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 pratiques cliniques préventives Résultats de l'enquête populationnelle 2010

Juin 2012

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL /
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC /
DIRECTION DE L'ANALYSE ET DE L'ÉVALUATION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES

Québec

Les pratiques cliniques préventives
Résultats de l'enquête populationnelle 2010

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ

SECTEUR SERVICES PRÉVENTIFS EN MILIEU CLINIQUE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

ET

DIRECTION DE L'ANALYSE ET DE L'ÉVALUATION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

JUIN 2012

Québec

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

AUTEURS

Sylvie Provost[1,2,3], Odette Lemoine[1,2], Brigitte Simard[1,2], Jean-Frédéric Levesque[1,2,3], Raynald Pineault[1,2,3], Pierre Tousignant[1,2,3]

ÉQUIPE DE RECHERCHE

COORDONNATRICE DE PROJET

Audrey Couture[1,2]

CHERCHEURS PRINCIPAUX

Jean-Frédéric Levesque[1,2,3], Raynald Pineault[1,2,3], Pierre Tousignant[1,2,3]

COCHERCHEURS ET PROFESSIONNELS DE RECHERCHE

Sylvie Provost[1,2,3], Roxane Borgès Da Silva[1,2,4], Odette Lemoine[1,2], Brigitte Simard[1,2], Marjolaine Hamel[1,2], Alexandre Prud'homme[1,2], Dominique Grimard[1,2], Michel Fournier[1,8], Danièle Roberge[5,6], Mylaine Breton[5,6], Jean-Louis Denis[7], Marie-Dominique Beaulieu[3,8], Debbie Feldman[1,2,8], Paul Lamarche[8], Jeannie Haggerty[4,9], Josée Côté[3,8]

CODÉCIDEURS

Denis A. Roy[2], Mylène Drouin[1], Louis Côté[10], François Goulet[12]

COMITÉ CONSULTATIF

Richard Lessard[1], Ginette Côté[13], Pierre Bergeron[2], Yolaine Galarneau[13], Frédéric Abergel[10], Louise Quesnel[11], Jean Rodrigue[11], Diane Watson[14], Brian Hutchison[15], Frederick Burge[16], William Hogg[17], Greg Webster[18], Suzanne Durand[19], Patricia Caris[13] et Serge Dulude[20]

SOUTIEN À LA RÉALISATION ET ÉDITION

Mireille Paradis[1]

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 McGill
5 Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne
6 Université de Sherbrooke
7 École nationale d'administration publique (ÉNAP)
8 Université de Montréal
9 Centre de recherche du Centre hospitalier St. Mary
10 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
11 Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
12 Collège des médecins du Québec
13 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
14 Bureau of health information, New South Wales, Australia
15 McMaster University
16 Dalhousie University
17 Université d'Ottawa
18 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
19 Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
20 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

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 impliqua 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.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/documentation.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 – 3e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-65802-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-65803-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2012)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX III

LISTE DES FIGURES V

LE PROJET *ÉVOLUTION* ET SES DIFFÉRENTS VOLETS 1

1 LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES 3

2 L'EXPOSITION AUX PCP : DONNÉES DESCRIPTIVES 5

2.1 PCP Counselling sur les habitudes de vie 6

2.1.1 Counselling sur l'alimentation 6
2.1.2 Counselling sur l'activité physique 8
2.1.3 Counselling sur le tabagisme 10

2.2 PCP Dépistage des cancers 12

2.2.1 Dépistage des cancers du col et du sein 12
2.2.2 Dépistage du cancer colorectal 14

2.3 PCP Dépistage des problèmes cardiométaboliques 16

2.3.1 Prise de la tension artérielle 16
2.3.2 Dépistage du diabète et de l'hypercholestérolémie 18

2.4 PCP Immunisation 20

2.4.1 Immunisation contre l'influenza 20

2.5 Caractéristiques sociodémographiques et exposition aux PCP 21

2.6 Scores moyens d'exposition aux PCP 22

2.7 Des différences entre les régions et entre les territoires de CSSS 24

3 FACTEURS LIÉS À L'EXPOSITION AUX PCP 27

3.1 État de santé et exposition aux PCP 27

3.2 Caractéristiques de l'affiliation à la source habituelle de soins de 1re ligne et exposition aux PCP 29

3.2.1 PCP et type de source habituelle de soins 29
3.2.2 PCP et médecin de famille 32
3.2.3 PCP et durée de fréquentation de la source habituelle de soins 33
3.2.4 PCP et fréquence de consultation de la source habituelle de soins 34

3.3 Facteurs associés à l'exposition aux PCP : analyses multivariées 36

4 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE 39

CONCLUSION 41

ANNEXE 1 PCP ET CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES 43

ANNEXE 2 PCP ET TERRITOIRES DE CSSS 47

ANNEXE 3 FACTEURS ASSOCIÉS À L'EXPOSITION AUX PCP 53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Liste des PCP retenues dans l'enquête populationnelle du projet *Évolution* et recommandations concernant ces PCP 4

Tableau 2 Score global moyen d'exposition aux PCP en fonction des caractéristiques sociodémographiques, Montréal-Montérégie, 2010 23

Tableau 3 Scores moyens d'exposition aux PCP, Montréal-Montérégie, 2010....23

Tableau 4 Scores d'exposition aux PCP selon le territoire de CSSS, Montréal, 2010....25

Tableau 5 Scores d'exposition aux PCP selon le territoire de CSSS, Montérégie, 2010 25

Tableau 6 Exposition aux PCP en fonction de la présence ou non de facteurs de risque ou de certaines maladies chroniques, Montréal-Montérégie, 2010 28

Tableau 7 Classification des cliniques de 1re ligne 29

Tableau 8 Exposition aux PCP en fonction du type de source habituelle de soins, Montréal-Montérégie, 2010 31

Tableau 9 Exposition aux PCP en fonction du fait d'avoir ou non un médecin de famille, Montréal-Montérégie, 2010 32

Tableau 10 Exposition aux PCP en fonction de la durée de fréquentation de la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal-Montérégie, 2010....33

Tableau 11 Exposition aux PCP en fonction du nombre de visites à la source habituelle de soins au cours des deux dernières années, Montréal-Montérégie, 2010 35

Tableau 12 Facteurs associés à un score d'exposition aux PCP de 70 % ou plus, Montréal-Montérégie, 2010....37

Tableau 13 Facteurs associés à l'exposition aux PCP, Montréal-Montérégie, 2010. Tableau-synthèse des analyses multivariées....38

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Proportion des clientèles visées exposées aux PCP à l'étude. Adultes avec source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal-Montérégie, 2010 5

Figure 2 Proportion des adultes auprès de qui on a discuté des habitudes alimentaires au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846) 6

Figure 3 Proportion des adultes à qui on a fait des recommandations sur les habitudes alimentaires au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846) 7

Figure 4 Proportion des adultes auprès de qui on a discuté de la pratique des activités physiques au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846) 8

Figure 5 Proportion des adultes à qui on a fait des recommandations sur la pratique des activités physiques au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846) 9

Figure 6 Proportion des adultes chez qui on a documenté le statut tabagique au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846) 10

Figure 7 Proportion des fumeurs à qui on a recommandé de cesser de fumer au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 1 681) 11

Figure 8 Proportion des femmes de 18 à 69 ans chez qui on a effectué un test Pap au cours des trois dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 3 069) 12

Figure 9 Proportion des femmes de 50 à 69 ans à qui on a recommandé de passer une mammographie au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 1 226) 13

Figure 10 Proportion des personnes de 50 à 75 ans à qui on a prescrit un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 2 624) 14

Figure 11 Proportion des personnes de 50 à 75 ans à qui on a recommandé de passer une colonoscopie au cours des 10 dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 2 624) 15

Figure 12 Proportion des adultes chez qui on a mesuré la tension artérielle au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846) 16

Figure 13 Proportion des adultes chez qui on a mesuré la tension artérielle au cours de la dernière année, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846) 17

Figure 14 Proportion des personnes de 40 ans ou plus à qui on a prescrit une mesure de la glycémie au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 4 508)..... 18

Figure 15 Proportion des femmes de 50 à 70 ans et des hommes de 40 à 70 ans à qui on a prescrit une mesure du cholestérol au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 2 945)..... 19

Figure 16 Proportion des adultes qui ont été vaccinés contre l'influenza A H1N1 au cours de la dernière année. Adultes ayant une source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)..... 20

Figure 17 Proportion des personnes de 60 ans ou plus à qui on a recommandé de recevoir le vaccin contre l'influenza saisonnière au cours de la dernière année, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 1 881) 21

Figure 18 Classement des territoires de CSSS au regard du score global moyen d'exposition aux PCP, Montréal, 2010..... 26

Figure 19 Classement des territoires de CSSS au regard du score global moyen d'exposition aux PCP, Montérégie, 2010..... 26

LE PROJET *ÉVOLUTION* ET SES DIFFÉRENTS VOLETS

Au début de 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé, qui est une 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 populeuses du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de 1re ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins de la population. Suite à cette première étude, une deuxième étude a été entreprise en 2010. Son but est de comprendre l'évolution des modèles organisationnels de 1re ligne et leur performance relative à travers le processus de réforme (de 2005 à 2010) et d'évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel qui sont associés à la transformation des modèles d'organisations de 1re ligne et à leur performance. Plus spécifiquement, les objectifs du projet Évolution sont :

1. d'évaluer l'ampleur et la direction du changement organisationnel de même que le passage des organisations de 1re ligne à des modèles organisationnels différents entre 2005 et 2010, au niveau de l'organisation des services de 1re ligne et des réseaux locaux, tel qu'exprimé par : a) la prévalence et la configuration locale des modèles organisationnels de 1re ligne; b) la conformité des organisations de 1re ligne à un idéal-type de caractéristiques organisationnelles défini de façon normative; c) le niveau de collaboration entre les organisations de 1re ligne à l'intérieur et à l'extérieur du réseau local;
2. de déterminer l'association entre ces changements dans les organisations de 1re ligne et les facteurs liés à l'implantation des réseaux locaux et les politiques visant à promouvoir de nouvelles formes d'organisations de 1re ligne, la collaboration interorganisationnelle, de même que les facteurs concernant la réceptivité des organisations de 1re ligne et l'influence des associations professionnelles;
3. d'examiner l'association entre ces changements organisationnels et les différents indicateurs de performance de la 1re ligne (couverture populationnelle, processus et résultats de soins) au niveau de la clientèle des organisations et de la population du réseau local.

Cette étude consiste donc en trois enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées. D'abord, une enquête populationnelle a été menée auprès d'un échantillon d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population des deux régions. Cette enquête a documenté l'affiliation des patients aux organisations de 1re ligne, leur niveau d'utilisation des services, divers attributs de leur expérience de soins, les services préventifs reçus, ainsi que la perception de besoins non comblés. Puis, une enquête auprès des organisations de 1re ligne des deux régions apprécie les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et les mécanismes organisationnels mis en place pour soutenir les pratiques cliniques. Cette information servira à développer une taxonomie des organisations en utilisant une approche mixte d'analyse factorielle et d'analyse par composantes principales. Enfin, une troisième enquête consiste à apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de 1re ligne évoluent.

Le présent rapport porte sur les résultats de l'enquête populationnelle concernant l'exposition aux pratiques cliniques préventives. L'enquête téléphonique a été 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 obtenu est de 55,6 % pour l'ensemble des deux régions (52,7 % à Montréal et 59,3 % en Montérégie). Le taux de réponse par territoire de CSSS varie de 41,2 % à 63,9 %. Le nombre final de répondants par territoire de CSSS varie de 378 à 421. Les données présentées dans ce rapport sont pondérées pour tenir compte des particularités de l'échantillonnage. Le détail des considérations méthodologiques liées à la réalisation de cette étude, ainsi que la description du profil sociodémographique des répondants, sont disponibles dans le rapport méthodologique[1] de l'enquête populationnelle.

La première section du rapport apporte des précisions au regard des pratiques cliniques préventives (PCP) retenues dans cette étude. Les résultats de l'analyse du volet PCP du projet *Évolution* sont présentés dans les sections 2 et 3 du rapport.

La section 2 porte sur les résultats descriptifs et présente la proportion des différentes clientèles cibles exposées aux PCP à l'étude, pour l'ensemble des répondants de Montréal et de la Montérégie, ainsi que pour chacune des deux régions séparément. Lorsque ces proportions diffèrent de façon statistiquement significative en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, celles-ci sont aussi présentées dans cette section du rapport.

Signalons que, contrairement aux autres volets documentés dans le cadre du projet *Évolution*, l'exposition aux PCP n'avait pas été mesurée pour l'ensemble des répondants à l'enquête populationnelle réalisée en 2005. Par conséquent, ce rapport ne présente pas de données comparatives entre les deux années.

La section 3 présente les résultats portant sur les associations entre l'exposition aux PCP et différents facteurs susceptibles d'influencer cette exposition.

[1] Lemoine O, Simard B, Provost S, Levesque J-F, Pineault R, Tousignant P. « Rapport méthodologique 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 et Institut national de santé publique du Québec, Rapport juillet 2011.

1 LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

Les pratiques cliniques préventives, ou PCP, sont des interventions réalisées par un professionnel de la santé auprès d'un patient dans le but de prévenir, éviter ou retarder l'apparition d'un problème de santé. On les classe généralement en interventions de type counselling sur les habitudes de vie, dépistage, vaccination ou prescription de médication préventive. Les recommandations concernant la prestation de ces interventions varient selon les PCP, en fonction de l'état des connaissances.

Les PCP suivantes ont été retenues dans le cadre de cette étude : PCP de type counselling sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique et tabac), PCP relatives au dépistage du cancer (col utérin, sein et colorectal), PCP relatives au dépistage de problèmes cardiométaboliques (hypertension artérielle, diabète et hypercholestérolémie) et une PCP relative à l'immunisation (influenza).

Le tableau 1 présente la liste des PCP retenues, ainsi que les recommandations, en vigueur au moment de l'étude, s'y rapportant. Dans ce tableau, la colonne de droite précise la population visée par chaque PCP, ce qui correspond aux groupes de personnes à qui les questions sur chaque PCP ont été posées lors de l'enquête.

Tableau 1 Liste des PCP retenues dans l'enquête populationnelle du projet *Évolution* et recommandations concernant ces PCP

PCP	Recommandations en vigueur au moment de l'étude				Population visée
	GECSSP[a]	USPSTF[b]	PNSP[c]	Autres	
Counselling sur les habitudes de vie[d]					
Recommandation d'une saine alimentation	B (1994)	I (2003)	✓	Guide alimentaire canadien (2007)	Toute la population
		B (2003)			Patients à risque cardiométabolique
Counselling sur la pratique régulière d'activité physique	C (1994)	I (2002)	✓	Comité scientifique Kino-Québec (2009)	Toute la population
Documentation du statut tabagique	A (1994)	A (2009)	✓	Surgeon General (2008)	Toute la population
Recommandation d'arrêter de fumer					Patients fumeurs
Dépistage des cancers (col utérin, sein, colorectal)					
Cancer du col : test Pap aux 3 ans	B (1994) 18-69 ans	A (2003) 18-65 ans	✓		Femmes de 18-69 ans non hystérectomisées
Cancer du sein : mammographie aux 2 ans	A (1994)	B (2009) 50-74 ans	✓	Programme québécois de dépistage du cancer du sein (50-69 ans) (2005)	Femmes 50-69 ans
Cancer colorectal : recherche de sang occulte dans les selles annuelle ou aux 2 ans	A (2001)	A (2008)		Association canadienne de gastroentérologie (2004)	Personnes de 50-75 ans
ou colonoscopie aux 5 à 10 ans	C (2001)				
Dépistage des problèmes cardiométaboliques					
Dépistage hypertension artérielle à chaque visite médicale appropriée		A (2007)	✓	Programme éducatif canadien sur l'hypertension (2009)	Toute la population
Dépistage diabète au cours des 3 dernières années				Association canadienne du diabète (2008)	Personnes de 40 ans ou +
Dépistage hyperlipidémie au cours des 3 dernières années		A (2008) H ≥ 35 ans		Groupe de travail canadien sur l'hypercholestérolémie et autres dyslipidémies (2009)	Hommes 40 à 70 ans/Femmes 50 à 70 ans
Immunisation					
Vaccination annuelle contre l'influenza	A (2004)		✓	MSSS, Protocole d'immunisation du Québec (2009)	60 ans ou + Personnes avec maladies chroniques

[a] Le GECSSP (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs) classe les données probantes par catégories de recommandations : (A) = données suffisantes pour recommander l'intervention; (B) = données acceptables pour recommander; (C) = données conflictuelles; (D) = données acceptables pour déconseiller l'intervention; (E) = données suffisantes pour déconseiller; (I) = données insuffisantes pour émettre une recommandation.

[b] Le USPSTF (United States Preventive Services Task Force) classe les données probantes par catégories de recommandations : (A) = fortement recommandé (preuves suffisantes); (B) = recommandé (preuves acceptables); (C) = ni recommandé, ni déconseillé (preuves conflictuelles); (D) = déconseillé (preuves acceptables); (I) = ni recommandé, ni déconseillé (preuves insuffisantes).

[c] Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008, MSSS.

[d] À noter que la fréquence de réalisation des PCP de type counselling sur les habitudes de vie n'est pas précisée dans les recommandations.

2 L'EXPOSITION AUX PCP : DONNÉES DESCRIPTIVES

Les résultats présentés dans ce rapport concernent la population ayant une source habituelle de soins médicaux de 1re ligne (clinique médicale, CLSC, UMF, GMF) à Montréal ou en Montérégie, soit 75 % des 9 180 répondants selon les critères de l'étude.

Les répondants éligibles étaient invités à se référer aux services de santé préventifs reçus à leur source habituelle de soins, que ces interventions aient été effectuées par le médecin ou par l'infirmière.

La figure 1 illustre, pour les deux régions enquêtées (considérées globalement), la proportion des adultes visés par les différentes PCP qui ont déclaré avoir été exposés à ces interventions préventives à leur source habituelle de soins de 1re ligne. De façon générale, on constate que ces adultes ont été davantage exposés aux PCP de type dépistage des problèmes cardiométaboliques et des cancers (à l'exception du dépistage du cancer colorectal) qu'aux PCP de type counselling sur les habitudes de vie et immunisation.

On retrouve dans les pages suivantes les résultats descriptifs au regard de chacune des PCP étudiées. Les questions utilisées pour mesurer l'exposition aux différentes PCP sont présentées dans les encadrés précédant les résultats pour chaque PCP. Les caractéristiques sociodémographiques associées de manière statistiquement significative à l'exposition aux différentes PCP sont présentées dans cette section. Le détail des résultats au regard des caractéristiques sociodémographiques est présenté dans le tableau de l'annexe 1.

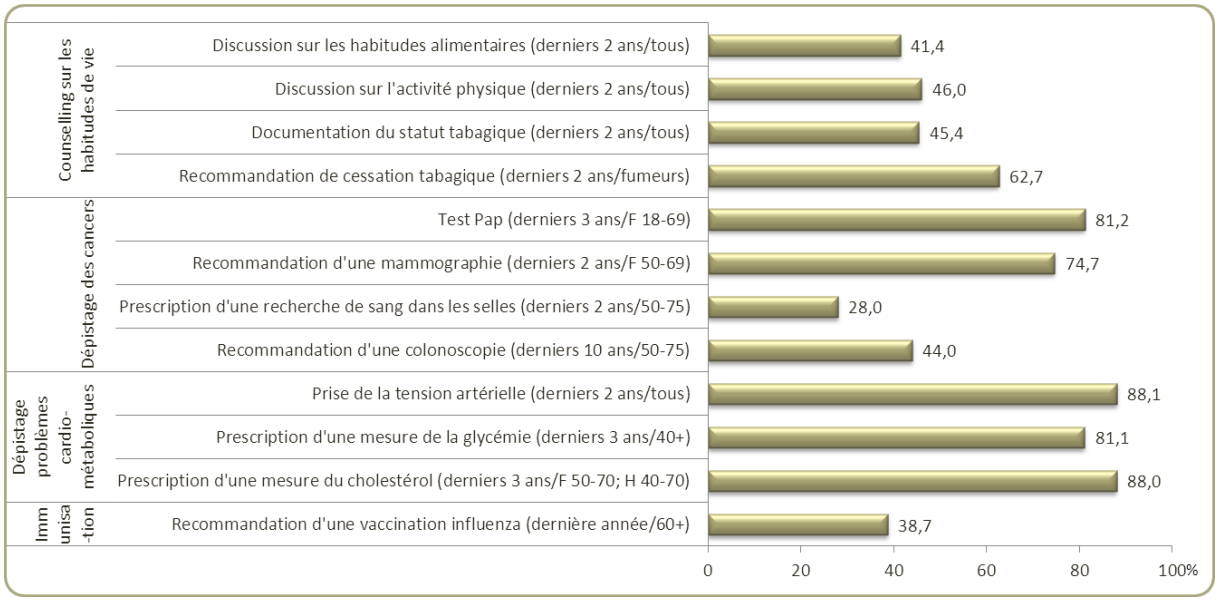

Figure 1 Proportion des clientèles visées exposées aux PCP à l'étude. Adultes avec source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal-Montérégie, 2010[2]

[2] Toutes les données présentées dans ce rapport sont pondérées pour tenir compte des particularités de l'échantillonnage.

2.1 PCP COUNSELLING SUR LES HABITUDES DE VIE

2.1.1 Counselling sur l'alimentation

Les questions suivantes portent sur les services de santé préventifs reçus (à la/au « Nom de la source de soins »), que ce soit par le médecin ou par l'infirmière.

À quand remonte la dernière fois où l'on a discuté avec vous de votre alimentation ou de vos habitudes alimentaires?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 2 ans
- ☐ Plus de 2 ans
- ☐ Ce n'est jamais arrivé

Est-ce qu'on vous a…

- ☐ … questionné sans vous faire de recommandation particulière
- ☐ … fait des recommandations pour améliorer vos habitudes alimentaires
- ☐ … ou recommandé de conserver vos bonnes habitudes

Discussion sur les habitudes alimentaires *(population cible : toute la population)*

Environ deux personnes sur cinq ont rapporté qu'à leur source habituelle de soins de 1re ligne, on avait, au cours des deux dernières années, discuté avec elles de leur alimentation ou de leurs habitudes alimentaires. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

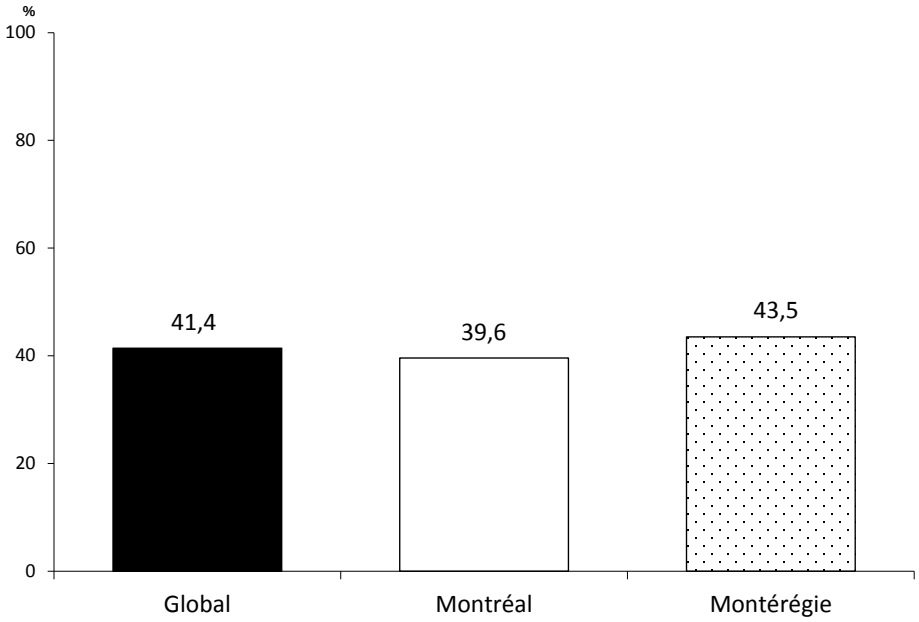

Figure 2 Proportion des adultes auprès de qui on a discuté des habitudes alimentaires au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)

Cette proportion est aussi significativement plus élevée chez les personnes :

- de sexe masculin (42,8 %);
- âgées de 45-64 ans (47,8 %);
- ayant un revenu[3] élevé (44,0 %).

Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (29,5 %)[4].

Recommandations sur les habitudes alimentaires ***(population cible : toute la population)***

Une proportion un peu moindre (37,0 %) des répondants ont déclaré qu'au cours de la même période on leur avait fait des recommandations visant à améliorer leurs habitudes alimentaires ou à conserver leurs bonnes habitudes. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

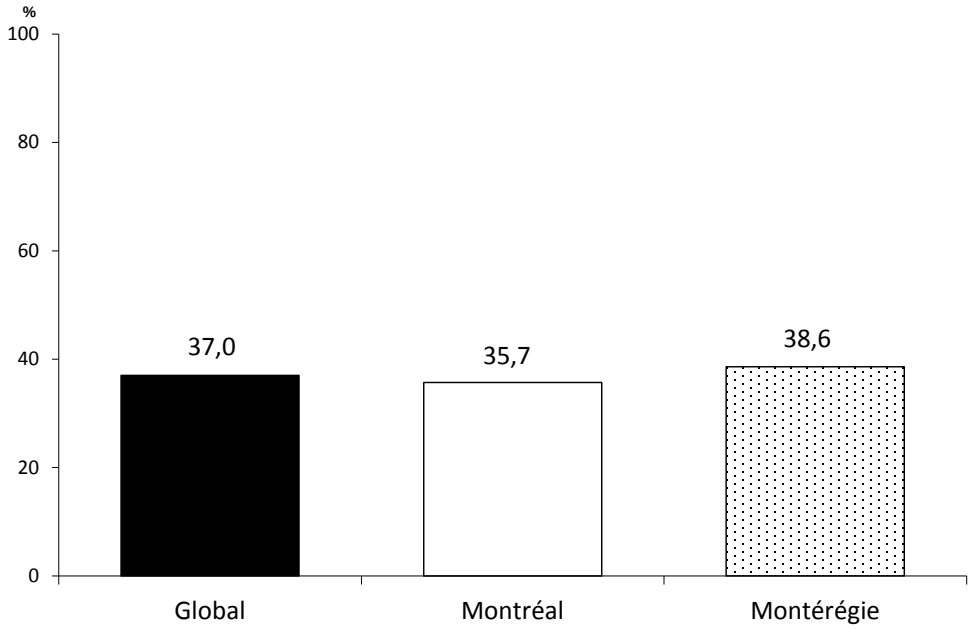

Figure 3 Proportion des adultes à qui on a fait des recommandations sur les habitudes alimentaires au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)

Cette proportion est aussi significativement plus élevée chez les personnes :

- âgées de 45-64 ans (43,6 %);
- ayant un revenu élevé (39,3 %).

Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (26,3 %).

[3] Revenu ajusté pour la taille du ménage.

[4] Le détail des résultats au regard des caractéristiques sociodémographiques est présenté à l'annexe 1.

2.1.2 Counselling sur l'activité physique

Les questions suivantes portent sur les services de santé préventifs reçus (à la/au « Nom de la source de soins »), que ce soit par le médecin ou par l'infirmière.

À quand remonte la dernière fois où l'on a discuté avec vous de votre pratique de l'activité physique?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 2 ans
- ☐ Plus de 2 ans
- ☐ Ce n'est jamais arrivé

Est-ce qu'on vous a…

- ☐ … questionné sans vous faire de recommandation particulière
- ☐ … fait des recommandations pour augmenter votre niveau d'activité
- ☐ … ou recommandé de continuer vos activités

Discussion sur la pratique de l'activité physique ***(population cible : toute la population)***

Près de la moitié des personnes ont rapporté qu'à leur source habituelle de soins, on avait, au cours des deux dernières années, discuté avec elles de leur pratique de l'activité physique. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

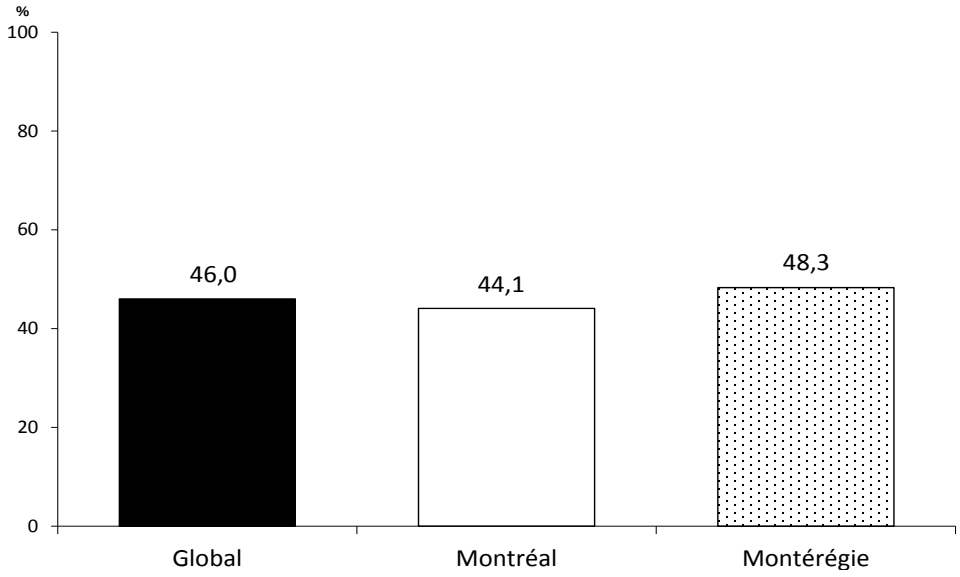

Figure 4 Proportion des adultes auprès de qui on a discuté de la pratique des activités physiques au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)

Cette proportion est aussi significativement plus élevée chez les personnes :

- de sexe masculin (48,2 %);
- âgées de 45-64 ans (54,3 %);
- ayant obtenu un diplôme universitaire (48,3 %);
- ayant un revenu élevé (52,3 %).

Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (32,9 %).

Recommandations sur la pratique de l'activité physique ***(population cible : toute la population)***

Une proportion un peu moindre (40,7 %) des répondants ont déclaré qu'au cours de la même période on leur avait fait des recommandations visant à augmenter leur niveau d'activité ou à continuer leurs activités. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

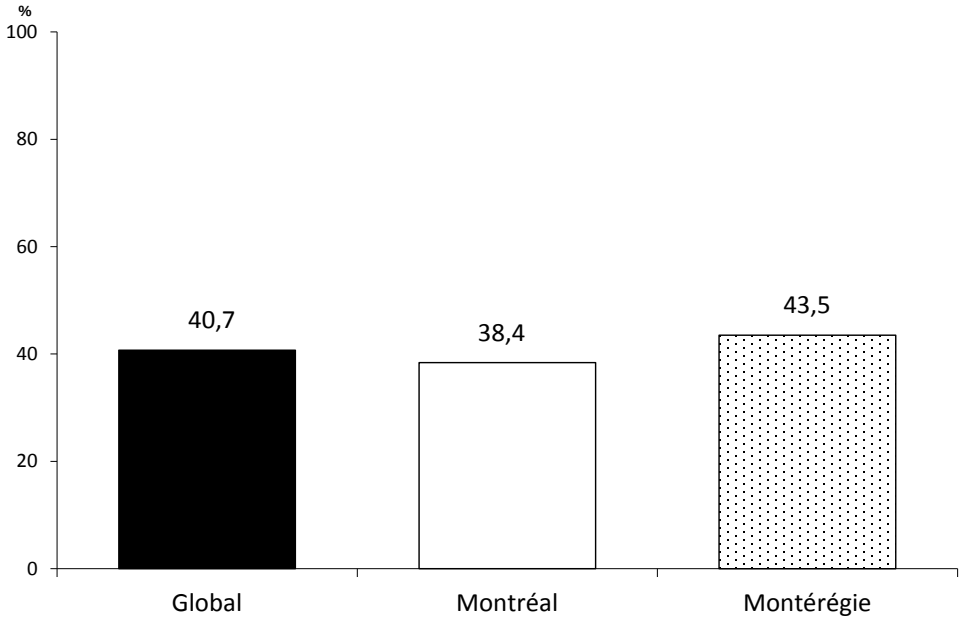

Figure 5 Proportion des adultes à qui on a fait des recommandations sur la pratique des activités physiques au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)

Cette proportion est aussi significativement plus élevée chez les personnes :

- de sexe masculin (42,3 %);
- âgées de 45-64 ans (49,0 %);
- ayant un revenu élevé (46,1 %).

Elle est moins élevée chez les personnes :

- n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (36,2 %);
- immigrées depuis moins de 10 ans (28,2 %).

2.1.3 Counselling sur le tabagisme

Les questions suivantes portent sur les services de santé préventifs reçus (à la/au « Nom de la source de soins »), que ce soit par le médecin ou par l'infirmière.

À la/au « Nom de la source de soins »), à quand remonte la dernière fois où l'on vous a demandé si vous fumiez?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 2 ans
- ☐ Plus de 2 ans
- ☐ Ce n'est jamais arrivé

(La question suivante ne s'adresse qu'aux fumeurs ou aux ex-fumeurs depuis 2 ans ou moins.)
À quand remonte la dernière fois où l'on vous a recommandé de cesser de fumer?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 2 ans
- ☐ Plus de 2 ans
- ☐ Ce n'est jamais arrivé

Documentation du statut tabagique ***(population cible : toute la population)***

Près de la moitié des répondants ont déclaré qu'au cours des deux dernières années, à leur source habituelle de soins, on leur avait demandé s'ils fumaient. Il n'y a pas de différence significative entre les deux régions à cet égard[5].

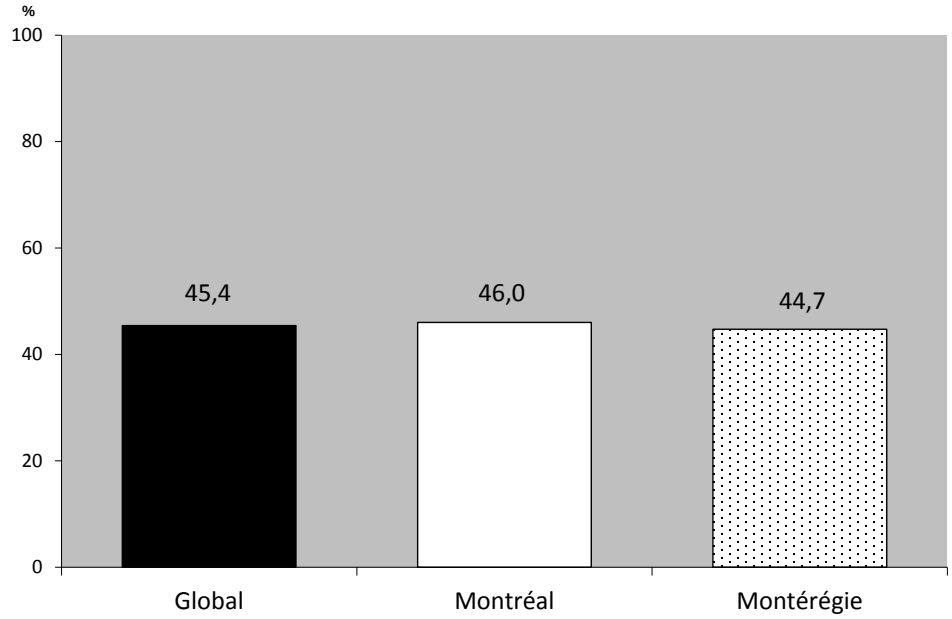

Figure 6 Proportion des adultes chez qui on a documenté le statut tabagique au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)

Cette proportion est significativement plus élevée chez les personnes âgées de 18-29 ans (63,9 %).

[5] Les différences entre les deux régions sont statistiquement non significatives ($p \geq 0,05$) lorsque le fond des graphiques est grisé.

Elle est moins élevée chez les personnes :

- n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (37,9 %);
- immigrées depuis 10 ans ou plus (37,6 %).

Recommandation de cessation tabagique ***(population cible : les fumeurs)***

À leur source habituelle de soins de 1re ligne, plus de trois fumeurs sur cinq (incluant les ex-fumeurs depuis deux ans ou moins) se sont vus recommander de cesser de fumer au cours des deux dernières années. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

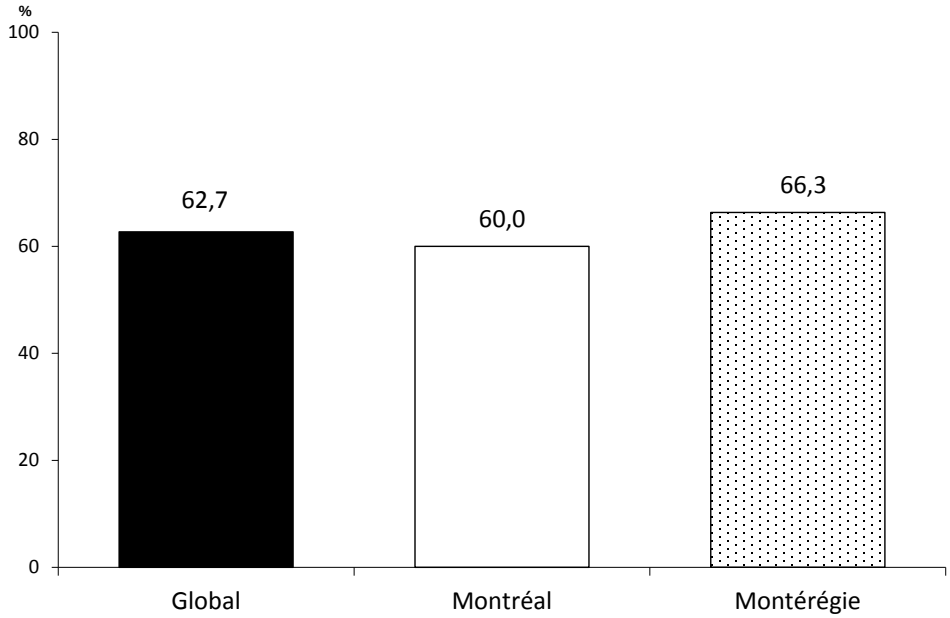

Figure 7 Proportion des fumeurs à qui on a recommandé de cesser de fumer au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 1 681)

Cette proportion est aussi significativement plus élevée chez les personnes :

- âgées de 45-64 ans (69,3 %);
- n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (70,0 %).

Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (29,3 %).

2.2 PCP DÉPISTAGE DES CANCERS

2.2.1 Dépistage des cancers du col et du sein

Les questions suivantes portent sur les services de santé préventifs reçus (à la/au « Nom de la source de soins »), que ce soit par le médecin ou par l'infirmière.

(La question suivante ne s'adresse qu'aux femmes de 18 à 69 ans.)
À quand remonte votre dernier Pap test?

- ☐ Au cours des 3 dernières années
- ☐ Il y a plus de 3 ans
- ☐ Jamais

(La question suivante ne s'adresse qu'aux femmes de 50 à 69 ans.)
(À la/au « Nom de la source de soins »), à quand remonte la dernière fois où l'on vous a recommandé de passer une mammographie?

- ☐ Au cours des 2 dernières années
- ☐ Il y a plus de 2 ans
- ☐ Jamais

Test Pap au cours des trois dernières années *(population cible : les femmes de 18 à 69 ans)*

Environ 80 % des femmes de 18 à 69 ans non hystérectomisées ont eu un test Pap à leur source habituelle de soins au cours des trois dernières années. La proportion est plus élevée chez les femmes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

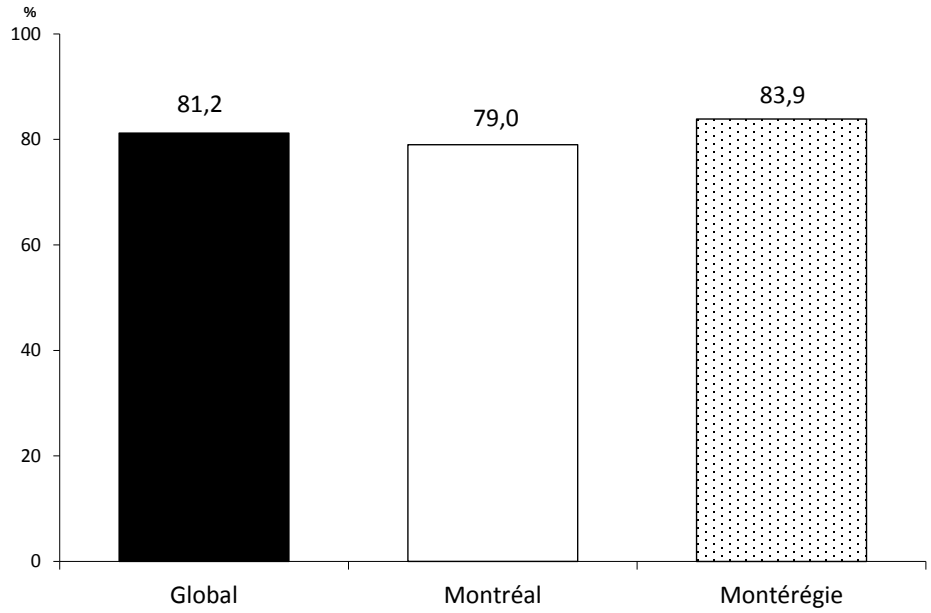

Figure 8 Proportion des femmes de 18 à 69 ans chez qui on a effectué un test Pap au cours des trois dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 3 069)

Cette proportion est aussi significativement plus élevée chez les femmes :

- âgées de 50 à 59 ans (86,7 %);
- ayant obtenu un diplôme universitaire (84,0 %);
- ayant un revenu élevé (89,5 %).

Elle est moins élevée chez les femmes immigrées depuis moins de 10 ans (59,3 %).

Recommandation de mammographie au cours des deux dernières années
(population cible : les femmes de 50 à 69 ans)

Environ trois femmes de 50 à 69 ans sur quatre ont reçu, à leur source habituelle de soins au cours des deux dernières années, une recommandation de passer une mammographie. La proportion est plus élevée chez les femmes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

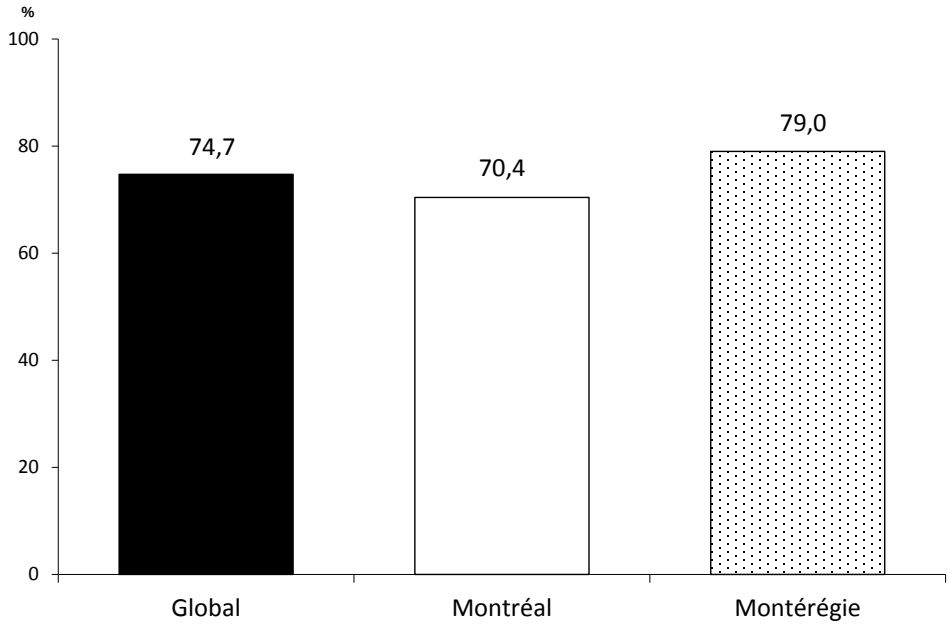

Figure 9 Proportion des femmes de 50 à 69 ans à qui on a recommandé de passer une mammographie au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 1 226)

Cette proportion est moins élevée chez les femmes :

- ayant obtenu un niveau de revenu faible (66,8 %);
- immigrées depuis moins de 10 ans (37,5 %).

2.2.2 Dépistage du cancer colorectal

Les questions suivantes portent sur les services de santé préventifs reçus (à la / au «Nom de la source de soins»), que ce soit par le médecin ou par l'infirmière.
(Les questions suivantes ne s'adressent qu'aux personnes de 50 à 75 ans.)

À quand remonte la dernière fois où l'on vous a prescrit un test de recherche de sang dans les selles?
- ☐ Au cours des 2 dernières années
- ☐ Il y a plus de 2 ans
- ☐ Jamais

À quand remonte la dernière fois où l'on vous a recommandé de passer une colonoscopie?
- ☐ Au cours des 5 dernières années
- ☐ Il y a 6 à 10 ans
- ☐ Il y a plus de 10 ans
- ☐ Jamais

Prescription d'un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux dernières années ***(population cible : les personnes âgées de 50 à 75 ans)***

Moins de 30 % des personnes de 50 à 75 ans se sont vues prescrire au cours des deux dernières années, à leur source habituelle de soins, un test de recherche de sang occulte dans les selles. Il n'y a pas de différence significative entre les deux régions à cet égard.

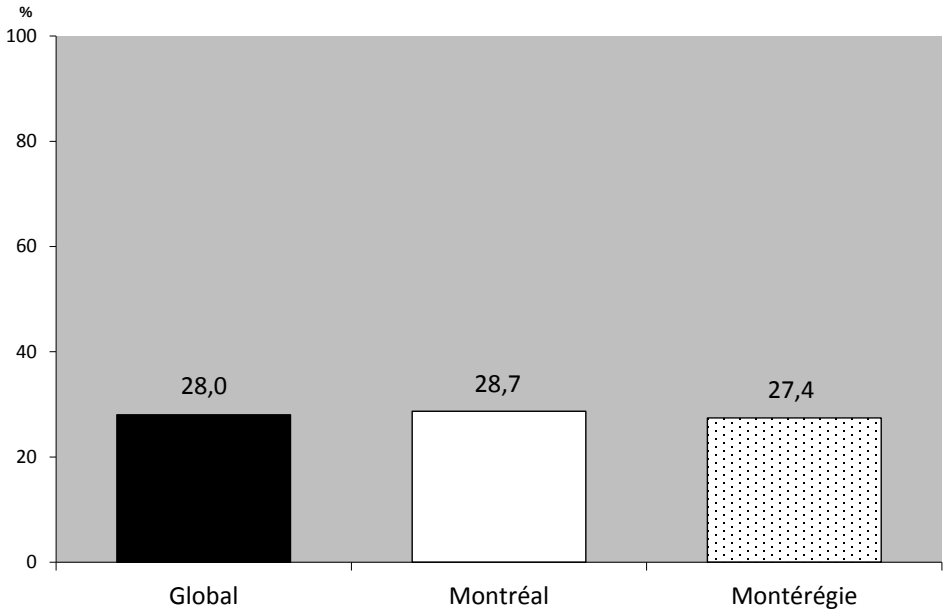

Figure 10 Proportion des personnes de 50 à 75 ans à qui on a prescrit un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 2 624)

Cette proportion est significativement plus élevée chez les hommes (35,1 %).

Recommandation d'une colonoscopie au cours des 10 dernières années
(population cible : les personnes âgées de 50 à 75 ans)

Un peu plus de deux personnes âgées de 50 à 75 ans sur cinq ont eu, à leur source habituelle de soins au cours des 10 dernières années, une recommandation de passer une colonoscopie. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant à Montréal qu'en Montérégie.

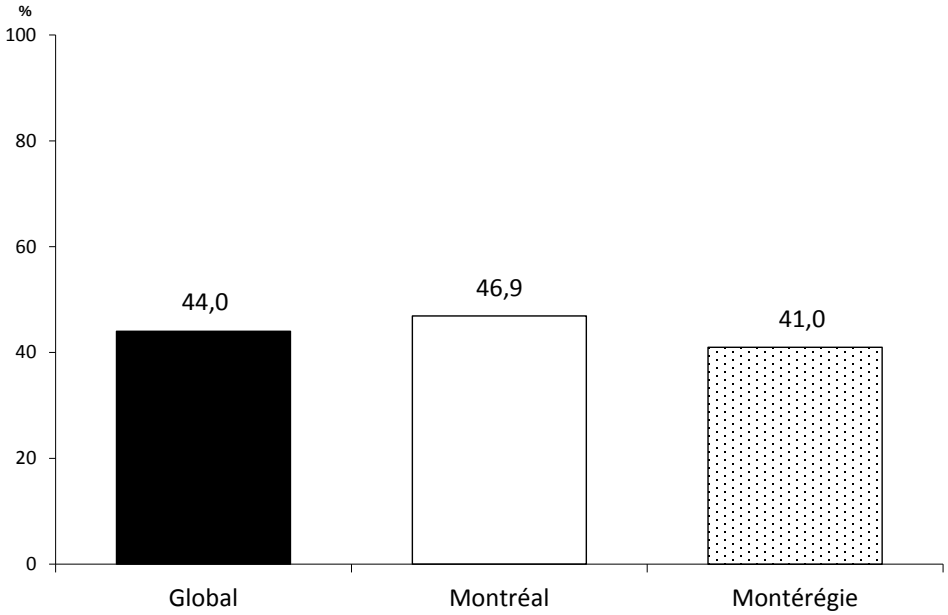

Figure 11 Proportion des personnes de 50 à 75 ans à qui on a recommandé de passer une colonoscopie au cours des 10 dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 2 624)

Cette proportion est aussi significativement plus élevée chez les personnes :

- âgées de 60 à 69 ans (49,4 %);
- ayant obtenu un diplôme universitaire (48,2 %);
- ayant un revenu élevé (51,1 %).

Elle est significativement moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (11,8 %).

Globalement, 55,5 % des personnes de 50 à 75 ans ont eu l'une ou l'autre de ces interventions de dépistage du cancer colorectal (recommandation de passer une colonoscopie ou prescription d'un test de recherche de sang occulte dans les selles). La proportion est significativement plus élevée chez les personnes résidant à Montréal (57,8 %) qu'en Montérégie (53,2 %).

2.3 PCP DÉPISTAGE DES PROBLÈMES CARDIOMÉTABOLIQUES

2.3.1 Prise de la tension artérielle

La question suivante porte sur les services de santé préventifs reçus (à la/au « Nom de la source de soins »), que ce soit par le médecin ou par l'infirmière.

(À la/au « Nom de la source de soins »), à quand remonte la dernière fois où on a pris votre pression artérielle?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 2 ans
- ☐ Plus de 2 ans
- ☐ Jamais

Prise de la TA au cours des deux dernières années *(population cible : toute la population)*

La tension artérielle (TA) a été mesurée au cours des deux dernières années, à leur source habituelle de soins, chez près de neuf personnes sur 10. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

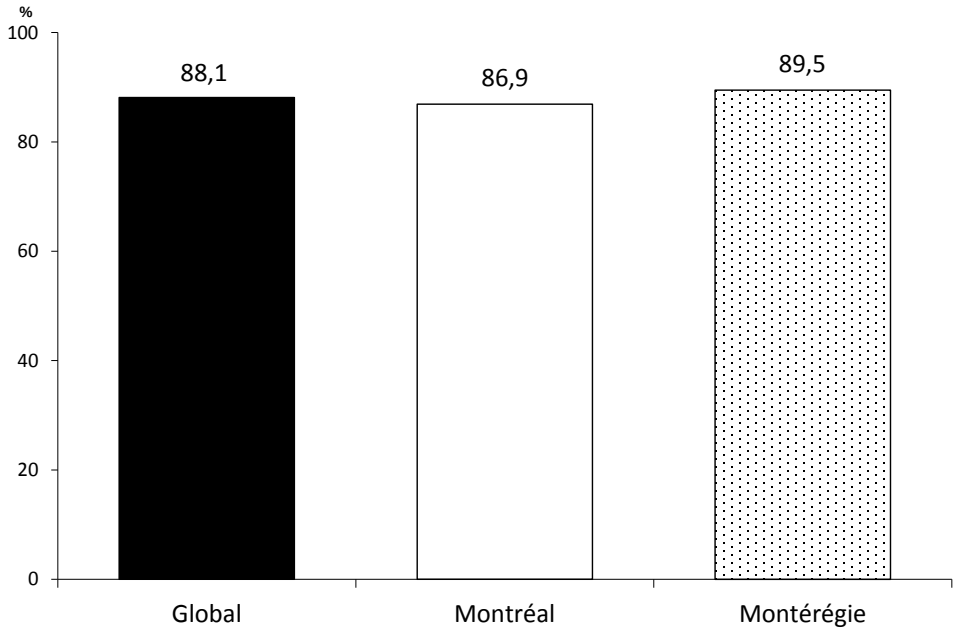

Figure 12 Proportion des adultes chez qui on a mesuré la tension artérielle au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)

Cette proportion est aussi significativement plus élevée chez les personnes :

- de sexe féminin (89,8 %);
- n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (93,2 %).

La proportion augmente avec l'âge, passant de 76,5 % chez les 18-29 ans à 97,1 % chez les 65 ans ou plus.

Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (76,3 %).

Si on exclut les répondants qui déclarent être atteints d'hypertension artérielle (HTA), la proportion est de 85,3 % (Montréal 83,9 % et Montérégie 87,1 %).

Par ailleurs, la proportion de personnes chez qui la TA a été mesurée *au cours de la dernière année* est plus près de sept personnes sur 10. On ne note pas de différence significative entre les deux régions à cet égard.

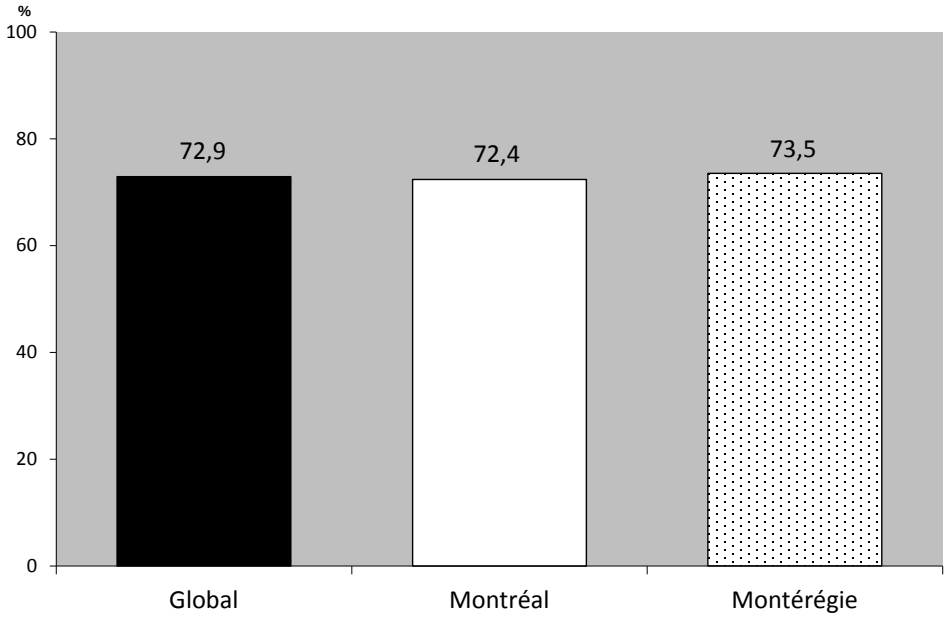

Figure 13 Proportion des adultes chez qui on a mesuré la tension artérielle au cours de la dernière année, à la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)

Cette proportion augmente avec l'âge et est significativement plus élevée chez les personnes :

- de sexe féminin (74,8 %);
- âgées de 65 ans ou plus (90,8 %);
- n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (83,6 %).

Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (57,1 %).

Chez les répondants non hypertendus, cette proportion est de 67,5 % et on ne note pas de différence significative entre les deux régions (Montréal 66,6 %; Montérégie 68,6 %).

2.3.2 Dépistage du diabète et de l'hypercholestérolémie

Les questions suivantes portent sur les services de santé préventifs reçus (à la/au « Nom de la source de soins »), que ce soit par le médecin ou par l'infirmière.

(La question suivante ne s'adresse qu'aux personnes de 40 ans ou plus.)
À quand remonte la dernière fois où l'on vous a prescrit une prise de sang pour mesurer votre taux de sucre (glycémie)?
- ☐ Au cours des 3 dernières années
- ☐ Il y a plus de 3 ans
- ☐ Jamais

(La question suivante ne s'adresse qu'aux hommes de 40 à 70 ans et aux femmes de 50 à 70 ans.)
À quand remonte la dernière fois où l'on vous a prescrit une prise de sang pour mesurer votre taux de cholestérol?
- ☐ Au cours des 3 dernières années
- ☐ Il y a plus de 3 ans
- ☐ Jamais

Mesure de la glycémie au cours des trois dernières années
(population cible : les personnes âgées de 40 ans ou plus)

Une mesure de la glycémie a été prescrite, à leur source habituelle de soins, chez environ 80 % des personnes de 40 ans ou plus au cours des trois dernières années. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

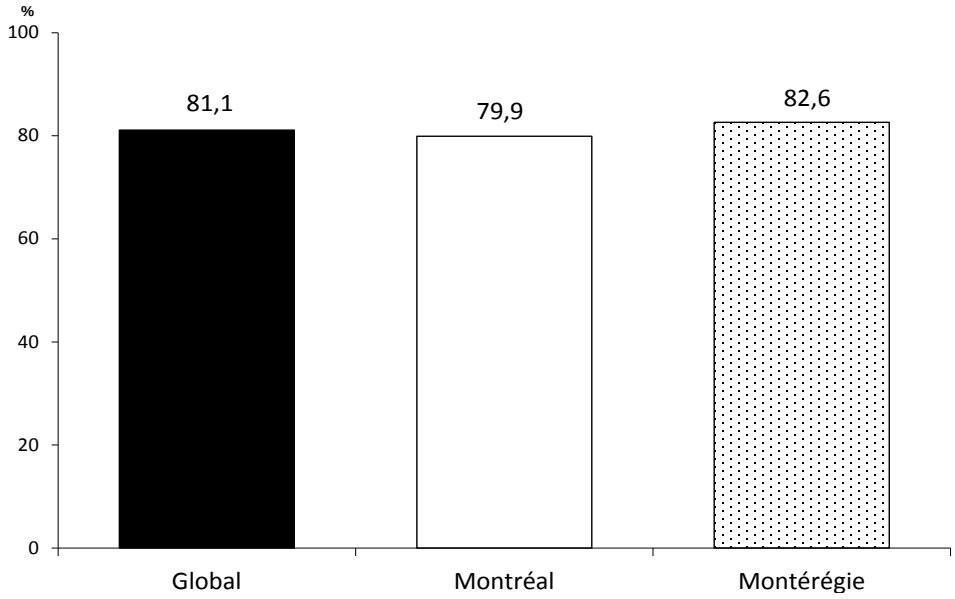

Figure 14 Proportion des personnes de 40 ans ou plus à qui on a prescrit une mesure de la glycémie au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 4 508)

Cette proportion est significativement plus élevée chez les personnes :

- âgées de 60 à 74 ans (87,8 %);
- n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (84,8 %).

Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (68,3 %).

Si on exclut les répondants qui déclarent être atteints de diabète, la proportion est de 79,6 % (Montréal 78,4 % et Montérégie 81,1 %).

Mesure du cholestérol au cours des trois dernières années

(population cible : les femmes de 50 à 70 ans et les hommes de 40 à 70 ans)

Un dosage du cholestérol sanguin a été prescrit, à leur source habituelle de soins au cours des trois dernières années, chez près de 90 % des personnes ciblées par ces tests, soit les femmes de 50 à 70 ans et les hommes de 40 à 70 ans. Il n'y a pas de différence significative entre les deux régions à cet égard.

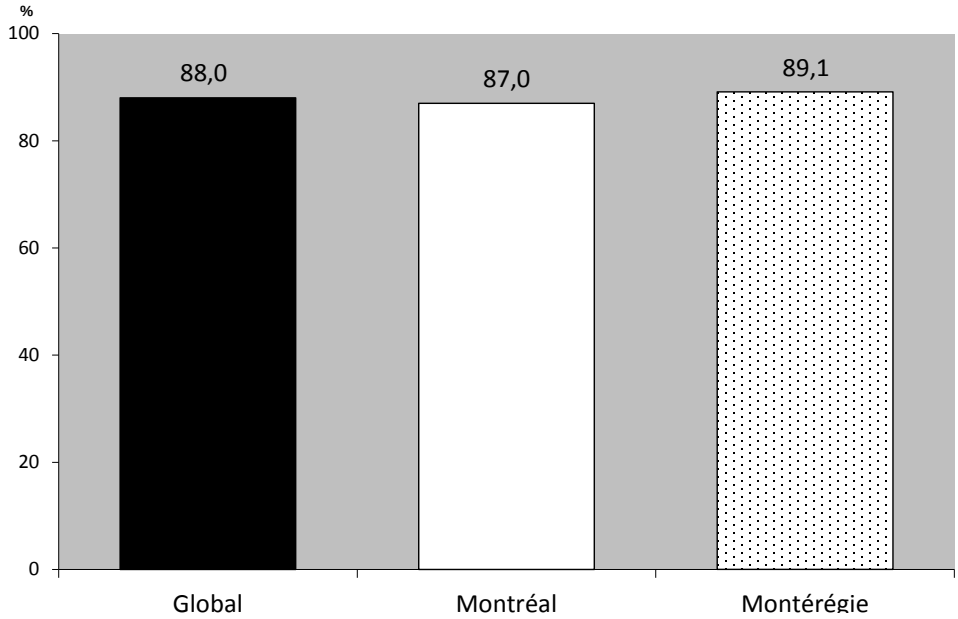

Figure 15 Proportion des femmes de 50 à 70 ans et des hommes de 40 à 70 ans à qui on a prescrit une mesure du cholestérol au cours des deux dernières années, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 2 945)

Cette proportion est plus élevée chez les personnes :

- de sexe féminin (92,1 %);
- âgées de 60 à 70 ans (94,4 %);
- n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (92,9 %).

Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (62,7 %).

Si on exclut les répondants qui déclarent être atteints d'hypercholestérolémie, la proportion est de 84,2 % et on ne note pas de différence significative entre les deux régions (Montréal 83,1 % et Montérégie 85,4 %).

2.4 PCP IMMUNISATION

2.4.1 Immunisation contre l'influenza

Les questions suivantes portent sur les services de santé préventifs reçus (à la/au « Nom de la source de soins »), que ce soit par le médecin ou par l'infirmière.

Au cours de la dernière année, avez-vous été vacciné contre la grippe A H1N1 (pandémie)? (Que ce soit à la clinique ou ailleurs)

- ☐ Oui
- ☐ Non

(À la/au « Nom de la source de soins »), à quand remonte la dernière fois où l'on vous a vacciné contre la grippe saisonnière (le vaccin donné habituellement à l'automne) ou la dernière fois où l'on vous a recommandé de recevoir ce vaccin?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 2 ans
- ☐ Plus de 2 ans
- ☐ Jamais

Vaccination influenza A H1N1 ***(population cible : toute la population)***

Environ 60 % de la population de 18 ans ou plus a été vaccinée contre l'influenza A H1N1 au cours de l'année précédant l'enquête, que ce soit à leur source habituelle de soins ou ailleurs. La proportion est plus élevée chez les personnes résidant en Montérégie qu'à Montréal.

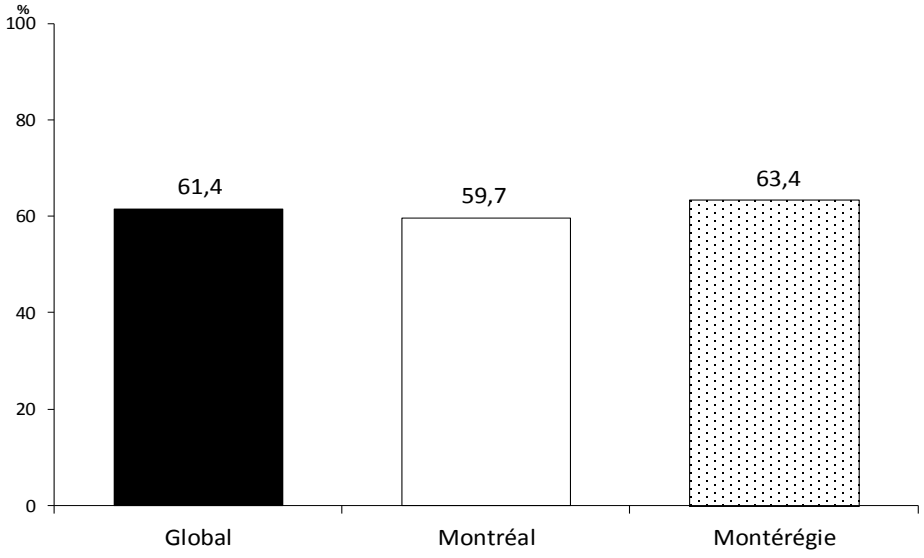

Figure 16 Proportion des adultes qui ont été vaccinés contre l'influenza A H1N1 au cours de la dernière année. Adultes ayant une source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 6 846)

La proportion augmente avec l'âge, passant de 42,8 % chez les 18-29 ans à 75,7 % chez les 65 ans ou plus. Cette proportion est significativement plus élevée chez les personnes ayant un revenu élevé (67,9 %). Elle est moins élevée chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans (38,2 %).

Il faut noter que la vaccination contre l'influenza A H1N1 a fait l'objet d'une campagne ponctuelle à l'automne 2009; il ne s'agit donc pas là d'une PCP effectuée régulièrement.

Recommandation de vaccination contre l'influenza saisonnière au cours de la dernière année ***(population cible : les personnes âgées de 60 ans ou plus)***

Moins de 40 % des personnes de 60 ans ou plus ont déclaré avoir été vaccinées contre l'influenza saisonnière au cours de la dernière année à leur source habituelle de soins, ou y avoir reçu la recommandation de se faire vacciner. Il n'y a pas de différence significative entre les deux régions à cet égard.

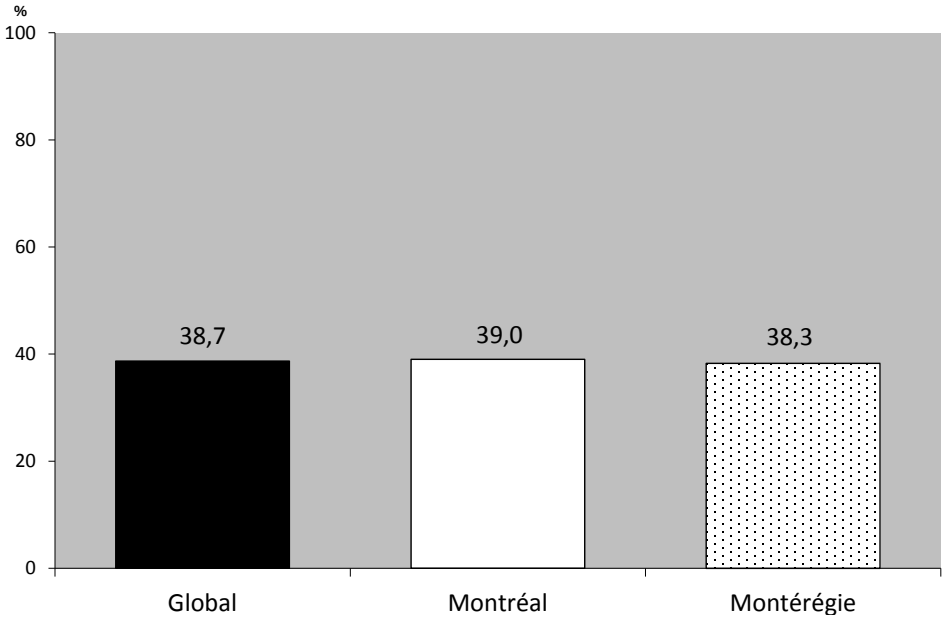

Figure 17 Proportion des personnes de 60 ans ou plus à qui on a recommandé de recevoir le vaccin contre l'influenza saisonnière au cours de la dernière année, à la source habituelle de soins de 1re ligne. Montréal et Montérégie, 2010 (N = 1 881)

Cette proportion augmente avec l'âge, passant de 24,9 % chez les 60-64 ans à 50,4 % chez les 75 ans ou plus.

À noter qu'il est possible que la campagne de vaccination ponctuelle contre l'influenza A H1N1 ait eu une influence sur les recommandations de vaccination contre l'influenza saisonnière faites par les cliniciens à leurs patients au cours de la même période. La mesure effectuée lors de l'enquête en 2010 ne reflète donc probablement pas tout à fait le comportement habituel des cliniciens.

2.5 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET EXPOSITION AUX PCP

Au regard des caractéristiques sociodémographiques associées à l'exposition aux PCP, les analyses qui précèdent indiquent que :

- la proportion de personnes exposées à certaines PCP varie en fonction du sexe, les femmes étant davantage exposées à la prise de la tension artérielle et à la mesure du cholestérol, alors que les hommes sont plus exposés à la discussion sur les habitudes alimentaires, au counselling sur l'activité physique et à la recherche de sang occulte dans les selles;

- l'exposition aux PCP counselling habitudes de vie est généralement plus grande chez les personnes de 45-64 ans;
- un niveau de revenu plus élevé semble associé à une plus grande exposition au counselling sur les habitudes alimentaires et l'activité physique, ainsi qu'au test Pap et à la colonoscopie;
- un niveau de scolarité plus élevé est associé à une plus grande exposition au counselling sur l'activité physique, au test Pap et à la recommandation d'une colonoscopie, alors qu'un niveau de scolarité plus faible est associé à une plus grande exposition à la recommandation de cessation tabagique et au dépistage des problèmes cardiométaboliques;
- de façon générale, l'exposition aux PCP est moindre chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans, qu'il s'agisse du counselling sur les habitudes de vie, du dépistage du cancer, du dépistage des problèmes cardiométaboliques ou de l'immunisation.

2.6 SCORES MOYENS D'EXPOSITION AUX PCP

Pour chaque répondant, un score global d'exposition aux PCP a été calculé, en prenant en considération 11 des interventions préventives à l'étude, soit :

- la discussion sur l'alimentation, la discussion sur l'activité physique, la documentation du statut tabagique, la recommandation de cessation tabagique;
- le test Pap, la recommandation d'une mammographie, la recommandation d'un dépistage du cancer colorectal (prescription de RSOS ou recommandation de colonoscopie);
- la prise de la TA, la prescription d'une mesure de la glycémie, la prescription d'une mesure du cholestérol;
- la recommandation de la vaccination influenza saisonnière.

Le score, calculé pour chaque personne, correspond à la proportion des PCP auxquelles la personne a été exposée parmi les PCP auxquelles elle est éligible (en fonction de son âge, son sexe, son statut tabagique).

Le score global moyen d'exposition aux PCP des répondants (c'est-à-dire la moyenne des scores de tous les répondants) est de 60,5 % (Montréal 59,2 % et Montérégie 62,0 %). Le tableau 2 présente le score global moyen d'exposition aux PCP en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Le tableau 3 présente, pour chaque région, les scores moyens d'exposition à différentes catégories de PCP. Le score counselling sur les habitudes de vie regroupe les PCP discussion sur l'alimentation, discussion sur l'activité physique, documentation du statut tabagique et recommandation de cessation tabagique. Le score dépistage des problèmes cardiométaboliques comprend la prise de la TA, la prescription d'une mesure de la glycémie et la prescription d'une mesure du cholestérol. Le score dépistage des cancers regroupe le test Pap, la recommandation d'une mammographie et la recommandation d'un dépistage du cancer colorectal. Les résultats de ces scores pour l'ensemble des répondants sont respectivement de 44,8 %, 84,2 % et 70,8 %.

Tableau 2 Score[6] global moyen d'exposition aux PCP en fonction des caractéristiques sociodémographiques, Montréal-Montérégie, 2010

		Score PCP global %
Sexe	Femmes	61,5
	Hommes	59,2
Âge	18-29 ans	55,1
	30-44 ans	56,7
	45-64 ans	66,7
	65 ans ou +	58,5
Statut d'immigration	Nés au Canada	61,7
	Immigrés < 10 ans	48,2
	Immigrés ≥ 10 ans	58,3
Niveau de scolarité	Pas de diplôme études secondaires	59,0
	Diplôme études secondaires	61,3
	Diplôme collégial	60,6
	Diplôme universitaire	60,2
Niveau de revenu ajusté pour la taille du ménage	Quartile 1 (faible)	57,3
	Quartile 2	60,9
	Quartile 3	60,2
	Quartile 4 (élevé)	63,8

Différence non statistiquement significative ($p \geq 0,05$).

Tableau 3 Scores6 moyens d'exposition aux PCP, Montréal-Montérégie, 2010

Région	Score PCP global	Score counselling habitudes de vie	Score dépistage des problèmes cardiométaboliques	Score dépistage des cancers
	%	%	%	%
Montréal	59,2	43,7	82,8	70,3
Montérégie	62,0	46,2	85,8	71,3

Différence non statistiquement significative ($p \geq 0,05$).

[6] Les scores d'exposition aux PCP correspondent à la proportion des PCP auxquelles les personnes ont été exposées parmi les PCP auxquelles elles sont éligibles. Le score global porte sur l'exposition aux PCP discussion sur l'alimentation, discussion sur l'activité physique, documentation du statut tabagique, recommandation de cessation tabagique, test Pap, recommandation d'une mammographie, recommandation d'un dépistage du cancer colorectal (prescription de RSOS ou recommandation de colonoscopie), prise de la TA, prescription d'une mesure de la glycémie, prescription d'une mesure du cholestérol, recommandation de la vaccination influenza saisonnière. Score counselling habitudes de vie : discussion sur l'alimentation, discussion sur l'activité physique, documentation du statut tabagique et recommandation de cessation tabagique; score dépistage des problèmes cardiométaboliques : prise de la TA, prescription d'une mesure de la glycémie et prescription d'une mesure du cholestérol; score dépistage des cancers : test Pap, recommandation d'une mammographie et recommandation d'un dépistage du cancer colorectal.

2.7 DES DIFFÉRENCES ENTRE LES RÉGIONS ET ENTRE LES TERRITOIRES DE CSSS

Les résultats présentés dans les graphiques des pages précédentes indiquent que l'exposition aux PCP semble un peu plus importante en Montérégie qu'à Montréal, et ce, pour une majorité de PCP. Toutefois, pour la documentation du statut tabagique, la prescription d'une recherche de sang occulte dans les selles, la prescription d'une mesure du cholestérol sanguin et la recommandation de vaccination contre l'influenza saisonnière, les différences entre les deux régions ne sont pas statistiquement significatives. L'exposition à une recommandation de passer une colonoscopie au cours des 10 dernières années est plus fréquente à Montréal.

Les proportions des adultes exposés aux différentes PCP en fonction de leur territoire de CSSS de résidence sont présentées dans les tableaux de l'annexe 2 pour Montréal et pour la Montérégie. Pour chacune des PCP, on note peu de différences statistiquement significatives entre les proportions d'exposition dans chaque territoire de CSSS et dans sa région respective.

Les tableaux 4 et 5 présentent les scores moyens d'exposition aux PCP observés dans les territoires de CSSS au sein de chacune des régions. Les cartes qui suivent illustrent le classement des territoires en trois catégories (définies sur la base de différences statistiquement significatives entre les moyennes des regroupements de CSSS), en fonction du score global d'exposition aux PCP.

Globalement, dans la région de Montréal (figure 18), les territoires des CSSS Sud-Ouest – Verdun, Ouest-de-l'Île et St-Léonard – St-Michel se distinguent par une exposition moyenne plus importante de leur population aux PCP. Signalons que le territoire du CSSS Sud-Ouest – Verdun se classe au premier rang quant au nombre de PCP pour lesquelles l'exposition est la plus importante (counselling alimentation, counselling activité physique, documentation du statut tabagique, prescription de recherche de sang occulte dans les selles, mesure de la glycémie et du cholestérol) (annexe 2).

À l'opposé, les territoires des CSSS Jeanne-Mance, Cœur-de-l'Île et Bordeaux-Cartierville–St-Laurent se distinguent par une exposition moyenne plus faible aux PCP (figure 18). Le territoire du CSSS Jeanne-Mance se distingue quant au nombre de PCP pour lesquelles l'exposition est la plus faible (counselling alimentation, counselling activité physique, prise de la tension artérielle, mesure de la glycémie) (annexe 2).

Globalement, en Montérégie, les territoires des CSSS du Suroît, de la Pommeraie et Pierre-Boucher se distinguent par une exposition moyenne plus importante aux PCP (figure 19). Le territoire du CSSS du Suroît se classe au premier rang quant au nombre de PCP pour lesquelles l'exposition est la plus importante (counselling alimentation, recommandation de cessation tabagique, mesure du cholestérol et recommandation de vaccination influenza) (annexe 2).

À l'opposé, les territoires des CSSS Jardins-Roussillon et Richelieu-Yamaska se distinguent par une exposition moyenne plus faible aux PCP (figure 19). Le territoire du CSSS Jardins-Roussillon se distingue quant au nombre de PCP pour lesquelles l'exposition est la plus faible (counselling alimentation, counselling activité physique, recommandation de mammographie, mesure du cholestérol) (annexe 2).

Tableau 4 Scores[7] d'exposition aux PCP selon le territoire de CSSS, Montréal, 2010

	Score PCP global	Score counselling habitudes de vie	Score dépistage problèmes cardio-métaboliques	Score dépistage cancers
Territoire de CSSS de résidence	%	%	%	%
Montréal	59,2	43,7	82,8	70,3
601 Ouest-de-l'île	61,2	44,3	83,2	74,1
602 Dorval – Lachine – LaSalle	59,9	44,3	80,6	69,2
603 Sud-Ouest – Verdun	65,3	52,0	87,4	74,2
604 Pointe-de-l'Île	57,6	42,8	81,7	65,7
605 Lucille-Teasdale	59,7	43,5	86,2	69,5
606 St-Léonard et St-Michel	60,9	45,1	84,8	70,9
607 La Montagne	59,8	42,8	86,3	71,7
608 Cavendish	59,9	42,0	84,7	78,0
609 Jeanne-Mance	54,4	40,4	74,4	73,8
611 Bordeaux-Cartierville – St-Laurent	55,7	40,6	81,7	62,8
612 Cœur-de-l'Île	55,7	40,9	78,1	69,9
613 Ahuntsic et Montréal-Nord	58,3	44,8	81,9	64,4

Tableau 5 Scores7 d'exposition aux PCP selon le territoire de CSSS, Montérégie, 2010

	Score PCP global	Score counselling habitudes de vie	Score dépistage problèmes cardio-métaboliques	Score dépistage cancers
Territoire de CSSS de résidence	%	%	%	%
Montérégie	62,0	46,2	85,8	71,3
1602 Haut St-Laurent	63,7	49,3	90,4	66,0
1603 du Suroît	66,2	51,0	89,0	68,9
1604 Jardins-Roussillon	58,9	42,8	84,8	68,8
1605 Champlain	61,9	43,8	88,1	72,4
1606 Pierre-Boucher	64,4	50,2	83,8	72,6
1607 Haut-Richelieu-Rouville	62,3	46,8	84,6	74,3
1608 Richelieu-Yamaska	59,5	42,9	85,8	68,8
1609 Sorel-Tracy	61,9	45,5	88,3	66,6
1610 Pommeraie	65,8	50,8	86,3	76,2
1611 Haute-Yamaska	61,3	45,2	85,5	71,2
1612 Vaudreuil-Soulanges	63,1	47,9	86,0	73,5

[7] Les scores d'exposition aux PCP correspondent à la proportion des PCP auxquelles la personne a été exposée parmi les PCP auxquelles elle est éligible. Le score global porte sur l'exposition aux PCP discussion sur l'alimentation, discussion sur l'activité physique, documentation du statut tabagique, recommandation de cessation tabagique, test Pap, recommandation d'une mammographie, recommandation d'un dépistage du cancer colorectal (prescription de RSOS ou recommandation de colonoscopie), prise de la TA, prescription d'une mesure de la glycémie, prescription d'une mesure du cholestérol, recommandation de la vaccination influenza saisonnière. Score counselling habitudes de vie : discussion sur l'alimentation, discussion sur l'activité physique, documentation du statut tabagique et recommandation de cessation tabagique; score dépistage des problèmes cardiométaboliques : prise de la TA, prescription d'une mesure de la glycémie et prescription d'une mesure du cholestérol; score dépistage des cancers : test Pap, recommandation d'une mammographie et recommandation d'un dépistage du cancer colorectal.

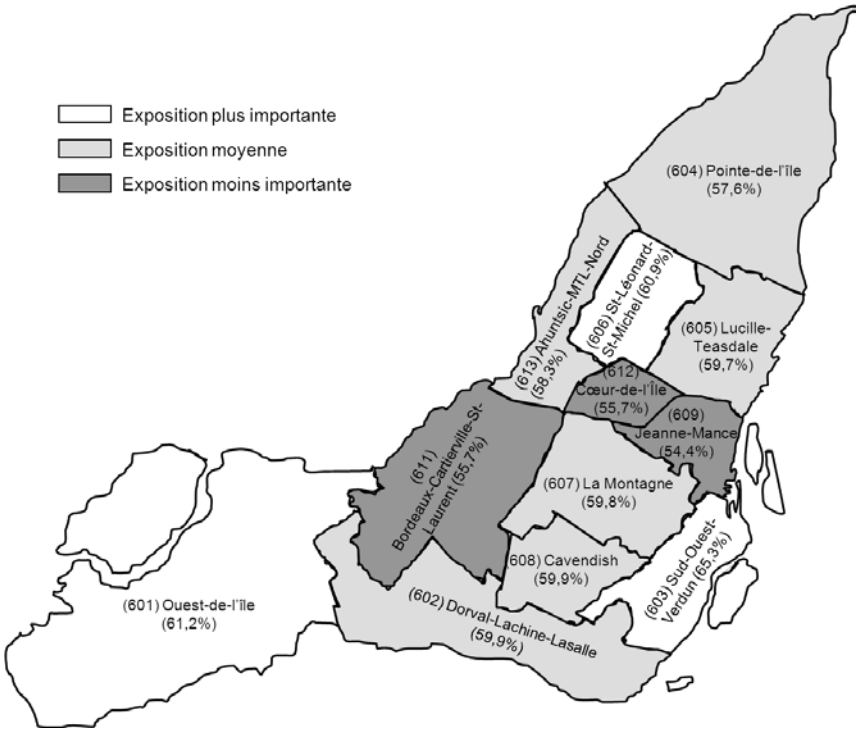

Figure 18 Classement[8] des territoires de CSSS au regard du score global moyen d'exposition aux PCP, Montréal, 2010

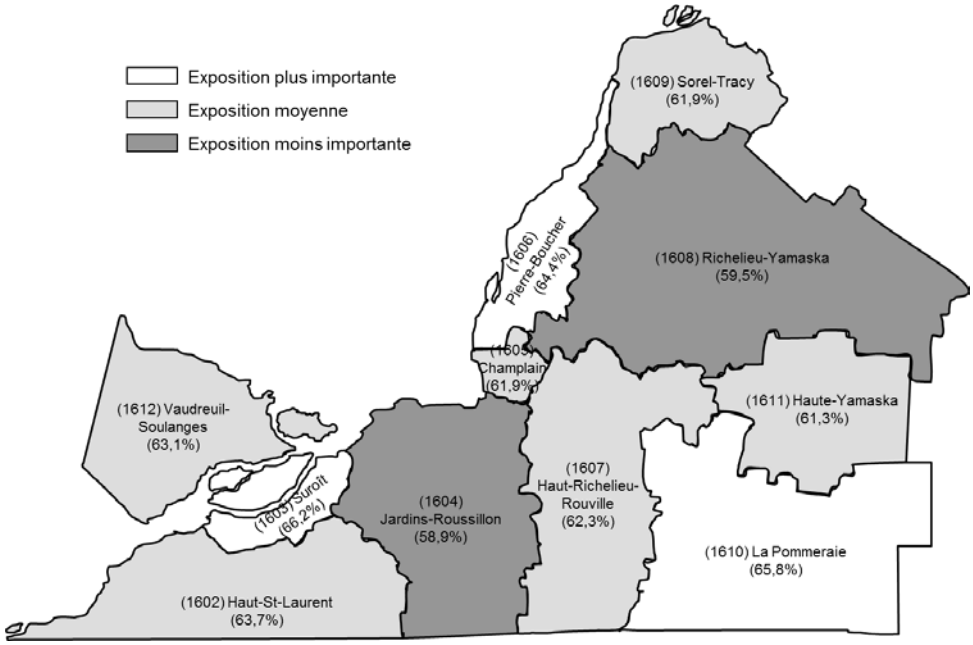

Figure 19 Classement8 des territoires de CSSS au regard du score global moyen d'exposition aux PCP, Montérégie, 2010

[8] Le classement des territoires en trois catégories a été établi en fonction de différences statistiquement significatives entre les scores moyens des regroupements de CSSS.

3 FACTEURS LIÉS À L'EXPOSITION AUX PCP

Les analyses descriptives présentées précédemment montrent que certaines caractéristiques sociodémographiques sont liées à l'exposition aux PCP. On note aussi que l'exposition aux PCP varie en fonction de la région et du territoire de CSSS.

D'autres facteurs sont susceptibles d'influencer le fait qu'une personne soit exposée ou non aux différentes interventions préventives. Certains de ces facteurs, tels que l'état de santé, sont étroitement liés au patient lui-même. D'autres relèvent davantage de la source habituelle de soins médicaux de 1re ligne à laquelle le patient est affilié (ex. : type de clinique), ainsi qu'aux caractéristiques de l'interaction entre le patient et sa source de soins, telles que la durée de fréquentation de cette source, la fréquence de consultation et le fait d'avoir un médecin de famille.

Les sections 3.1 et 3.2 présentent les résultats des analyses bivariées entre l'exposition aux PCP et ces différents facteurs. Les résultats des analyses multivariées, contrôlant pour les caractéristiques sociodémographiques, sont présentés à la section 3.3.

3.1 ÉTAT DE SANTÉ ET EXPOSITION AUX PCP

L'état de santé des individus peut influencer leur exposition à certaines PCP, par exemple parce qu'il justifie en soi qu'on effectue ces PCP ou parce qu'il nécessite des consultations plus fréquentes, qui deviennent des occasions, pour le médecin, de réaliser des interventions préventives.

De façon générale, les résultats indiquent que le fait de présenter certains facteurs de risque cardiométabolique (HTA, diabète, hypercholestérolémie) ou certaines maladies chroniques (maladie cardiaque, maladie respiratoire, cancer, AVC, arthrite/arthrose) est associé à une plus grande exposition aux PCP. Ainsi, le score global d'exposition aux PCP est de 65,8 % pour les personnes ayant au moins un facteur de risque cardiométabolique (contre 57,1 % pour les personnes sans facteur de risque); le score est de 62,9 % pour les personnes ayant au moins une maladie chronique (contre 59,0 % pour les personnes sans maladie chronique). Les résultats au regard de chaque PCP sont présentés au tableau 6.

Mentionnons qu'il n'y a pas d'association significative entre le fait de présenter des facteurs de risque cardiométabolique et l'exposition au test Pap, à la recommandation d'une mammographie ou à la recommandation d'une colonoscopie. De même, l'exposition à la recommandation d'une mammographie ou à la prescription d'une recherche de sang occulte dans les selles n'est pas associée au fait d'avoir une ou plusieurs des maladies chroniques mentionnées précédemment.

On constate par ailleurs que la documentation du statut tabagique est proportionnellement moins fréquente chez les personnes présentant des facteurs de risque cardiométabolique ou certaines maladies chroniques. Rappelons que notre mesure de la documentation du statut tabagique porte sur les deux années précédant l'enquête; comme cette PCP fait généralement partie de l'évaluation initiale d'un patient par le médecin, il est possible qu'elle remonte à plus de deux ans pour les patients suivis régulièrement pour des facteurs de

risque ou des maladies chroniques et que le médecin n'ait pas jugé à propos de la répéter au cours des deux dernières années.

Tableau 6 Exposition aux PCP en fonction de la présence ou non de facteurs de risque ou de certaines maladies chroniques, Montréal-Montérégie, 2010

		A au moins un facteur de risque cardiométabolique[a]		A au moins une maladie chronique[b]	
		Oui	Non	Oui	Non
	PCP	%	%	%	%
Counselling sur les habitudes de vie	Discussion alimentation au cours des derniers 2 ans (tous)	51,1	35,2	42,9	40,4
	Recommandation alimentation au cours des derniers 2 ans (tous)	46,5	31,0	39,2	35,7
	Discussion activité physique au cours des derniers 2 ans (tous)	54,8	40,5	50,2	43,5
	Recommandation activité physique au cours des derniers 2 ans (tous)	49,6	35,1	43,8	38,7
	Documentation du statut tabagique au cours des derniers 2 ans (tous)	38,1	50,1	42,1	47,5
	Recommandation de cessation tabagique au cours des derniers 2 ans (fumeurs)	68,4	59,8	68,8	58,7
Dépistage des cancers	Test Pap au cours des derniers 3 ans (F 18-69 ans)	80,2	81,6	83,7	80,0
	Recommandation de mammographie au cours des derniers 2 ans (F 50-69 ans)	76,5	72,9	75,8	73,5
	Prescription d'une RSOS au cours des derniers 2 ans (50-75 ans)	31,3	23,6	27,7	28,4
	Recommandation d'une colonoscopie au cours des derniers 10 ans (50-75 ans)	45,6	41,9	47,2	40,9
	Prescription d'une RSOS au cours des derniers 2 ans ou recommandation d'une colonoscopie au cours des derniers 10 ans (50-75 ans)	58,4	51,6	57,0	54,0
Dépistage des problèmes cardiométa-boliques	Prise de la TA au cours des derniers 2 ans (tous)	95,2	83,6	92,0	85,7
	Prescription d'une mesure de la glycémie au cours des derniers 3 ans (40 ans ou +)	87,1	74,6	83,9	78,7
	Prescription d'une mesure du cholestérol au cours des derniers 3 ans (F 50-70 ans; H 40-70 ans)	95,1	80,4	91,1	85,7
Immunisation	Vaccination influenza A H1N1 au cours de la dernière année (tous)	69,9	56,1	67,6	57,6
	Recommandation de vaccination influenza au cours de la dernière année (60 ans ou +)	42,0	30,3	42,2	32,5

[a] Facteurs de risque cardiométabolique : HTA, diabète, hypercholestérolémie .

[b] Maladies chroniques : maladie cardiaque, maladie respiratoire, cancer, AVC, arthrite/arthrose.

Différence non statistiquement significative ($p \geq 0,05$).

3.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'AFFILIATION À LA SOURCE HABITUELLE DE SOINS DE 1RE LIGNE ET EXPOSITION AUX PCP

3.2.1 PCP et type de source habituelle de soins

Le projet *Évolution* permet le jumelage des données des répondants à l'enquête populationnelle à des données concernant leur source habituelle de soins médicaux de 1re ligne. Les données concernant le type de clinique proviennent de données administratives et de données de l'enquête réalisée auprès des cliniques de 1re ligne dans le cadre du projet *Évolution*. Le tableau 7 présente la classification des cliniques de 1re ligne.

Tableau 7 Classification des cliniques de 1re ligne

Catégorie de cliniques	Description
Type émergent de 1re génération - GMF (incluant les GMF 1re génération devenus CR)	GMF : groupe de médecine de famille Les GMF de 1re génération sont ceux qui ont été accrédités avant le 23 avril 2005 (date du début de la collecte de données du projet *Accessibilité*). Les GMF 2e génération sont ceux accrédités entre le 23 avril 2005 (début de la collecte 2005 pour le projet *Accessibilité*) et le 29 mars 2010 (début de la collecte 2010 pour le projet *Évolution*).
Type émergent de 2e génération - GMF	
Type émergent de 2e génération - CR (incluant GMF-CR 2e génération)	CR : clinique-réseau Dans l'étude, les CR font partie des types émergents d'organisation de 2e génération si elles ont été accréditées entre le 23 avril 2005 (début de la collecte 2005 pour le projet *Accessibilité*) et le 29 mars 2010 (début de la collecte 2010 pour le projet *Évolution*). Cette catégorie inclut aussi les organisations devenues GMF et CR après le 23 avril 2005.
CLSC et UMF (non GMF ni CR)	CLSC : services médicaux courants offerts en CLSC UMF : unité d'enseignement en médecine familiale Les CLSC et UMF accrédités GMF ou CR sont classés dans les types émergents de 1re ou 2e génération selon le cas.
Groupe (non GMF ni CR)	Groupe : clinique de groupe qui n'est ni un GMF, ni une CR
Solo (non GMF ni CR)	Solo : médecin pratiquant seul

Les répondants ayant identifié leur source habituelle de soins de 1re ligne se répartissaient de la façon suivante entre les types de cliniques :

- type « émergent de 1re génération - GMF » 14,5 %
- type « émergent de 2e génération - GMF » 12,6 %
- type « émergent de 2e génération - CR » 17,4 %
- CLSC et UMF (non GMF ni CR) 5,0 %
- groupe (non GMF ni CR) 40,2 %
- solo (non GMF ni CR) 10,3 %

Le score global d'exposition aux PCP en fonction de la source habituelle de soins de 1re ligne est le suivant :

- type « émergent de 1re génération - GMF » 63,6 % (IC 95 % 62,0 - 65,2)
- type « émergent de 2e génération - GMF » 62,6 % (IC 95 % 60,8 - 64,4)
- type « émergent de 2e génération - CR » 54,0 % (IC 95 % 52,4 - 55,6)
- CLSC et UMF (non GMF ni CR) 62,0 % (IC 95 % 58,9 - 65,2)
- groupe (non GMF ni CR) 60,4 % (IC 95 % 59,4 - 61,4)
- solo (non GMF ni CR) 64,5 % (IC 95 % 62,7 - 66,2)

Les résultats présentés au tableau 8 indiquent qu'à l'exception de la recommandation de mammographie, du dépistage du cancer colorectal et de l'immunisation contre l'influenza saisonnière, il existe des différences statistiquement significatives dans la proportion des personnes exposées aux PCP selon leur type de source habituelle de soins de 1re ligne. Pour une majorité des PCP à l'étude, la proportion des personnes exposées était plus faible lorsque la source est de type « émergent de 2e génération - CR ». Les personnes ayant une source habituelle de soins de type « émergent de 1re génération - GMF » et « solo » sont proportionnellement plus exposées à certaines PCP.

Tableau 8 Exposition aux PCP en fonction du type* de source habituelle de soins, Montréal-Montérégie, 2010

		1re génération-GMF	2e génération-GMF	2e génération-CR	CLSC et UMF	Groupe	Solo	Valeur de *p*
	PCP	%	%	%	%	%	%	
Counselling sur les habitudes de vie	Discussion alimentation derniers 2 ans (tous)	45,1	42,2	32,0	46,0	41,8	47,4	< 0,000
	Recommandation alimentation derniers 2 ans (tous)	40,7	37,4	29,4	39,4	37,1	43,5	< 0,000
	Discussion activité physique derniers 2 ans (tous)	50,5	50,0	35,0	47,5	46,0	53,6	< 0,000
	Recommandation activité physique derniers 2 ans (tous)	44,4	43,6	29,5	43,4	41,4	47,5	< 0,000
	Documentation du statut tabagique derniers 2 ans (tous)	47,6	42,8	47,5	50,9	44,6	43,0	0,027
	Recommandation de cessation tabagique derniers 2 ans (fumeurs)	71,8	65,9	57,4	57,4	63,3	58,4	0,006
Dépistage des cancers	Test Pap derniers 3 ans (F 18-69 ans)	87,1	86,3	79,2	81,4	78,2	81,7	< 0,000
	Recommandation de mammographie derniers 2 ans (F 50-69 ans)	77,5	78,8	69,7	72,0	73,3	78,3	0,272
	Prescription d'une RSOS derniers 2 ans (50-75 ans)	26,8	32,5	23,8	24,1	29,2	27,3	0,119
	Recommandation d'une colonoscopie derniers 10 ans (50-75 ans)	40,6	43,2	45,3	48,2	44,0	46,7	0,570
	Prescription d'une RSOS derniers 2 ans ou recommandation d'une colonoscopie derniers 10 ans (50-75 ans)	52,1	59,7	53,6	57,7	55,7	56,8	0,384
Dépistage des problèmes cardiométaboliques	Prise de la TA derniers 2 ans (tous)	90,6	92,0	81,8	86,2	87,7	92,8	< 0,000
	Prescription d'une mesure de la glycémie derniers 3 ans (40 ans ou +)	81,6	80,2	73,6	84,9	83,1	83,8	< 0,000
	Prescription d'une mesure du cholestérol derniers 3 ans (F 50-70 ans; H 40-70 ans)	90,2	90,0	78,4	87,1	89,1	93,5	< 0,000
Immunisation	Vaccination influenza A H1N1 dernière année (tous)	62,8	64,4	57,3	60,6	63,1	56,3	< 0,000
	Recommandation de vaccination influenza dernière année (≥ 60 ans)	37,1	34,3	35,5	39,5	39,8	45,5	0,141

* Voir la définition des types de cliniques en page 29.

Différence non statistiquement significative ($p \geq 0,05$).

3.2.2 PCP et médecin de famille

Une grande majorité des répondants ayant une source habituelle de soins de 1re ligne avaient un médecin de famille (85,1 %). Les résultats indiquent que le fait d'avoir un médecin de famille est fortement associé à une plus grande exposition aux PCP : score global d'exposition aux PCP de 64,4 % pour les personnes ayant un médecin de famille (contre 37,8 % pour les autres). Les résultats au regard de chaque PCP sont présentés au tableau 9.

Seule la documentation du statut tabagique au cours des deux dernières années ne présente pas d'association avec le fait d'avoir un médecin de famille. La majorité des personnes ayant un médecin de famille fréquentant leur source habituelle de soins depuis plus de cinq ans (61,9 %) et la documentation du statut tabagique faisant généralement partie de l'évaluation initiale du patient par le médecin de famille, il est possible que ce dernier n'ait pas jugé à propos de requestionner son patient de longue date à ce sujet au cours des deux dernières années.

Tableau 9 Exposition aux PCP en fonction du fait d'avoir ou non un médecin de famille, Montréal-Montérégie, 2010

		A un médecin de famille	Sans médecin de famille
	PCP	%	%
Counselling sur les habitudes de vie	Discussion alimentation au cours des derniers 2 ans (tous)	45,7	16,5
	Recommandation alimentation au cours des derniers 2 ans (tous)	41,0	14,1
	Discussion activité physique au cours des derniers 2 ans (tous)	50,9	18,1
	Recommandation activité physique au cours des derniers 2 ans (tous)	45,3	14,3
	Documentation du statut tabagique au cours des derniers 2 ans (tous)	45,3	46,4
	Recommandation de cessation tabagique au cours des derniers 2 ans (fumeurs)	68,1	39,6
Dépistage des cancers	Test Pap au cours des derniers 3 ans (F 18-69 ans)	84,8	60,5
	Recommandation de mammographie au cours des derniers 2 ans (F 50-69 ans)	77,0	39,0
	Prescription d'une RSOS au cours des derniers 2 ans (50-75 ans)	29,5	6,5
	Recommandation d'une colonoscopie au cours des derniers 10 ans (50-75 ans)	45,7	19,6
	Prescription d'une RSOS au cours des derniers 2 ans ou recommandation d'une colonoscopie au cours des derniers 10 ans (50-75 ans)	57,9	21,3
Dépistage problèmes cardiométaboliques	Prise de la TA au cours des derniers 2 ans (tous)	92,6	62,4
	Prescription d'une mesure de la glycémie au cours des derniers 3 ans (40 ans ou +)	84,6	44,1
	Prescription d'une mesure du cholestérol, au cours des derniers 3 ans (F 50-70 ans; H 40-70 ans)	92,5	43,2
Immunisation	Vaccination influenza A H1N1 au cours de la dernière année (tous)	63,7	48,4
	Recommandation de vaccination influenza au cours de la dernière année (60 ans ou +)	39,6	17,6

Différence non statistiquement significative ($p \geq 0,05$).

3.2.3 PCP et durée de fréquentation de la source habituelle de soins

Près de trois répondants sur cinq (58,1 %) ont déclaré fréquenter leur source habituelle de soins de 1re ligne depuis plus de cinq ans, alors que 29,1 % la fréquentaient depuis deux à cinq ans et 12,8 % depuis moins de deux ans.

On note que pour l'ensemble des PCP, plus la durée de fréquentation de la source habituelle de soins est longue, plus la proportion de personnes ayant été exposées aux différentes PCP est grande (tableau 10). Le score global d'exposition aux PCP est de 62,4 % pour les personnes fréquentant leur source habituelle de soins de 1re ligne depuis plus de cinq ans (deux à cinq ans : 59,4 %; depuis moins de deux ans : 54,5 %).

Tableau 10 Exposition aux PCP en fonction de la durée de fréquentation de la source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal-Montérégie, 2010

		Moins de 2 ans	2 à 5 ans	Plus de 5 ans
	PCP	%	%	%
Counselling sur les habitudes de vie	Discussion alimentation au cours des derniers 2 ans (tous)	37,1	39,5	43,2
	Recommandation alimentation au cours des derniers 2 ans (tous)	32,7	35,3	38,8
	Discussion activité physique au cours des derniers 2 ans (tous)	37,1	44,4	48,8
	Recommandation activité physique au cours des derniers 2 ans (tous)	32,2	39,0	43,4
	Documentation du statut tabagique au cours des derniers 2 ans (tous)	56,8	51,3	40,0
	Recommandation de cessation tabagique au cours des derniers 2 ans (fumeurs)	42,1	62,3	67,6
Dépistage des cancers	Test Pap au cours des derniers 3 ans (F 18-69 ans)	70,7	80,3	84,1
	Recommandation de mammographie au cours des derniers 2 ans (F 50-69 ans)	61,0	74,3	76,3
	Prescription d'une RSOS au cours des derniers 2 ans (50-75 ans)	21,3	27,7	29,0
	Recommandation d'une colonoscopie au cours des derniers 10 ans (50-75 ans)	41,7	43,0	44,6
	Prescription d'une RSOS au cours des derniers 2 ans ou recommandation d'une colonoscopie au cours des derniers 10 ans (50-75 ans)	50,2	54,9	56,4
Dépistage problèmes cardiométaboliques	Prise de la TA au cours des derniers 2 ans (tous)	80,0	85,3	91,2
	Prescription d'une mesure de la glycémie au cours des derniers 3 ans (40 ans ou +)	73,8	77,8	83,3
	Prescription d'une mesure du cholestérol au cours des derniers 3 ans (F 50-70 ans; H 40-70 ans)	78,0	83,7	91,0
Immunisation	Vaccination influenza A H1N1 au cours de la dernière année (tous)	52,3	59,6	64,3
	Recommandation de vaccination influenza au cours de la dernière année (60 ans ou +)	28,6	35,2	40,7

Différence non statistiquement significative ($p \geq 0,05$).

Compte tenu du fait que la mesure d'exposition aux PCP portait généralement sur les deux années précédant l'enquête, une durée de fréquentation de la source habituelle de soins de moins de deux ans pouvait dans certains cas s'avérer insuffisante pour qu'il y ait eu exposition à ces PCP. Ceci est encore plus vrai pour les PCP réalisées au cours des trois dernières années. En ce qui concerne la recommandation d'une colonoscopie, la durée plus longue considérée pour la réalisation de cette PCP (10 ans) est probablement moins sensible à la mesure utilisée pour la durée de fréquentation de la source habituelle de soins.

Par ailleurs, la relation entre l'exposition aux PCP et la durée de fréquentation de la source habituelle de soins est inversée en ce qui concerne la documentation du statut tabagique. Tel que mentionné précédemment, la documentation du statut tabagique fait généralement partie de l'évaluation initiale du patient et il est possible que le médecin ou l'infirmière ne juge pas à propos de revérifier le statut tabagique du patient régulièrement. Ceci pourrait expliquer que la proportion de patients chez qui on a documenté le statut tabagique au cours de deux dernières années diminue chez ceux qui sont suivis depuis plus de deux ans à leur source habituelle de soins.

3.2.4 PCP et fréquence de consultation de la source habituelle de soins

Près des deux tiers (65 %) des répondants ont déclaré avoir consulté deux à cinq fois leur source habituelle de soins de 1re ligne au cours des deux années précédant l'enquête; 16,5 % ont consulté une seule fois, 18,5 % ont consulté six fois ou plus.

Les résultats indiquent que le fait d'avoir effectué plusieurs visites à la source habituelle de soins de 1re ligne au cours des deux dernières années est généralement associé à une plus grande exposition aux PCP : score global d'exposition aux PCP de 66,7 % pour les personnes ayant consulté six fois ou plus (deux à cinq fois : 61,4 %; une fois : 49,9 %). Le tableau 11 présente l'exposition aux différentes PCP en fonction du nombre de consultations à la source habituelle de soins.

On ne note pas d'association statistiquement significative entre le nombre de consultations et la documentation du statut tabagique. Le fait que celle-ci fasse généralement partie de l'évaluation initiale du patient par le médecin ou l'infirmière pourrait peut-être expliquer que l'exposition à cette PCP n'augmente pas avec le nombre de visites. Par ailleurs, l'exposition à la prescription d'une recherche de sang occulte dans les selles est moins fréquente que l'exposition aux autres PCP; bien qu'elle augmente un peu avec le nombre de visites, cette augmentation n'atteint pas le seuil de signification statistique.

Tableau 11 Exposition aux PCP en fonction du nombre de visites à la source habituelle de soins au cours des deux dernières années, Montréal-Montérégie, 2010

		1 fois	2 à 5 fois	6 fois ou +
	PCP	%	%	%
Counselling sur les habitudes de vie	Discussion alimentation au cours des derniers 2 ans (tous)	30,9	42,3	47,5
	Recommandation alimentation au cours des derniers 2 ans (tous)	27,0	38,1	42,1
	Discussion activité physique au cours des derniers 2 ans (tous)	32,3	47,1	54,6
	Recommandation activité physique au cours des derniers 2 ans (tous)	27,7	41,9	48,3
	Documentation du statut tabagique au cours des derniers 2 ans (tous)	47,2	45,4	44,1
	Recommandation de cessation tabagique au cours des derniers 2 ans (fumeurs)	50,8	62,5	74,0
Dépistage des cancers	Test Pap au cours des derniers 3 ans (F 18-69 ans)	74,0	81,9	84,3
	Recommandation de mammographie au cours des derniers 2 ans (F 50-69 ans)	61,5	76,1	77,3
	Prescription d'une RSOS au cours des derniers 2 ans (50-75 ans)	24,4	27,7	31,4
	Recommandation d'une colonoscopie au cours des derniers 10 ans (50-75 ans)	37,1	42,7	52,7
	Prescription d'une RSOS au cours des derniers 2 ans ou recommandation d'une colonoscopie au cours des derniers 10 ans (50-75 ans)	49,2	54,7	62,3
Dépistage problèmes cardiométaboliques	Prise de la TA au cours des derniers 2 ans (tous)	73,3	89,8	95,3
	Prescription d'une mesure de la glycémie au cours des derniers 3 ans (40 ans ou +)	65,4	82,8	85,7
	Prescription d'une mesure du cholestérol au cours des derniers 3 ans (F 50-70 ans; H 40-70 ans)	75,9	89,2	93,0
Immunisation	Vaccination influenza A H1N1 au cours de la dernière année (tous)	52,3	62,6	65,5
	Recommandation de vaccination influenza au cours de la dernière année (60 ans ou +)	19,0	37,3	49,4

Différence non statistiquement significative ($p \geq 0,05$).

3.3 FACTEURS ASSOCIÉS À L'EXPOSITION AUX PCP : ANALYSES MULTIVARIÉES

Les analyses multivariées permettent de mesurer l'influence spécifique de divers facteurs sur l'exposition aux PCP, toutes choses étant égales par ailleurs. Les modèles de régression logistique retenus incluent, au nombre des covariables, les variables sociodémographiques (sexe, âge, statut d'immigration, niveau de scolarité, niveau de revenu, région), la présence de facteurs de risque cardiométabolique (HTA, hypercholestérolémie, diabète) et de certaines maladies chroniques (maladie cardiaque, maladie respiratoire, AVC, cancer, arthrite/arthrose), le fait d'avoir un médecin de famille, la durée de fréquentation de la source habituelle de soins et la fréquence des visites, ainsi que le type de clinique auquel appartient la source habituelle de soins.

Le tableau 12 présente certains facteurs associés à l'obtention d'un score d'exposition aux PCP de 70 % ou plus. Les résultats détaillés des analyses multivariées réalisées au regard de l'exposition à chacune des PCP sont présentés dans les tableaux de l'annexe 3; le tableau 13 illustre, de façon synthétique, les tendances des principaux résultats de ces analyses multivariées.

Ces analyses mettent en évidence le fait, qu'une fois l'ensemble des variables contrôlées, avoir un médecin de famille s'avère le facteur le plus fortement associé à une plus grande exposition aux PCP. Cette constatation concorde avec les données retrouvées dans la littérature s'intéressant aux pratiques cliniques préventives. L'affiliation à un médecin de famille permet une plus grande continuité des soins et la réalisation d'examens médicaux périodiques (non mesurée dans cette étude) qui constituent des occasions propices à la réalisation des interventions préventives recommandées.

De façon générale, on constate aussi que l'exposition aux PCP croît avec le nombre de visites effectuées à la source habituelle de soins au cours des deux années précédant l'enquête. Un nombre plus important de visites représente en effet un plus grand nombre d'opportunités pour répondre aux multiples problèmes de nature curative ou préventive présentés par le patient.

À noter qu'une fois les autres variables contrôlées, la durée de fréquentation de la source habituelle de soins, associée à l'exposition aux PCP dans les analyses descriptives bivariées présentées précédemment, ne s'avère plus associée qu'à l'exposition au counselling tabac, au test Pap et à la prescription d'une mesure du cholestérol.

Certains types d'organisation de 1re ligne apparaissent plus favorables à l'exposition des patients aux PCP. Ainsi, les analyses multivariées (annexe 3 et tableau 13) indiquent que, par rapport au fait d'avoir une source habituelle de soins de type clinique de groupe (non GMF ni CR), le fait d'avoir une source habituelle de soins de type « émergent de 1re génération – GMF » est associé à une exposition à un plus grand nombre de PCP. À l'opposé, le fait d'avoir une source habituelle de soins de type « émergent de 2e génération – CR » est associé à une exposition à un nombre plus faible de PCP. Le tableau 12 indique quant à lui que le fait d'avoir une source habituelle de soins de type « CLSC ou UMF (non GMF ni CR) » est associé à une probabilité plus grande d'avoir un score élevé d'exposition aux PCP. Il est intéressant de noter que cette influence du type de source habituelle de soins est

présente, même en contrôlant pour le fait d'avoir ou non un médecin de famille. Les différences observées entre les types de clinique au regard de l'exposition aux interventions préventives peuvent probablement s'expliquer, au moins en partie, par des différences dans les missions des organisations. La priorité accordée à la prévention et à l'enseignement dans les organisations de type CLSC ou UMF favorise la prestation des PCP. L'objectif d'accessibilité accrue des cliniques réseaux se traduit par davantage de consultations sans rendez-vous, moins propices à la prestation des interventions préventives. Le développement relativement récent des nouveaux modèles d'organisation que constituent les cliniques-réseau et les GMF/cliniques-réseau peut aussi être en partie responsable de leur performance moins élevée en matière de PCP.

Enfin, on constate que, une fois les autres variables contrôlées, les différences entre Montréal et la Montérégie disparaissent généralement (tableau 13). Toutefois, au regard des caractéristiques sociodémographiques des patients, même une fois les autres variables contrôlées, les personnes immigrées depuis moins de 10 ans demeurent proportionnellement moins exposées à certaines PCP. Par ailleurs, les personnes ayant un revenu plus élevé apparaissent davantage exposées à certaines PCP.

Tableau 12 Facteurs associés à un score d'exposition aux PCP de 70 % ou plus, Montréal-Montérégie, 2010

		OR[a] (IC 95 %)
Avoir un MD de famille (réf. : non)	Oui	5,29 (4,32-6,49)
Nb de visites à la source habituelle de soins au cours des 2 dernières années (réf. : 1)	2 à 5	1,41 (1,20-1,65)
	6 ou +	1,72 (1,43-2,08)
Type de source habituelle de soins de 1re ligne (réf. : Groupes non GMF ni CR)	Type émergent de 1re génération - GMF (incluant les GMF 1re génération devenus CR)	1,18 (1,01-1,38)
	Type émergent de 2e génération - GMF	1,12 (0,95-1,32)
	Type émergent de 2e génération - CR (incluant GMF-CR 2e génération)	0,80 (0,68-0,94)
	CLSC et UMF (non GMF ni CR)	1,54 (1,21-1,97)
	Solo (non GMF ni CR)	1,15 (0,97-1,37)

[a] OR ajustés pour âge, sexe, niveau de scolarité, revenu, statut d'immigration, présence de facteurs de risque ou de maladies chroniques, durée de fréquentation de la source habituelle de soins.

[b] IC : intervalle de confiance. Le résultat est statistiquement significatif si l'IC n'inclut pas 1 (la cellule est alors grisée dans le tableau).

[c] Réf. : catégorie de référence.

Résultat non statistiquement significatif.

Caractéristique associée à un score d'exposition aux PCP de 70 % ou plus.

Caractéristique associée à un score d'exposition aux PCP de moins de 70 %.

Tableau 13 Facteurs associés à l'exposition aux PCP, Montréal-Montérégie, 2010. Tableau-synthèse des analyses multivariées

	Counselling sur les habitudes de vie				Dépistage des cancers			Dépistage des problèmes cardiométaboliques			Immunisation
	Discussion alimentation	Discussion activité physique	Documentation statut tabagique	Recommandation cessation tabac	Test Pap	Recommandation mammographie	Recommandation RSOS ou colonoscopie	Prise de la TA	Prescription mesure de la glycémie	Prescription mesure du cholestérol	Recommandation vaccin influenza saisonnière
Sexe féminin	↓	↓	↓		↑	↑	↓	↑			
Âge	18-29 et 45-64 ans : ↑	45-64 ans : ↑	18-29 ans : ↑	30-64 ans : ↑	50-59 ans : ↑		60-69 ans : ↑	45 ans + : ↑	50-74 ans : ↑	50-70 ans : ↑	70 ans + : ↑
Immigrants récents	↓		↓	↓	↓						
Niveau de scolarité ↑	↑	↑									
Niveau de revenu ↑		↑			↑	↑	↑	↑	↑	↑	
Région Montérégie						↑	↓				
Présence de facteur risque[a]	↑	↑			↓			↑	↑	↑	↑
Présence de maladie chronique[b]		↑		↑							
Avoir un MD de famille	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Durée fréquentation source hab. de soins			↓	↑	↑					↑	
Nb de visites à la source hab. de soins ↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑	↑		↑
Type de source habituelle de soins (réf. : groupe non GMF ni CR)	1re génération et CLSC/UMF : ↑ 2e génération – CR : ↓	1re génération, CLSC/UMF et solo : ↑ 2e génération – CR : ↓		Solo : ↓	1re génération – GMF et 2e génération – GMF : ↑			1re génération – GMF et 2e génération – GMF : ↑	2e génération – GMF ou CR : ↓	2e génération – CR : ↓	

[a] Facteurs de risque : HTA, hypercholestérolémie, diabète.

[b] Maladie chronique : maladie cardiaque, maladie respiratoire, AVC, cancer, arthrite/arthrose.

Résultat non statistiquement significatif. ☐ ↑ Caractéristique associée à une plus grande exposition à la PCP. ■ ↓ Plus faible exposition à la PCP.

4 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La mesure de l'exposition aux interventions préventives en 1re ligne constitue un défi méthodologique, puisqu'en dehors de l'observation directe de la rencontre du patient avec le clinicien, il n'existe pas de mesure parfaitement fiable de cette exposition. Chaque méthode (ex. : revue de dossiers, enquête auprès des cliniciens, enquête auprès des patients) comporte ses avantages et inconvénients. Le devis du projet *Évolution* a permis de colliger des données sur l'exposition aux interventions préventives directement auprès des patients dans le cadre de l'enquête populationnelle.

La taille d'échantillon de l'enquête populationnelle constitue une des forces de cette étude. De plus, des données exhaustives sur les types de cliniques de 1re ligne des deux régions à l'étude ont été recueillies. La capacité de lier les données de l'enquête populationnelle aux données sur les organisations de soins médicaux de 1re ligne, grâce à l'identification par les répondants à l'enquête populationnelle de leur source habituelle de soins de 1re ligne, a permis de lier l'exposition aux PCP aux types de cliniques de 1re ligne. Ceci représente une autre force majeure de cette étude.

En ce qui concerne les données de l'enquête populationnelle, la présence de certains biais, tels que le biais de non-réponse, ne peut toutefois pas être exclue. En effet, même si le taux de réponse à l'enquête était élevé, des données permettant de s'assurer hors de tout doute de la représentativité des répondants n'étaient pas disponibles. Par ailleurs, certaines données (ex. : revenu, scolarité) pourraient comporter un biais de désirabilité sociale. Il est aussi possible qu'un biais de mémoire ait affecté les données portant sur le moment où les différentes PCP ont été effectuées.

Notre mesure de l'exposition aux PCP permet de dresser un portrait d'une grande variété d'interventions préventives, sans toutefois apporter d'informations détaillées sur chacune d'entre elles. Cette approche constitue probablement une meilleure mesure des interventions préventives que celle consistant à choisir une seule PCP « traceur ». Une telle intervention « traceur » serait par ailleurs difficile à identifier, compte tenu du large éventail d'interventions préventives recommandées, de la variation substantielle dans l'exposition aux différentes PCP et de la faible corrélation observée entre la performance d'une même clinique au regard de diverses PCP déjà décrites dans la littérature, ainsi que de la difficulté à choisir une PCP qui puisse prendre en compte les différences potentielles entre les clientèles des cliniques. À noter que la formulation des questions, spécifiquement orientée sur la mesure de l'intervention posée par le clinicien de 1re ligne, constitue une mesure intéressante de l'exposition à l'intervention attendue du clinicien. Par exemple, la mesure de l'exposition à une recommandation, effectuée par le clinicien de la source habituelle de soins, de subir une mammographie est plus proche de la mesure de l'intervention attendue du clinicien que la mesure de la mammographie elle-même. Mentionnons aussi que le fait de calculer l'exposition à chaque PCP au regard des personnes ciblées par cette PCP permet de juger de l'exposition pertinente aux interventions préventives. Les résultats obtenus pour une PCP donnée peuvent évidemment être influencés par le fait de considérer certaines personnes comme éligibles ou non éligibles à la prestation de cette PCP. Par exemple, si on exclut du calcul de l'exposition à la prise de TA les répondants qui déclarent être atteints d'HTA, la proportion passe de 88,1 % à 85,3 % et elle est de 83,3 % chez les personnes non

atteintes d'HTA, diabète, hypercholestérolémie ou problèmes cardiaques. À noter que, dans le rapport, les résultats présentés sur l'exposition aux PCP de type counselling sur les habitudes de vie et dépistage des problèmes cardiométaboliques n'excluent pas les personnes atteintes d'HTA, diabète, hypercholestérolémie ou problèmes cardiaques. Bien que chez ces patients on ne puisse être certain que ces interventions préventives aient été réalisées dans un contexte de suivi des maladies chroniques plutôt qu'avec une visée préventive, il est aussi possible que ces problèmes de santé aient été diagnostiqués durant la période considérée pour la mesure de l'exposition aux PCP. Des analyses excluant ces patients (résultats non présentés) ont montré des tendances similaires aux résultats présentés.

L'utilisation, dans certaines analyses, d'un score global d'exposition aux PCP permet par ailleurs de présenter une mesure synthétique de cette exposition. Il faut cependant interpréter cette mesure avec prudence, puisqu'elle est évidemment fonction des PCP incluses dans le calcul du score. Mentionnons à cet égard que le résultat d'un score global excluant les PCP pour lesquelles les recommandations ne spécifient pas la fréquence (discussion sur l'alimentation, discussion sur l'activité physique et documentation du statut tabagique) se situe à 76,1 % (Montréal 74,8 %; Montérégie 77,8 %) par rapport à 60,5 % pour le score global incluant ces trois interventions utilisé dans ce rapport. Le choix de la méthode de calcul de chaque PCP retenue est aussi susceptible d'avoir un impact sur le résultat du score d'exposition. Ici encore, des analyses complémentaires, excluant par exemple les patients atteints de problèmes cardiométaboliques ou respiratoires du calcul de l'exposition aux PCP de type counselling sur les habitudes de vie et dépistage des problèmes cardiométaboliques dans le calcul des scores (résultats non présentés) ont montré des tendances similaires aux résultats présentés.

Notons enfin qu'il s'agit ici d'une étude transversale ne permettant pas de se prononcer sur le lien de causalité dans les associations mesurées entre l'exposition aux PCP et les diverses variables étudiées. En ce qui concerne les analyses au regard des types des cliniques, il est possible que la période écoulée depuis la mise en place de certains types de cliniques de 1re ligne (CR, GMF-CR, GMF accrédités plus récemment) soit trop courte pour que l'on puisse juger adéquatement de leur « performance » au regard de l'exposition de leur clientèle aux PCP. Finalement, la prudence s'impose dans l'interprétation des différences notées entre les territoires de CSSS puisque ces différences sont rarement statistiquement significatives en raison des effectifs plus faibles à l'échelle territoriale.

CONCLUSION

Le 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* jette un éclairage intéressant sur l'exposition à différentes pratiques cliniques préventives chez les personnes ayant une source habituelle de soins.

L'analyse des résultats descriptifs de l'enquête populationnelle réalisée en 2010 dans les régions de Montréal et de la Montérégie indique que l'exposition aux PCP varie grandement en fonction de la pratique clinique préventive considérée. De façon générale, l'exposition aux PCP de type dépistage des problèmes cardiométaboliques et dépistage des cancers (à l'exception du dépistage du cancer colorectal) semble plus importante que l'exposition aux PCP de type counselling sur les habitudes de vie et immunisation. Des différences inhérentes aux interventions elles-mêmes, ainsi que des différences dans les recommandations s'y rapportant, peuvent probablement expliquer, au moins en partie, ces résultats.

Par ailleurs, l'exposition aux interventions préventives varie en fonction des diverses clientèles. Ainsi, on note que certains sous-groupes de la population semblent avoir une exposition plus ou moins importante à certaines PCP en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau de scolarité et de revenu, statut d'immigration) ou de leur état de santé.

Certaines caractéristiques du recours aux soins médicaux de 1re ligne, telles que le type de source habituelle de soins, le fait d'avoir un médecin de famille et le nombre de visites à la source de soins, constituent évidemment des éléments essentiels dans l'exposition aux interventions préventives en 1re ligne. En particulier, l'importance d'avoir un médecin de famille, au regard de l'exposition à ces interventions, ressort clairement des résultats présentés.

L'exposition des patients aux interventions préventives constitue un des éléments de la performance des modèles organisationnels de 1re ligne considérés dans le projet *Évolution*, tant au niveau de la clientèle des organisations qu'au niveau de la population des régions à l'étude. Bien que les données sur l'exposition aux PCP ne concernent que l'année 2010 du projet et ne permettent pas de se prononcer sur l'évolution de cette exposition, les résultats mettent en évidence certaines différences liées aux types d'organisation. Ces différences dans l'exposition de leur clientèle aux interventions préventives sont probablement liées, au moins en partie, à certaines différences dans la mission des organisations (ex. : priorité donnée à la prévention et l'enseignement dans les organisations de type CLSC ou UMF vs priorité donnée à l'accessibilité dans les organisations émergentes telles que les cliniques-réseau), de même qu'au peu de temps écoulé depuis la mise en opération de certains modèles émergents. À l'échelle populationnelle, les différences dans l'exposition aux PCP notées entre les territoires de CSSS devraient être prises en considération dans l'analyse de l'organisation des services de 1re ligne dans les réseaux locaux.

ANNEXE 1

PCP ET CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Exposition aux PCP selon certaines caractéristiques sociodémographiques
Personnes ayant une source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal-Montérégie, 2010

Variable	Sexe		Âge				Origine			Scolarité				Revenu[a]			
	H	F	18-29	40-44	45-64	≥ 65	Canada	Immigr. < 10 ans	Immigr. ≥ 10 ans	< DES	DES	Cégep	Univer-sité	1 (faible)	2	3	4 (élevé)
Discussion alimentation, derniers 2 ans (tous/ N = 6 846)	42,8	40,2	38,4	36,0	47,8	39,1	42,7	29,5	38,6	38,8	43,5	41,3	40,5	39,3	41,8	40,7	44,0
Recommandation alimentation, derniers 2 ans (tous/N = 6 846)	38,2	36,0	33,2	31,4	43,6	35,5	38,1	26,3	35,2	35,1	38,3	37,7	36,2	35,0	38,0	36,0	39,3
Discussion activité physique, derniers 2 ans (tous/ N = 6 846)	48,2	44,2	36,1	41,2	54,3	45,4	47,0	32,9	45,8	40,4	45,3	46,5	48,3	40,2	46,3	45,9	52,3
Recommandation activité physique, derniers 2 ans (tous/N = 6 846)	42,3	39,4	31,1	35,5	49,0	40,3	41,6	28,2	40,3	36,2	39,9	42,2	42,0	35,9	41,4	40,0	46,1
Documentation statut tabagique, derniers 2 ans (tous/N = 6 846)	46,4	44,6	63,9	52,7	43,1	24,0	46,6	48,2	37,6	37,9	49,4	47,5	43,6	47,3	42,9	44,9	46,8
Recommandation cessation tabagique, derniers 2 ans (fumeurs/N = 1 681)	61,8	63,7	50,8	63,2	69,3	67,4	64,8	29,3	60,5	70,0	60,9	64,1	60,3	62,5	63,0	61,0	65,2
Test Pap, derniers 3 ans (F 18-69 ans/N = 3 069)	NAP	81,2	78,0*	82,0	86,7	81,3	84,0	59,3	75,2	78,8	78,8	80,2	84,0	72,5	80,7	83,0	89,5
Recommandation mammo-graphie, derniers 2 ans (F 50-69 ans/N = 1 226)	NAP	74,7		*	72,7	77,3	75,6	37,5	71,7	79,1	74,9	70,9	74,8	66,8	78,9	74,3	77,7
Prescription RSOS, derniers 2 ans (50-75 ans/N = 2 624)	35,1	22,2	*	26,7	29,6	28,6	27,7	35,3	29,4	27,5	30,0	24,1	28,4	24,6	28,9	30,2	28,2
Recommandation colonos-copie, derniers 10 ans (50-75 ans/N = 2 624)	45,6	42,7	*	39,3	49,4	46,3	42,9	11,8	51,0	44,3	39,5	44,0	48,2	40,6	43,9	40,4	51,1
Prescription RSOS derniers 2 ans ou recommandation colonoscopie derniers 10 ans (50-75 ans/N = 2 624)	60,8	51,1	*	51,0	60,6	57,5	54,5	35,3	61,9	54,0	53,7	53,6	59,2	49,6	56,6	55,3	60,2

Exposition aux PCP selon certaines caractéristiques sociodémographiques
Personnes ayant une source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal-Montérégie, 2010 (suite)

Variable	Sexe		Âge				Origine			Scolarité				Revenu[a]			
	H	F	18-29	40-44	45-64	≥ 65	Canada	Immigr. < 10 ans	Immigr. ≥ 10 ans	< DES	DES	CEGEP	Univer-sité	1 (faible)	2	3	4 (élevé)
Prise de la TA, derniers 2 ans (tous/N = 6 846)	86,0	89,8	76,5	81,8	93,0	97,1	88,7	76,3	88,8	93,2	88,0	86,1	87,6	85,6	90,1	88,0	88,8
Prise de la TA, dernière année (tous/N = 6 846)	70,6	74,8	57,6	62,4	77,9	90,8	73,6	57,1	74,8	83,6	73,4	68,4	71,5	72,7	75,7	70,5	72,6
Prescription glycémie, derniers 3 ans (40 ans ou + / N = 4 508)	80,3	81,8	73,2*	82,2	87,8	82,4	82,1	68,3	78,4	84,8	81,3	79,7	80,1	79,1	83,6	79,4	81,9
Prescription mesure du cholestérol, derniers 3 ans (F 50-70 ans; H 40-70 ans/ N = 2 945)	85,0	92,1	*	74,6	89,3	94,4	88,9	62,7	86,9	92,9	89,4	87,6	85,4	85,3	90,6	86,5	89,0
Vaccination H1N1, dernière année (tous/N = 6 846)	61,2	61,6	42,8	57,9	64,8	75,7	64,1	38,2	55,3	66,1	58,1	59,2	63,8	54,6	60,7	63,1	67,9
Recommandation vaccination influenza, dernière année (60 ans ou + /N = 1 881)	38,4	39,0	*	24,9	39,3	50,4	39,5	20,0	35,5	40,5	37,4	40,0	37,7	39,1	39,5	39,5	34,7

[a] Quartile de revenu ajusté pour la taille du ménage.

* Groupes d'âge pour le test Pap : 18-39, 40-49, 50-59, 60-69 ans.
Groupes d'âge pour la mammographie : 50-59 et 60-69 ans.
Groupes d'âge pour le dépistage du cancer colorectal : 50-59, 60-69, 70-75 ans.
Groupes d'âge pour la prescription d'une mesure de la glycémie : 40-49, 50-59, 60-74, 75 ans ou +.
Groupes d'âge pour la prescription d'une mesure du cholestérol : 40-49 (H), 50-59, 60-70 ans.
Groupes d'âge pour la vaccination influenza saisonnière : 60-64, 65-74, 75 ans ou +.

Résultat non statistiquement significatif ($p \geq 0,05$).

Notes méthodologiques :

Pour chaque PCP, les « ne sait pas » et les refus de répondre à la question ou aux questions mesurant cette PCP sont considérés comme n'ayant pas été exposés à la PCP. En moyenne, la proportion de « ne sait pas »/refus se situe à 1,2 % pour l'ensemble des questions sur les PCP (étendue : 0 à 5 %). Les données présentées sont pondérées pour tenir compte des particularités de l'échantillonnage.

ANNEXE 2

PCP ET TERRITOIRES DE CSSS

Exposition aux PCP selon le territoire de CSSS de résidence. Personnes ayant une source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal, 2010

	Montréal	Ouest-de-l'Île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest – Verdun	Pointe-de-l'Île	Lucille-Teasdale	St-Léonard et St-Michel	de la Montagne	Cavendish	Jeanne-Mance	Bordeaux-Cartierville –St-Laurent	Cœur-de-l'Île	Ahuntsic et Montréal-Nord
PCP	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Discussion alimentation, derniers 2 ans (tous)	39,6 (37,8 - 41,6)	41,0 (34,9 - 47,3)	40,9 (34,8 - 47,6)	47,7 (41,3 - 54,3)	41,4 (35,2 - 48,3)	34,9 (29,0 - 41,5)	39,6 (33,3 - 46,3)	41,2 (34,4 - 48,2)	38,5 (32,2 - 45,2)	32,3 (26,6 - 38,8)	36,4 (30,2 - 42,9)	35,9 (30,2 - 42,5)	42,8 (35,9 - 49,8)
Recommandation alimentation, derniers 2 ans (tous)	35,7 (33,9 - 37,6)	37,7 (31,8 - 44,0)	37,4 (31,4 - 44,0)	41,7 (35,4 - 48,3)	37,1 (31,1 - 43,8)	30,9 (25,3 - 37,3)	35,3 (29,2 - 41,9)	38,3 (31,6 - 45,3)	33,2 (27,3 - 39,8)	30,1 (24,5 - 36,5)	34,3 (28,2 - 40,8)	32,4 (27,0 - 38,9)	37,1 (30,7 - 44,2)
Discussion activité physique, derniers 2 ans (tous)	44,1 (42,2 - 46,1)	46,6 (40,1 - 52,7)	49,0 (42,5 - 55,5)	51,7 (45,1 - 58,0)	41,1 (34,7 - 47,7)	40,1 (33,9 - 46,8)	45,5 (38,9 - 52,3)	44,9 (37,9 - 51,8)	47,7 (40,9 - 54,2)	35,7 (29,7 - 42,1)	40,6 (34,3 - 47,4)	41,3 (35,3 - 47,9)	46,2 (39,3 - 53,3)
Recommandation activité physique, derniers 2 ans (tous)	38,4 (36,5 - 40,3)	42,0 (35,8 - 48,4)	45,1 (38,7 - 51,7)	44,6 (38,2 - 51,0)	34,4 (28,7 - 40,9)	35,4 (29,5 - 41,9)	40,4 (33,8 - 47,0)	40,3 (33,6 - 47,3)	40,5 (34,1 - 47,2)	29,3 (24,0 - 35,5)	33,9 (27,9 - 40,4)	33,3 (27,7 - 39,8)	40,2 (33,6 - 47,3)
Documentation statut tabagique, derniers 2 ans (tous)	46,0 (44,1 - 48,0)	44,6 (38,6 - 51,3)	41,3 (35,2 - 48,2)	56,0 (49,4 - 62,2)	43,7 (37,3 - 50,5)	51,9 (45,1 - 58,5)	48,7 (42,1 - 55,6)	42,4 (35,7 - 49,6)	38,9 (32,5 - 45,6)	51,3 (44,6 - 57,9)	44,4 (37,8 - 51,3)	45,2 (38,7 - 51,5)	43,5 (36,6 - 50,7)
Recommandation cessation tabagique, derniers 2 ans (fumeurs)	60,0 (56,1 - 63,9)	60,8 (44,2 - 75,8)	59,7 (45,3 - 73,7)	67,0 (54,7- 76,9)	68,4 (55,2 - 80,0)	66,3 (53,0 - 76,9)	61,8 (48,4 - 74,5)	46,0* (30,2 - 63,9)	60,0 (44,2 - 73,6)	55,0 (43,8 - 66,4)	52,3 (37,0 - 67,2)	49,5 (38,4 - 60,3)	65,0 (51,1 - 77,9)
Test Pap, derniers 3 ans (F 18-69 ans)	79,0 (76,4 - 81,2)	85,1 (76,7 - 90,5)	81,4 (71,0 - 88,0)	81,2 (73,2 - 87,1)	73,9 (63,4 - 81,1)	81,2 (71,1 - 88,2)	80,0 (71,1 - 86,9)	76,9 (66,6 - 84,5)	81,8 (72,8 - 88,3)	86,1 (77,9 - 91,5)	68,3 (57,6 - 77,2)	78,3 (69,8 - 84,5)	74,4 (62,8 - 83,3)
Recommandation mammographie, derniers 2 ans (F 50-69 ans)	70,4 (66,7 - 73,8)	82,0 (71,4 - 88,8)	74,5 (62,1 - 83,4)	74,5 (61,9 - 84,3)	62,7 (48,9 -73,7)	64,6 (51,4 - 74,9)	67,4 (53,3 - 79,1)	72,3 (57,9 - 84,1)	68,5 (55,6 - 79,0)	70,0 (52,7 - 81,6)	71,4 (56,4 - 84,2)	61,4 (47,1 - 74,3)	69,4 (56,8 - 80,4)
Prescription RSOS, derniers 2 ans (50-75 ans)	28,7 (26,2 - 31,3)	29,6 (22,5 - 39,2)	29,3 (21,3 - 38,3)	34,3 (25,4 - 44,3)	27,2* (19,7 - 35,8)	31,1 (22,9 - 40,8)	31,8 (23,7 - 41,1)	24,1* (16,1 - 34,0)	31,7 (23,5 - 40,4)	27,7* (19,6 - 37,5)	31,7 (23,8 - 41,5)	24,4* (16,0 - 34,8)	21,1* (14,8 - 29,6)
Recommandation colonoscopie, derniers 10 ans (50-75 ans)	46,9 (44,2 - 49,7)	44,0 (35,6 - 53,9)	49,6 (40,5 - 58,0)	42,6 (33,8 - 52,4)	36,8 (29,1 - 46,1)	45,6 (36,2 - 55,3)	44,9 (36,1 - 54,6)	63,3 (52,4 - 72,5)	69,3 (60,4 - 77,6)	44,0 (34,1 - 53,9)	48,5 (39,1 - 58,2)	33,7* (24,1 - 43,9)	42,2 (34,0 - 50,9)
Prescription RSOS derniers 2 ans ou recommandation colonoscopie derniers 10 ans (50-75 ans)	57,8 (55,0 - 60,5)	56,0 (46,6 - 65,1)	61,0 (51,7 - 68,6)	55,6 (46,1 - 64,7)	50,0 (41,4 - 59,0)	53,9 (44,1 - 63,2)	60,7 (51,1 - 69,3)	70,5 (59,9 - 79,0)	76,2 (67,4 - 83,6)	54,8 (44,7 - 64,2)	61,4 (51,2 - 70,0)	44,2 (33,5 - 54,3)	51,4 (43,0 - 60,1)

Exposition aux PCP selon le territoire de CSSS de résidence. Personnes ayant une source habituelle de soins de 1re ligne, Montréal, 2010 (suite)

	Montréal	Ouest-de-l'Île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest – Verdun	Pointe-de-l'Île	Lucille-Teasdale	St-Léonard et St-Michel	de la Montagne	Cavendish	Jeanne-Mance	Bordeaux-Cartierville–St-Laurent	Cœur-de-l'Île	Ahuntsic et Montréal-Nord
PCP	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Prise de la TA, derniers 2 ans (tous)	86,9 (85,4 - 88,3)	87,9 (82,5 - 91,7)	84,6 (78,4 - 89,2)	90,1 (85,6 - 93,4)	84,4 (78,1 - 89,2)	89,2 (83,9 - 92,8)	89,5 (83,7 - 93,4)	90,5 (84,5 - 94,5)	89,4 (84,0 - 93,4)	79,4 (73,0 - 84,7)	87,8 (81,9 - 92,0)	84,7 (79,6 - 88,5)	84,4 (77,2 - 89,4)
Prise de la TA, dernière année (tous)	72,4 (70,5 - 74,2)	72,1 (66,0 - 77,6)	70,3 (63,6 - 76,2)	73,8 (67,7 - 79,3)	70,9 (64,1 - 77,0)	74,0 (67,6 - 79,7)	76,7 (70,3 - 82,3)	72,4 (65,3 - 78,5)	78,8 (72,8 - 83,9)	65,0 (58,1 - 71,3)	74,1 (67,5 - 79,7)	68,7 (62,5 - 74,2)	72,0 (64,7 - 78,4)
Prescription mesure de la glycémie, derniers 3 ans (40 ans ou +)	79,9 (78,1 - 81,6)	78,3 (72,0 - 83,6)	82,8 (77,1 - 87,3)	85,0 (79,3 - 89,6)	81,3 (74,7 - 86,3)	83,6 (77,9 - 88,2)	81,1 (74,8 - 86,3)	82,7 (75,8 - 88,1)	78,3 (71,6 - 84,1)	70,7 (62,7 - 77,9)	73,8 (66,1 - 80,4)	73,8 (65,5 - 80,8)	81,5 (74,8 - 86,4)
Prescription mesure du cholestérol, derniers 3 ans (F 50-70 ans; H 40-70 ans)	87,0 (85,0 - 88,8)	89,1 (82,7 - 93,6)	86,9 (80,1 - 92,0)	92,1 (85,8 - 95,7)	86,2 (78,5 - 91,5)	87,5 (79,5 - 92,3)	89,8 (82,5 - 94,0)	89,1 (80,4 - 94,8)	85,6 (76,8 - 91,6)	81,4 (71,6 - 88,0)	86,3 (76,7 - 92,5)	75,2 (65,6 - 82,9)	88,3 (80,8 - 92,8)
Vaccination H1N1, dernière année (tous)	59,7 (57,8 - 61,7)	58,7 (52,4 - 64,9)	64,3 (57,8 - 70,6)	57,9 (51,4 - 64,3)	64,6 (57,8 - 70,7)	65,4 (58,7 - 71,6)	54,3 (47,5 - 61,1)	55,1 (48,2 - 62,2)	58,3 (51,3 - 64,7)	58,6 (51,7 - 65,1)	57,7 (50,8 - 64,4)	58,0 (51,5 - 64,3)	61,2 (54,1 - 68,0)
Recommandation vaccination influenza, dernière année (60 ans ou +)	39,0 (35,9 - 42,3)	38,4 (28,9 - 50,4)	50,0 (39,5 - 59,3)	43,8 (33,0 - 55,1)	39,5 (29,4 - 50,5)	33,3* (23,6 - 43,8)	47,0 (35,6 - 58,8)	40,3 (29,9 - 51,1)	35,2 (25,7 - 45,3)	30,8* (19,6 - 44,0)	40,2 (30,7 - 51,4)	44,2* (29,3 - 58,7)	29,5* (21,2 - 40,0)

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

Résultat statistiquement supérieur à celui de la région.

Résultat statistiquement inférieur à celui de la région.

Notes méthodologiques :

Pour chaque PCP, les « ne sait pas » et les refus de répondre à la question ou aux questions mesurant cette PCP sont considérés comme n'ayant pas été exposés à la PCP. En moyenne, la proportion de « ne sait pas »/refus se situe à 1,2 % pour l'ensemble des questions sur les PCP (étendue : 0 à 5 %). Les données présentées sont pondérées pour tenir compte des particularités de l'échantillonnage.

Exposition aux PCP selon le territoire de CSSS de résidence. Personnes ayant une source habituelle de soins de 1re ligne, Montérégie, 2010

	Montérégie	Haut-St-Laurent	du Suroît	Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Vaudreuil-Soulanges
PCP	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Discussion alimentation, derniers 2 ans (tous)	43,5 (41,3 - 45,7)	47,0 (40,4 - 53,7)	49,4 (43,4 - 5,4)	37,1 (31,4 - 43,3)	45,2 (39,0 - 51,6)	46,8 (40,4 - 53,1)	43,7 (37,3 - 50,3)	41,3 (35,3 - 47,7)	44,6 (38,3 - 51,1)	47,4 (41,3 - 53,4)	44,3 (38,0 - 50,9)	40,9 (35,2 - 47,3)
Recommandation alimentation, derniers 2 ans (tous)	38,6 (36,4 - 40,8)	42,3 (35,9 - 49,1)	45,8 (39,9 - 51,9)	33,1 (27,7 - 39,3)	36,9 (31,1 - 43,2)	43,3 (37,0 - 49,7)	38,5 (32,3 - 45,2)	36,7 (30,8 - 42,9)	41,3 (35,2 - 48,0)	41,3 (35,6 - 47,5)	39,7 (33,5 - 46,2)	35,8 (30,4 - 42,1)
Discussion activité physique, derniers 2 ans (tous)	48,3 (46,1 - 50,5)	48,3 (41,7 - 55,1)	54,5 (48,6 - 60,5)	40,7 (34,9 - 47,0)	46,0 (39,8 - 52,5)	54,3 (47,8 - 60,6)	48,9 (42,5 - 55,4)	43,2 (37,2 - 49,5)	50,0 (43,5 - 56,4)	59,6 (53,6 - 65,5)	47,3 (40,9 - 53,8)	51,5 (45,5 - 57,8)
Recommandation activité physique, derniers 2 ans (tous)	43,5 (41,3 - 45,7)	40,9 (34,7 - 47,7)	47,0 (41,1 - 53,0)	35,5 (29,8 - 41,5)	42,7 (36,6 - 49,1)	50,3 (43,9 - 56,7)	46,1 (39,7 - 52,6)	37,3 (31,5 - 43,5)	47,6 (41,2 - 54,0)	53,8 (47,8 - 59,8)	42,0 (35,9 - 48,6)	44,4 (38,5 - 50,7)
Documentation statut tabagique, derniers 2 ans (tous)	44,7 (42,5 - 46,9)	49,3 (42,6 - 56,0)	46,4 (40,5 - 52,4)	46,5 (40,4 - 52,9)	38,5 (32,6 - 44,9)	47,7 (41,3 - 54,2)	45,4 (39,1 - 51,9)	42,6 (36,3 - 49,1)	41,2 (34,9 - 47,8)	45,0 (39,0 - 51,1)	42,3 (36,2 - 49,0)	49,5 (43,2 - 55,5)
Recommandation cessation tabagique, derniers 2 ans (fumeurs)	66,3 (61,5 - 70,6)	69,8 (56,0 - 81,4)	73,2 (61,8 - 81,7)	70,7 (57,0 - 81,5)	61,4 (43,2 - 76,9)	69,5 (56,8 - 79,8)	62,5 (47,0 - 76,2)	65,2 (50,3 - 76,9)	57,0 (43,5 - 70,0)	62,4 (49,9 - 73,1)	72,6 (58,6 - 83,7)	62,5 (48,9 - 74,7)
Test Pap, derniers 3 ans (F 18-69 ans)	83,9 (81,2 - 86,3)	82,5 (68,9 - 90,8)	85,9 (78,1 - 90,9)	81,8 (72,65 - 88,8)	81,1 (72,0 - 87,7)	82,3 (74,0 - 88,7)	83,2 (75,1 - 89,1)	86,8 (79,9 - 91,7)	93,6 (88,4 - 96,3)	90,6 (82,6 - 95,3)	85,1 (74,3 - 92,2)	83,1 (74,6 - 88,9)
Recommandation mammographie, derniers 2 ans (F 50-69 ans)	79,0 (75,6 - 82,1)	70,4 (57,7 - 80,2)	81,4 (72,0 - 88,8)	67,8 (55,9 - 77,6)	80,3 (68,2 - 88,7)	82,3 (72,3 - 90,0)	80,0 (68,7 - 87,1)	81,0 (70,4 - 88,2)	84,0 (74,3 - 90,4)	82,4 (73,0 - 89,6)	79,6 (67,0 - 87,7)	77,4 (65,2 - 85,7)
Prescription RSOS, derniers 2 ans (50-75 ans)	27,4 (24,9 - 30,2)	27,0 (19,9 - 35,5)	23,9 (17,7 - 31,4)	30,3 (22,7 - 39,3)	27,7 (21,1 - 36,1)	27,4 (20,6 - 35,7)	32,5 (24,8 - 40,8)	25,6 (19,2 - 33,6)	18,0* (12,8 - 24,6)	25,7 (19,3 - 33,1)	23,6* (17,1 - 31,8)	29,1 (22,1 - 38,4)
Recommandation colonoscopie, derniers 10 ans (50-75 ans)	41,0 (38,2 - 43,9)	42,3 (34,2 - 50,4)	34,5 (27,4 - 42,4)	34,5 (26,6 - 43,4)	50,0 (41,9 - 58,7)	43,0 (34,7 - 51,2)	47,6 (39,5 - 56,3)	27,6 (20,8 - 34,9)	34,1 (27,2 - 41,7)	46,7 (39,0 - 54,4)	46,3 (38,0 - 54,8)	46,2 (37,0 - 54,5)
Prescription RSOS derniers 2 ans ou recommandation colonoscopie derniers 10 ans (50-75 ans)	53,2 (50,3 - 56,1)	47,8 (39,8 - 56,0)	44,4 (36,5 - 52,1)	50,0 (41,5 - 58,7)	60,8 (52,2 - 68,8)	57,8 (49,2 - 65,9)	59,5 (50,8 - 67,4)	42,5 (34,4 - 50,7)	40,1 (32,8 - 47,8)	57,9 (50,0 - 65,2)	52,0 (43,5 - 60,3)	57,3 (48,6 - 66,0)

Exposition aux PCP selon le territoire de CSSS de résidence. Personnes ayant une source habituelle de soins de 1re ligne, Montérégie, 2010 (suite)

	Montérégie	Haut-St-Laurent	du Suroît	Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Vaudreuil-Soulanges
PCP	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Prise de la TA, derniers 2 ans (tous)	89,5 (87,9 - 90,9)	95,6 (92,0 -97,7)	91,5 (87,3 - 94,4)	88,8 (84,1 - 92,1)	91,0 (86,6 - 94,4)	86,5 (80,7 - 90,6)	88,6 (82,7 - 92,9)	90,9 (86,3 - 94,0)	91,3 (86,8 - 94,3)	90,2 (84,8 - 93,7)	89,7 (84,7 - 93,2)	89,7 (84,9 - 93,1)
Prise de la TA, dernière année (tous)	73,5 (71,4 - 75,5)	80,9 (74,9 - 85,8)	78,1 (72,3 - 82,8)	76,6 (70,9 - 81,6)	74,1 (67,9 - 79,6)	72,8 (66,5 - 78,4)	71,8 (65,4 - 77,5)	70,3 (63,8 - 76,0)	76,3 (70,5 - 81,3)	78,4 (72,7 - 83,2)	71,0 (64,7 - 76,7)	72,2 (66,2 - 77,5)
Prescription mesure de la glycémie, derniers 3 ans (40 ans ou +)	82,6 (80,7 - 84,2)	84,8 (79,1 - 89,1)	85,7 (80,9 - 89,7)	80,8 (74,9 - 85,4)	85,7 (80,1 - 90,2)	83,0 (77,3 - 87,5)	80,3 (74,6 - 85,2)	81,1 (75,6 - 85,9)	86,3 (81,0 - 90,3)	86,1 (81,2 - 90,1)	78,0 (72,0 - 82,9)	82,0 (75,6 - 86,3)
Prescription mesure du cholestérol, derniers 3 ans (F 50-70 ans; H 40-70 ans)	89,1 (87,2 - 90,8)	88,1 (80,9 - 92,6)	91,4 (85,9 - 94,6)	86,8 (80,9 - 91,4)	88,2 (81,2 - 92,9)	90,9 (84,8 - 94,8)	88,5 (82,3 - 92,7)	88,8 (82,6 - 93,4)	90,8 (84,5 - 94,8)	89,0 (83,0 - 93,3)	89,8 (83,8 - 93,6)	88,5 (82,6 - 92,9)
Vaccination H1N1, dernière année (tous)	63,4 (61,2 - 65,6)	63,4 (56,7 - 69,5)	77,1 (71,2 - 81,9)	65,3 (59,0 - 71,2)	64,3 (57,6 - 70,4)	63,8 (57,3 - 69,8)	60,3 (53,5 - 66,5)	60,5 (53,9 - 66,8)	66,2 (59,8 - 72,1)	65,5 (59,5 - 71,2)	60,7 (54,1 - 67,0)	61,6 (55,0 - 67,3)
Recommandation vaccination influenza, dernière année (60 ans ou +)	38,3 (34,9 - 41,8)	41,7 (32,3 - 51,4)	49,6 (40,7 - 58,2)	31,3* (22,5 - 41,6)	44,2 (34,2 - 55,3)	40,2 (30,4 - 50,7)	42,4 (32,3 - 52,7)	31,2* (22,0 - 41,2)	36,0 (27,8 - 45,2)	42,2 (33,5 - 51,4)	33,3 (24,8 - 44,1)	37,9* (27,1 - 49,1)

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

Résultat statistiquement supérieur à celui de la région.

Résultat statistiquement inférieur à celui de la région.

Notes méthodologiques :

Pour chaque PCP, les « ne sait pas » et les refus de répondre à la question ou aux questions mesurant cette PCP sont considérés comme n'ayant pas été exposés à la PCP. En moyenne, la proportion de « ne sait pas »/refus se situe à 1,2 % pour l'ensemble des questions sur les PCP (étendue : 0 à 5 %). Les données présentées sont pondérées pour tenir compte des particularités de l'échantillonnage.

ANNEXE 3

FACTEURS ASSOCIÉS À L'EXPOSITION AUX PCP

Résultats des analyses multivariées

Facteurs associés à l'exposition aux PCP counselling habitudes de vie, Montréal-Montérégie, 2010

		Discussion alimentation, derniers 2 ans (N = 6 846)	Recommandation alimentation, derniers 2 ans (N = 6 846)	Discussion activité physique, derniers 2 ans (N = 6 846)	Recommandation activité physique, derniers 2 ans (N = 6 846)	Documentation statut tabagique, derniers 2 ans (N = 6 846)	Recommandation cessation tabac, derniers 2 ans (N = 1 681)
PCP		OR (IC 95 %)[a]	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)
Sexe (réf. : H)[b]	Femme	0,87 (0,78 - 0,96)	0,89 (0,80 - 0,99)	0,80 (0,72 - 0,89)	0,85 (0,76 - 0,94)	0,90 (0,81 - 0,99)	0,95 (0,76 - 1,18)
Âge (réf. : 18-29 ans)	30-44 ans	0,78 (0,66 - 0,91)	0,78 (0,66 - 0,93)	1,03 (0,87 - 1,21)	1,03 (0,86 - 1,22)	0,72 (0,61 - 0,84)	1,60 (1,19 - 2,15)
	45-64 ans	0,88 (0,75 - 1,04)	0,95 (0,80 - 1,12)	1,29 (1,10 - 1,52)	1,34 (1,13 - 1,58)	0,46 (0,39 - 0,54)	1,61 (1,19 - 2,17)
	65 ans ou +	0,49 (0,40 - 0,60)	0,53 (0,43 - 0,65)	0,77 (0,63 - 0,94)	0,81 (0,66 - 0,99)	0,17 (0,14 - 0,21)	1,19 (0,77 - 1,82)
Statut d'immigration (réf. : nés au Canada)	Immigrés < 10 ans	0,73 (0,57 - 0,95)	0,78 (0,60 - 1,01)	0,81 (0,63 - 1,05)	0,82 (0,63 - 1,06)	0,60 (0,48 - 0,76)	0,27 (0,15 - 0,47)
	Immigrés ≥ 10 ans	0,83 (0,71 - 0,97)	0,86 (0,74 - 1,01)	0,96 (0,83 - 1,12)	0,95 (0,82 - 1,11)	0,70 (0,60 - 0,82)	0,91 (0,64 - 1,30)
Niveau de scolarité (réf. : n'a pas obtenu de diplôme études secondaires)	Diplôme études second.	1,30 (1,09 - 1,55)	1,25 (1,05 - 1,50)	1,36 (1,14 - 1,63)	1,32 (1,10 - 1,58)	1,12 (0,93 - 1,34)	0,78 (0,55 - 1,10)
	Diplôme collégial	1,29 (1,06 - 1,57)	1,32 (1,09 - 1,62)	1,60 (1,31 - 1,94)	1,64 (1,34 - 1,99)	0,90 (0,74 - 1,10)	0,95 (0,64 - 1,4)
	Diplôme universitaire	1,31 (1,08 - 1,59)	1,30 (1,07 - 1,57)	1,72 (1,42 - 2,08)	1,62 (1,33 - 1,96)	0,83 (0,68 - 1,01)	0,93 (0,62 - 1,40)
Niveau de revenu ajusté pour la taille du ménage (réf. : quartile 1 faible)	Quartile 2	0,99 (0,86 - 1,15)	1,02 (0,88 - 1,18)	1,08 (0,94 - 1,25)	1,06 (0,92 - 1,23)	0,88 (0,76 - 1,02)	0,89 (0,67 - 1,20)
	Quartile 3	0,97 (0,83 - 1,13)	0,95 (0,81 - 1,11)	1,10 (0,95 - 1,29)	1,03 (0,88 - 1,20)	0,78 (0,67 - 0,91)	0,85 (0,62 - 1,15)
	Quartile 4 (élevé)	1,07 (0,90 - 1,26)	1,06 (0,89 - 1,25)	1,32 (1,12 - 1,56)	1,24 (1,05 - 1,47)	0,87 (0,74 - 1,03)	0,91 (0,64 - 1,28)
Région (réf. : Mtl)	Montérégie	1,00 (0,89 - 1,12)	0,98 (0,88 - 1,10)	1,02 (0,91 - 1,14)	1,08 (0,97 - 1,21)	0,89 (0,80 - 1,00)	1,10 (0,86 - 1,40)
Facteurs risque[c] (réf. : 0)	Au moins 1	1,98 (1,76 - 2,24)	1,95 (1,73 - 2,20)	1,60 (1,42 - 1,80)	1,63 (1,45 - 1,84)	0,94 (0,83 - 1,06)	0,97 (0,75 - 1,26)
Maladies chroniques[d] (réf. :0)	Au moins 1	0,97 (0,87 - 1,09)	1,02 (0,91 - 1,15)	1,19 (1,06 - 1,33)	1,09 (0,98 - 1,22)	1,17 (1,00 - 1,25)	1,29 (1,02 - 1,62)
MD de famille (réf. : non)	Oui	3,70 (3,08 - 4,46)	3,61 (2,97 - 4,39)	3,72 (3,11 - 4,45)	3,88 (3,19 - 4,71)	1,53 (1,32 - 1,78)	2,57 (1,93 - 3,42)
Durée fréquentation source hab. 1re ligne (réf. : < 2 ans)	2 à 5 ans	0,85 (0,71 - 1,02)	0,87 (0,72 - 1,04)	1,00 (0,83 - 1,19)	1,00 (0,83 - 1,20)	0,78 (0,65 - 0,92)	1,84 (1,28 - 2,63)
	Plus de 5 ans	0,84 (0,71 - 1,00)	0,86 (0,72 - 1,02)	0,99 (0,83 - 1,17)	0,99 (0,83 - 1,18)	0,54 (0,46 - 0,64)	1,84 (1,32 - 2,58)
Nb visites (derniers 2 ans) à source hab. 1re ligne (réf. : 1)	2 à 5 fois	1,35 (1,16 - 1,57)	1,34 (1,15 - 1,57)	1,47 (1,27 - 1,71)	1,47 (1,26 - 1,72)	1,17 (1,02 - 1,36)	1,06 (0,79 - 1,42)
	6 fois ou +	1,60 (1,33 - 1,92)	1,49 (1,24 - 1,81)	1,98 (1,65 - 2,39)	1,89 (1,56 - 2,28)	1,19 (0,99 - 1,42)	1,71 (1,17 - 2,48)
Type de source habituelle de soins de 1re ligne (réf. : Groupes non GMF ni CR)	1re génération (GMF 2005[e])	1,18 (1,01 - 1,38)	1,21 (1,03 - 1,41)	1,25 (1,07 - 1,46)	1,15 (0,98 - 1,34)	1,16 (0,99 - 1,36)	1,35 (0,97- 1,89)
	2e génération (GMF 2010[f])	0,98 (0,83 - 1,15)	0,99 (0,84 - 1,17)	1,15 (0,98 - 1,35)	1,04 (0,89 - 1,23)	0,92 (0,78 -1,09)	1,04 (0,71 - 1,52)
	2e génération (CR 2010[g])	0,78 (0,67 - 0,91)	0,83 (0,71 - 0,97)	0,73 (0,62 - 0,85)	0,69 (0,59 - 0,81)	1,10 (0,94 - 1,26)	1,04 (0,76 - 1,42)
	CLSC et UMF (non GMF ni CR)	1,37 (1,08 - 1,74)	1,27 (1,00 - 1,62)	1,30 (1,02 - 1,65)	1,32 (1,03 - 1,68)	1,18 (0,93 - 1,50)	0,85 (0,53 - 1,36)
	Solo	1,16 (0,98 - 1,38)	1,20 (1,01 - 1,43)	1,23 (1,03 - 1,46)	1,16 (0,98 - 1,38)	1,01 (0,85 - 1,20)	0,67 (0,47 - 0,96)

Voir la légende à la page 58.

Facteurs associés à l'exposition aux PCP dépistage du cancer, Montréal-Montérégie, 2010

		Test Pap, derniers 3 ans (N = 3 069)	Recommandation de mammographie, derniers 2 ans (N = 1 226)	Prescription RSOS, derniers 2 ans (N = 2 624)	Recommandation colonoscopie, derniers 10 ans (N = 2 624)	Prescription RSOS derniers 2 ans ou recommandation colonoscopie derniers 10 ans (N = 2 624)
		OR (IC 95 %)[a]	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)
Sexe (réf. : H)[b]	Femme			0,52 (0,44 - 0,63)	0,88 (0,75 - 1,04)	0,67 (0,56 - 0,78)
Âge	Les catégories varient selon la PCP	40-49 ans : 1,10 (0,85 - 1,42) 50-59 ans : 1,35 (1,00 - 1,82) 60-69 ans : 1,03 (0,74 - 1,45) (réf. : 18-39 ans)	60-69 ans : 1,25 (0,93 - 1,68) (réf. : 50-59 ans)	60-69 ans : 1,05 (0,86 - 1,29) 70-75 ans : 0,97 (0,73 - 1,28) (réf. : 50-59 ans)	60-69 ans : 1,50 (1,25 - 1,80) 70-75 ans : 1,33 (1,04 - 1,72) (réf. : 50-59 ans)	60-69 ans : 1,44 (1,20 - 1,74) 70-75 ans : 1,26 (0,98 - 1,62) (réf. : 50-59 ans)
Statut d'immigration (réf. : nés au Canada)	Immigrés < 10 ans	0,43 (0,31 - 0,62)	0,36 (0,08 - 1,68)	3,09 (0,99 - 9,70)	0,24 (0,06 - 1,06)	0,77 (0,25 - 2,38)
	Immigrés ≥ 10 ans	0,68 (0,52 - 0,89)	0,98 (0,67 - 1,43)	1,03 (0,80 - 1,33)	1,31 (1,04 - 1,65)	1,31 (1,03 - 1,66)
Niveau de scolarité (réf. : n'a pas obtenu de diplôme études secondaires)	Diplôme études second.	0,83 (0,57 - 1,21)	0,73 (0,46 - 1,15)	1,10 (0,84 - 1,44)	0,84 (0,65 - 1,07)	0,98 (0,77 - 1,26)
	Diplôme collégial	0,98 (0,66 - 1,45)	0,54 (0,32 - 0,89)	0,83 (0,60 - 1,15)	0,98 (0,74 - 1,31)	0,97 (0,72 - 1,29)
	Diplôme universitaire	1,24 (0,82 - 1,86)	0,63 (0,38 - 1,06)	0,97 (0,72 - 1,30)	1,08 (0,83 - 1,41)	1,12 (0,85 - 1,46)
Niveau de revenu ajusté pour la taille du ménage (réf. : quartile 1 faible)	Quartile 2	1,30 (1,01 - 1,70)	2,00 (1,36 - 2,93)	1,18 (0,92 - 1,52)	1,15 (0,92 - 1,45)	1,28 (1,02 - 1,61)
	Quartile 3	1,47 (1,12 - 1,93)	1,78 (1,16 - 2,70)	1,35 (1,01 - 1,79)	1,13 (0,88 - 1,47)	1,38 (1,07 - 1,78)
	Quartile 4 (élevé)	2,21 (1,58 - 3,10)	2,32 (1,46 - 3,68)	1,18 (0,87 - 1,59)	1,71 (1,30 - 2,24)	1,63 (1,24 - 2,14)
Région (réf. : Mtl)	Montérégie	1,06 (0,85 - 1,32)	1,46 (1,08 - 1,98)	0,84 (0,69 - 1,02)	0,85 (0,71 - 1,02)	0,82 (0,69 - 0,98)
Facteurs risque[c] (réf. : 0)	Au moins 1	0,76 (0,60 - 0,97)	1,09 (0,82 - 1,44)	1,32 (1,09 - 1,60)	1,00 (0,85 - 1,20)	1,13 (0,96 - 1,34)
Maladies chroniques[d] (réf. : 0)	Au moins 1	1,13 (0,90 - 1,40)	1,08 (0,82 - 1,43)	1,01 (0,84 - 1,21)	1,29 (1,09 - 1,52)	1,16 (0,98 - 1,38)
MD de famille (réf. : non)	Oui	3,06 (2,41 - 3,90)	4,29 (2,59 - 7,10)	5,77 (3,05 - 10,9)	3,28 (2,18 - 4,92)	4,84 (3,26 - 7,20)
Durée fréquentation source hab. 1re ligne (réf. : < 2 ans)	2 à 5 ans	1,43 (1,06 - 1,92)	1,53 (0,90 - 2,60)	1,32 (0,89 - 1,94)	0,97 (0,69 - 1,35)	1,11 (0,80 - 1,55)
	Plus de 5 ans	1,40 (1,06 - 1,85)	1,51 (0,95 - 2,41)	1,40 (0,98 - 2,00)	0,98 (0,73 - 1,33)	1,12 (0,83 - 1,52)
Nb de visites (derniers 2 ans) à la source hab. 1re ligne (réf. : 1)	2 à 5 fois	1,32 (1,02 - 1,73)	1,68 (1,11 - 2,53)	0,92 (0,68 - 1,25)	1,02 (0,78 - 1,34)	0,95 (0,73 - 1,24)
	6 fois ou +	1,53 (1,09 - 2,16)	1,73 (1,05 - 2,83)	1,10 (0,78 - 1,57)	1,55 (1,13 - 2,12)	1,33 (0,97 - 1,82)
Type de source habituelle de soins de 1re ligne (réf. : Groupes non GMF ni CR)	1re génération (GMF 2005[e])	1,75 (1,26 - 2,42)	1,12 (0,73 - 1,72)	0,89 (0,68 - 1,16)	0,92 (0,72 - 1,18)	0,91 (0,71 - 1,16)
	2e génération (GMF 2010[f])	1,50 (1,07- 2,09)	1,18 (0,76 - 1,82)	1,20 (0,91 - 1,57)	1,01 (0,79 - 1,31)	1,24 (0,96 - 1,60)
	2e génération (CR 2010[g])	1,28 (0,98 - 1,69)	1,06 (0,71 - 1,60)	0,81 (0,61 - 1,08)	1,11 (0,86 - 1,42)	0,99 (0,77 - 1,28)
	CLSC et UMF (non GMF ni CR)	1,52 (0,94 - 2,45)	1,10 (0,54 - 2,22)	0,86 (0,53 - 1,37)	1,37 (0,91 - 2,06)	1,29 (0,85 - 1,96)
	Solo	1,21 (0,86 -1,71)	1,34 (0,84 - 2,13)	0,85 (0,64 - 1,14)	1,07 (0,83 - 1,39)	0,97 (0,75 - 1,27)

Voir la légende à la page 58.

Facteurs associés à l'exposition aux PCP dépistage des problèmes cardiométaboliques et immunisation, Montréal-Montérégie, 2010

		Prise de la TA, derniers 2 ans (N = 6 846)	Prescription mesure de la glycémie, derniers 3 ans (N = 4 508)	Prescription mesure du cholestérol, derniers 3 ans (N = 2 945)	Vaccination H1N1, dernière année (N = 6 846)	Recommandation de vaccination influenza, dernière année (N = 1 881)
		OR (IC 95 %)[a]	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)
Sexe (réf. : H)[b]	Femme	1,25 (1,06 - 1,47)	1,10 (0,93 - 1,29)	1,22 (0,87 - 1,70)	1,04 (0,94 - 1,16)	0,98 (0,80 - 1,20)
Âge (réf. : 18-29 ans)	30-44 ans	1,16 (0,95 - 1,43)	50-59 ans : 1,33 (1,08 - 1,63)	50-59 ans : 1,88 (1,32 - 2,68)	1,68 (1,44 - 1,97)	70 ans + : 2,11 (1,73 - 2,59)
	45-64 ans	2,19 (1,73 - 2,77)	60-74 ans : 1,68 (1,32 - 2,14)	60-70 ans : 2,68 (1,75 - 4,10)	1,91 (1,63 - 2,24)	(réf. : 60-69 ans)
	65 ans ou +	4,03 (2,70 - 6,01)	75 ans + : 0,93 (0,70 - 1,25) (réf. : 40-49 ans)	(réf. : 40-49 ans)	3,19 (2,60 - 3,91)	
Statut d'immigration (réf. : nés au Canada)	Immigrés < 10 ans	0,94 (0,70 - 1,28)	1,34 (0,82 - 2,17)	0,95 (0,46 - 1,96)	0,51 (0,40 - 0,65)	0,49 (0,04 - 6,83)
	Immigrés ≥ 10 ans	1,00 (0,78 - 1,29)	0,85 (0,68 - 1,06)	0,88 (0,60 - 1,28)	0,68 (0,58 - 0,79)	0,82 (0,63 - 1,08)
Niveau de scolarité (réf. : n'a pas obtenu de diplôme études secondaires)	Diplôme études second.	0,92 (0,66 - 1,29)	0,88 (0,67 - 1,16)	0,77 (0,46 - 1,29)	0,94 (0,78 - 1,12)	1,04 (0,80 - 1,35)
	Diplôme collégial	0,92 (0,65 - 1,31)	0,93 (0,69 - 1,27)	0,81 (0,46 - 1,41)	1,04 (0,85 - 1,28)	1,22 (0,87 - 1,72)
	Diplôme universitaire	1,05 (0,73 - 1,49)	0,94 (0,70 - 1,27)	0,64 (0,37 - 1,09)	1,20 (0,98 - 1,46)	1,09 (0,81 - 1,46)
Niveau de revenu ajusté pour la taille du ménage (réf. : quartile 1 faible)	Quartile 2	1,33 (1,05 - 1,68)	1,30 (1,04 - 1,64)	1,65 (1,11 - 2,45)	1,14 (0,98 - 1,31)	1,08 (0,85 - 1,38)
	Quartile 3	1,54 (1,22 - 1,94)	1,22 (0,96 - 1,56)	1,64 (1,10 - 2,44)	1,45 (1,25 - 1,70)	1,11 (0,81 - 1,52)
	Quartile 4 (élevé)	1,48 (1,14 - 1,92)	1,44 (1,10 - 1,89)	2,48 (1,60 - 3,85)	1,66 (1,40 - 1,97)	1,02 (0,71 - 1,45)
Région (réf. : Mtl)	Montérégie	0,96 (0,79 - 1,15)	1,05 (0,87 - 1,25)	0,81 (0,60 - 1,10)	1,01 (0,90 - 1,13)	1,04 (0,84 - 1,29)
Facteurs risque[c] (réf. : 0)	Au moins 1	1,77 (1,41 - 2,22)	1,83 (1,53 - 2,18)	3,70 (2,73 - 5,00)	1,28 (1,14 - 1,45)	1,36 (1,08 - 1,71)
Maladies chroniques[d] (réf. :0)	Au moins 1	1,02 (0,85 - 1,23)	1,07 (0,90 - 1,28)	1,11 (0,83 - 1,49)	1,20 (1,07 - 1,34)	1,19 (0,96 - 1,47)
MD de famille (réf. : non)	Oui	3,99 (3,34 - 4,78)	5,12 (4,04 - 6,49)	10,9 (7,88 - 15,0)	1,29 (1,11 - 1,50)	2,12 (1,13 - 3,99)
Durée fréquentation source hab. 1re ligne (réf. : < 2 ans)	2 à 5 ans	0,80 (0,63 - 1,02)	0,92 (0,68 - 1,23)	1,20 (0,77 - 1,89)	1,08 (0,91 - 1,28)	1,07 (0,68 - 1,69)
	Plus de 5 ans	0,92 (0,73 - 1,17)	1,10 (0,83 - 1,45)	1,55 (1,01 - 2,37)	1,05 (0,89 - 1,24)	1,38 (0,91 - 2,08)
Nb de visites (derniers 2 ans) à la source hab. 1re ligne (réf. : 1)	2 à 5 fois	2,18 (1,81 - 2,63)	1,75 (1,41 - 2,18)	1,35 (0,97 - 1,90)	1,23 (1,06 - 1,42)	2,03 (1,33 - 3,11)
	6 fois ou +	4,19 (3,05 - 5,76)	1,90 (1,43 - 2,52)	1,55 (0,96 - 2,50)	1,30 (1,08 - 1,56)	2,98 (1,89 - 4,71)
Type de source habituelle de soins de 1re ligne (réf. : Groupes non GMF ni CR)	1re génération (GMF 2005[e])	1,36 (1,04 - 1,77)	0,88 (0,69 - 1,13)	1,04 (0,68 - 1,59)	0,97 (0,82 - 1,13)	0,91 (0,67 - 1,23)
	2e génération (GMF 2010[f])	1,53 (1,14 - 2,06)	0,74 (0,57 - 0,95)	0,94 (0,61 - 1,44)	1,00 (0,85 - 1,19)	0,82 (0,60 - 1,13)
	2e génération (CR 2010[g])	0,85 (0,69 - 1,06)	0,76 (0,60 - 0,96)	0,65 (0,45 - 0,93)	0,87 (0,75 - 1,01)	0,88 (0,64 - 1,20)
	CLSC et UMF (non GMF ni CR)	1,27 (0,88 - 1,84)	1,39 (0,90 - 2,14)	1,21 (0,64 - 2,32)	1,06 (0,83 - 1,35)	0,98 (0,61 - 1,58)
	Solo	1,29 (0,93 - 1,79)	0,90 (0,68 - 1,19)	1,22 (0,73 - 2,03)	0,71 (0,59 - 0,84)	1,33 (0,97 - 1,81)

Voir la légende à la page 58.

Légende des tableaux des pages 55 à 57

[a] IC : intervalle de confiance. Le résultat est statistiquement significatif si l'IC n'inclut pas 1.

[b] Réf. : catégorie de référence.

[c] Facteurs de risque : HTA, hypercholestérolémie, diabète.

[d] Maladies chroniques : maladie cardiaque, maladie respiratoire, AVC, cancer, arthrite/arthrose.

[e] GMF accrédités avant le 23 avril 2005, qu'ils soient devenus aussi CR ou non par la suite.

[f] GMF non CR accrédités après le 23 avril 2005.

[g] CR (cliniques-réseau), incluant les GMF accrédités après le 23 avril 2005 devenus aussi CR.

Résultat non statistiquement significatif ($p \geq 0,05$).

☐ Caractéristique associée à une plus grande exposition à la PCP.

■ Plus faible exposition à la PCP.

N° de publication : 1528