

LES BESOINS NON COMBLÉS DE SERVICES MÉDICAUX À MONTRÉAL ET EN MONTÉRÉGIE, 2010

Sylvie Provost, Camille Turgeon-Provost, Raynald Pineault, Odette Lemoine, Brigitte Simard, Audrey Couture, Alexandre Prud'homme, Jean-Frédéric Levesque, Pierre Tousignant, Roxane Borgès Da Silva

En 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS), équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, a mené une étude dans les deux régions les plus peuplées du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de 1^{re} ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins de la population. Une deuxième étude a été entreprise en 2010 pour comprendre l'évolution des modèles organisationnels de 1^{re} ligne et de leur performance à travers le processus de réforme et pour évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel qui sont associés à cette évolution.

Cette étude consiste en trois enquêtes interreliées :

- une enquête populationnelle menée auprès d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population des deux régions pour évaluer l'affiliation des patients aux organisations de 1^{re} ligne, leur niveau d'utilisation des services, divers attributs de leur expérience de soins, les services préventifs reçus ainsi que la perception des besoins non comblés;
- une enquête auprès des organisations de 1^{re} ligne pour évaluer les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et leurs caractéristiques de pratique clinique ainsi qu'à la réorganisation des services de santé de 1^{re} ligne;
- une troisième enquête auprès d'informateurs clés dans les CSSS pour apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de 1^{re} ligne évoluent.

Le présent cahier thématique s'inscrit en continuité avec le « Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie »¹ publié dans le cadre du projet décrit ci-haut. Les données présentées proviennent principalement des enquêtes populationnelle et organisationnelle effectuées en 2010. Ces données décrivent l'ampleur et l'évolution des besoins de services médicaux non comblés (BNC), les caractéristiques des personnes déclarant des BNC, les problèmes à l'origine de ces besoins, les raisons de non-consultation, les conséquences des BNC ainsi que les facteurs associés à la déclaration de besoins non comblés.

AMPLEUR ET ÉVOLUTION DES BESOINS NON COMBLÉS

Le concept de besoin non comblé (BNC) correspond à la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus². Une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services médicaux – qu'il s'agisse d'informations de la part d'un professionnel ou d'actes thérapeutiques – mais n'ayant pas obtenu ces services présente donc un besoin non comblé de services de santé³. Les données présentées excluent les patients qui ont obtenu un rendez-vous, mais qui n'ont pas encore vu le médecin.

En 2010, 18,3 % de la population adulte de Montréal et de la Montérégie a rapporté un besoin non comblé de services médicaux au cours des six mois précédant l'enquête (figure 1). Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre 2005 et 2010, tant du point de vue global que pour chacune des deux régions.

On constate des variations importantes entre les territoires de CSSS en 2010. Les taux de déclaration de BNC varient de 14,6 % à 25,2 % à Montréal (carte 1) et de 14,1 % à 19,4 % en Montérégie

(carte 2). Le taux de déclaration de besoins non comblés est demeuré stable de 2005 à 2010 dans tous les territoires de CSSS, sauf dans celui de Dorval-Lachine-Lasalle où l'on remarque une augmentation significative depuis 2005 (cartes 1 et 2).

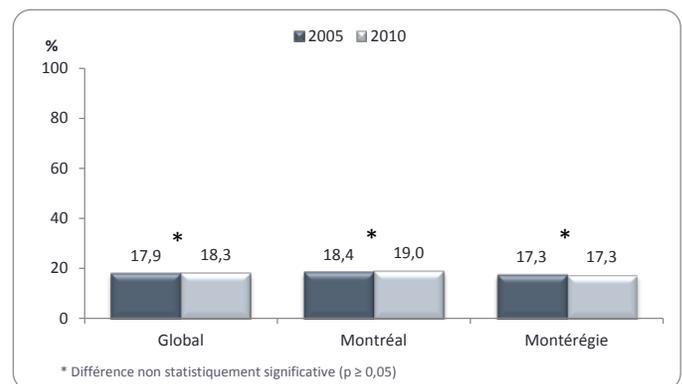
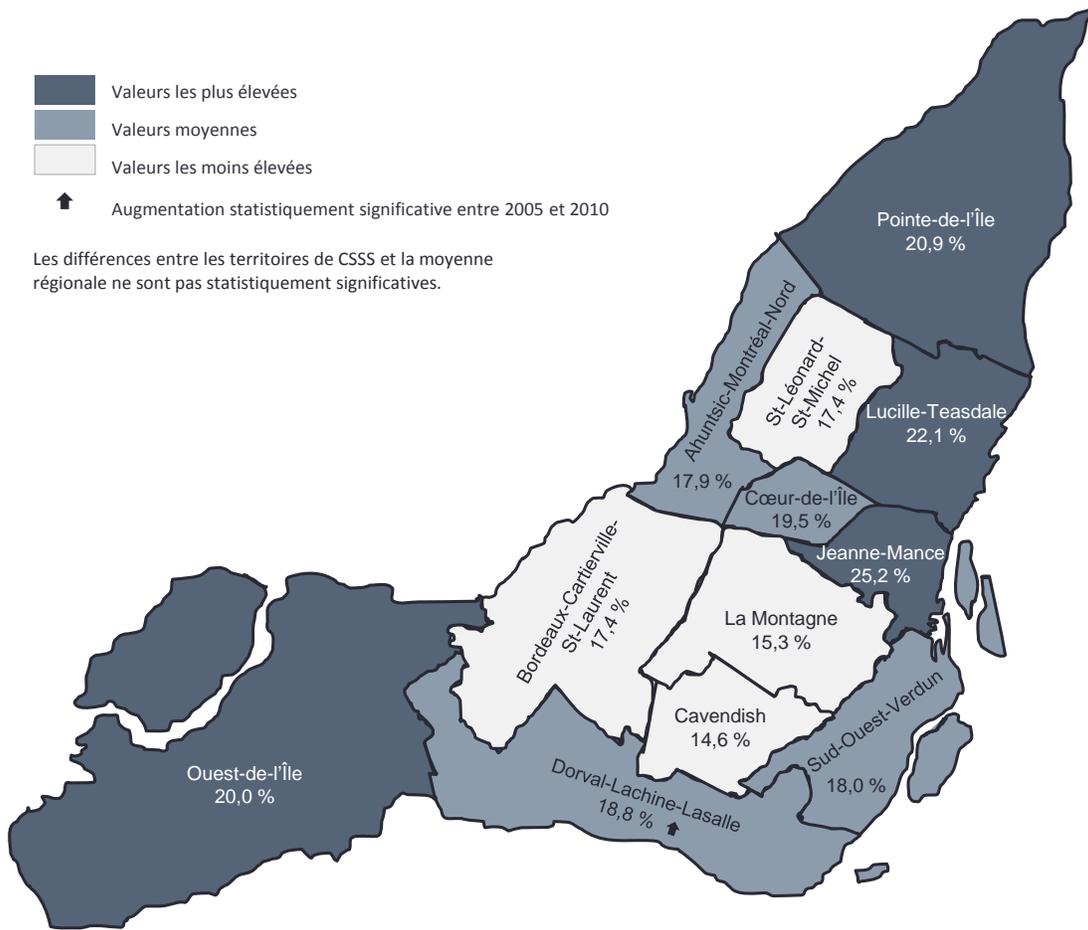


Figure 1 : Proportion de personnes ayant rapporté des BNC au cours des six mois précédant les enquêtes de 2005 et 2010

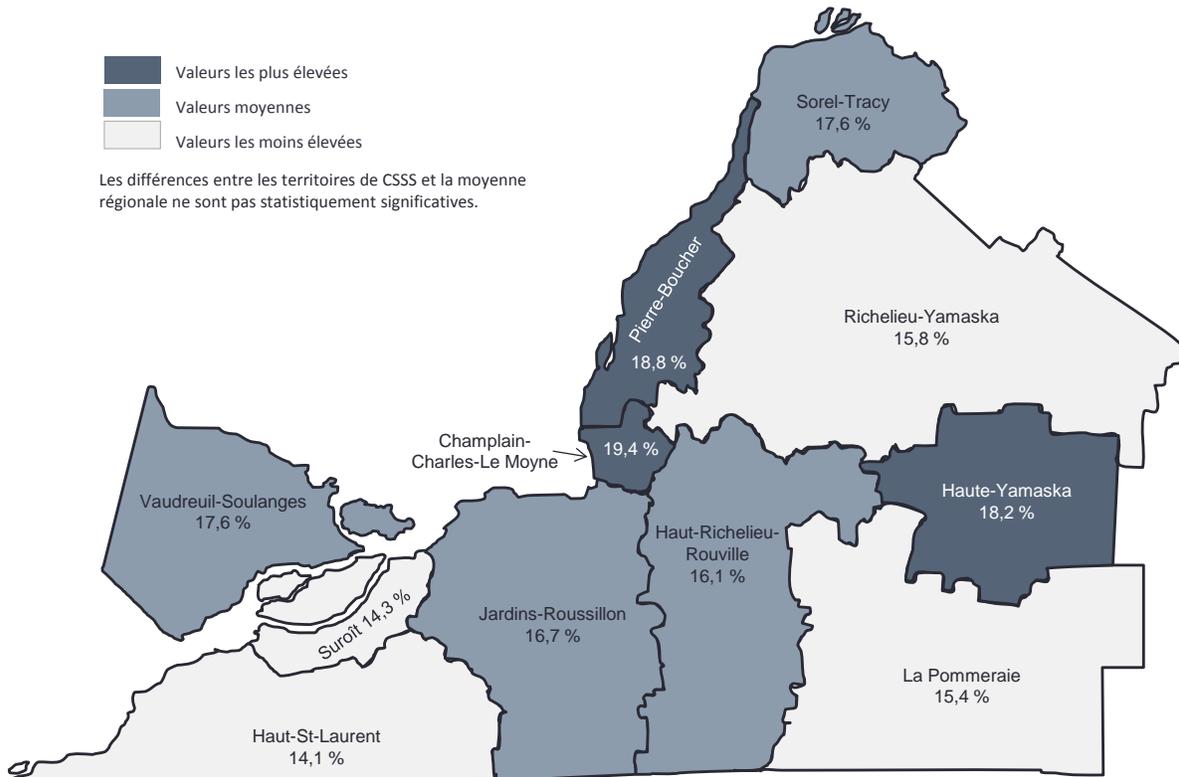
¹ Lemoine O, Simard B, Provost S, Lévesque J-F, Pineault R, Tousignant P. « Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie ». Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, INSPQ, 2011.

² Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot J-M. « Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution ». Statistique Canada, no 82-003 au catalogue. Rapports sur la santé, mars 2002;13(3):17-24.

³ Levesque J-F, Pineault R, Robert L, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Laugraud A. « Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? ». Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, INSPQ, 2007.



Carte 1 : Taux de déclaration de BNC au cours des six derniers mois et leur évolution par rapport à 2005 selon le territoire de CSSS, Montréal, 2010



Carte 2 : Taux de déclaration de BNC au cours des six derniers mois et leur évolution par rapport à 2005 selon le territoire de CSSS, Montérégie, 2010

LES BESOINS NON COMBLÉS DE SERVICES MÉDICAUX DANS LA POPULATION EN 2010

Principales caractéristiques des personnes déclarant des BNC

Le tableau 1 présente une comparaison entre les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant rapporté un besoin non comblé en 2010 et celles de la population à l'étude.

Tableau 1 : Répartition (%) des personnes ayant rapporté des BNC et de la population étudiée selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Montréal et Montérégie, 2010

		Population déclarant des BNC (N=1 679)	Population totale (N=9 180)
		% [IC 95 %]	% [IC 95 %]
Sexe	Hommes	44,1 [41,7 – 46,5]	48,7 [47,7 – 49,7]
	Femmes	55,9 [53,5 – 58,3]	51,3 [50,3 – 52,3]
Groupe d'âge	18-29 ans	25,3 [23,2 – 27,4]	19,7 [18,9 – 20,5]
	30-44 ans	36,1 [33,8 – 38,4]	27,2 [26,3 – 28,1]
	45-64 ans	31,3 [29,1 – 33,5]	34,6 [33,6 – 35,6]
	65 ans et plus	7,3 [6,1 – 8,5]	18,5 [17,7 – 19,3]
	<i>Moyenne d'âge</i>	41,1 ans [40,4 – 41,8]	47,1 ans [46,7 – 47,4]
Statut d'immigration	Nés au Canada	76,2 [74,2 – 78,2]	79,5 [78,7 – 80,3]
	Immigrés depuis moins de 10 ans	9,3 [7,9 – 10,7]	6,6 [6,1 – 7,1]
	Immigrés depuis 10 ans ou plus	14,5 [12,8 – 16,2]	13,9 [13,2 – 14,6]
Langue parlée à la maison	Français	72,5 [70,4 – 74,6]	72,9 [72,0 – 73,8]
	Anglais	16,1 [14,3 – 17,9]	17,1 [16,3 – 17,9]
	Autre	11,4 [9,9 – 12,9]	10,0 [9,4 – 10,6]
Niveau de scolarité	Sans diplôme	7,6 [6,3 – 8,9]	12,5 [11,8 – 13,2]
	Diplôme d'études secondaires	27,8 [25,7 – 29,9]	30,1 [29,2 – 31,0]
	Diplôme collégial	22,2 [20,2 – 24,2]	20,8 [20,0 – 21,6]
	Diplôme universitaire	42,5 [40,1 – 44,9]	36,7 [35,7 – 37,7]
Revenu ajusté pour la taille du ménage	Quartile 1 (faible)	26,5 [24,4 – 28,6]	27,8 [26,9 – 28,7]
	Quartile 2	23,9 [21,9 – 25,9]	25,2 [24,3 – 26,1]
	Quartile 3	25,9 [23,8 – 28,0]	24,5 [23,6 – 25,4]
	Quartile 4 (élevé)	23,7 [21,7 – 25,7]	22,5 [21,6 – 23,4]
Occupation au cours des 6 derniers mois	Au travail	66,7 [64,4 – 69,0]	60,1 [59,1 – 61,1]
	Aux études	11,6 [10,1 – 13,1]	8,9 [8,3 – 9,5]
	À la retraite	9,8 [8,4 – 11,2]	20,9 [20,1 – 21,7]
	Sans emploi	11,9 [10,4 – 13,4]	10,2 [9,6 – 10,8]

IC= intervalle de confiance

Nature du problème à l'origine des BNC

En 2010, 43,4 % des personnes ayant rapporté un BNC mentionnent qu'elles désiraient consulter pour un problème de santé jugé non urgent, alors que plus d'une personne sur 5 (22,9 %) affirment que le besoin de consultation était en lien avec un problème de santé urgent. Pour 22,7 % des personnes ayant rapporté un BNC, la raison de consultation était de passer un examen de routine. Enfin, 11,2 % souhaitaient consulter pour recevoir des résultats de test, faire remplir des formulaires ou pour d'autres raisons non spécifiées. La figure 2 illustre que parmi les personnes qui cherchaient à consulter pour un problème de santé (urgent ou non), plus de la moitié (60,8 %) considéraient que ce problème causait beaucoup ou moyennement de douleur. Dans 54,2 %

des cas, le problème était perçu (beaucoup ou moyennement) comme pouvant causer des complications. Selon 53,4 % des répondants, il s'agissait d'un problème limitant les activités (beaucoup ou moyennement) et pour 42,0 %, celui-ci était menaçant pour leur santé (beaucoup ou moyennement).

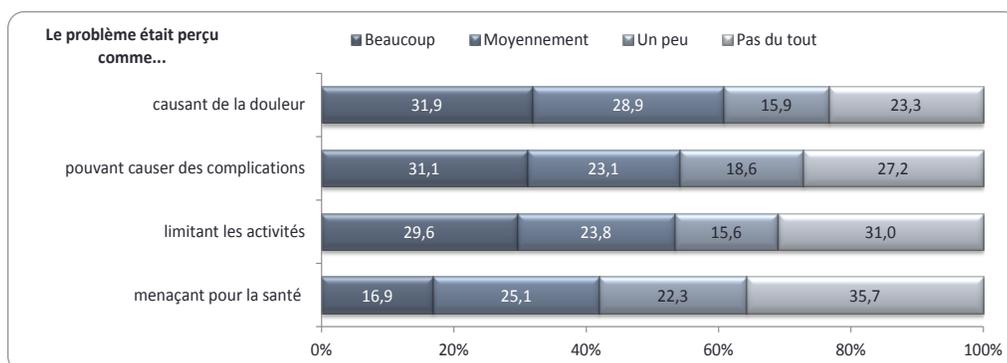


Figure 2 : Caractéristiques du problème de santé à l'origine du besoin non comblé, Montréal et Montérégie, 2010

Les raisons de non-consultation

La figure 3 présente les raisons pour lesquelles l'ensemble des personnes ayant rapporté un BNC n'ont pas pu voir un médecin. On note que les raisons les plus fréquentes s'avèrent liées au concept d'accessibilité. En effet, plus de la moitié (57,7 %) des personnes ayant rapporté un BNC affirment que le temps d'attente avant de pouvoir consulter un médecin était trop long et 43,9 % jugent qu'il leur était impossible d'obtenir un rendez-vous. Plus du tiers (38,7 %) n'ont pas trouvé de médecin qui prenait de nouveaux patients, 34,4 % ont déclaré que leur médecin habituel n'était pas disponible et 30,5 % que les heures d'ouverture pour voir un médecin ne leur convenaient pas. Par ailleurs, le quart des personnes rapportant un besoin non comblé (25,8 %) ne savaient pas où aller pour voir un médecin et 11,8 % étaient dans l'impossibilité de se déplacer. Enfin, 5,2 % ont déclaré que leur santé s'était trop détériorée pour pouvoir se déplacer pour consulter un médecin.

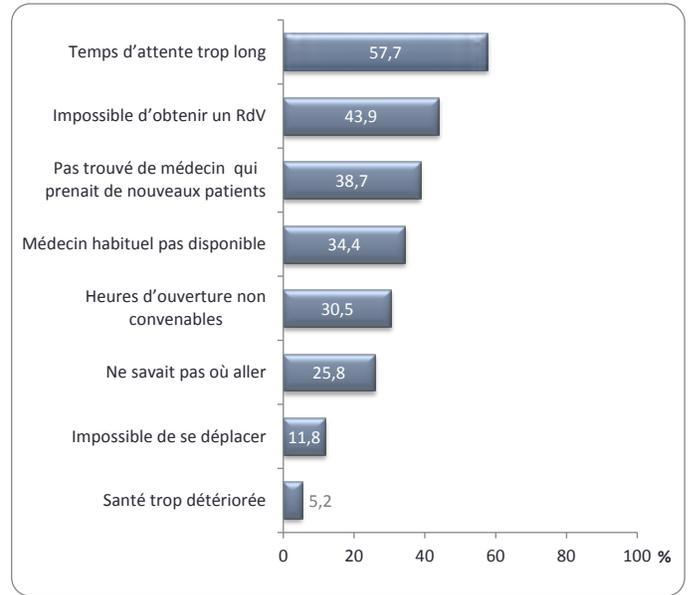


Figure 3 : Les raisons de non-consultation, Montréal et Montérégie, 2010

Les conséquences des BNC

Près de 60 % des personnes ayant rapporté un BNC affirment avoir subi (beaucoup ou moyennement) de l'inquiétude, du stress ou de l'anxiété en lien avec ce BNC (figure 4). Pour 43,2 % des personnes ayant rapporté un BNC, celui-ci a occasionné (beaucoup ou moyennement) de l'inquiétude, du stress ou de l'anxiété pour des membres de leur famille ou leurs amis. Chez 19,0 % des personnes, les besoins non comblés ont engendré (beaucoup ou moyennement) des pertes de revenus. Plus d'un quart des personnes (27,3 %) ont eu (beaucoup ou moyennement) une détérioration de leur état de santé.

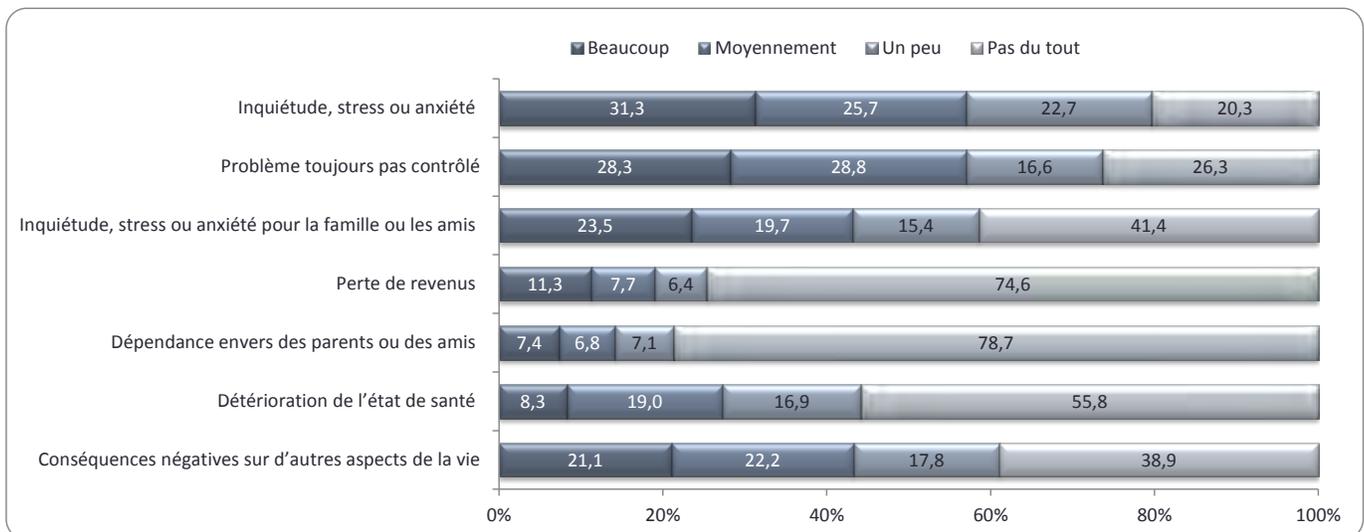


Figure 4 : Les conséquences des besoins non comblés, Montréal et Montérégie, 2010

LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉCLARATION DE BESOINS NON COMBLÉS

Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 2 présente le taux de déclaration de besoins non comblés en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Ces résultats révèlent une plus grande proportion de personnes rapportant un besoin de services médicaux non comblé chez :

- les femmes
- les personnes de 18 à 44 ans
- les personnes immigrées depuis moins de 10 ans
- les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé.

La déclaration des BNC est moins fréquente chez les personnes retraitées.

Tableau 2 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Montréal et Montérégie, 2010

		Taux de déclaration de BNC (%)	Valeur de p
Sexe	Hommes	16,5	0,000
	Femmes	19,9	
Groupe d'âge	18-29 ans	23,5	0,000
	30-44 ans	24,2	
	45-64 ans	16,5	
	65 ans ou +	7,2	
Statut d'immigration	Nés au Canada	17,5	0,000
	Immigrés < 10 ans	26,0	
	Immigrés ≥ 10 ans	19,1	
Langue parlée à la maison	Français	18,2	0,069
	Anglais	17,2	
	Autre	20,8	
Niveau de scolarité	Sans diplôme	11,1	0,000
	Dipl. études second.	16,9	
	Diplôme collégial	19,5	
	Diplôme universitaire	21,2	
Revenu ajusté pour la taille du ménage	Quartile 1 (faible)	17,4	0,145
	Quartile 2	17,3	
	Quartile 3	19,3	
	Quartile 4 (élevé)	19,3	
Occupation	Au travail	20,3	0,000
	Aux études	23,9	
	À la retraite	8,5	
	Sans emploi	21,4	

État de santé

L'état de santé semble être un facteur étroitement lié à la déclaration de besoins non comblés de services médicaux. En effet, on note une proportion de personnes ayant rapporté des BNC nettement plus élevée chez les individus percevant leur santé comme étant moyenne ou mauvaise (figure 5).

On note par ailleurs (figure 6) que certains problèmes de santé sont davantage associés à des BNC (ex. : problèmes respiratoires, maux de dos, problèmes de santé mentale).

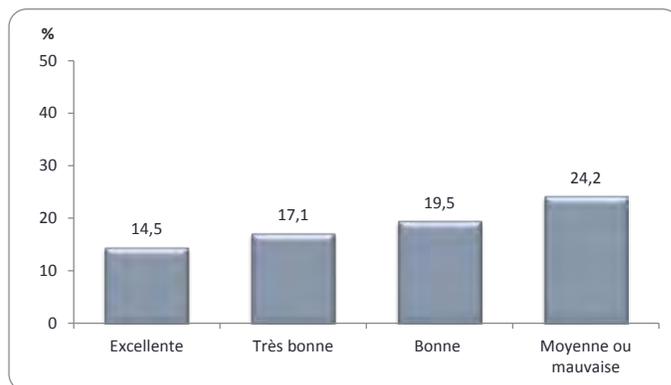


Figure 5 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon la santé perçue, Montréal et Montérégie, 2010

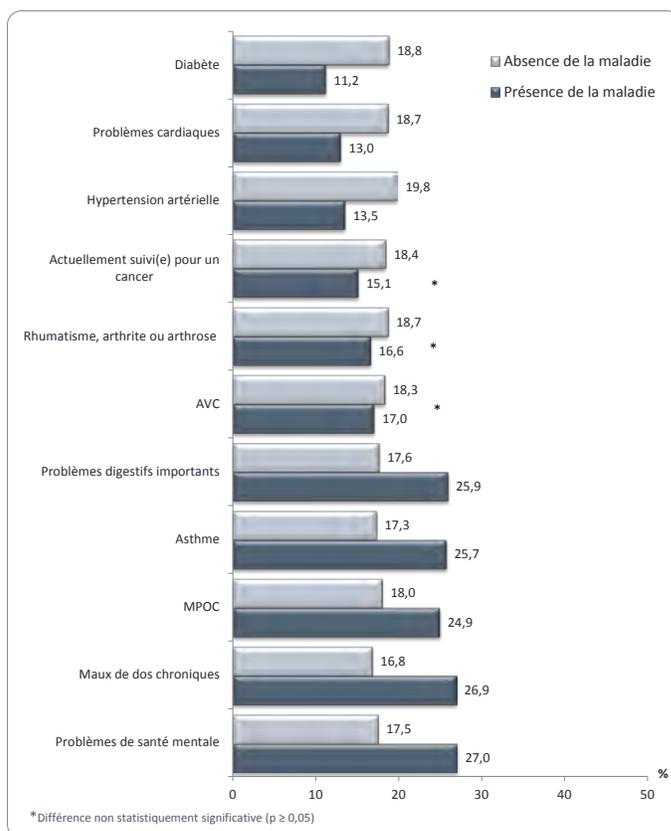


Figure 6 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon la présence ou non de certains problèmes de santé, Montréal et Montérégie, 2010

Utilisation des services de santé

Les personnes n'ayant pas de médecin de famille rapportent davantage de besoins non comblés (figure 7). Toutefois, le fait d'avoir une source habituelle de soins de 1^{re} ligne (clinique ou bureau de médecin, groupe de médecine de famille, clinique-réseau, unité de médecine familiale, services médicaux en CLSC) ne semble pas être associé à la déclaration de BNC. On ne note pas non plus d'association significative entre la fréquence des consultations à la source habituelle de soins et la déclaration de BNC (données non présentées).

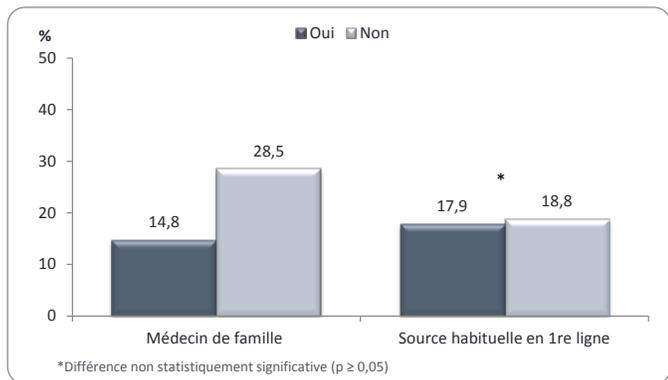


Figure 7 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon l'affiliation à un médecin de famille ou à une source habituelle de soins de 1^{re} ligne, Montréal et Montérégie, 2010

Par ailleurs, on observe que les personnes qui ont eu recours à l'urgence de façon répétitive au cours des deux années précédant l'enquête présentent des taux de déclaration de besoins non comblés plus élevés (figure 8). Cependant, il ne semble pas y avoir de relation entre le nombre d'hospitalisations et la déclaration de BNC (données non présentées).

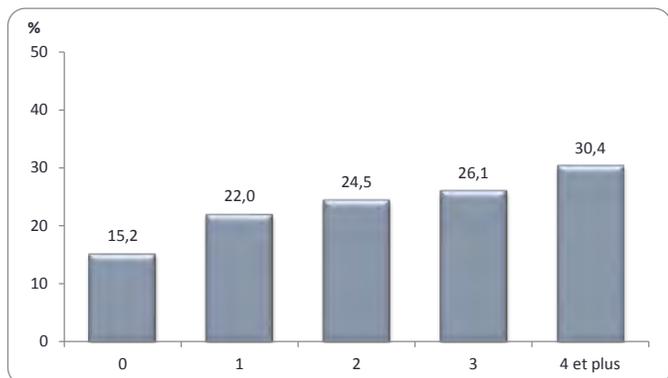


Figure 8 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon le nombre de visites à l'urgence au cours des deux ans précédant l'enquête, Montréal et Montérégie, 2010

Expérience de soins en 1^{re} ligne

Les données en lien avec l'expérience de soins ne concernent que les utilisateurs de services de santé ayant identifié une source habituelle de soins de 1^{re} ligne située à Montréal ou en Montérégie, soit 74,4 % de l'échantillon en 2010 (N=6 827).

Diverses facettes de l'accessibilité à la source habituelle de soins de 1^{re} ligne s'avèrent associées à la déclaration de besoins de services non comblés. Ainsi, les patients qui ont une meilleure appréciation des heures d'ouverture de leur source habituelle de soins de 1^{re} ligne déclarent moins de BNC (figure 9). Le même constat peut être établi pour les patients qui considèrent qu'il est facile de parler au téléphone à un médecin ou une infirmière de leur source habituelle de soins durant les heures d'ouverture, ainsi que pour ceux qui jugent qu'il est facile d'obtenir un rendez-vous à leur source habituelle de soins (figure 10).

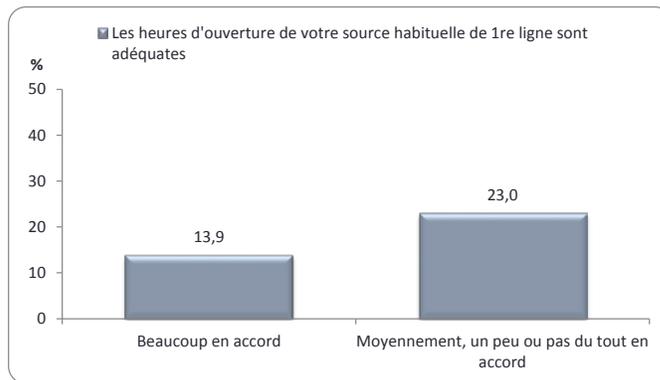


Figure 9 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon l'appréciation des heures d'ouverture de la source habituelle de soins de 1^{re} ligne, Montréal et Montérégie, 2010

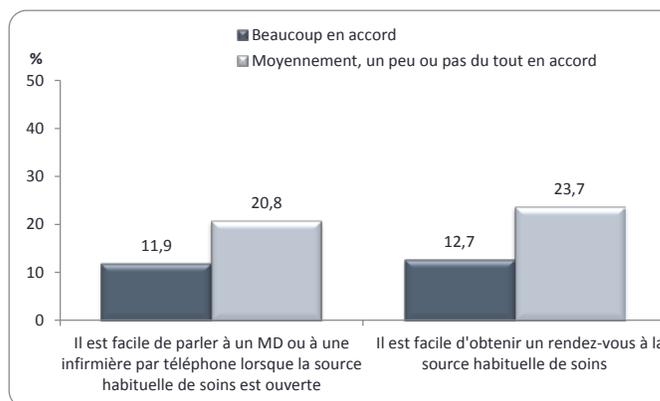


Figure 10 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon la facilité à rejoindre un professionnel ou à obtenir un rendez-vous à la source habituelle de soins, Montréal et Montérégie, 2010

On note de plus que le taux de déclaration de BNC a tendance à être plus élevé si le délai pour voir un médecin dans une clinique de 1^{re} ligne pour une situation urgente est long, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif (données non présentées).

Au regard de la continuité des soins, les résultats indiquent un taux de déclaration de BNC plus faible chez les patients qui rapportent voir toujours le même médecin à leur source habituelle de soins de 1^{re} ligne (figure 11).

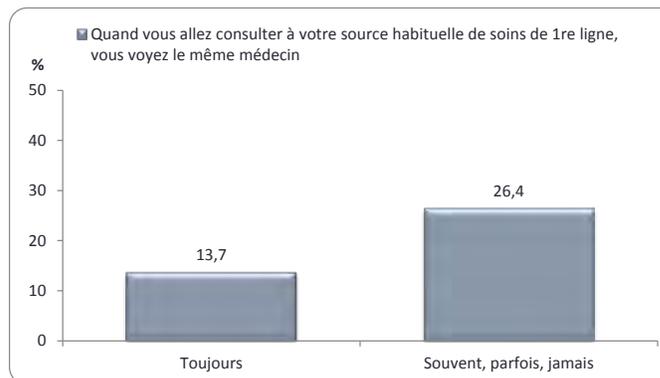


Figure 11 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon le fait de voir le même médecin lors des visites à la source habituelle de soins, Montréal et Montérégie, 2010

On remarque aussi qu'une plus longue durée de fréquentation de la source habituelle de soins de 1^{re} ligne est associée à une plus faible déclaration de BNC (figure 12).

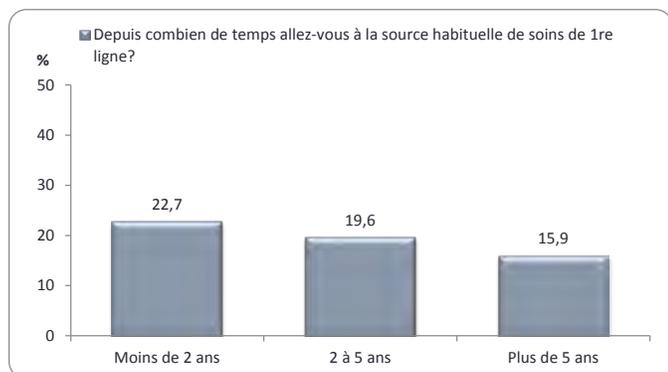


Figure 12 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon la durée de fréquentation de la source habituelle de soins de 1^{re} ligne, Montréal et Montérégie, 2010

En ce qui a trait à la globalité et la réactivité des soins (tableau 3), on constate que la déclaration de BNC s'avère moins fréquente chez les patients qui se disent beaucoup en accord avec les énoncés stipulant qu'à leur source habituelle de soins de 1^{re} ligne, on s'occupe de tous leurs problèmes de santé, qu'on les aide à obtenir tous les soins dont ils ont besoin et que les médecins leur consacrent assez de temps.

Tableau 3 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon certaines caractéristiques de la globalité et de la réactivité des soins, Montréal et Montérégie, 2010

À votre source habituelle de soins de 1 ^{re} ligne, ...	Beaucoup en accord	Moyennement, un peu ou pas du tout en accord
	% de BNC	% de BNC
on s'occupe de tous vos problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou psychologiques	13,6	23,8
on vous aide à obtenir tous les soins dont vous avez besoin	13,6	28,5
les médecins passent assez de temps avec vous	13,6	27,9

CONCLUSION

Bien que la proportion de personnes rapportant des besoins non comblés de services médicaux soit demeurée relativement stable entre 2005 et 2010 dans la population de Montréal et de la Montérégie, les besoins non comblés concernent des problèmes souvent sérieux et impliquant des conséquences non négligeables pour les personnes. Ces BNC pourraient constituer un reflet de problèmes dans l'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne, notamment en ce qui a trait aux problèmes d'accessibilité. Ainsi, on note que les raisons de non-consultation les plus couramment évoquées par les personnes ayant rapporté un BNC s'avèrent liées à l'accessibilité et à la disponibilité des services. De plus, la non-affiliation à un médecin de famille est associée à une plus grande déclaration de BNC.

Type de cliniques de 1^{re} ligne

Comme dans la section précédente, les informations suivantes ne concernent que les utilisateurs de services de santé ayant identifié une source habituelle de soins en 1^{re} ligne située à Montréal ou en Montérégie. Mentionnons que les résultats de cette section sont issus du jumelage entre les informations tirées de l'enquête populationnelle et celles provenant de l'enquête organisationnelle réalisée auprès des cliniques de 1^{re} ligne à Montréal et en Montérégie.

Les résultats présentés à la figure 13 indiquent un taux de déclaration de BNC significativement moins élevé parmi la population dont la source habituelle de soins est une clinique de type solo ou un GMF par rapport à la population dont la source est une clinique-réseau ou un GMF-CR. Toutefois, il faut noter qu'une fois les données ajustées pour les caractéristiques sociodémographiques et de santé des patients et pour leur expérience de soins, les analyses multivariées n'indiquent pas d'association significative entre le type de clinique de 1^{re} ligne et la déclaration de BNC (données non présentées).

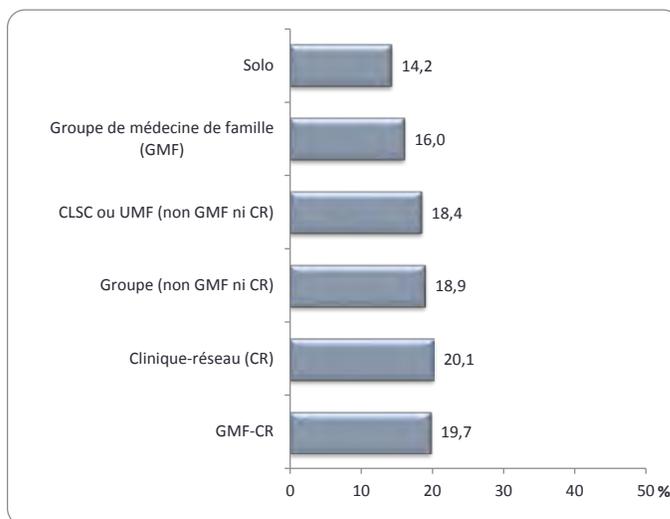


Figure 13 : Proportion des personnes ayant rapporté des BNC selon le type de clinique auquel appartient leur source habituelle de soins, Montréal et Montérégie, 2010

L'analyse des BNC indique par ailleurs que certaines caractéristiques sociodémographiques sont associées à la déclaration de BNC, comme en témoignent les proportions de BNC plus élevées notamment chez les femmes, les jeunes adultes, les immigrants récents et les personnes plus scolarisées. On constate également que la déclaration de BNC varie selon l'état de santé perçue et la présence de certains problèmes de santé.

Chez les patients ayant une source habituelle de soins de 1^{re} ligne, une appréciation plus favorable de l'expérience de soins, en ce qui concerne l'accessibilité, la continuité et la globalité des soins, est associée à de plus faibles proportions de personnes ayant rapporté des BNC. Enfin, le type d'organisation de la source habituelle de soins de 1^{re} ligne ne semble pas, en soi, en lien avec la déclaration de besoins de services médicaux non comblés.

Notes méthodologiques

Ce cahier thématique s'inscrit dans le cadre du projet «L'Évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie».

Les données populationnelles de 2005 proviennent d'une enquête téléphonique qui s'est déroulée entre les mois de février et juin 2005, auprès de 9 206 adultes de 18 ans et plus résidant à Montréal (N=4 789) et en Montérégie (N=4 417). Le taux de réponse était de 64,3 % globalement (63,0 % à Montréal et 65,9 % en Montérégie). Les données populationnelles de 2010 sont issues d'une enquête téléphonique réalisée de mars à août 2010 auprès de 9 180 adultes de 18 ans et plus résidant à Montréal (N=4 794) et en Montérégie (N=4 386). Le taux de réponse est de 55,6 % pour l'ensemble des deux régions (52,7 % à Montréal et 59,3 % en Montérégie).

Les données organisationnelles sont issues d'une enquête postale réalisée de mars à décembre 2010 auprès de l'ensemble des cliniques médicales de 1^{re} ligne à Montréal et en Montérégie. Trois cent soixante-seize organisations ont répondu à l'enquête pour un taux de réponse de 62,0 % (59,7 % à Montréal et 66,1 % en Montérégie). Les données portant sur les types de cliniques proviennent de données administratives et d'une enquête téléphonique réalisée auprès de toutes les cliniques de 1^{re} ligne de ces deux régions en préparation de l'enquête postale.

Le jumelage des données des enquêtes populationnelle et organisationnelle a pu être réalisé grâce à l'identification de leur source habituelle de soins par les répondants à l'enquête populationnelle.

Les données traitées dans ce cahier sont pondérées pour tenir compte des particularités de l'échantillonnage. Le niveau de signification statistique des analyses bivariées est établi à $p < 0,05$. Le test du chi-carré a été utilisé pour les analyses bivariées.

Limites

Les résultats présentés proviennent de données d'enquêtes. La présence de certains biais, tels que le biais de non-réponse, ne peut être totalement exclue. En effet, même si le taux de réponse aux enquêtes était élevé, des données permettant de s'assurer hors de tout doute de la représentativité des répondants ne sont pas disponibles. À noter que les répondants à l'enquête populationnelle ne parlant ni le français ni l'anglais et ceux souffrant d'une incapacité les empêchant de répondre au questionnaire ont été exclus de l'échantillon. Par ailleurs, certaines données de l'enquête populationnelle (ex. : revenu, scolarité) pourraient comporter un biais de désirabilité sociale. Il est aussi possible qu'un biais de mémoire ait affecté certaines données relatives à l'expérience de soins. Soulignons que les données sur l'expérience de soins à la clinique de 1^{re} ligne concernent les deux années précédant l'enquête et que la mesure des BNC porte sur les derniers six mois précédant l'enquête.

Comme les données proviennent d'enquêtes transversales, on ne peut affirmer que les associations mesurées entre les diverses variables à l'étude reflètent des liens de cause à effet entre ces variables. La prudence s'impose dans l'interprétation des résultats.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html) et de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/).

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-68398-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-68399-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2013)

AUTEURS

Sylvie Provost^{1,2,3}, Camille Turgeon-Provost^{1,2}, Raynald Pineault^{1,2,3}, Odette Lemoine^{1,2}, Brigitte Simard^{1,2}, Audrey Couture^{1,2}, Alexandre Prud'homme^{1,2}, Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}, Pierre Tousignant^{1,2,3}, Roxane Borgès Da Silva^{1,2,4}

¹ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

² Institut national de santé publique du Québec

³ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

⁴ Université de Montréal

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnatrice de projet

Audrey Couture

Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque, Raynald Pineault, Pierre Tousignant

Cochercheurs et professionnels de recherche

Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Odette Lemoine, Brigitte Simard, Marjolaine Hamel, Alexandre Prud'homme, Dominique Grimard, Michel Fournier, Danièle Roberge, Mylaine Breton, Jean-Louis Denis, Marie-Dominique Beaulieu, Debbie Feldman, Paul Lamarche, Jeannie Haggerty, Josée Côté

Codécideurs

Denis A. Roy, Mylène Drouin, Louis Côté, François Goulet

Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis

Organismes subventionnaires et partenaires

Cette recherche a bénéficié de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Elle bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le projet a reçu l'appui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Collège des médecins du Québec.

Le projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à titre de comité principal. La nature multicentrique du projet de recherche implique une approbation de conformité éthique de tous les comités d'éthique de la recherche au sein de chacun des centres de santé et des services sociaux des territoires à l'étude.

Juin 2013



- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Institut national de santé publique