

Ce numéro comporte deux articles traitant du soutien social. Le premier examine le niveau de soutien social dans la population québécoise de 12 ans et plus à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Le second article, complémentaire, discute des défis méthodologiques que pose l'étude du soutien social à partir de cette enquête et des limites de l'interprétation qui en découlent, en particulier pour les personnes âgées (voir en page 11).

Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise

Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Jocelyne Camirand et Valeriu Dumitru¹
Institut de la statistique du Québec

Le milieu social et économique dans lequel les individus évoluent influence grandement leur santé; le soutien social est en effet reconnu comme étant un déterminant important de la santé². C'est dans les décennies 1970 et 1980 que l'étude du lien entre les relations sociales et la santé a connu son essor, alors que Berkman et Syme (1985), par exemple, ont démontré que les taux de mortalité et de morbidité étaient de deux à cinq fois supérieurs chez les personnes isolées socialement³. Depuis, de nombreuses études ont mis en évidence les liens importants entre le soutien social et la mortalité, la santé physique ou la santé mentale^{4, 5}.

Mais qu'est-ce que le soutien social? Bien que ce terme soit souvent utilisé de façon générique, le *soutien social* dans son sens strict désigne la dispensation (ou l'échange) de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels⁶. Le soutien social proprement dit se distingue ainsi du concept de *réseau social* qui lui fait référence à l'ensemble des liens sociaux qu'entretient un individu (par ex. les liens matrimoniaux). Le réseau peut être défini, entre autres, structurellement, c'est-à-dire en fonction de sa taille (par ex. le nombre de parents ou d'amis). Quant à la notion d'*intégration sociale*, elle renvoie au degré de participation d'un individu aux diverses relations sociales.

1. Les auteurs tiennent à remercier Monique Bordeleau, Robert Courtemanche, Claire Fournier, Virginie Nanhou, Ghyslaine Neill et Daniel Tremblay pour leurs commentaires sur la version préliminaire du texte.
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004) (sous la dir. de R. Wilkinson, et de M. Marmot), *Les déterminants sociaux de la santé: les faits*, Copenhague, 40 p.
3. J. CARON, et S. GUAY (2005), « Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens », *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n° 2, p. 15-41.
4. S. COHEN, B. H. GOTTLIEB et L. G. UNDERWOOD (2000), "Social relationships and Health", dans S. COHEN, L. G. UNDERWOOD et B. H. GOTTLIEB (Ed.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, New York, Oxford University Press, p. 3-25.
5. J. CARON, et S. GUAY, *op. cit.*
6. Que le soutien soit effectivement donné ou qu'il soit disponible en cas de besoin.

Elle peut être mesurée, par exemple, par la perception qu'ont les individus de leur intégration dans leur communauté^{7, 8}.

Différentes théories ont été avancées pour expliquer comment les relations sociales, et le soutien social en particulier, interviennent pour favoriser la santé physique et mentale^{9, 10}. Deux modèles théoriques dominent dans ce débat. Dans le premier, le soutien social aurait un effet direct et positif sur la santé. Dans le second modèle (*stress buffering model*), le soutien social agirait comme un tampon en atténuant les effets du stress sur la santé. De façon plus générale, on considère que le soutien social influence la santé par le biais des émotions, des cognitions et des comportements : par exemple, lorsque des conseils fournis permettent aux personnes de mieux faire face à une situation ou favorisent l'adoption de comportements sains.

Le soutien social est un concept multidimensionnel et il exerce diverses fonctions, tels le soutien émotif, la valorisation, la dispensation d'informations ou d'une aide matérielle¹¹. La plupart des études en arrivent à la conclusion que les mesures de la disponibilité du soutien social sont celles qui prédisent le mieux les effets bénéfiques sur la santé (par opposition à celles portant sur le soutien reçu)¹².

Au Québec¹³, comme au Canada¹⁴, plusieurs enquêtes populationnelles se sont penchées sur le soutien social et sa relation avec la santé. Dans l'ESCC, quatre échelles, dont le soutien émotionnel et informationnel, mesurent divers aspects du soutien social. Cette enquête (2002) a montré qu'au Québec, ces quatre échelles sont associées à la santé perçue et à la présence d'un diagnostic de trouble mental ainsi qu'au revenu et au fait de vivre seul¹⁵. Plusieurs indicateurs du milieu social, dont un faible niveau à l'indice de soutien social émotionnel et informationnel, sont aussi associés à la présence d'idées suicidaires chez les Québécois, selon l'ESCC de 2005¹⁶. Soulignons que le niveau de soutien social selon cet indice est légèrement inférieur au Québec comparativement aux deux autres provinces canadiennes où il a été mesuré en 2005 (Alberta, Colombie-Britannique)¹⁷.

Le niveau de soutien social émotionnel et informationnel, tel que mesuré dans l'ESCC, est un indicateur d'intérêt au Québec pour plusieurs raisons. D'abord, en tant que déterminant de la santé, il fait l'objet d'une surveillance dans le réseau public de santé, notamment à l'échelle régionale¹⁸. Cet indicateur a aussi été retenu afin de mesurer la dimension du capital social dans le contexte de la surveillance des progrès de la société québécoise en matière de développement durable^{19, 20}.

En raison de l'intérêt qu'il suscite, l'indice de soutien social émotionnel et informationnel de l'ESCC (voir les encadrés en pages 4 et 15) fera l'objet du présent article. Celui-ci s'est donné comme objectif d'approfondir les connaissances sur le sujet. Il présente d'abord l'évolution du niveau de soutien social au Québec au cours de la période 2000-2009. Ensuite, à partir des données de 2007-2008, il vise à mettre en évidence les groupes les plus susceptibles de montrer un niveau peu élevé de soutien social en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. On examine aussi les relations entre le soutien social et certains indicateurs de la structure du réseau social, comme le fait de vivre seul, ou d'autres dimensions sociales, notamment le sentiment d'appartenance à la communauté et trois autres échelles de soutien social disponibles dans l'enquête. Enfin, les liens entre le soutien social et certains indicateurs de la santé physique, mentale et fonctionnelle sont étudiés. Les données ont d'abord fait l'objet d'analyses bivariées, puis des régressions logistiques ont été effectuées, et cela afin de contrôler l'effet de l'âge²¹. Les principaux indicateurs sont présentés dans le texte sous forme d'encadrés.

7. J. CARON, et S. GUAY, *op. cit.*

8. S. COHEN, B. H. GOTTLIEB et L. G. UNDERWOOD, *op. cit.*

9. L. F. BERKMAN, T. GLASS, I. BRISETTE et T. E. SEEMAN (2000), "From social integration to health: Durkheim in the new millennium", *Social Science and Medicine*, vol. 51, p. 843-857.

10. S. COHEN, B. H. GOTTLIEB et L. G. UNDERWOOD, *op. cit.*

11. L. F. BERKMAN, T. GLASS, I. BRISETTE et T. E. SEEMAN, *op. cit.*

12. J. CARON, et S. GUAY, *op. cit.*

13. M. JULIEN, D. JULIEN et P. LAFONTAINE (2000), « Environnement de soutien », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 25, p. 499-522.

14. M. SHIELDS (2004), « Stress, santé et bienfaits du soutien social », *Rapports sur la santé*, vol. 15, n° 1, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue, p. 9-41.

15. M. BORDELEAU, V. DUMITRU et N. PLANTE (2010), *Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Portrait chiffré*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 44 p.

16. V. NANHOU, C. FOURNIER et N. AUDET (2010), « Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mentale et le milieu social », *Zoom santé, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, n° 20, janvier, p. 1-8.

17. F. BERNÈCHE, et V. DUMITRU (2009), « Santé : perceptions et comportements », dans *Données sociales du Québec, édition 2009*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 45-77.

18. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006), *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Québec, Gouvernement du Québec, 659 p.

19. MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS (2010), *Indicateurs québécois de développement durable. Document synthèse, Août 2010*, 10 p. [En ligne]. [www.mddep.gouv.qc.ca/developpement/indicateurs/index.htm#niveau1] (Consulté le 29 mars 2011).

20. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Indicateurs de développement durable*, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/dev_durable/indicateur1.htm] (Consulté le 29 mars 2011).

21. Tous les tests statistiques ont été jugés significatifs au seuil de 5%.

Le niveau de soutien social dans la population québécoise

Une personne sur huit présente un niveau peu élevé de soutien social sur le plan émotionnel ou informationnel

Depuis le début des années 2000, l'ESCC montre qu'entre 12 % et 15 % de la population québécoise de 12 ans et plus affiche un niveau peu élevé de soutien social émotionnel et informationnel (figure 1).

Une certaine amélioration du soutien social avec le temps

Au cours de la présente décennie, on constate une amélioration du niveau de soutien social disponible au sein de la population de 12 à 64 ans, la proportion de personnes ayant un niveau peu élevé étant plus faible en 2007-2008 et 2009 (11 % et

10 %, respectivement) qu'en 2000-2001 et 2005 (13 % et 14 %)²². Cette amélioration est significative à la fois chez les personnes de 12 à 44 ans (entre 2005 et 2007-2008) et chez celles de 45 à 64 ans (entre 2005 et 2009).

L'étude de l'évolution du soutien social chez les personnes de 65 ans et plus comporte, quant à elle, des réserves. Celles-ci découlent du fait qu'une part non négligeable de personnes de cet âge n'ont pas répondu aux questions sur le soutien social, quelle que soit l'année d'enquête, ce qui introduit un certain biais (voir à ce sujet l'encadré *Des limites à considérer pour l'interprétation* en page 5). Toutefois, il est intéressant de constater que, malgré ces réserves, l'évolution chez les personnes âgées suit la même tendance que celle notée chez les personnes de 12 à 64 ans, c'est-à-dire une amélioration. Les résultats pour l'ensemble de la population de 12 ans et plus suivent aussi cette tendance, alors qu'une diminution significative de la proportion

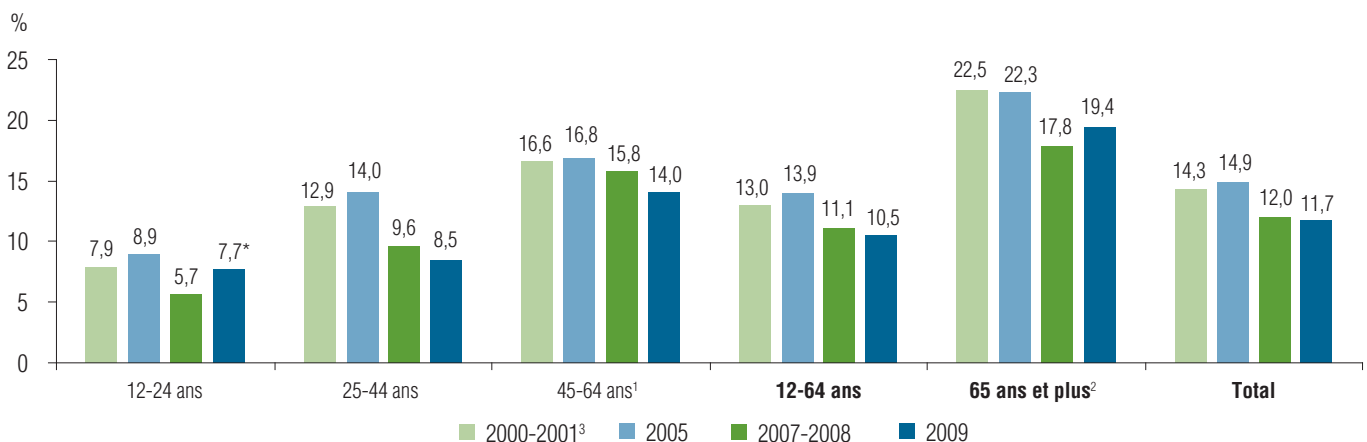
de personnes qui ont un niveau peu élevé de soutien social est observée lorsqu'on compare les données des deux premières enquêtes (14 % et 15 %, respectivement) avec celles des deux dernières (12 %, dans les deux cas).

Le soutien social disponible décline avec l'âge

Comme le montre chacune des enquêtes (figure 1), la proportion de personnes qui ont un niveau peu élevé de soutien social s'accroît avec l'âge. En 2005 par exemple, cette proportion passe de 9 % chez les 12-24 ans à 22 % chez les personnes de 65 ans et plus. Précisons que bien que des réserves doivent être observées quant à l'exactitude des proportions notées chez les personnes de 65 ans et plus lors des enquêtes de 2005, 2007-2008 et 2009, il reste qu'une forte relation est constatée entre le soutien social et l'âge.

Figure 1

Proportion de personnes ayant un niveau peu élevé de soutien social émotionnel et informationnel selon l'âge, population de 12 ans et plus, Québec, de 2000-2001 à 2009



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

1. Une proportion non négligeable (environ 10 %) des personnes de 45-64 ans n'ont pas répondu aux questions sur le soutien social aux différents cycles de l'enquête.
2. Une proportion importante des personnes de 65 ans et plus n'ont pas répondu aux questions sur le soutien social aux différents cycles de l'enquête (28 % en 2005). Cela affecte les résultats pour ce groupe d'âge (voir l'encadré *Des limites à considérer pour l'interprétation* en page 5).
3. L'enquête de 2000-2001 diffère des autres enquêtes sur certains aspects méthodologiques. Toute comparaison impliquant cette enquête doit donc être faite avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, 2005, 2007-2008 et 2009*, fichiers de partage du Québec.

22. L'enquête de 2000-2001 diffère des autres enquêtes sur certains aspects méthodologiques : elle a été principalement réalisée en face-à-face (les autres enquêtes ont été faites surtout par téléphone) et une imputation a été effectuée pour une partie des réponses concernant l'indice de soutien social. Toute comparaison impliquant cette enquête doit donc être faite avec prudence. Pour mieux mesurer l'évolution entre 2000-2001 et 2005, nous avons comparé les résultats de la première enquête avec ceux d'un sous-échantillon de l'enquête de 2005 (échantillon de la base aéroilaire) dans lequel la plupart des entrevues ont été réalisées en face-à-face. Cela a permis de confirmer que les différences entre 2000-2001 et 2005 (dans l'ensemble ou dans chaque groupe d'âge) n'étaient pas significatives.

L'indice de soutien social émotionnel ou informationnel

L'indice de soutien social étudié est construit à partir de huit questions qui mesurent la disponibilité du soutien émotionnel ou informationnel. Ces questions sont :

« Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? :

- une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler
- une personne qui vous conseille en situation de crise
- une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez
- une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes
- une personne dont vous recherchez vraiment les conseils
- une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes
- une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel
- une personne qui comprend vos problèmes »

Les cinq choix de réponse (jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps) permettent de connaître la fréquence à laquelle ces types de soutien sont accessibles.

Cette échelle a été développée par Sherbourne et Stewart dans le cadre de la *Medical Outcomes Study Social Support Survey*²³. Les valeurs obtenues à l'échelle (de 0 à 32) sont regroupées selon trois niveaux par Statistique Canada : faible (0-10), modéré (11-20), élevé (21-32). Une personne qui répond jamais, rarement ou parfois à la majorité des questions n'obtient pas un niveau élevé à cette échelle²⁴. Dans la présente étude, on s'attarde particulièrement aux personnes ayant un niveau peu élevé de soutien (faible²⁵ ou modéré), par opposition à celles qui présentent un niveau élevé.

Bien que l'échelle mesure deux aspects (soutien émotionnel et informationnel), les analyses empiriques ont conduit Sherbourne et Stewart à considérer ceux-ci comme une seule dimension. Trois autres échelles de soutien social ont été développées par ces auteurs (voir l'encadré *Autres dimensions du soutien social* en page 7). Les quatre échelles se distinguent des mesures de la structure du réseau social. Leur fiabilité et leur stabilité dans le temps sont documentées^{26, 27}.

Les femmes sont légèrement favorisées quant à la disponibilité du soutien social émotionnel et informationnel

Comparativement aux hommes, les femmes sont un peu plus susceptibles de pouvoir compter sur des personnes leur procurant un soutien émotionnel ou informationnel. De fait, en 2007-2008, 13% des hommes et 11% des femmes présentaient un niveau peu élevé à l'indice de soutien social de l'ESCC (données non présentées). De tels écarts entre les genres sont aussi observables dans deux des trois autres enquêtes à l'étude (2005 et 2009).

Les personnes favorisées sur le plan socioéconomique sont nettement avantagées en ce qui concerne le soutien social

Niveau de revenu

La relation est forte entre le niveau de revenu du ménage et le niveau de soutien social disponible, et la proportion de personnes qui ont un niveau peu élevé de soutien décroît à mesure que le revenu augmente (figure 2). Ainsi, en 2007-2008, alors que 21% des personnes ayant les revenus les moins élevés (quintile inférieur) disposaient d'un niveau peu élevé de soutien social,

c'est le cas de seulement 7% dans le quintile supérieur de revenu (pour une description des principales variables, voir l'encadré *Définition des variables* en pages 9 et 10).

Niveau de scolarité

Un autre indicateur socioéconomique, le plus haut niveau de scolarité atteint, confirme cette relation. Ainsi, les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (DES) se distinguent de celles qui sont plus scolarisées. Ce sont 15% des personnes sans DES qui ont un niveau peu élevé de soutien social, tandis que cette proportion

23. C. D. SHERBOURNE, et A. L. STEWART (1991), "The MOS Social Support Survey", *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 6, p. 705-714.

24. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*

25. La proportion de personnes présentant un niveau faible est minime (2,6% en 2007-2008) sauf chez les personnes de 65 ans et plus (6%).

26. C. D. SHERBOURNE, et A. L. STEWART, *op. cit.*

27. A. ROBITAILLE, H. ORPANA et C. N. MCINTOSH (2011), « Propriétés psychométriques, structure factorielle et invariance de la mesure des versions française et anglaise de l'échelle de soutien social de l'Étude des issues médicales », *Rapports sur la santé*, vol. 22, n° 2, juin, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

oscille entre 11 % et 12 % chez les personnes plus scolarisées en 2007-2008 (données non présentées).

Comme nous le verrons plus loin (tableau 1), ces relations entre le soutien social et le sexe, le revenu ou le niveau de scolarité sont significatives même lorsque l'âge est pris en compte.

Le soutien social émotionnel et informationnel est fortement associé à certaines caractéristiques du réseau social ainsi qu'à d'autres dimensions du soutien social

Il est intéressant d'examiner quelles sont les relations entre le niveau de soutien social disponible sur le plan émotif et informationnel et d'autres indicateurs permettant de décrire la structure du milieu social dans lequel évoluent les personnes, par exemple le fait de vivre seul, l'état matrimonial ou le fait de vivre en milieu rural ou urbain. Sont aussi examinées les relations avec d'autres dimensions du soutien social.

Vivre seul

Les personnes qui vivent seules ont plus souvent un niveau peu élevé de soutien social. Ainsi, le quart (24 %) des personnes qui vivaient seules en 2007-2008 présentaient un tel niveau de soutien social comparativement à 10 % chez celles qui vivaient avec d'autres personnes (figure 3).

État matrimonial

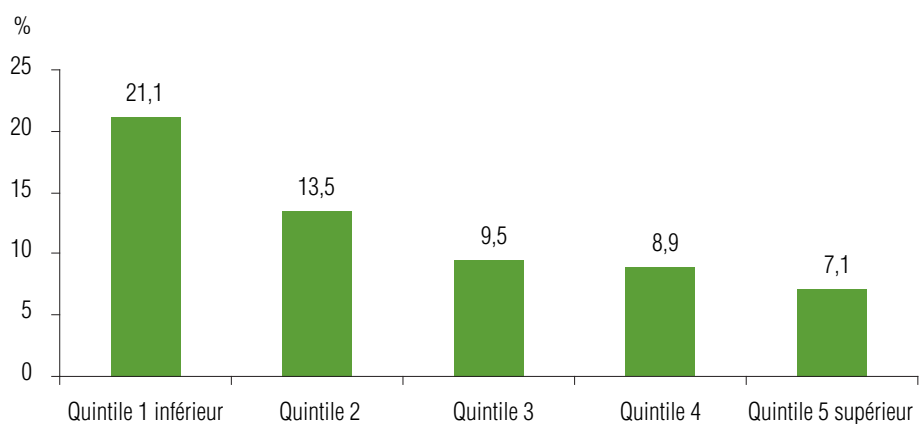
Le soutien social disponible varie aussi selon l'état matrimonial²⁸. Les personnes veuves, séparées ou divorcées sont clairement désavantagées sur le plan du soutien social émotif et informationnel (données non présentées). En 2007-2008, 24 % d'entre elles ont un niveau peu élevé de soutien, comparativement à des proportions de 8 % à 11 % dans les autres groupes (personnes mariées ou en union de fait, célibataires). Toutefois, l'âge joue un rôle dans cette relation, comme on le verra plus loin (tableau 1).

Des limites à considérer pour l'interprétation

L'article complémentaire publié dans ce numéro montre qu'une part importante des personnes de 65 ans et plus, soit près de 3 sur 10, n'ont pas répondu aux questions sur le soutien social lors des enquêtes de 2005, 2007-2008 et 2009. Cette non-réponse entraîne un biais dans le niveau de soutien social observé chez les personnes de ce groupe d'âge. Bien qu'il soit impossible de mesurer avec précision l'effet de ce biais, l'analyse des données de 2005 suggère que l'effet net pourrait être assez faible, la proportion des personnes de 65 ans et plus montrant un niveau peu élevé de soutien passant de 22 % à 21 %, selon les estimations. Des réserves sont tout de même de mise dans l'interprétation des résultats portant sur la population de 65 ans et plus, autant pour les comparaisons dans le temps que pour l'estimation concernant l'ensemble de la population.

Figure 2

Proportion de personnes ayant un niveau peu élevé de soutien social émotif et informationnel selon le niveau de revenu du ménage¹, population de 12 ans et plus, Québec, 2007-2008



1. L'information concernant le niveau de revenu du ménage est manquante pour une proportion élevée de personnes (14 %).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, fichier de partage du Québec.

Milieu de vie et appartenance à la communauté

On constate, par ailleurs, que le niveau de soutien social émotif et informationnel disponible ne varie pas de façon significative selon que les personnes habitent en milieu rural ou urbain, ou encore selon la taille de la municipalité (enquêtes de 2005 et de 2007-2008) (données non présentées).

Pour sa part, le sentiment d'appartenance à la communauté (un indicateur de l'intégration sociale) est lié au niveau de soutien social (figure 3). Les personnes qui ont un très faible sentiment d'appartenance sont plus susceptibles de présenter un niveau peu élevé de soutien social émotif et informationnel que celles qui ont un très fort sentiment d'appartenance à leur communauté.

28. Il s'agit de l'état matrimonial de fait.

Nombre de parents ou d'amis proches

Le nombre de parents ou d'amis proches (avec qui on est à l'aise et à qui on peut se confier) est un indicateur qui permet de caractériser un aspect structurel du réseau social, soit la taille du réseau. Quoiqu'il ne fasse pas partie de l'indice étudié, cet indicateur y est fortement associé, comme on peut le constater. En 2007-2008, 36 % des personnes ayant très peu de proches (aucune ou seulement une personne proche) avaient un niveau peu élevé de soutien social; c'est aussi le cas de 21 % des personnes qui n'ont que deux ou trois personnes proches (figure 3). En fait, la relation entre les deux indicateurs est graduelle: plus la taille du réseau est grande plus les personnes sont susceptibles de bénéficier d'un niveau élevé de soutien.

Trois autres dimensions du soutien social

Dans l'ESCC, trois échelles mesurent d'autres dimensions du soutien social. Il s'agit du soutien affectif, de l'interaction sociale positive et du soutien concret (voir l'encadré *Autres dimensions du soutien social*). Ces échelles, rappelons-le, ont été développées par Sherbourne et Stewart. Toutes ces échelles portent sur la disponibilité du soutien en cas de besoin. Selon les auteurs, les quatre échelles mesurent des dimensions distinctes du soutien social mais elles sont assez corrélées entre elles (corrélation entre .69 et .82)²⁹.

Les données de 2007-2008 confirment la forte relation entre l'échelle de soutien émotionnel et informationnel et les trois autres. Ainsi, la grande majorité (64 %) des personnes qui ne disposent pas d'un

soutien affectif élevé se situent au niveau peu élevé de l'échelle de disponibilité du soutien social émotionnel et informationnel. Le même constat est fait pour l'échelle d'interaction positive (68 %) et l'échelle de soutien concret (52 %)³⁰ (données non présentées).

Les relations entre le soutien social et la santé

Les personnes ayant une santé plus précaire sont aussi celles qui ont un niveau peu élevé de soutien

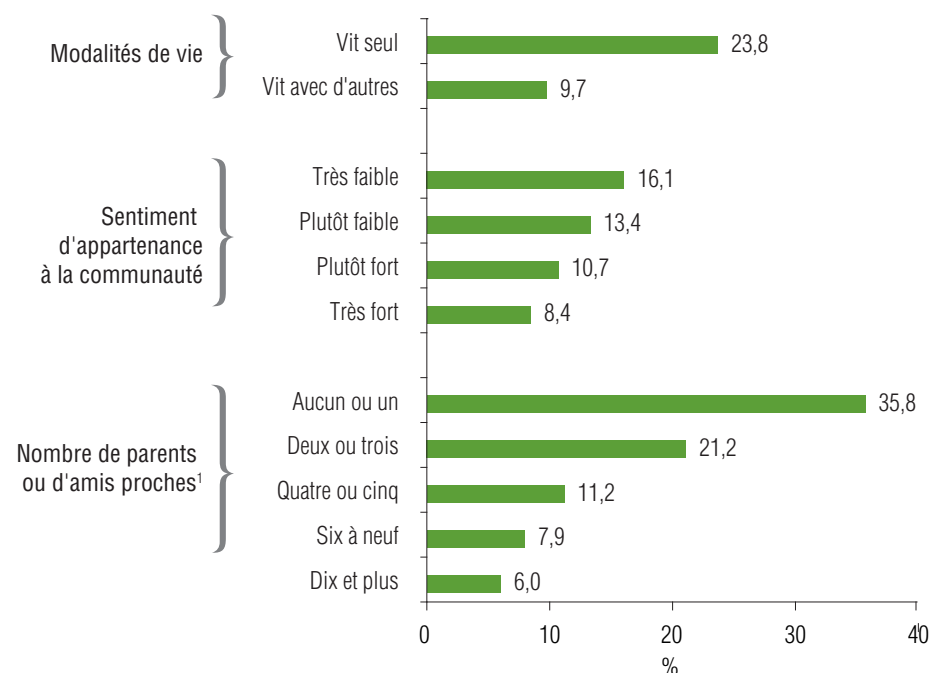
Dans la littérature, on s'intéresse habituellement au rôle que joue le soutien social comme déterminant de la santé. La perspective ici est différente. L'accent étant mis sur le soutien social comme variable d'intérêt, on cherche à déterminer quel est le niveau de soutien social dans la population québécoise selon que les personnes sont ou non en bonne santé. Différentes dimensions de la santé sont étudiées: la santé globale (mesurée par la perception de l'état de santé), la santé mentale (autoévaluation de sa santé mentale et niveau de stress ressenti) et la santé fonctionnelle (mesurée par la présence de limitations d'activités et le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne). Rappelons que la nature transversale de l'enquête ne permet pas d'établir le sens des liens de causalité.

Santé perçue

La relation est forte entre la santé perçue et le niveau de soutien social: la proportion des personnes qui disposent de peu de soutien augmente à mesure que l'état de santé se détériore (figure 4). En 2007-2008, le quart (25 %) des personnes considérant leur santé comme passable ou mauvaise présentent un niveau peu élevé de soutien social. Comme nous le verrons plus loin, cette relation entre la santé perçue et le

Figure 3

Proportion de personnes ayant un niveau peu élevé de soutien social émotionnel et informationnel selon le fait de vivre seul, le sentiment d'appartenance à la communauté et le nombre de parents ou d'amis proches, population de 12 ans et plus, Québec, 2007-2008



1. L'information concernant le nombre de parents ou d'amis proches est manquante pour 6 % des personnes.

Source: Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, fichier de partage du Québec.

29. C. D. SHERBOURNE, et A. L. STEWART, *op. cit.*

30. Ces trois échelles font partie de la même série de questions que l'échelle étudiée ici. Il est possible qu'une partie de ces corrélations tiennent à un effet de méthode. Le taux de non-réponse partielle de chacune de ces échelles est de 9 %.

soutien social se maintient indépendamment de l'âge; c'est aussi le cas des autres indicateurs de santé étudiés (tableau 1)³¹.

Santé mentale et stress perçus

De la même manière, la relation est très forte entre la perception qu'ont les personnes de leur santé mentale et le niveau de soutien social disponible (figure 4). En 2007-2008, 29 % des personnes croyant que leur santé mentale est passable ou mauvaise ont un niveau peu élevé de soutien social (c. 7 % chez les personnes considérant leur santé mentale comme excellente). Pour ce qui est des personnes qui estiment vivre un stress extrêmement élevé, elles sont beaucoup plus susceptibles (21 %) de disposer de peu de soutien social que les personnes qui pensent subir un stress moins important.

Limitations d'activités et besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne

La relation entre le niveau de soutien social et la santé fonctionnelle est graduelle (figure 4). En 2007-2008, 23 % des personnes qui sont souvent limitées dans leurs activités ont un niveau peu élevé de soutien social comparativement à 10 % chez les personnes non limitées. Quant aux personnes qui ont besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne, elles sont plus susceptibles d'avoir un niveau peu élevé de soutien social que celles qui n'ont pas besoin d'aide (21 % c. 11 %) (données non présentées).

Des relations qui se maintiennent indépendamment de l'âge

Plusieurs des facteurs associés au soutien social varient avec l'âge; on n'a qu'à penser à l'état matrimonial ou à l'état de santé. Pour mieux apprécier leur effet sur le niveau de soutien social indépendamment de l'âge, nous avons calculé les rapports de cotes de chacun de ces facteurs en contrôlant pour l'âge au moyen de la régression logistique (tableau 1). (Pour plus de détails sur l'interprétation des rapports de cotes, voir la note sous le tableau 1.)

Autres dimensions du soutien social

Soutien social affectif: Échelle de trois questions évaluant dans quelle mesure la personne dispose, en cas de besoin, d'une personne qui lui témoigne de l'amour et de l'affection, qui peut la serrer dans ses bras, qui l'aime et lui donne le sentiment d'être désirée.

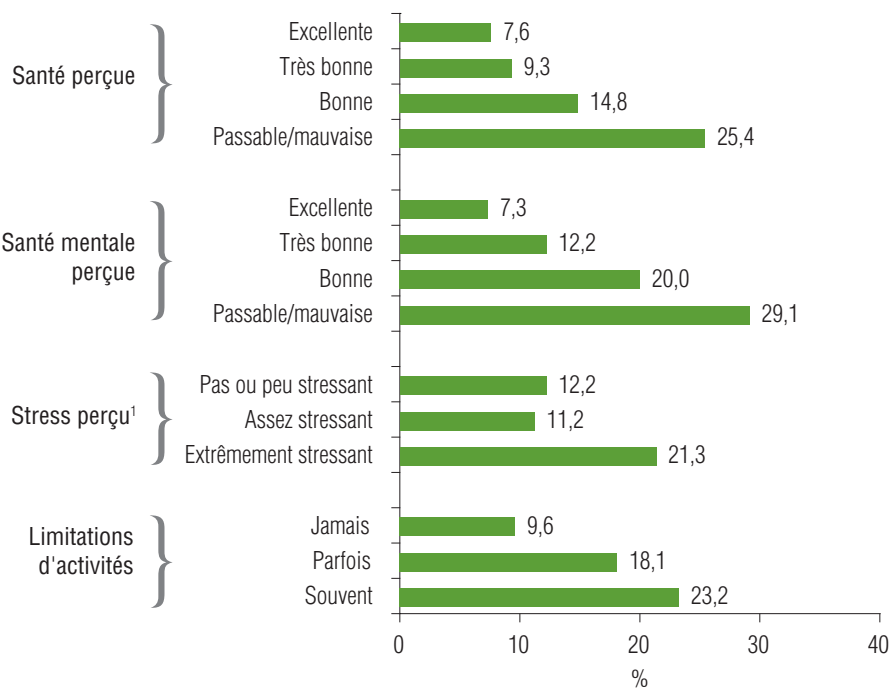
Interaction sociale positive: Échelle de quatre questions évaluant dans quelle mesure la personne dispose, en cas de besoin, de quelqu'un pour partager du bon temps, se détendre, faire des activités distrayantes et des choses agréables.

Soutien concret: Échelle de quatre questions évaluant dans quelle mesure la personne dispose d'une personne qui pourrait lui venir en aide si elle devait garder le lit, pour l'accompagner chez le médecin en cas de besoin, pour préparer ses repas si elle était incapable de le faire, pour l'aider à faire ses tâches ménagères si elle était malade.

Les seuils définissant les niveaux de ces trois échelles sont conformes à ceux retenus dans une étude précédente³².

Figure 4

Proportion de personnes ayant un niveau peu élevé de soutien social émotionnel et informationnel selon divers indicateurs de santé, population de 12 ans et plus, Québec, 2007-2008



1. Personnes de 15 ans et plus seulement. L'information portant sur le niveau de stress perçu est manquante pour 10 % des personnes.

Source: Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, fichier de partage du Québec.

31. Mentionnons que toutes les relations étudiées ici avec les données de l'ESCC de 2007-2008 s'observent également lorsque le sous-échantillon de 2005 (base aréolaire) est analysé, bien que les proportions puissent être différentes. Cela suggère que les associations observées dans la population de 12 ans et plus sont robustes et sont peu affectées par la non-réponse partielle élevée chez les personnes de 65 ans et plus (voir l'article complémentaire à ce sujet).

32. M. BORDELEAU, V. DUMITRU et N. PLANTE, *op. cit.*

Le tableau 1 présente les résultats pour certains facteurs. Les rapports de cotes (RC) sont particulièrement élevés pour les personnes ayant une perception négative (passable/mauvaise) de leur santé mentale (RC = 5,08) ou de leur santé en général (RC = 3,38) et pour celles qui vivent dans les ménages ayant les plus faibles revenus (RC = 3,78). Les personnes qui sont souvent limitées dans leurs activités quotidiennes sont aussi nettement plus susceptibles d'avoir un niveau peu élevé de soutien (RC = 2,36), quel que soit leur âge. Fait intéressant, on note qu'à âges équivalents, les célibataires sont nettement plus susceptibles d'avoir un niveau peu élevé de soutien que les personnes mariées ou en union de fait (les différences ne sont pas significatives entre ces deux derniers groupes, comme le montrent les RC). Ils rejoignent en cela les personnes veuves, séparées ou divorcées. Soulignons aussi les rapports de cotes pour certains facteurs non présentés dans le tableau : notamment les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (RC = 1,62), celles qui ont besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne (RC = 1,76) et celles qui ont un très faible sentiment d'appartenance à leur communauté (RC = 2,26). Mentionnons finalement que les personnes ayant un faible nombre de parents ou d'amis proches (aucun ou un seulement) pour se confier sont plus sujettes à présenter un niveau peu élevé de soutien sur le plan émotionnel ou informationnel (RC = 7,33), quel que soit leur âge, une relation qui témoigne de la proximité des concepts étudiés (données non présentées)³³.

Tableau 1

Rapports de cotes ajustés pour l'âge pour certaines caractéristiques associées à un niveau peu élevé de soutien social émotionnel et informationnel, population de 12 ans et plus, Québec, 2007-2008

	Rapport de cotes	IC à 95%
Revenu du ménage (quintile 5 - supérieur)	(1,00)	...
Quintile 1 - inférieur	3,78	3,00 - 4,77
Quintile 2	2,17	1,69 - 2,78
Quintile 3	1,46	1,14 - 1,86
Quintile 4	1,35	1,03 - 1,77
État matrimonial (marié)	(1,00)	...
Union de fait	0,92	0,72 - 1,18
Veuf/séparé/divorcé	2,46	2,06 - 2,93
Célibataire	2,34	1,94 - 2,83
Modalités de vie (vit avec d'autres)	(1,00)	...
Vit seul	2,49	2,18 - 2,84
Santé perçue (excellente)	(1,00)	...
Très bonne	1,26	1,03 - 1,54
Bonne	1,95	1,60 - 2,38
Passable/mauvaise	3,38	2,68 - 4,27
Santé mentale perçue (excellente)	(1,00)	...
Très bonne	1,80	1,50 - 2,15
Bonne	3,15	2,63 - 3,76
Passable/mauvaise	5,08	3,90 - 6,62
Stress perçu¹ (pas ou peu stressant)	(1,00)	...
Assez stressant	0,98	0,83 - 1,16
Extrêmement stressant	2,14	1,53 - 3,01
Limitations d'activités (jamais)	(1,00)	...
Parfois	1,87	1,58 - 2,21
Souvent	2,36	1,97 - 2,82

Note : Le rapport de cotes (RC) est obtenu à partir de régressions logistiques effectuées séparément pour chaque variable avec un ajustement pour l'âge. Le rapport de cotes exprime l'effet de chaque variable sur la probabilité d'avoir un niveau peu élevé de soutien social comparativement à la catégorie de référence (indiquée ici entre parenthèses). Un RC supérieur à 1,00 indique une probabilité accrue d'avoir un niveau peu élevé de soutien.

1. Personnes de 15 ans et plus seulement. L'information portant sur le niveau de stress perçu est manquante pour 10 % des personnes.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, fichier de partage du Québec.

33. Toutes les relations examinées dans cet article sont significatives lorsque l'âge est contrôlé. Elles demeurent aussi significatives lorsqu'un contrôle est fait pour la base de sondage. Toutefois, il est à noter que la base de sondage joue un rôle significatif dans la relation entre le soutien social et le nombre de proches, ce qui suggère que celle-ci est affectée par le mode de collecte et la non-réponse partielle. Pour les autres variables, les relations sont donc robustes pour la population de 12 ans et plus et semblent peu affectées par la non-réponse partielle élevée, surtout chez les personnes âgées (voir l'article complémentaire à ce sujet).

Les conclusions

Certains groupes sont plus vulnérables

Les données des divers cycles de l'ESCC montrent, dans un premier temps, une légère amélioration du niveau de soutien social disponible sur le plan émotionnel et informationnel entre 2000 et 2009 dans la population québécoise de 12 à 64 ans. Cette tendance semble s'appliquer à l'ensemble de la population, ainsi qu'à celle de 65 ans et plus. S'agit-il d'une simple fluctuation ou une réelle tendance s'observe-t-elle dans la société? Dans le dernier cas, comment

peut-on l'expliquer, compte tenu par exemple de la hausse du nombre de personnes vivant seules³⁴?

Cette étude a également permis de distinguer certains groupes plus susceptibles d'avoir un niveau peu élevé de soutien social : les personnes âgées, celles vivant seules, les personnes veuves, séparées ou divorcées ou même célibataires, celles qui ont peu de parents ou d'amis proches ou qui ont un faible sentiment d'appartenance à leur communauté et surtout celles qui sont défavorisées sur le plan socioéconomique. Cependant, on retiendra surtout que ce sont les personnes les plus vulnérables sur le

plan de la santé, et qui de ce fait auraient le plus besoin de soutien social, qui en ont le moins, quel que soit leur âge. C'est le cas notamment des personnes n'ayant pas une bonne santé, surtout lorsqu'il s'agit de santé mentale, ainsi que des personnes qui sont stressées, qui sont limitées dans leurs activités ou qui ont besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes.

Un suivi du niveau de soutien social dans la population québécoise demeure donc pertinent.

Définition des variables

Niveau de revenu du ménage

Revenu de l'ensemble des membres du ménage, provenant de toutes sources et classé en fonction des seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année 2007. La taille du ménage et celle de la municipalité sont prises en compte. La distribution des revenus en quintiles (5 groupes de taille égale) est faite pour chaque province.

Sentiment d'appartenance à la communauté

« Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est : très fort, plutôt fort, plutôt faible, très faible? ».

Nombre de parents ou d'amis proches

« Combien d'amis ou de parents proches avez-vous environ, c'est-à-dire des personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise et à qui vous pouvez vous confier? ».

Santé perçue

« En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise? » ➤

34. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Personnes de 15 ans et plus vivant seules selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1981-2006*, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/menage_famille/men_fam_ent/menages/tableau_08.htm] (Consulté le 13 avril 2011).

Définition des variables (suite)

Santé mentale perçue

« En général, diriez-vous que votre santé mentale est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise? »

Stress perçu

« En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes, extrêmement stressantes? ». Cette question vise uniquement les personnes de 15 ans et plus.

Limitations d'activités

Difficulté à voir, à entendre, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables ou encore réduction dans le genre ou la quantité d'activités (maison, travail, école, déplacements et loisirs) qu'une personne peut faire à cause d'un état ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée (6 mois ou plus).

Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne

Besoin d'aide d'une personne (pour des raisons de santé) pour l'une ou l'autre des activités suivantes : la préparation des repas, se rendre à des rendez-vous ou faire des courses comme l'épicerie, faire les travaux ménagers quotidiens, s'occuper de ses soins personnels (se laver, s'habiller, prendre ses médicaments), se déplacer dans la maison ou s'occuper de ses finances personnelles (ex. : transactions bancaires, paiement des factures). Les gros travaux ménagers ne sont pas considérés ici.



Défis méthodologiques de l'étude du soutien social dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*: analyse de la non-réponse et recommandations

Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*

Jocelyne Camirand, Valeriu Dumitru et Robert Courtemanche¹
Institut de la statistique du Québec

La mesure du soutien social dans la population présente un grand intérêt, au Québec comme ailleurs, car il s'agit d'un déterminant important de la santé et d'un élément du capital social². Au Québec, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) constitue une source de données de choix à cet égard : notamment parce qu'il s'agit d'une enquête répétée permettant le suivi dans le temps des phénomènes étudiés, parce qu'elle permet d'étudier les relations entre le soutien social et différents aspects de la

santé de la population et qu'elle permet de disposer d'une information représentative de la population du Québec et de ses régions.

Toutefois, comme l'a souligné une étude récente³, l'analyse des données de l'ESCC sur le soutien social soulève des questions d'ordre méthodologique en raison d'un taux élevé de non-réponse partielle, en particulier chez les 65 ans et plus (voir l'encadré *Qu'est-ce que la non-réponse partielle...*). Compte tenu de l'intérêt de

cet indicateur, il semble nécessaire de se pencher sur ces questions pour en arriver à une interprétation adéquate des résultats.

Cet article vise donc à analyser la non-réponse partielle touchant l'indice de soutien social émotionnel et informationnel de l'ESCC (voir l'encadré *Aperçu de l'indice de soutien social* en page 12). Il met aussi en lumière les possibilités et limites des données et formule des recommandations pour les analyses futures, qu'elles soient nationales ou régionales, ainsi que pour les comparaisons dans le temps.

Qu'est-ce que la non-réponse partielle et comment peut-elle affecter les résultats?

On dit qu'il y a non-réponse partielle lorsqu'un participant d'une enquête ne répond pas à une question en particulier. La non-réponse partielle peut entraîner des biais dans les résultats si elle est importante et que les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants. Par exemple, si on mesure l'utilisation des services de santé et qu'une proportion importante de personnes en bonne santé ne répond pas à cette question, on peut penser qu'on surestime l'utilisation. Plus le taux de non-réponse partielle⁴ est élevé, plus le risque de biais est grand.

Dans l'ESCC, on considère que les risques de biais sont faibles lorsque la non-réponse partielle est inférieure à 5 % au niveau provincial, et à 10 % au niveau régional. Dans ces cas, le biais peut être considéré comme négligeable compte tenu de la précision des estimations⁵.

1. Les auteurs tiennent à remercier pour leurs commentaires Nathalie Audet, Monique Bordeleau, Claire Fournier, Ghyslaine Neill et Daniel Tremblay.
2. Voir à ce sujet l'article complémentaire publié dans le présent numéro du *Zoom santé*.
3. F. BERNÈCHE, et V. DUMITRU (2009), « Santé : perceptions et comportements », dans *Données sociales du Québec, édition 2009*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 45-77.
4. Le taux de non-réponse partielle est la proportion pondérée des individus n'ayant pas répondu à la question sur le nombre de ceux devant y répondre.
5. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2009), *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles 1.1, 2.1 et 3.1*, Québec, Gouvernement du Québec, 99 p.

La non-réponse partielle à l'indice de soutien social est élevée à tous les cycles de l'enquête

Des données sur l'indice de soutien social sont disponibles pour quatre cycles de l'ESCC (2000-2001, 2005, 2007-2008 et 2009). Le taux de non-réponse à cet indice est élevé à chacun des cycles se situant entre 10 % et 11 %, sauf en 2000-2001 où il est de 3,3 % (données non présentées). Ce faible taux apparent en 2000-2001 est attribuable au fait que Statistique Canada a procédé à une imputation des réponses (incluant celles sur le soutien social) pour 6,8 % des répondants au Québec⁶.

La non-réponse partielle s'accroît avec l'âge : près de 3 personnes de 65 ans et plus sur 10 n'ont pas répondu à ces questions

La non-réponse partielle à l'indice de soutien social s'accroît avec l'âge à tous les cycles de l'enquête. Le tableau 1 montre la hausse des taux selon l'âge pour 2005. La non-réponse se situe globalement à 8 % chez les 12-64 ans et à 28 % chez les 65 ans et plus, en 2005, et atteint 36 % chez celles de 75 ans et plus. C'est donc dire que près de 3 personnes de 65 ans et plus sur 10 n'ont pas répondu à ces questions en 2005. En 2007-2008 et 2009, le taux avoisine les 10 % chez les 45-64 ans, les 20 % chez les 65-74 ans et est de 32 % chez les 75 ans et plus (données non présentées). La non-réponse partielle est peu associée au sexe aux différents cycles.

Aperçu de l'indice de soutien social

L'indice de soutien social émotionnel et informationnel est une échelle construite à partir de huit questions (Pour une description détaillée, voir l'encadré *L'indice de soutien social émotionnel ou informationnel* présenté dans le premier article à la page 4). Seules les personnes répondant pour elles-mêmes au questionnaire se voyaient poser ces questions. La non-réponse affecte de façon à peu près équivalente chacune des huit questions.

La non-réponse partielle est nettement plus importante lorsque l'entrevue est faite par téléphone plutôt qu'en face-à-face

À tous les cycles de l'enquête (2005, 2007-2008 et 2009), la non-réponse partielle est nettement plus élevée chez les répondants issus de la base téléphonique (lesquels ont répondu à l'enquête par téléphone) (autour de 15 %) que chez ceux provenant de la base aréolaire (qui ont répondu pour la plupart en face-à-face) (environ 5 %) (voir l'encadré *Modes de collecte et bases de sondage*)⁷.

Modes de collecte et bases de sondage

Dans l'ESCC, les entrevues ont été faites soit par téléphone, soit en face-à-face. Quant à l'échantillon de répondants, il est constitué à partir de deux bases de sondage : la base téléphonique et la base aréolaire. Tous les répondants sélectionnés dans la base téléphonique sont interviewés au téléphone. Ceux provenant de la base aréolaire sont interviewés en face-à-face pour la plupart (86 % en 2005), une certaine proportion étant interviewée au téléphone (13 % en 2005)⁸. Le mode de collecte est donc très lié à la base de sondage. Au cours des divers cycles de l'enquête, la proportion d'entrevues réalisées au téléphone a varié, passant de 30 % en 2000-2001, à 67 % en 2005 pour diminuer à 56 % et à 58 % en 2007-2008 et 2009.

6. Dans l'enquête de 2000-2001, Statistique Canada a constaté un taux élevé d'entrevues faites par procuration (entrevue réalisée auprès d'une tierce personne répondant au nom d'une personne visée par l'enquête), taux qui était très variable selon les provinces et les régions. Pour en contrer les effets négatifs, les réponses obtenues par procuration ont été imputées en 2000-2001 (y compris celles sur le soutien social). Les consignes relatives aux entrevues par procuration ont été raffermies pour les autres enquêtes. L'ISQ a analysé les caractéristiques des répondants par procuration. Pour plus de détails, voir ISQ, 2009 *op. cit.* et M. ST-PIERRE, et Y. BÉLAND (2002), *Imputation of proxy respondents in the Canadian Community Health Survey – Recueil des présentations de la section des méthodes d'enquête*, Hamilton (Ontario), Société statistique du Canada, 6 p.

7. Un écart important est aussi noté en 2000-2001 même en considérant l'imputation (12 % c. 3%).

8. De plus, une très faible proportion (0,6 % en 2005) des entrevues de la base aréolaire sont faites à la fois au téléphone et en face-à-face. Les analyses réalisées ici ne montrent pas de différence dans les taux de non-réponse partielle entre les trois groupes issus de la base aréolaire. Ils sont donc considérés ici sans distinction.

Tableau 1

Taux de non-réponse partielle à l'indice de soutien social émotionnel et informationnel selon l'âge et la base de sondage, population de 12 ans et plus, Québec, 2005

Groupe d'âge	Base aréolaire ¹ Base téléphonique ¹		Total ²
	%		
12-24 ans	3,0*	7,2	5,5
25-44 ans	2,5*	9,5	6,9
45-64 ans	4,4	13,4	10,1
65-74 ans	9,2	31,7	23,0
75 ans et plus	15,3	47,9	35,5
12-64 ans	3,3	10,5	7,8
65 ans et plus	11,7	38,3	28,1
Total	4,6	14,7	10,8

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

1. Les comparaisons entre les bases de sondage excluent la région sociosanitaire 10 (où toutes les entrevues ont été faites au téléphone).

2. Ensemble du Québec.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005*, fichier de partage du Québec.

Tableau 2

Proportion de la population ayant un niveau peu élevé de soutien social émotionnel et informationnel selon l'âge et la base de sondage, population de 12 ans et plus, Québec, 2005

Groupe d'âge	Base aréolaire ¹ Base téléphonique ¹		Sig/NS ²	Total ³
	%			
12-24 ans	10,4	7,8	NS	8,9
25-44 ans	14,3	13,9	NS	14,0
45-64 ans	16,4	17,0	NS	16,8
65-74 ans	18,5	23,2	Sig	20,5
75 ans et plus	23,9	27,4	NS	25,5
12-64 ans	14,2	13,6	NS	13,9
65 ans et plus	20,7	24,7	Sig	22,3
Total	15,1	14,8	NS	14,9

Note : En raison des pondérations utilisées, les estimations par base de sondage sont représentatives de l'ensemble de la population du Québec à l'exception de la région sociosanitaire 10.

1. Les comparaisons selon la base de sondage excluent la région sociosanitaire 10 (où toutes les entrevues ont été faites au téléphone).

2. Sig/NS : Différence significative (Sig) ou non (NS) au seuil de 5%.

3. Ensemble du Québec.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005*, fichier de partage du Québec.

9. L'année 2005 a été choisie pour ces analyses parce que des pondérations sont disponibles pour ces données et permettent d'avoir des résultats représentatifs de la population séparément pour chaque base de sondage, ce qui n'est pas le cas pour les données des deux enquêtes plus récentes.

Le tableau 1 illustre l'effet conjugué de l'âge et du mode de collecte sur le taux de non-réponse partielle en 2005⁹. Chez les répondants issus de la base aréolaire (la plupart ont répondu à l'enquête en face-à-face) qui sont âgés de moins de 65 ans, le taux de non-réponse est très satisfaisant (3,3%), mais il est d'environ 12% chez ceux de 65 ans et plus. Par contre, chez les personnes provenant de la base téléphonique, le taux de non-réponse est supérieur à 5% dans tous les groupes d'âge et s'accroît nettement avec l'âge. Il se situe globalement à 10% chez les 12-64 ans et à 38% chez les 65 ans et plus. Enfin, près de la moitié (48%) des personnes de 75 ans et plus issues de la base téléphonique n'ont pas répondu aux questions de l'indice de soutien social.

Quels sont les effets possibles de la non-réponse sur les estimations touchant le niveau de soutien social de la population québécoise?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons comparé le niveau de soutien social obtenu dans la base aréolaire (la plupart des entrevues ont été faites en face-à-face) qui est peu affectée par la non-réponse partielle, avec le niveau obtenu pour la base téléphonique qui, elle, est très affectée, surtout chez les personnes plus âgées, comme nous l'avons vu précédemment. Les résultats selon l'âge sont présentés au tableau 2.

On constate qu'il n'y a pas de différence significative entre les bases de sondage quant au niveau de soutien social obtenu chez les personnes de 12-64 ans (14%). Il en est de même pour l'ensemble des personnes de 12 ans et plus (15%). Toutefois, chez les 65 ans et plus (et particulièrement chez les 65-74 ans), la différence est significative : la proportion de personnes n'ayant pas un niveau élevé de soutien social est supérieure chez les répondants de la base téléphonique.

D'autres aspects aident à comprendre les effets possibles de la non-réponse

Des analyses multivariées (non présentées) confirment que l'âge et la base de sondage sont les facteurs les plus associés à la non-réponse à l'indice de soutien social. Cependant, d'autres facteurs associés à la non-réponse (indépendamment de l'âge notamment) méritent d'être mentionnés. Ainsi, les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES) ou celles vivant seules répondent moins à ces questions, quelle que soit la base de sondage. Il en est de même pour les personnes qui considèrent leur santé mentale comme passable ou mauvaise.

Mentionnons finalement que la réponse par procuration n'explique qu'une faible part de la non-réponse, même chez les personnes très âgées. En effet, en 2005, 2007-2008 et 2009, environ 2 % de la non-réponse y est attribuable. En 2005, la réponse par procuration représentait environ 1 % chez les 12-64 ans et 5 % chez les 65 ans et plus (3,1 % chez les 65-74 ans et 8 % chez les 75 ans et plus). Par ailleurs, la non-réponse partielle ne semble pas liée à l'emplacement de l'échelle dans le questionnaire.

Conclusions et recommandations pour les analyses

L'échelle utilisée pour mesurer le niveau de soutien social dans l'ESCC est une mesure dont la fiabilité et la validité sont documentées^{10,11}. Les résultats présentés ici, à partir des comparaisons entre les deux bases de sondage, suggèrent cependant

que ces questions posent des difficultés aux répondants lorsque l'entrevue se fait au téléphone; ce qui n'est pas le cas lorsque celle-ci se fait en face-à-face. Et ces difficultés s'accroissent avec l'âge. C'est connu, les questions plus complexes ou ayant de nombreux choix de réponse sont plus difficiles à répondre au téléphone, ce qui peut diminuer le taux de réponse¹². Il est donc recommandé de porter une attention particulière à cet aspect dans les enquêtes à venir (lors de la collecte notamment), afin de réduire la non-réponse liée aux entrevues téléphoniques pour cet indicateur.

Chez les 65 ans et plus, près de 3 personnes sur 10 ne répondent pas aux questions portant sur le soutien social dans l'ESCC, et cette proportion s'élève à 4 sur 10 pour les personnes issues de la base téléphonique. Cela a des implications, puisque la majorité des entrevues sont faites au téléphone, dans la plupart des cycles. Ainsi, l'ampleur de la non-réponse et des possibles biais laisse croire que l'ESCC n'est pas, à première vue, une enquête de choix pour l'étude du soutien social dans la population âgée, et en particulier dans la population très âgée. Par contre, il est possible de contourner cette limite en effectuant des analyses à partir de l'échantillon de la base aréolaire. Il est donc recommandé d'utiliser cet échantillon pour l'étude du soutien social chez les personnes de 65 ans et plus, ou du moins de procéder à des analyses confirmatoires avec cet échantillon. Les données des enquêtes de 2003 et de 2005 permettent de telles analyses¹³. Précisons que ces limites ne touchent pas les données portant sur la population de 12 à 64 ans qui peuvent être analysées sans réserve.

Nous avons tenté d'apprécier l'effet de la non-réponse sur le niveau de soutien social observé. Les effets sont complexes. Alors que la plupart des facteurs analysés laissent présager une sous-estimation de la proportion de personnes n'ayant pas un niveau élevé de soutien social¹⁴, les comparaisons selon la base de sondage suggèrent une légère surestimation liée aux entrevues de la base téléphonique chez les personnes de 65 ans et plus. Il nous apparaît donc difficile de conclure sur les effets combinés du mode de collecte sur le niveau de soutien observé et sur la non-réponse, ceux-ci pouvant d'ailleurs s'annuler.

Ainsi, l'interprétation des estimations du niveau de soutien social pour la population de 65 ans et plus doit se faire avec réserve. Une certaine réserve est aussi de mise en ce qui a trait aux estimations obtenues pour la population de 12 ans et plus, quoique les résultats présentés ici ne suggèrent pas d'effets significatifs. Il va de soi que ces réserves touchent les analyses réalisées à l'échelle régionale. Ces réserves doivent aussi être considérées lors de la comparaison dans le temps du niveau de soutien social de la population québécoise¹⁵.

Malgré ces réserves, il est rassurant de constater que les estimations obtenues grâce à l'échantillon aréolaire (qui est peu affecté par la non-réponse) et celles obtenues dans l'ensemble sont assez proches : les proportions chez les 65 ans et plus, relatives à un niveau peu élevé de soutien social, sont de 21 % et de 22 % respectivement. Cela suggère que les estimations pourraient

10. C. D. SHERBOURNE, et A. L. STEWART (1991), "The MOS Social Support Survey", *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 6, p. 705-714.

11. A. ROBITAILLE, H. ORPANA et C. N. MCINTOSH (2011), « Propriétés psychométriques, structure factorielle et invariance de la mesure des versions française et anglaise de l'échelle de soutien social de l'Étude des issues médicales », *Rapports sur la santé*, vol. 22, n° 2, juin, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

12. STATISTIQUE CANADA (2003), *Méthodes et pratiques d'enquête*, Ottawa, n° 12-587-XPF au catalogue, 422 p.

13. Des pondérations réalisées par l'ISQ permettent de faire de telles analyses avec les données de 2003 et de 2005. À l'heure actuelle, de telles pondérations ne sont pas disponibles pour les autres cycles de l'enquête.

14. Compte tenu que ces facteurs sont associés à un plus faible soutien social, comme le montre le premier article.

15. Une étude récente de l'ISQ a déjà conclu que l'indice de soutien social émotionnel et informationnel pouvait être comparé dans le temps. L'étude portait sur la proportion obtenue à l'indicateur pour l'ensemble de la population (et non par âge) et ne visait pas à mesurer l'effet de la non-réponse. Les résultats des deux études concordent pour l'ensemble de la population. N. PLANTE, L. CÔTÉ, R. COURTEMANCHE et V. NANHOU (2010), *Incidence des changements méthodologiques de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sur la comparabilité entre les cycles 1.1, 2.1 et 3.1 aux niveaux provincial et régional, de même que sur la comparabilité régionale intracycle*, Institut de la statistique du Québec, 88 p. [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/doc_technique.htm] (Consulté le 15 mars 2011).

n'être que légèrement biaisées. Par ailleurs, les analyses effectuées dans le premier article publié dans ce numéro ont permis de voir que la plupart des associations notées dans l'ensemble de la population de 12 ans et plus sont robustes et s'observent également lorsque l'analyse est faite uniquement dans l'échantillon aréolaire, ce qui laisse croire qu'elles sont peu affectées par la non-réponse importante constatée chez les 65 ans et plus.

Ces réserves étant énoncées, l'ESCC demeure une source importante de données sur le soutien social de la population québécoise. Et l'autre article publié dans ce numéro illustre bien le potentiel d'analyse de ces données tout en tenant compte de leurs limites.



À propos de l'enquête

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* est une série d'enquêtes générales et thématiques réalisées par Statistique Canada dans les provinces et les territoires. Sont analysées dans ce numéro, les données du Québec (fichiers de partage) dans les enquêtes générales de 2000-2001, 2005, 2007-2008 et 2009 qui, toutes, abordaient le thème du soutien social (contenu optionnel retenu par le Québec). À noter que les estimations présentées pour 2009 sont basées sur les données de mi-enquête, les seules disponibles au moment des analyses. Ce cycle de l'ESCC (5.1) s'est poursuivi jusqu'à la fin de 2010. L'enquête fournit des données représentatives de la population du Québec vivant en ménage privé. La population visée par l'enquête exclut les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes, des établissements et de certaines régions éloignées.

Pour en savoir plus sur l'ESCC, veuillez consulter le site Web suivant : www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html

Pour accéder aux fichiers de microdonnées des enquêtes (fichiers de partage pour le Québec), on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'aide du site Web (www.stat.gouv.qc.ca/sad/acces_microdonnees.htm) ou par téléphone (514 343-2299).

PARUS RÉCEMMENT DANS ZOOM SANTÉ...

n° 28	L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada – Série <i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes</i>	Octobre 2011
n° 27	Des services de lutte contre le cancer centrés sur la personne : l'expérience des patients de Chaudière-Appalaches	Septembre 2011
n° 26	La prévention du tabagisme chez les jeunes : le poids de certains facteurs sociaux	Juin 2011
n° 25	Améliorer ses habitudes de vie à la suite de l'annonce d'un diagnostic de cancer : que révèle l' <i>Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008?</i>	Mai 2011
n° 24	Les Québécois atteints d'un problème de santé chronique entraînant des limitations d'activités sont-ils satisfaits des services de santé et des services sociaux reçus?	Février 2011

Une série consacrée aux données de l'ESCC

Depuis 2006, une série de numéros du bulletin *Zoom santé* est consacrée à la diffusion des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Les articles parus dans le cadre de cette série portent sur divers thèmes tels que l'allaitement maternel, les maladies chroniques, la santé mentale, la santé des immigrants, l'activité physique et les services à domicile.

Tous les numéros du bulletin sont disponibles sur le site Web de l'Institut à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca

Ce bulletin est réalisé par la **Direction des statistiques de santé** en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation :
Nicole Descroisselles, révision linguistique
Marie-Eve Cantin, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements :
Jocelyne Camirand
Direction des statistiques de santé
1200, avenue McGill College, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4^e trimestre 2011
ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (PDF)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6106)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca