avec les données d'enquête dans les faits saillants proviennent des fichiers du MSSS. Ainsi, la présentation que fait l'ISQ de ces résultats doit nécessairement être interprétée par les analystes du MSSS qui maîtrisent davantage les définitions, la méthodologie et la construction de ces données et sont, à cet égard, en mesure de poser un regard plus averti sur les résultats à des fins d'évaluation.

23. En plus du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles, le Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James et le CISSS de la Côte-Nord ont aussi été regroupés dans les analyses.

24. Les valeurs manquantes concernant l'indicateur de coordination des soins résultent en grande partie, rappelons-le, des questions auxquelles les usagers n'avaient pas à répondre.

25. Par rapport aux individus ayant obtenu au moins 1 consultation au cours des 12 mois précédant la sélection de l'échantillon.

Finalement, soulignons qu'une enquête dite « transversale » comme celle de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins des usagers des groupes de médecine de famille (GMF) permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des groupes de la population, mais n'offre pas la possibilité d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées. En outre, compte tenu des objectifs spécifiques de l'étude, les analyses présentées dans les livrables de l'enquête s'appuient essentiellement sur des méthodes bivariées. L'interprétation de certains résultats doit donc être faite avec prudence. Il conviendrait de réaliser des analyses multivariées qui tiennent compte simultanément de l'effet de tous les facteurs associés, dont le mode de collecte. L'approche retenue permet néanmoins de définir les caractéristiques des usagers et des GMF associées à une meilleure expérience de soins et de services au tout début de l'implantation du Programme GMF. Elle permet également de déterminer les aspects particuliers de la prestation des soins et des services qui nécessitent le plus une amélioration. En conclusion, l'enquête fournit une bonne description des expériences de soins et de services vécues par les usagers inscrits dans un GMF au Québec en 2017.

ANNEXE

Analyses statistiques ayant servi à valider les indicateurs relatifs aux dimensions de l'expérience patient

Des analyses statistiques ont été réalisées pour valider les indicateurs relatifs aux dimensions de l'expérience patient pour deux raisons. La première concerne l'harmonisation des items composant chacun des indicateurs. Les items appartenant au même indicateur avaient tous le même nombre de catégories de réponse, soit 5, et la même formulation des choix de réponse dans le questionnaire d'enquête (ce qui n'était pas nécessairement le cas dans l'outil original). La seconde concerne le fait que les questions relatives à certains items ne s'adressaient pas à l'ensemble des répondants. Ainsi, le score attribué à l'utilisateur n'était pas toujours calculé à partir du même nombre d'items, mais parfois selon les individus. L'ISQ a donc procédé à des analyses statistiques afin de vérifier la validité des indicateurs calculés dans la présente enquête.

- ▶ Concernant les indicateurs « Communication générale » (5 items) et « Connaissance accumulée » (4 items), un score moyen a été calculé selon la méthodologie employée dans l'outil original²⁶. Ainsi, en ce qui concerne l'indicateur « Communication générale », environ 0,4 % d'utilisateurs n'ont pas de valeur attribuée à l'indicateur, alors que cette proportion est estimée à 1,1 % concernant l'indicateur « Connaissance accumulée ».
- Dans ces deux situations, la proportion de valeurs manquantes est très faible, ce qui correspond à un très faible risque de biais parce que, en très grande majorité, la valeur individuelle de score des usagers est calculée à partir de tous les items.

D'autres mesures ont été prises pour vérifier la validité de l'indicateur.

- Concernant les deux indicateurs mentionnés ci-dessus, la cohérence interne mesurée par la statistique de l'alpha de Cronbach est très forte²⁷ (près de 0,9 dans les deux cas).
- La matrice de corrélation polychorique²⁸ indique également de très fortes corrélations entre les items de chaque indicateur respectivement (environ 0,8).
- C'est aussi le constat établi en ce qui concerne la corrélation entre chacun des items et l'indicateur.
- Enfin, des analyses factorielles effectuées à partir des matrices polychoriques concernant chacun des indicateurs indiquent que les items contribuent presque également à la dimension sous-jacente qu'ils servent à mesurer²⁹.

Ainsi, il est possible de conclure à une forte cohérence entre les items qui composent l'indicateur et que ceux-ci représentent bien la dimension qu'ils mesurent. Et ce, pour les 2 indicateurs concernés.

- ▶ Concernant les items relatifs à l'accessibilité organisationnelle (6 items) et à la coordination de soins (6 items), la démarche utilisée est similaire. Par contre, des analyses supplémentaires ont été réalisées pour évaluer la meilleure manière de tenir compte des valeurs manquantes à l'item qui s'expliquent par des questions-filtres ou des réponses qui ne s'appliquent pas à certains items³⁰.

26. D. G. SAFRAN ET AUTRES (1998), "The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance" *Med Care*, vol. 36, n° 5, p. 728-39.

27. La statistique d'alpha de Cronbach prend des valeurs de 0 à 1. En général, une valeur d'au moins 0,7 est considérée comme acceptable (J. C. Nunnally (1978), *Psychometric theory* (2^e éd.), New York, McGraw-Hill).

28. Les corrélations prennent des valeurs de -1 à 1. Lorsque la corrélation prend la valeur 1, c'est que l'association entre les deux variables impliquées est très forte et qu'elle est positive. Les corrélations polychoriques tiennent compte de la nature ordinale des items.

29. Les analyses de cohérence et factorielles sont réalisées à partir du sous-ensemble d'utilisateurs n'ayant aucune valeur manquante à tous les items de l'indicateur.

30. Les réponses qui ne s'appliquent pas résultent en fait des choix de réponses à une question permettant à l'utilisateur d'indiquer que la question porte sur une situation qui ne s'applique pas à la sienne. Par exemple, le choix de réponses à la question portant sur la possibilité de parler au téléphone à un professionnel de la santé du GMF si un conseil médical est requis comprend : « Vous n'avez pas essayé de le faire au cours des 12 derniers mois », pour que le répondant puisse indiquer, le cas échéant, qu'il n'a pas essayé de parler au téléphone à un professionnel de la santé de son GMF ; il n'a pas alors à compléter l'évaluation demandée à cette question.

- Concernant l'indicateur d'accessibilité organisationnelle, les questions portant sur la possibilité de parler au téléphone à un professionnel de santé du GMF si un conseil médical est requis (Q11) et portant sur l'évaluation du délai habituel pour obtenir un rendez-vous avec son médecin (Q13) étaient les plus affectées par l'une ou l'autre de ces situations. Ainsi, une valeur individuelle de score à cet indicateur a été attribuée à 10 073 usagers, puisque l'outil de mesure permettait que des valeurs relatives à certains items soient manquantes. Dans le cas contraire, une valeur individuelle de score calculé à partir des 6 items aurait été attribuée à seulement 5 492 usagers. Comme la valeur individuelle de l'indicateur était calculée à partir d'un nombre variable d'items, l'ISQ a vérifié si cela avait une incidence sur les estimations de scores moyens par CISSS ou CIUSSS.
 - ♦ L'analyse permet de conclure que le nombre variable d'items utilisés pour le calcul de cet indicateur n'a pas d'incidence sur les estimations de scores moyens par CISSS ou CIUSSS. Par contre, cette vérification n'a pas été faite sur toutes les variables qui ont été analysées selon cet indicateur. Il y a un risque de biais si les proportions de réponses manquantes à Q11 et Q13 présentaient de grandes variations selon une variable de croisement autre que le CISSS ou CIUSSS.

Par la suite, d'autres mesures ont été prises pour vérifier la validité de l'indicateur.

- ♦ La cohérence interne mesurée par la statistique de l'alpha de Cronbach est forte (près de 0,8).
- ♦ La matrice de corrélation polychorique indique que l'item portant sur l'évaluation de l'endroit où est situé le GMF par rapport à la résidence de l'utilisateur est celui qui montre la plus faible corrélation avec les autres items et l'indicateur.
- ♦ Les corrélations des autres items entre eux sont d'au moins 0,5.

Ainsi, il est possible de conclure que l'ensemble des items qui composent l'indicateur est cohérent et représente bien la dimension que ces items servent à mesurer.

Concernant l'indicateur de coordination des soins (6 items), 2 options ont été évaluées afin de le créer et le score moyen a été retenu comme indicateur

de cette dimension, entre autres pour des raisons d'uniformité de l'interprétation avec les 3 autres indicateurs.

Une question-filtre était posée pour que seuls les 6 592 usagers ayant consulté d'autres professionnels que la personne qui s'occupe de la plupart des leurs soins, au GMF ou ailleurs, au cours des 12 mois précédents et qui ont joué un rôle important dans les soins de santé, répondent aux items qui composent l'indicateur. En outre, 2 de ces items présentaient une grande proportion de valeurs manquantes (causées par une question-filtre ou une réponse indiquant que la question ne s'applique pas). Ainsi, une valeur individuelle de score a été attribuée à 6 105 usagers. Les mêmes analyses par CISSS ou CIUSSS que elles effectuées sur l'indicateur d'accessibilité organisationnelle ont donc été effectuées sur le sous-ensemble des usagers ayant répondu à toutes les questions couvrant les items qui composent l'indicateur, soit 3 233 usagers.

- ♦ L'analyse permet de conclure que le nombre variable d'items utilisés pour le calcul de cet indicateur n'a pas d'incidence sur les estimations de scores moyens par CISSS ou CIUSSS.

Par la suite, d'autres mesures ont été prises pour vérifier la validité de l'indicateur.

- ♦ La cohérence interne mesurée par la statistique de l'alpha de Cronbach est forte (près de 0,75).
- ♦ La matrice de corrélation polychorique indique que l'item portant sur la fréquence à laquelle différents professionnels du GMF ont donné des renseignements contradictoires concernant la santé de l'utilisateur (Q47) est celui dont la corrélation avec les autres items et avec l'indicateur est la moins forte.
- ♦ Cet item est également celui qui contribue le moins à représenter la dimension sous-jacente qu'il sert à mesurer.

Ainsi, il est possible de conclure que l'ensemble des items qui composent l'indicateur est cohérent et représente bien la dimension que ces items servent à mesurer.

En conclusion, l'ISQ conclut que les indicateurs créés représentent bien les dimensions qu'ils servent à mesurer et qu'ils sont valides selon les analyses effectuées.

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