

Les changements organisationnels dans les services de santé de première ligne à Montréal et en Montérégie (2003-2010) et leur impact sur l'utilisation et l'expérience de soins rapportées par les utilisateurs de services de première ligne

En 2005, l'Équipe santé des populations et services de santé (ESPSS), dans le cadre d'une entente entre la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec, a mené une étude dans les deux régions les plus peuplées du Québec (Montréal et la Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de première ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins de la population. Une deuxième étude a été entreprise en 2010 pour comprendre l'évolution des modèles organisationnels de première ligne et de leur performance à travers le processus de réforme et pour évaluer les facteurs organisationnels et contextuels associés à cette évolution.

Cette étude consiste en trois enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées :

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

Introduction

Au début des années 2000, deux nouvelles formes d'organisations de soins de première ligne ont été créées au Québec : les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau (CR). Dans la majorité des cas, ces deux formes d'organisations venaient ajouter des ressources à des cliniques déjà existantes, pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts en première ligne. En étroite collaboration avec les Agences de la santé et des services sociaux de Montréal et de la Montérégie, notre équipe a procédé, en 2005 et en 2010, à deux études qui comportaient des enquêtes populationnelles et organisationnelles, pour évaluer le déroulement de cette réforme et son

impact sur l'expérience de soins et l'utilisation des services. L'objectif de ce feuillet est :

1. d'apprécier la contribution des organisations émergentes de première ligne (GMF et CR) au changement organisationnel en première ligne dans les deux régions, entre 2003 et 2010⁽¹⁾;
2. d'examiner l'association entre le changement organisationnel en première ligne et l'évolution de l'expérience de soins et l'utilisation des services, entre 2003 et 2010 dans les deux régions.

Résultats

1. Le changement organisationnel

Le changement organisationnel a été mesuré par la différence dans les scores organisationnels (voir notes méthodologiques) entre 2003 et 2010. Le tableau 1 présente les résultats de l'évolution des scores organisationnels, globalement et par dimension (vision, ressources, structure, pratiques), pour les deux régions. On note que le score global a augmenté dans les deux régions entre 2003 et 2010, légèrement plus à Montréal (12 %) qu'en Montérégie (8 %). L'augmentation a été la plus forte dans la structure et à un degré moindre dans les ressources et les pratiques. Les indicateurs liés à la vision sont demeurés stables.

Le tableau 2 présente les scores organisationnels globaux pour chaque type de clinique de première ligne, selon le statut qu'elle avait en 2010, pour les deux régions. On note que l'augmentation la plus importante du score organisationnel se retrouve dans les GMF-CR (39 %) et ensuite dans les GMF (18 %) et les CR (13 %). Les données pour les CR et les GMF-CR en Montérégie ne sont pas présentées, à cause du petit nombre de ces cliniques, ce qui permettrait de les identifier trop facilement. À l'opposé, les autres types de cliniques sont demeurés relativement stables, et dans le cas des solo, le score organisationnel a diminué de 9 %.

Ces résultats montrent clairement que les nouveaux modèles d'organisation de première ligne (GMF-CR, GMF et CR) ont largement contribué aux changements organisationnels observés entre 2003 et 2010. La prochaine section établit des comparaisons entre les utilisateurs de ces nouveaux modèles d'organisation des services de première ligne et ceux des autres types de cliniques médicales concernant l'évolution de l'expérience de soins et de l'utilisation des services.

2. L'association entre l'implantation des GMF et des CR et l'évolution de l'expérience de soins et de l'utilisation des services

Pour documenter cette association, nous avons comparé l'évolution des GMF, des CR et des GMF-CR à celle de l'ensemble des autres cliniques qui n'étaient ni GMF ni CR en 2010. Nous avons d'abord comparé l'ensemble des GMF, CR et GMF-CR avec les autres cliniques, puis chacune des catégories GMF, CR et GMF-CR avec les autres cliniques. La méthode utilisée

est celle des doubles différences (DD), avec ajustement des données des groupes « expérimental » et « contrôle » par des scores de propension (voir notes méthodologiques).

Le tableau 3 présente d'abord, pour l'ensemble des deux régions, l'évolution de l'expérience de soins et de l'utilisation des services entre 2003-2005 et 2008-2010 pour les utilisateurs dont la source habituelle de soins est soit un GMF, CR ou GMF-CR, soit une autre clinique. Le tableau 3 montre également les différences dans l'évolution de ces indicateurs entre les deux groupes de cliniques. Les questions sur l'expérience de soins et l'utilisation des services se rapportent aux deux années précédant chacune des enquêtes.

Le résultat le plus notable concerne l'accessibilité qui, dans l'ensemble, a diminué entre 2003-2005 et 2008-2010, mais à un degré moindre pour les individus suivis en GMF, en CR ou en GMF-CR que pour ceux suivis dans les autres types de cliniques. Ce résultat favorable pour le groupe constitué par les GMF, CR et GMF-CR s'exprime par une DD positive (0,170) et significative ($p=0,004$) (voir notes méthodologiques). Les indicateurs qui ont le plus contribué au changement observé dans l'accessibilité sont les suivants (données non présentées, disponibles auprès des auteurs) :

- la possibilité de voir un autre médecin advenant la non disponibilité du médecin régulier;
- les heures d'ouverture plus adéquates.

On observe également un résultat positif pour la réactivité, qui a augmenté dans les deux groupes de cliniques, mais à un degré plus élevé dans celui constitué par les GMF, CR et GMF-CR. Les indicateurs qui ont le plus contribué au changement observé dans la réactivité sont :

- les délais plus courts entre l'heure du rendez-vous et la rencontre avec le médecin;
- la courtoisie à l'accueil.

Enfin, la continuité d'affiliation s'est améliorée de façon générale entre 2003 et 2010. Cette augmentation a été plus marquée pour les cliniques autres que les GMF, CR et GMF-CR, ce qui se traduit par une DD négative (-0,112) et significative ($p=0,100$). Les indicateurs qui ont le plus contribué au changement observé dans la continuité sont :

- la durée d'affiliation à la clinique;
- le fait de toujours y voir le même médecin.

Tableau 1 : Évolution des scores organisationnels moyens (sur 100) par région, de 2003 à 2010

	Vision		Ressources		Structure		Pratiques		Score global	
	2003	2010 Diff. (en %)	2003	2010 Diff. (en %)	2003	2010 Diff. (en %)	2003	2010 Diff. (en %)	2003	2010 Diff. (en %)
Montréal (N ²⁰⁰³ =434 ; N ²⁰¹⁰ =385)	63,4	62,7 -1 %	52,1	59,3 14 %	39,1	50,2 28 %	53,0	57,5 9 %	51,2	57,1 12 %
Montréal (N ²⁰⁰³ =225 ; N ²⁰¹⁰ =221)	69,4	69,3 0 %	60,1	64,9 8 %	46,5	52,0 12 %	54,4	59,7 10 %	56,4	60,8 8 %

Les données sont pondérées par le nombre de médecins ETP dans chacune des cliniques.

Tableau 2 : Évolution des scores organisationnels globaux moyens (sur 100) par type de cliniques et par région, de 2003 à 2010

	GMF-CR*		GMF*		CR*		CLSC ou UMF**		Autres cliniques médicales			
	2003	2010 Diff. (en %)	2003	2010 Diff. (en %)	2003	2010 Diff. (en %)	2003	2010 Diff. (en %)	de groupe		solo	
									2003	2010 Diff. (en %)	2003	2010 Diff. (en %)
Montréal	54,5	75,5 39 %	60,0	70,0 17 %	60,7	68,7 13 %	66,4	65,6 -1 %	47,0	45,6 -3 %	27,5	24,6 -11 %
Montréal	Ne s'applique pas		61,5	73,5 20 %	Ne s'applique pas		67,0	67,0 0 %	53,0	50,3 -5 %	28,0	26,5 -5 %
Montréal et Montréal	54,5	75,5 39 %	60,9	72,1 18 %	60,7	68,7 13 %	66,6	66,1 -1 %	49,5	47,6 -4 %	27,6	25,2 -9 %

Les données sont pondérées par le nombre de médecins ETP dans chacune des cliniques.

* Les cliniques GMF, CR et GMF-CR incluent les sites principaux et affiliés.

** Les CLSC ne comprennent que les services médicaux courants.

Tableau 3 : Évolution de l'expérience de soins* et de l'utilisation des services et doubles différences entre les utilisateurs de GMF-CR, GMF ou CR et les utilisateurs des autres cliniques médicales, 2003-2005 à 2008-2010, Montréal et la Montérégie

	2003-2005			2008-2010			DD**	p
	Expérimental	Contrôle	Diff.	Expérimental	Contrôle	Diff.		
	GMF-CR, GMF ou CR	Autres cliniques		GMF-CR, GMF ou CR	Autres cliniques			
Accessibilité des services (score moyen sur 10)	7,256	7,204	0,052	6,975	6,753	0,221	0,170	0,004
Présence de besoins non comblés au cours des six mois précédant l'enquête (en %)	18,6 %	18,4 %	0,2 %	16,4 %	16,3 %	0,2 %	-0,1 %	0,960
Continuité d'affiliation et de suivi (score moyen sur 10)	7,995	8,180	-0,184	8,334	8,631	-0,296	-0,112	0,100
Globalité (score moyen sur 10)	8,422	8,538	-0,116	8,266	8,400	-0,134	-0,018	0,796
Réactivité (score moyen sur 10)	8,614	8,717	-0,103	8,861	8,849	0,012	0,115	0,012
Résultats des soins (score moyen sur 10)	8,498	8,609	-0,111	8,574	8,738	-0,164	-0,054	0,431
Utilisation de la source habituelle de 1^{re} ligne au cours des deux années précédant l'enquête - six fois ou plus - (en %)	24,0 %	22,6 %	1,4 %	19,3 %	20,1 %	-0,8 %	-2,2 %	0,133
Recours à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête - au moins une fois - (en %)	36,6 %	34,6 %	2,0 %	36,2 %	35,8 %	0,3 %	-1,6 %	0,331
Hospitalisation au cours des deux années précédant l'enquête - au moins une fois - (en %)	16,4 %	16,2 %	0,2 %	19,3 %	18,2 %	1,1 %	0,9 %	0,488

* Après de la source habituelle de soins de première ligne au cours des deux années précédant l'enquête

** Double différence

Les analyses par région (tableaux 4 et 5) révèlent que le changement positif observé dans l'ensemble des deux régions pour l'accessibilité ne ressort que pour la Montérégie (DD=0,209; p=0,012), alors que le résultat positif pour la réactivité se retrouve surtout à Montréal (DD=0,200; p=0,006) et à un degré moindre en Montérégie (DD=0,099; p=0,083). Les résultats pour les autres indicateurs d'expérience de soins et d'utilisation ne révèlent pas de différence significative.

Afin de cerner de manière plus précise l'influence des nouveaux modèles, nous avons procédé à des analyses par type de cliniques et par région. Les types suivants ont fait l'objet des analyses : les GMF-CR, les GMF (incluant les GMF-CR), les GMF (excluant les GMF-CR), les CR (incluant les GMF-CR) et les CR (excluant les GMF-CR). Les points suivants ressortent de ces analyses (tableau 6) :

- la détérioration de l'accessibilité a été moins grande dans les GMF que dans les autres cliniques, particulièrement en Montérégie;
- les GMF (incluant les GMF-CR) sont associés à des changements positifs à Montréal en ce qui concerne les besoins non comblés;
- les changements favorables dans la réactivité sont associés davantage aux CR de Montréal, que ces dernières soient associées ou non à un GMF;
- des changements défavorables aux GMF s'observent à Montréal, en ce qui concerne la continuité;
- enfin, une augmentation moins importante du recours à l'urgence est associée aux CR de Montréal.

Discussion

L'implantation des GMF dans les deux régions et des CR à Montréal a induit des changements organisationnels importants. Ces changements se sont manifestés surtout au chapitre des ressources et des structures. À cet égard, la réforme dans l'organisation des services de première ligne a eu des effets marqués.

En ce qui concerne l'impact de ces changements sur l'expérience de soins et l'utilisation des services rapportées par la population, les effets sont mitigés et variables selon les régions. Ainsi, en Montérégie, c'est l'effet GMF qui prédomine, se traduisant par un impact positif sur l'accessibilité en empêchant une plus grande

détérioration. À Montréal, c'est davantage un effet CR qui est observé, se traduisant par un impact positif sur la réactivité mais non sur l'accessibilité. Ce résultat peut sembler surprenant, étant donné que la raison d'être des CR est d'augmenter l'accessibilité des services à la population. Il faut se rappeler cependant qu'un des éléments contributifs à l'augmentation de la réactivité est la diminution du temps d'attente pour voir le médecin une fois sur place. Cet indicateur de la réactivité peut refléter également l'accessibilité. Notons enfin que l'amélioration de la réactivité s'observe dans les deux régions : à Montréal associée aux CR et GMF-CR, et en Montérégie associée aux GMF.

Dans les deux régions, l'impact des GMF et CR sur la continuité a été moins important que celui des autres organisations de soins de première ligne, particulièrement pour les GMF de Montréal. Ce résultat est préoccupant puisque l'amélioration de la continuité des services était au cœur de la mission confiée aux GMF. Il faut se rappeler que les éléments les plus contributifs à la diminution de la continuité sont de ne pas voir toujours le même médecin et la durée d'affiliation à la source habituelle de soins. Nos mesures ne portent pas sur la continuité offerte par des groupes de médecins ni par d'autres types d'intervenants (ex. : les infirmières). C'est vraisemblablement la raison qui explique que les cliniques solo sont les plus performantes au chapitre de l'expérience de soins, si on exclut l'accessibilité⁽²⁾.

Enfin, il faut souligner, dans la région de Montréal, l'effet positif des GMF sur la baisse des besoins non comblés. Dans les deux régions, l'impact sur l'utilisation des services est non significatif à l'exception d'une augmentation moins importante du recours à l'urgence à Montréal, attribuable aux CR, mais non aux GMF-CR.

Ces résultats, s'ils ne sont pas spectaculaires, sont néanmoins encourageants. Les effets observés sur l'accessibilité, la réactivité, le recours à l'urgence et les besoins non comblés sont intéressants. De façon générale, comme le soulignait récemment un article rapportant les résultats de l'expérience des « medical home » aux États-Unis, le changement organisationnel prend du temps avant d'atteindre les résultats escomptés⁽³⁾. L'implantation des GMF et des CR est relativement récente et un suivi plus long est nécessaire pour une évaluation plus juste de cette importante réforme.

Tableau 4: Évolution de l'expérience de soins* et de l'utilisation des services et doubles différences entre les utilisateurs de GMF-CR, GMF ou CR et les utilisateurs des autres cliniques médicales, 2003-2005 à 2008-2010, Montréal

	2003-2005			2008-2010			DD**	p
	Expérimental GMF-CR, GMF ou CR	Contrôle Autres cliniques	Diff.	Expérimental GMF-CR, GMF ou CR	Contrôle Autres cliniques	Diff.		
Accessibilité des services (score moyen sur 10)	7,391	7,180	0,211	7,022	6,722	0,299	0,088	0,293
Présence de besoins non comblés au cours des six mois précédant l'enquête (en %)	21,9 %	19,7 %	2,2 %	17,9 %	18,4 %	-0,5 %	-2,7 %	0,180
Continuité d'affiliation et de suivi (score moyen sur 10)	7,498	7,886	-0,388	7,947	8,434	-0,488	-0,099	0,349
Globalité (score moyen sur 10)	8,098	8,313	-0,215	7,994	8,161	-0,167	0,048	0,659
Réactivité (score moyen sur 10)	8,325	8,539	-0,214	8,674	8,688	-0,014	0,200	0,006
Résultats des soins (score moyen sur 10)	8,123	8,370	-0,247	8,264	8,546	-0,282	-0,035	0,742
Utilisation de la source habituelle de 1 ^{re} ligne au cours des deux années précédant l'enquête - six fois ou plus - (en %)	22,9 %	20,2 %	2,7 %	20,1 %	19,7 %	0,4 %	-2,3 %	0,264
Recours à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête - au moins une fois - (en %)	33,8 %	33,0 %	0,8 %	34,9 %	36,9 %	-1,9 %	-2,7 %	0,262
Hospitalisation au cours des deux années précédant l'enquête - au moins une fois - (en %)	15,5 %	14,6 %	0,9 %	18,5 %	18,2 %	0,2 %	-0,7 %	0,718

Tableau 5: Évolution de l'expérience de soins* et de l'utilisation des services et doubles différences entre les utilisateurs de GMF-CR, GMF ou CR et les utilisateurs des autres cliniques médicales, 2003-2005 à 2008-2010, Montréal

	2003-2005			2008-2010			DD**	p
	Expérimental GMF-CR, GMF ou CR	Contrôle Autres cliniques	Diff.	Expérimental GMF-CR, GMF ou CR	Contrôle Autres cliniques	Diff.		
Accessibilité des services (score moyen sur 10)	7,178	7,215	-0,037	6,939	6,767	0,172	0,209	0,012
Présence de besoins non comblés au cours des six mois précédant l'enquête (en %)	16,5 %	17,6 %	-1,1 %	15,3 %	14,7 %	0,6 %	1,7 %	0,344
Continuité d'affiliation et de suivi (score moyen sur 10)	8,298	8,458	-0,160	8,631	8,799	-0,168	-0,007	0,931
Globalité (score moyen sur 10)	8,619	8,747	-0,127	8,475	8,623	-0,148	-0,021	0,814
Réactivité (score moyen sur 10)	8,798	8,899	-0,102	9,004	9,007	-0,003	0,099	0,083
Résultats des soins (score moyen sur 10)	8,732	8,820	-0,088	8,811	8,914	-0,103	-0,015	0,861
Utilisation de la source habituelle de 1 ^{re} ligne au cours des deux années précédant l'enquête - six fois ou plus - (en %)	24,6 %	24,3 %	0,2 %	18,8 %	20,6 %	-1,8 %	-2,1 %	0,306
Recours à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête - au moins une fois - (en %)	38,3 %	35,9 %	2,4 %	37,1 %	35,1 %	2,0 %	-0,4 %	0,874
Hospitalisation au cours des deux années précédant l'enquête - au moins une fois - (en %)	17,0 %	17,5 %	-0,4 %	20,0 %	18,5 %	1,5 %	2,0 %	0,299

* Au près de la source habituelle de soins de première ligne au cours des deux années précédant l'enquête

** Double différence

Tableau 6 : Synthèse des tableaux 3, 4 et 5 - Doubles différences (DD) des scores moyens d'expérience de soins* et des % d'utilisation de services entre les utilisateurs des cliniques GMF-CR, GMF ou CR et les utilisateurs des autres cliniques médicales, par région, de 2003-2005 à 2008-2010

	Accessibilité des services	Présence de besoins non comblés au cours des six mois précédant l'enquête	Continuité des soins	Globalité	Réactivité	Résultats de soins	Utilisation de la source habituelle de 1 ^{re} ligne au cours des deux années précédant l'enquête - six fois ou plus	Recours à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête - au moins une fois	Hospitalisation au cours des deux années précédant l'enquête - au moins une fois
	GMF-CR			Analyse réalisée seulement pour Montréal					
Montréal et la Montérégie	GMF (incluant les GMF-CR)								
	GMF (excluant les GMF-CR)								
	CR (incluant les GMF-CR)			Analyse réalisée seulement pour Montréal					
	CR (excluant les GMF-CR)			Analyse réalisée seulement pour Montréal					
	GMF-CR								
Montréal	GMF (incluant les GMF-CR)								
	GMF (excluant les GMF-CR)								
	CR (incluant les GMF-CR)								
	CR (excluant les GMF-CR)								
	GMF-CR			Analyse réalisée seulement pour Montréal					
Montérégie	GMF (incluant les GMF-CR)								
	GMF (excluant les GMF-CR)								
	CR (incluant les GMF-CR)			Analyse réalisée seulement pour Montréal					
	CR (excluant les GMF-CR)			Analyse réalisée seulement pour Montréal					

* Auprès de la source habituelle de soins de première ligne au cours des deux années précédant l'enquête

Légende (p<0,10)

DD en faveur du groupe expérimental

DD en défaveur du groupe expérimental

Notes méthodologiques

Les scores d'expérience de soins ont été construits en additionnant les valeurs correspondant aux différentes catégories de réponses et en ramenant la somme sur une échelle de 10, afin de pouvoir comparer les dimensions de l'expérience de soins entre elles.

Les scores organisationnels (SO) ont été construits pour chaque organisation de soins de première ligne à partir de 26 indicateurs répartis selon quatre dimensions : vision, structure, ressources et pratiques. Chaque indicateur pouvait prendre une valeur de 0, 1 ou 2. Ces valeurs ont été additionnées pour créer un score global ou par dimension. Le score global maximum était de 52. Ce score a ensuite été transposé sur une échelle de 100, pour en faciliter l'interprétation.

La méthode utilisée pour évaluer l'impact des nouvelles formes d'organisation est celle de la double différence (DD). Elle consiste à calculer la différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle à chacun des deux temps de l'étude (avant-après) et ensuite de soustraire la différence « après » de la différence « avant ».

Afin d'assurer une meilleure comparabilité des deux groupes sur toutes les variables autres que la variable indépendante, nous avons apparié les sujets sur la base des scores de propension qui permettent d'estimer la probabilité pour un individu possédant des caractéristiques données, d'être exposé à une organisation du groupe expérimental. Nous avons utilisé la procédure « diff »⁽⁴⁾ du logiciel STATA (version 10).

Références

- (1) Pineault R, Borges Da Silva R, Prud'homme A, et al. Impact of Quebec's healthcare reforms on the organization of primary healthcare (PHC): A 2003-2010 follow-up. *BMC Health Services Research* 2014;14(229):1-12.
- (2) Pineault R, Borgès Da Silva R, Provost S, et al. Primary healthcare solo practices: Homogeneous or heterogeneous? *International Journal of Family Medicine*, 2014;2014:1-10.
- (3) Casalino L et al. Small Primary care physician practices have low rates of preventable hospital admissions, *Health Affairs*, 2014;33(9).
- (4) Villa Juan M. DIFF: Stata Module to Perform Differences in Differences Estimation. *Statistical Software Components*. Boston College Department of Economics, 2011.

AUTEURS

Raynald Pineault^{1,2,4}, Sylvie Provost^{1,2,4}, Roxane Borgès Da Silva^{1,3}, Michel Fournier¹, Alexandre Prud'homme^{1,2}

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

² Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

³ Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

⁴ Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal

Cette publication est issue de travaux de l'Équipe santé des populations et services de santé, dans le cadre de l'entente entre la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnateur du projet

Léo-Roch Poirier

Chercheurs principaux

Raynald Pineault, Jean-Frédéric Levesque, Pierre Tousignant

Co-chercheurs et professionnels de recherche

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

Co-décideurs

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

Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis

Organismes subventionnaires et partenaires

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

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

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html).

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

Dépôt légal — 4^e trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89673-454-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2014)