



**L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION ET DE LA PERFORMANCE  
DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE (2005-2010) DANS  
DEUX RÉGIONS DU QUÉBEC : MONTRÉAL ET MONTÉRÉGIE**

# **Rapport descriptif de l'enquête organisationnelle pour la région de la Montérégie**

**Septembre 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



# **RAPPORT DESCRIPTIF DE L'ENQUÊTE ORGANISATIONNELLE POUR LA RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE**

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

SEPTEMBRE 2012



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

## AUTEURS

Audrey Couture<sup>1,2</sup>, Raynald Pineault<sup>1,2,3</sup>, Alexandre Prud'homme<sup>1,2</sup>, Sylvie Provost<sup>1,2,3</sup>, Roxane Borgès Da Silva<sup>1,2,8</sup>, Jean-Frédéric Levesque<sup>1,2,3</sup>, Pierre Tousignant<sup>1,2,3</sup>

## ÉQUIPE DE RECHERCHE

### Coordonnatrice de projet

Audrey Couture<sup>1,2</sup>

### Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque<sup>1,2,3</sup>, Raynald Pineault<sup>1,2,3</sup>, Pierre Tousignant<sup>1,2,3</sup>

### Cochercheurs et professionnels de recherche

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

### Codécideurs

Denis A. Roy<sup>2</sup>, Mylène Drouin<sup>1</sup>, Louis Côté<sup>10</sup>, François Goulet<sup>12</sup>

### Comité consultatif

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

### Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

<sup>2</sup> Institut national de santé publique du Québec

<sup>3</sup> Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

<sup>4</sup> Université McGill

<sup>5</sup> Centre de recherche de l'Hôpital Charles Le Moyne

<sup>6</sup> Université de Sherbrooke

<sup>7</sup> École nationale d'administration publique (ÉNAP)

<sup>8</sup> Université de Montréal

<sup>9</sup> Centre de recherche du Centre hospitalier de St. Mary

<sup>10</sup> Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

<sup>11</sup> Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

<sup>12</sup> Collège des médecins du Québec

<sup>13</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

<sup>14</sup> Bureau of health information, New South Wales, Australia

<sup>15</sup> McMaster University

<sup>16</sup> Dalhousie University

<sup>17</sup> Université d'Ottawa

<sup>18</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

<sup>19</sup> Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

<sup>20</sup> 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 ainsi que 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 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](http://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/](http://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](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

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

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2012  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-66460-4 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-66461-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2012)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>III</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE</b> .....	<b>V</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>VII</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>XI</b>
<b>LE PROJET ÉVOLUTION ET SES DIFFÉRENTS VOLETS</b> .....	<b>1</b>
<b>1 BREF RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE</b> .....	<b>3</b>
<b>2 RÉSULTATS : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CLINIQUES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE ENTRE 2005 ET 2010</b> .....	<b>5</b>
<b>3 RÉSULTATS : COMPARAISONS DES CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES ENTRE 2005 ET 2010 POUR LA MONTÉRÉGIE ET LES TERRITOIRES DE CSSS</b> .....	<b>11</b>
3.1 Vision des cliniques médicales.....	12
3.1.1 Personnes visées par les cliniques médicales.....	12
3.1.2 Priorité : la continuité des soins ou l'accessibilité des services.....	13
3.1.3 Importance accordée au travail d'équipe.....	14
3.1.4 Partage de valeurs communes entre les professionnels.....	15
3.1.5 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « vision ».....	16
3.2 Ressources des cliniques médicales.....	16
3.2.1 Nombre de médecins œuvrant dans les cliniques médicales.....	17
3.2.2 Rôle de l'infirmière.....	18
3.2.3 Présence de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble.....	19
3.2.4 Technologies de l'information.....	20
3.2.5 Pourcentage des médecins travaillant 26 heures et plus par semaine dans la clinique médicale.....	21
3.2.6 Partage des ressources entre les médecins.....	22
3.2.7 Présence d'un plateau technique (radiologie ou prélèvements sanguins) dans le même immeuble.....	23
3.2.8 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « ressources ».....	24
3.3 Structure des cliniques médicales.....	24
3.3.1 Sources de financement.....	25
3.3.2 Gestion des tâches médico-administratives.....	26
3.3.3 Coordination des soins entre les professionnels.....	27
3.3.4 Collaboration avec d'autres cliniques médicales.....	28
3.3.5 Collaboration des cliniques médicales avec un hôpital.....	29
3.3.6 Participation à des comités régionaux.....	30
3.3.7 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « structure ».....	31
3.4 Pratiques des cliniques médicales.....	31
3.4.1 Couverture temporelle le soir et la fin de semaine.....	32
3.4.2 Disponibilité en situations urgentes pour les patients réguliers.....	33
3.4.3 Participation à un réseau d'accessibilité médicale.....	34

3.4.4	Mode de consultation .....	35
3.4.5	Temps réservé aux consultations.....	35
3.4.6	Étendue des services offerts .....	37
3.4.7	Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques .....	38
3.4.8	Partage d'activités cliniques entre les médecins .....	39
3.4.9	Mécanismes et activités de maintien et d'évaluation de la compétence .....	40
3.4.10	Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « pratiques » .....	41
<b>4</b>	<b>SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....</b>	<b>43</b>
	<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>45</b>
	<b>ANNEXE.....</b>	<b>47</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Évolution du nombre de cliniques médicales, par territoire de CSSS, Montérégie, de 2005 et 2010 .....	5
Tableau 2	Évolution du nombre de médecins ETP en première ligne, par territoire de CSSS, Montérégie, de 2005 à 2010.....	6
Tableau 3	Répartition des cliniques médicales ayant fermé entre 2005 et 2010 selon la cause de la fermeture, par territoire de CSSS, Montérégie.....	6
Tableau 4	Répartition des cliniques médicales ayant fermé entre 2005 et 2010 selon leur type en 2005, par territoire de CSSS, Montérégie .....	7
Tableau 5	Répartition des cliniques médicales ayant ouvert entre 2005 et 2010 selon leur type en 2010, par territoire de CSSS, Montérégie .....	8
Tableau 6	Répartition des cliniques médicales selon leur type, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	9





## LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE

Tableau A1	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon les personnes qu'elles visent à rejoindre, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	49
Tableau A2	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon ce qu'elles priorisent entre la continuité des soins et l'accessibilité des services, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010.....	50
Tableau A3	Répartition des cliniques des cliniques médicales de première ligne selon le degré d'importance que les médecins omnipraticiens accordent au travail d'équipe, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	51
Tableau A4	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage de valeurs communes entre les professionnels de la clinique, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	52
Tableau A5	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de médecins omnipraticiens qui les composent, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	53
Tableau A6	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le rôle de leur infirmière, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	54
Tableau A7	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la présence de médecins spécialistes et/ou d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010.....	55
Tableau A8	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de technologies de l'information dont elles disposent, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	56
Tableau A9	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la proportion de médecins omnipraticiens qui y travaillent 26 heures ou plus/semaine, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	57
Tableau A10	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage des ressources entre les médecins omnipraticiens, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	58
Tableau A11	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la présence d'un plateau technique de radiologie ou de prélèvements sanguins dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010.....	59
Tableau A12	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur type de source de financement, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	60
Tableau A13	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la personne qui assume les tâches médico-administratives, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	61
Tableau A14	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le type de coordination des soins entre les professionnels, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	62

Tableau A15	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	63
Tableau A16	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de collaboration avec un hôpital, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	64
Tableau A17	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de participation des médecins omnipraticiens à des comités régionaux, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	65
Tableau A18	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur couverture temporelle le soir et la fin de semaine, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010.....	66
Tableau A19	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur disponibilité dans des situations urgentes pour leurs patients réguliers, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	67
Tableau A20	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur participation à un réseau d'accessibilité médicale, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	68
Tableau A21	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le mode de consultation qui y est prédominant, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	69
Tableau A22	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le temps qu'elles réservent aux consultations, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	70
Tableau A23	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon l'étendue de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs qui y est disponible, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	71
Tableau A24	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon qu'elles offrent des services de prise en charge systématique ou non pour les personnes atteintes de maladies chroniques, par territoire de CSSS, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	72
Tableau A25	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage des activités cliniques entre les médecins omnipraticiens, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	73
Tableau A26	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010 .....	74
Tableau A27	Score moyen de conformité à l'idéal-type (sur 100) des cliniques médicales de première ligne, par dimension et par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010.....	75

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution du nombre total de cliniques médicales accréditées GMF et Clinique-réseau entre 2003 et 2010, Montérégie .....	10
Figure 2	Répartition des cliniques médicales GMF ou CR possédant le double statut (GMF et CR), Montréal, 2010.....	10
Figure 3	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui visent à rejoindre la population de leur territoire, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	12
Figure 4	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui priorisent la continuité des soins, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	13
Figure 5	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui accordent une importance élevée au travail d'équipe, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	14
Figure 6	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage de valeurs communes entre les professionnels de la clinique, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	15
Figure 7	Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « vision » (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées).....	16
Figure 8	Pourcentage du nombre (non pondéré) de cliniques médicales comptant deux médecins ou plus, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	17
Figure 9	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant au moins une infirmière avec un rôle élargi, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	18
Figure 10	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où il y a des médecins spécialistes et d'autres professionnels dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	19
Figure 11	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'au moins deux technologies de l'information, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	20
Figure 12	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où tous les médecins y travaillent au moins 26 heures par semaine, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	21
Figure 13	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage des ressources entre les médecins, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	22
Figure 14	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'un plateau technique de radiologie dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	23
Figure 15	Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « ressources » (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées) .....	24

Figure 16	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales dont la source de financement des dépenses de fonctionnement provient à la fois des médecins et d'un budget public, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	25
Figure 17	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où un gestionnaire administratif assume les tâches médico-administratives, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	26
Figure 18	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où la coordination des soins entre les professionnels est réalisée selon des protocoles préétablis ou lors de discussion de cas, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	27
Figure 19	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	28
Figure 20	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de collaboration avec un hôpital, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	29
Figure 21	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de participation des médecins à des comités régionaux, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	30
Figure 22	Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « structure » (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées) .....	31
Figure 23	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une couverture temporelle élevée le soir et la fin de semaine, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	32
Figure 24	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une disponibilité élevée pour des situations urgentes à leurs patients réguliers, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	33
Figure 25	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui participent à un réseau d'accessibilité médicale, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	34
Figure 26	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent un mode de consultation mixte, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	35
Figure 27	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où le temps réservé aux consultations est long, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	36
Figure 28	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une grande étendue de services diagnostiques, préventifs et thérapeutiques, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	37
Figure 29	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent des services de prise en charge systématique aux personnes atteintes de maladies chroniques, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	38

Figure 30	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage des activités cliniques entre les médecins, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 .....	39
Figure 31	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'un nombre élevé de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010.....	40
Figure 32	Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « pratiques » (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées).....	41
Figure 33	Score moyen de conformité à un idéal-type moyen (global) des cliniques médicales (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées) .....	44



## **GLOSSAIRE**

CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Clinique-réseau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupe de médecine de famille
ICIT	Indice de conformité à un idéal-type
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
RLS	Réseau local de services
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
UMF	Unité de médecine familiale





## LE PROJET *ÉVOLUTION* ET SES DIFFÉRENTS VOLETS

Au début de 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé, 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 peuplées du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de première ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins rapportée par les populations de ces deux régions (Pineault *et al.*, 2009). Une deuxième étude a été entreprise en 2010. Son but est de comprendre l'évolution des modèles organisationnels de première 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, associés à la transformation des modèles d'organisations de première ligne et à leur performance (Levesque *et al.*, 2010). Plus spécifiquement, les objectifs du projet *Évolution* sont :

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

Cette étude de 2010 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 de deux régions peuplées du Québec. Cette enquête évalue 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 de besoins non comblés. Puis, une enquête auprès des organisations de première ligne évalue les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et leurs caractéristiques de pratique clinique. Cette information a servi à développer une taxonomie des organisations en utilisant une approche mixte d'analyse factorielle et de classification ascendante hiérarchique. Les données des enquêtes populationnelle et organisationnelle sont liées grâce à l'identification de la source habituelle de soins des répondants à l'enquête populationnelle. Enfin, une troisième enquête consiste à apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de première ligne évoluent.

Le présent rapport porte sur les résultats de l'enquête organisationnelle dans la région de la Montérégie seulement. Nous présentons d'abord un bref rappel des éléments méthodologiques, en référence au *Rapport méthodologique de l'enquête organisationnelle à Montréal et en Montérégie* déjà paru (Prud'homme et al., 2012). Ensuite, nous traçons le portrait de l'évolution des cliniques médicales de première ligne<sup>1</sup>, de 2005 à 2010, des ouvertures, des fermetures et de l'émergence des Groupes de médecine de famille (GMF) et des Cliniques-réseau (CR). La majeure partie du rapport consiste en la présentation de comparaisons des données de 2005 et de 2010 pour 26 indicateurs répartis selon les dimensions de vision, ressources, structure et pratiques, pour l'ensemble de la région et par territoire de CSSS<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Le terme « clinique médicale » sera employé pour la suite de ce rapport pour désigner une organisation de première ligne.

<sup>2</sup> Pour alléger la présentation du rapport, le terme « CSSS » sera utilisé pour désigner un territoire de CSSS.

## 1 BREF RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE

Rappelons que l'enquête postale auprès des 221 cliniques médicales de première ligne de la Montérégie s'est déroulée de mars à septembre 2010. Le taux de réponse est de 66,1 % pour la Montérégie, variant de 61,1 % à 80,0 % entre les 11 CSSS (Prud'homme *et al.*, 2012). L'enquête de 2005 auprès des 225 cliniques médicales de première ligne avait obtenu un taux de réponse de 80,9 % pour la région, variant de 70,0 % à 100,0 % entre les CSSS (Hamel *et al.*, 2007).

Dans le cadre de cette étude, nous avons considéré comme une clinique médicale de première ligne tout endroit (adresse civique) où l'on retrouve un ou des médecins omnipraticiens qui offrent des services médicaux généraux. Les bureaux ou cabinets privés de médecins omnipraticiens, les cliniques médicales, les unités de médecine familiale (UMF) et l'unité qui fournit des services médicaux aux individus à l'intérieur des CLSC constituent donc des cliniques médicales de première ligne.

Comme il est important de présenter des données pour l'ensemble des cliniques médicales afin d'apprécier l'offre globale pour les services de première ligne, nous avons utilisé une méthode d'imputation probabiliste pour les non-répondants, en leur imputant des valeurs à partir des données des cliniques médicales répondantes, selon des groupes homogènes définis par leur type et leur taille.

Enfin, pour pouvoir apprécier la situation de façon plus juste, à la hauteur de l'offre de services des cliniques médicales, nous avons pondéré les cliniques médicales en fonction de leur taille, exprimée en termes de nombre de médecins équivalents temps plein (ETP). Un ETP a été fixé à 26 heures consacrées par semaine à des activités cliniques dans une clinique médicale. Nous indiquerons dans le texte s'il s'agit de données pondérées ou non pondérées.

Les détails et autres considérations méthodologiques liés à la réalisation de l'enquête organisationnelle se retrouvent dans le *Rapport méthodologique de l'enquête organisationnelle à Montréal et en Montérégie* (Prud'homme *et al.*, 2012).



## 2 RÉSULTATS : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CLINIQUES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE ENTRE 2005 ET 2010<sup>3</sup>

Le nombre de cliniques médicales de première ligne a diminué de quatre entre 2005 et 2010, passant de 225 à 221. Cette baisse est due à des fermetures (29), qui sont en grande partie compensées par des ouvertures (25) (tableau 1). La perte la plus lourde a été enregistrée dans le CSSS Pierre-Boucher (10). Dans ce dernier, cependant, l'ouverture de cinq nouvelles cliniques a considérablement réduit la perte nette (-5). Les mouvements migratoires des cliniques entre CSSS de la région demeurent marginaux (2) et ont donc peu contribué aux variations observées. Lorsque ces chiffres sont exprimés en termes du nombre de médecins ETP, la baisse de quatre cliniques se transforme en un gain de quatre médecins ETP (tableau 2).

**Tableau 1 Évolution du nombre de cliniques médicales, par territoire de CSSS, Montérégie, de 2005 et 2010**

Territoire de CSSS	Nombre total de cliniques médicales en 2005*	Entre 2005 et 2010		Nombre total de cliniques médicales en 2010**	Solde net
		fermetures / ouvertures	départs / arrivées suite à un déménagement		
du Haut-St-Laurent	5	1 / 1 (0)	0 / 0 (0)	5	0
du Suroît	10	2 / 1 (-1)	0 / 0 (0)	9	-1
Jardins-Roussillon	27	4 / 4 (0)	1 / 0 (-1)	26	-1
Champlain–Charles-Le Moyne	38	4 / 2 (-2)	0 / 0 (0)	36	-2
Pierre-Boucher	44	10 / 5 (-5)	0 / 0 (0)	39	-5
Haut-Richelieu-Rouville	28	4 / 5 (+1)	0 / 0 (0)	29	1
Richelieu-Yamaska	31	3 / 5 (+2)	0 / 0 (0)	33	2
Pierre-De Saurel	8	0 / 1 (+1)	0 / 0 (0)	9	1
La Pommeraie	10	1 / 0 (-1)	0 / 1 (+1)	10	0
de la Haute-Yamaska	12	0 / 1 (+1)	0 / 0 (0)	13	1
de Vaudreuil-Soulanges	12	0 / 0 (0)	0 / 0 (0)	12	0
<b>Montérégie</b>	<b>225</b>	<b>29 / 25 (-4)</b>	<b>s.o.</b>	<b>221</b>	<b>-4</b>

\* En date du 22 avril 2005.

\*\* En date du 29 mars 2010.

<sup>3</sup> Cette section présente des données non pondérées.

**Tableau 2 Évolution du nombre de médecins ETP en première ligne, par territoire de CSSS, Montérégie, de 2005 à 2010**

Territoire de CSSS	Nombre total de médecins ETP en 2005*	Nombre total de médecins ETP en 2010**	Solde net
du Haut-St-Laurent	17	19	2
du Suroît	46	56	10
Jardins-Roussillon	123	116	-7
Champlain–Charles-Le Moyne	184	197	13
Pierre-Boucher	200	168	-32
Haut-Richelieu-Rouville	120	125	5
Richelieu-Yamaska	157	150	-7
Pierre-De Saurel	34	31	-3
La Pommeraie	61	63	2
de la Haute-Yamaska	64	73	9
de Vaudreuil-Soulanges	59	71	12
<b>Montérégie</b>	<b>1065</b>	<b>1069</b>	<b>4</b>

\* En date du 22 avril 2005.

\*\* En date du 29 mars 2010.

Les raisons principales de fermeture sont, dans l'ordre, la fusion avec une autre clinique médicale (55,2 %), la retraite de médecins (24,2 %), le décès de médecins (17,2 %) et le déménagement de la clinique à l'extérieur de la Montérégie (3,4 %) (tableau 3). Les petits nombres empêchent des comparaisons valides entre les CSSS.

**Tableau 3 Répartition des cliniques médicales ayant fermé entre 2005 et 2010 selon la cause de la fermeture, par territoire de CSSS, Montérégie**

Territoire de CSSS	Fusion avec une autre clinique	Retraite ou abandon	Décès	Déménagement à l'extérieur de la Montérégie
du Haut-St-Laurent (n = 1)	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
du Suroît (n = 2)	50,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %
Jardins-Roussillon (n = 4)	50,0 %	25,0 %	25,0 %	0,0 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 4)	0,0 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %
Pierre-Boucher (n = 10)	60,0 %	30,0 %	10,0 %	0,0 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 4)	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Richelieu-Yamaska (n = 3)	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Pierre-De Saurel (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
La Pommeraie (n = 1)	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
de Vaudreuil-Soulanges (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
<b>Montérégie (n = 29)</b>	<b>55,2 %</b>	<b>24,2 %</b>	<b>17,2 %</b>	<b>3,4 %</b>

La grande majorité des cliniques qui ont fermé étaient des cliniques médicales solo (non GMF, non CR) (72,4 %) et, à un degré moindre, des cliniques médicales de groupe (non GMF, non CR) (17,2 %). On constate que seulement trois cliniques médicales de type GMF, UMF ou CLSC ont fermé (tableau 4). En contrepartie, les ouvertures de nouvelles cliniques ont touché en très grande majorité les cliniques médicales de groupe (non GMF, non CR) (36,0 %) et solo (non GMF, non CR) (60,0 %) (tableau 5).

**Tableau 4 Répartition des cliniques médicales ayant fermé entre 2005 et 2010 selon leur type en 2005, par territoire de CSSS, Montérégie**

Territoire de CSSS	GMF	CLSC ou UMF (non GMF, non CR)	Clinique médicale de groupe (non GMF, non CR)	Clinique médicale solo (non GMF, non CR)
du Haut-St-Laurent (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
du Suroît (n = 2)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Jardins-Roussillon (n = 4)	0,0 %	25,0 %	0,0 %	75,0 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 4)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Pierre-Boucher (n = 10)	10,0 %	0,0 %	40,0 %	50,0 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 4)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Richelieu-Yamaska (n = 3)	0,0 %	33,3 %	33,3 %	33,3 %
Pierre-De Saurel (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
La Pommeraie (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
de Vaudreuil-Soulanges (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
<b>Montérégie (n = 29)</b>	<b>3,4 %</b>	<b>6,9 %</b>	<b>17,2 %</b>	<b>72,4 %</b>

**Tableau 5 Répartition des cliniques médicales ayant ouvert entre 2005 et 2010 selon leur type en 2010, par territoire de CSSS, Montérégie**

Territoire de CSSS	GMF-CR	GMF	CR	CLSC ou UMF (non GMF, non CR)	Clinique médicale de groupe (non GMF, non CR)	Clinique médicale solo (non GMF, non CR)
du Haut-St-Laurent (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
du Suroît (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Jardins-Roussillon (n = 4)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 2)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %
Pierre-Boucher (n = 5)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	40,0 %	60,0 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 5)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	60,0 %	40,0 %
Richelieu-Yamaska (n = 5)	0,0 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	80,0 %
Pierre-De Saurel (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
La Pommeraie (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
de la Haute-Yamaska (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
<b>Montérégie (n = 25)</b>	<b>0,0 %</b>	<b>4,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>36,0 %</b>	<b>60,0 %</b>

On note, entre 2005 et 2010, une augmentation de l'importance relative des cliniques médicales GMF (de 15,6 % à 25,3 %) de même que l'apparition de CR (de 0,0 % à 0,5 %) et de GMF-CR (de 0,0 % à 1,4 %) et une baisse de l'importance relative des autres types de cliniques (tableau 6). On observe également une croissance plus rapide de l'apparition de GMF que de CR, surtout en 2003-2004 et après 2006 (figure 1).

L'implantation des GMF et des CR s'est faite de façon inégale dans la région. Pour ce qui est des GMF, leur implantation a progressé entre 2005 et 2010 surtout dans les CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 0,0 % à 31,0 %) et Richelieu-Yamaska (de 6,5 % à 36,4 %). Quant aux CR, leur implantation n'a été amorcée que dans le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne (2,8 %). Enfin, les CSSS ne se sont pas particulièrement prévalu de la formule mixte GMF-CR, sauf pour les CSSS de Vaudreuil-Soulanges (8,3 %), Champlain–Charles-Le Moyne (2,8 %) et Pierre-Boucher (2,6 %) (tableau 6).

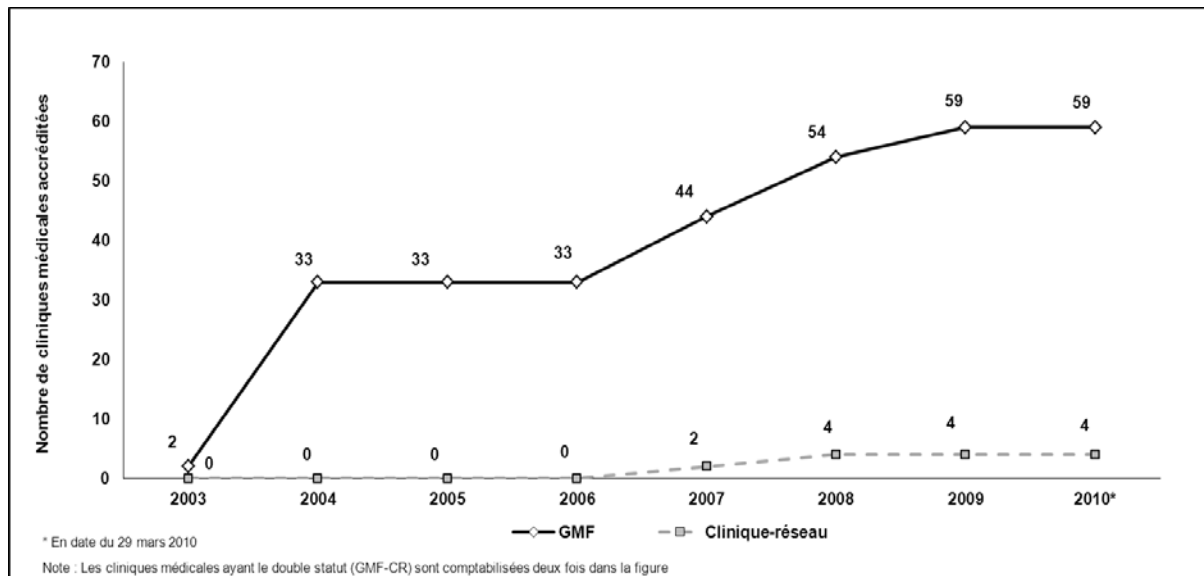
En 2010, on constate que tous les territoires de CSSS de la région disposent de GMF, de CR ou de GMF-CR, à l'exception du CSSS Jardins-Roussillon qui ne possède aucun de ces types de cliniques. Les CSSS les moins pourvus à cet égard sont Champlain–Charles-Le Moyne (8,4 %) et Pierre-Boucher (12,9 %). Les mieux pourvus sont La Pommeraie (80,0 %), de Vaudreuil-Soulanges (58,3 %) et de la Haute-Yamaska (58,3 %). Pour l'ensemble de la région, en 2010, ces types de cliniques comptent pour 27,2 % de toutes les cliniques. Les cliniques GMF sont présentes dans 10 CSSS, les CR dans un seul et les GMF-CR dans trois CSSS.



En ce qui concerne les autres formes de cliniques médicales, on note pour la région que les CLSC ou UMF ont légèrement diminué (de 8,9 % à 6,8 %). De plus, on observe une baisse relative du pourcentage des cliniques médicales (non GMF, non CR), surtout des cliniques médicales de groupe. Il convient de souligner le faible pourcentage des cliniques médicales solo dans les CSSS La Pommeraie (10,0 %) et de Vaudreuil-Soulanges (16,7 %).

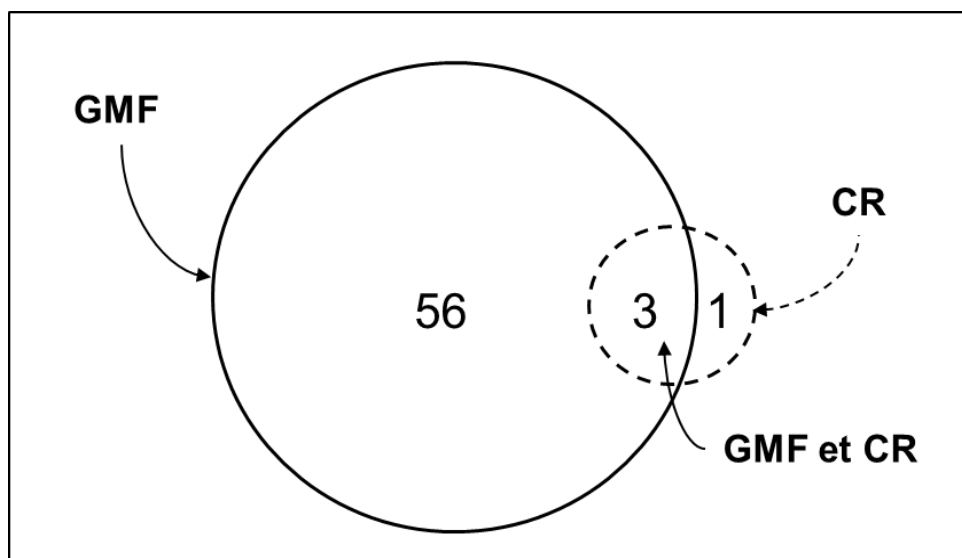
**Tableau 6 Répartition des cliniques médicales selon leur type, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	GMF-CR		GMF		CR		CLSC ou UMF (non GMF, non CR)		Clinique médicale de groupe (non GMF, non CR)		Clinique médicale solo (non GMF, non CR)	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	0,0 %	0,0 %	40,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	40,0 %	40,0 %	20,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	0,0 %	0,0 %	50,0 %	44,4 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	22,2 %	0,0 %	0,0 %	40,0 %	33,3 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	18,5 %	15,4 %	48,1 %	53,8 %	33,3 %	30,8 %
Champlain—Charles- Le Moyne (n = 38) (n = 36)	0,0 %	2,8 %	0,0 %	2,8 %	0,0 %	2,8 %	7,9 %	5,6 %	65,8 %	66,7 %	26,3 %	19,4 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	0,0 %	2,6 %	4,5 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %	5,1 %	59,1 %	46,2 %	31,8 %	35,9 %
Haut-Richelieu- Rouville (n = 28) (n = 29)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	31,0 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %	6,9 %	39,3 %	20,7 %	46,4 %	41,4 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	0,0 %	0,0 %	6,5 %	36,4 %	0,0 %	0,0 %	12,9 %	9,1 %	61,3 %	30,3 %	19,4 %	24,2 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	0,0 %	37,5 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %	22,2 %	37,5 %	44,4 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	0,0 %	0,0 %	80,0 %	80,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	10,0 %	10,0 %	10,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	0,0 %	0,0 %	58,3 %	53,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	41,7 %	46,2 %
de Vaudreuil- Soulanges (n = 12) (n = 12)	0,0 %	8,3 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %	25,0 %	25,0 %	16,7 %	16,7 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>0,0 %</b>	<b>1,4 %</b>	<b>15,6 %</b>	<b>25,3 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,5 %</b>	<b>8,9 %</b>	<b>6,8 %</b>	<b>44,9 %</b>	<b>36,2 %</b>	<b>30,7 %</b>	<b>29,9 %</b>



**Figure 1** Évolution du nombre total de cliniques médicales accréditées GMF et Clinique-réseau entre 2003 et 2010, Montérégie

À noter qu'une minorité de GMF (5,1 %), et le trois-quarts des CR (75,0 %) ont un double statut (GMF-CR), si on inclut les sites principaux et les sites affiliés (figure 2). Les effectifs trop petits ne permettent pas de comparaisons valides entre les territoires de CSSS.



**Figure 2** Répartition des cliniques médicales GMF ou CR possédant le double statut (GMF et CR), Montréal, 2010

### **3 RÉSULTATS : COMPARAISONS DES CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES ENTRE 2005 ET 2010 POUR LA MONTÉRÉGIE ET LES TERRITOIRES DE CSSS<sup>4</sup>**

Les caractéristiques organisationnelles concernent quatre dimensions des cliniques : la vision, les ressources, la structure et les pratiques. Pour chacun des indicateurs, le pourcentage d'une des modalités, celle qui nous est apparue la plus désirable dans le contexte de la réforme et du changement, est présenté pour l'ensemble de la région et pour chacun des CSSS.

Les données sont présentées de façon similaire pour tous les indicateurs. En premier lieu, nous comparons les données de 2005 et de 2010 pour l'ensemble de la région. Ensuite, nous les examinons pour les 11 CSSS, en portant une attention particulière à ceux où les différences sont les plus importantes entre 2005 et 2010. Enfin, nous en analysons la variabilité entre les CSSS en 2010.

Un indice de conformité à un idéal-type a été calculé à partir de l'ensemble des indicateurs de chaque dimension en accordant à chacun une valeur de 0, 1 ou 2 pour des indicateurs à trois modalités et de 0 ou 2 pour ceux qui en ont deux. Le score maximal, en faisant la sommation des 26 indicateurs, est de 52. Pour en faciliter la lecture et l'interprétation, le score global pour chacune des cliniques est rapporté sur une échelle de 0 à 100. À la fin de la présentation des résultats de toutes les dimensions, en guise de conclusion générale, nous présentons et discutons les scores globaux et détaillés de l'ICIT par dimension pour la région et pour chacun des CSSS.

Pour fins d'illustration cartographique, nous avons réparti les CSSS en quatre catégories sur la base des deux critères suivants :

1. il existe un saut marqué entre deux valeurs consécutives de l'indicateur;
2. il existe une homogénéité à l'intérieur de chacune des quatre catégories.

Ainsi, les classes peuvent comprendre un nombre inégal de CSSS, pouvant se réduire parfois à un seul CSSS, surtout dans les classes représentant les valeurs les plus élevées et les plus faibles. Notons qu'il s'agit d'une catégorisation relative et non absolue, basée sur la distribution des valeurs de l'indicateur qui fait l'objet de la classification.

De plus, nous avons fixé à cinq points de pourcentage l'ampleur d'un changement considéré comme important de 2005 à 2010 pour les 26 indicateurs. Pour les valeurs du score de conformité à l'idéal-type, nous avons fixé à deux points sur 100 l'ampleur d'un changement important.

---

<sup>4</sup> Les données présentées dans cette section sont pondérées pour la taille des cliniques médicales (nombre de médecins ETP).

### 3.1 VISION DES CLINIQUES MÉDICALES

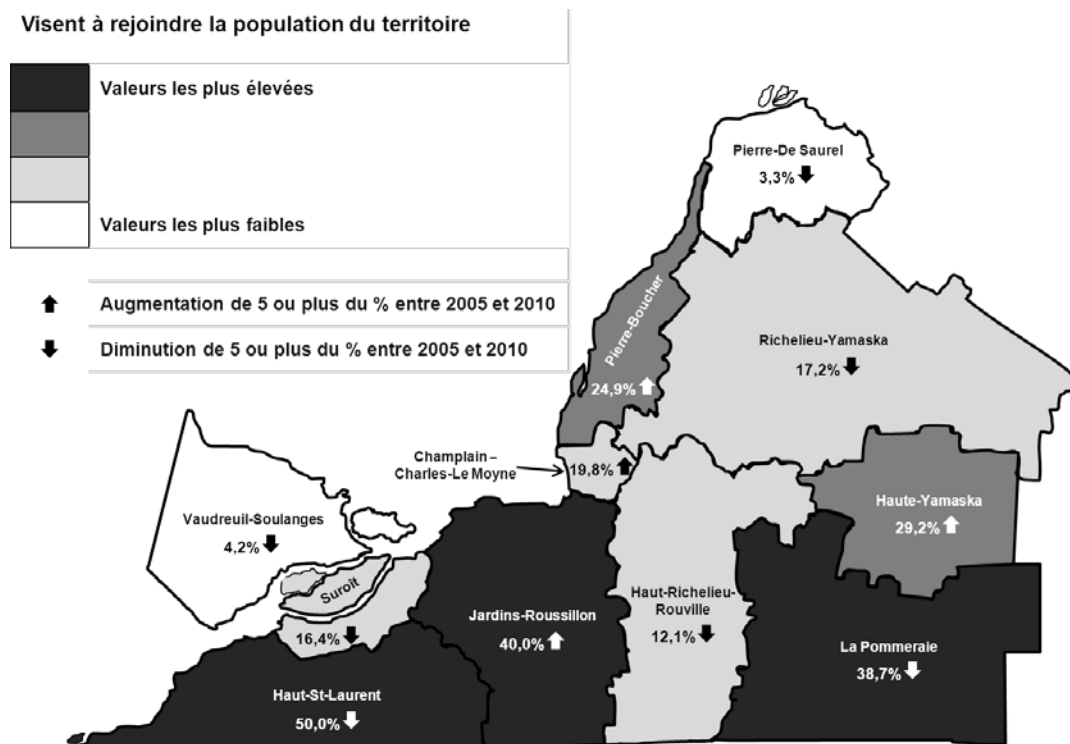
Les indicateurs regroupés sous la dimension « vision » font référence aux orientations, aux valeurs et aux buts partagés par les membres de la clinique médicale.

#### 3.1.1 Personnes visées par les cliniques médicales

Cet indicateur exprime dans quelle mesure la clinique vise à rejoindre la population du territoire plutôt que la clientèle de la clinique ou tous les individus qui s'y présentent.

En Montérégie, le pourcentage des cliniques médicales qui visent à rejoindre la population a fléchi entre 2005 et 2010, passant de 26,8 % à 22,1 %. Inversement, le pourcentage des cliniques qui ciblent leur clientèle a augmenté de 45,5 % à 53,2 % (tableau A1 en annexe).

La diminution de cette vision populationnelle se retrouve dans la majorité des CSSS, à l'exception de quatre (CSSS Jardins-Roussillon, Pierre-Boucher, Champlain–Charles-Le Moyne et de la Haute-Yamaska). Ce dernier affiche une augmentation importante, passant de 9,4 % à 29,2 % des cliniques médicales qui ciblent la population du territoire. On observe une diminution marquée dans les CSSS de Vaudreuil-Soulanges (de 74,6 % à 4,2 %) et du Suroît (de 68,1 % à 16,4 %). En 2010, il existe une grande variabilité entre les CSSS, allant de 3,3 % dans le CSSS Pierre-De Saurel à 50,0 % dans le CSSS du Haut-St-Laurent (figure 3).



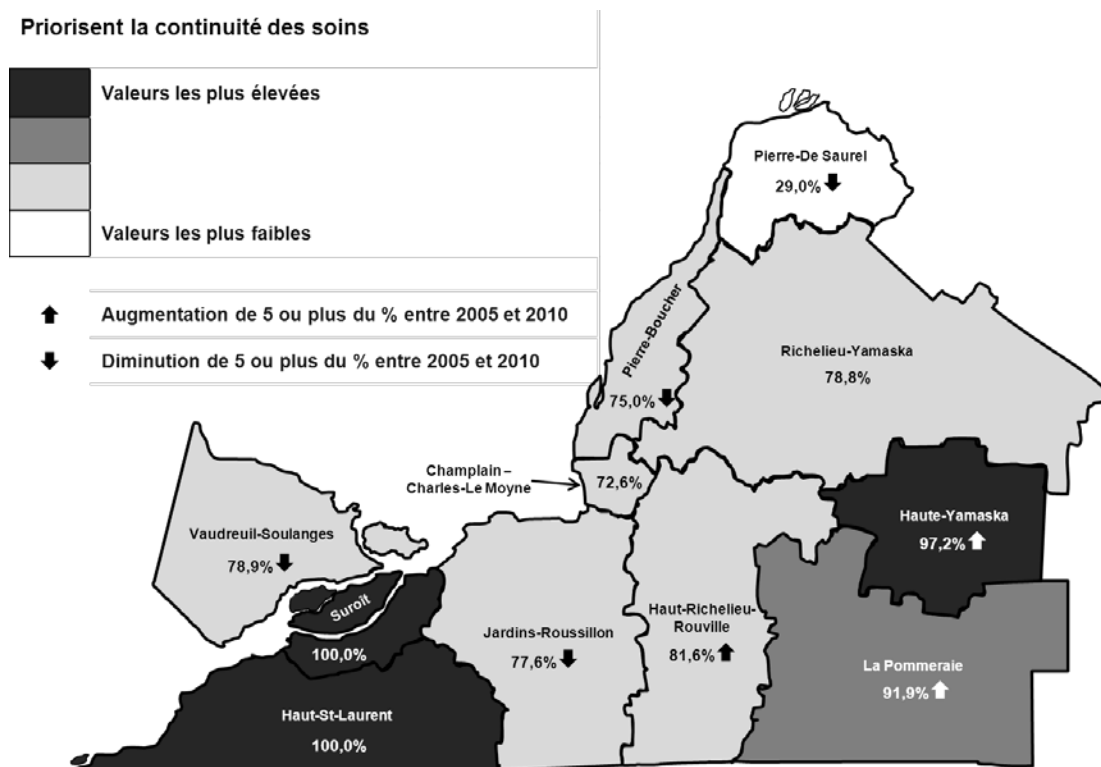
**Figure 3** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui visent à rejoindre la population de leur territoire, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.1.2 Priorité : la continuité des soins ou l'accessibilité des services

Cet indicateur vise à déterminer laquelle, de la continuité ou de l'accessibilité, est la plus prioritaire dans leur clinique médicale. Aux fins de ce rapport, nous avons choisi de présenter la modalité « continuité des soins », sa réciproque étant l'accessibilité des services.

Dans la région de la Montérégie, le pourcentage des cliniques médicales qui accordent une priorité à la continuité plutôt qu'à l'accessibilité a légèrement diminué (de 81,9 % à 79,3 %) entre 2005 et 2010 (tableau A2 en annexe).

Cette baisse affecte quatre CSSS et est la plus marquée dans le CSSS Pierre-De Saurel (de 67,6 % à 29,0 %). Trois territoires de CSSS affichent toutefois une amélioration, la plus importante étant dans le CSSS Haut-Richelieu-Rouville, qui est passé de 67,5 % à 81,6 % des cliniques médicales qui accordent une priorité à la continuité. Deux CSSS qui avaient un pourcentage favorable à l'égard de la continuité en 2005 ont même amélioré leur position, passant de 87,3 % à 97,2 % pour de la Haute-Yamaska et de 80,3 % à 91,9 % pour La Pommeraiie. En 2005 et en 2010, 100,0 % des cliniques du CSSS du Haut-St-Laurent privilégiaient la continuité des soins. En 2010, il existe une grande variabilité entre les territoires de CSSS, allant de 29,0 % pour le plus bas à 100,0 % pour les plus hauts (figure 4).



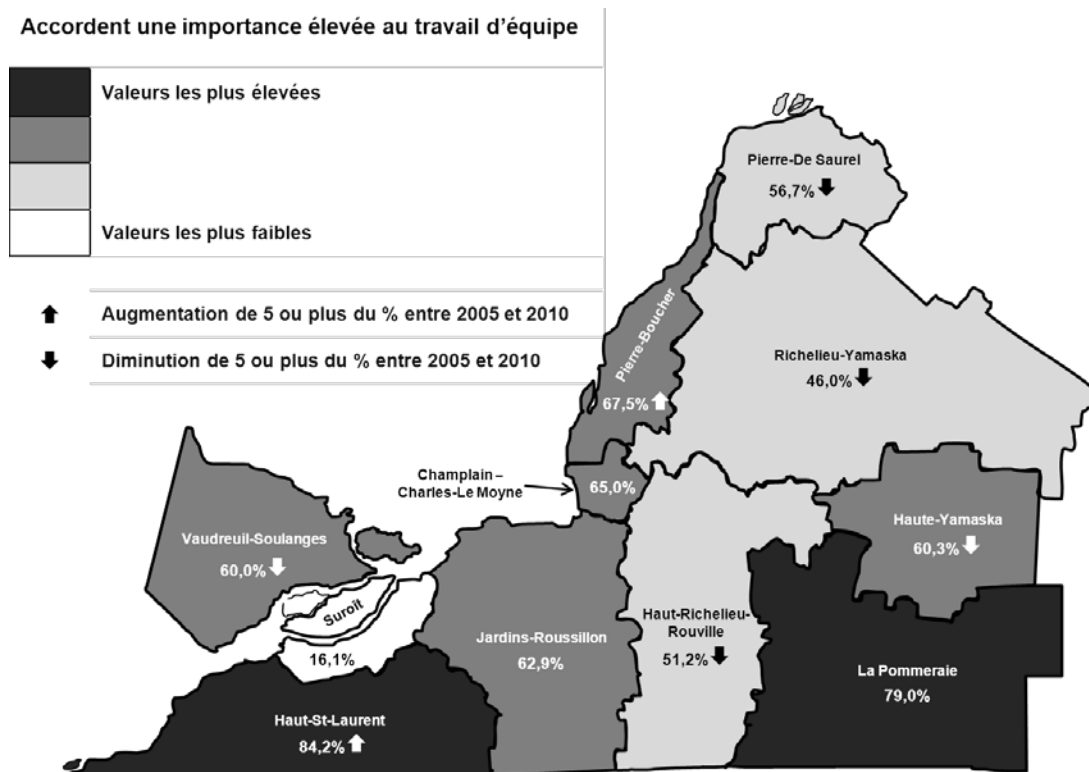
**Figure 4** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui priorisent la continuité des soins, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.1.3 Importance accordée au travail d'équipe

Cet indicateur mesure le degré d'importance accordée au travail d'équipe entre les médecins de la clinique. L'indicateur comprend trois modalités : élevé, moyen et aucune importance. Aux fins de ce rapport, nous avons choisi de présenter la première modalité.

Le pourcentage des cliniques médicales qui accordent une importance plus grande au travail d'équipe a diminué entre 2005 et 2010 en Montérégie, passant de 63,1 % à 58,6 % (tableau A3 en annexe).

Les CSSS se sont comportés de façon variable dans le temps, cinq affichant une baisse, deux une hausse du pourcentage et les autres ne présentant pas de changement (figure 5). On note en particulier une baisse appréciable dans les CSSS Pierre-De Saurel (de 73,5 % à 56,7 %). À l'inverse, on observe une hausse appréciable dans les CSSS du Haut-St-Laurent (de 76,5 % à 84,2 %). La variabilité entre les CSSS est grande en 2010, allant de 16,1 % pour le plus bas (du Suroît), à 84,2 % pour le plus haut (du Haut-St-Laurent) (figure 5).



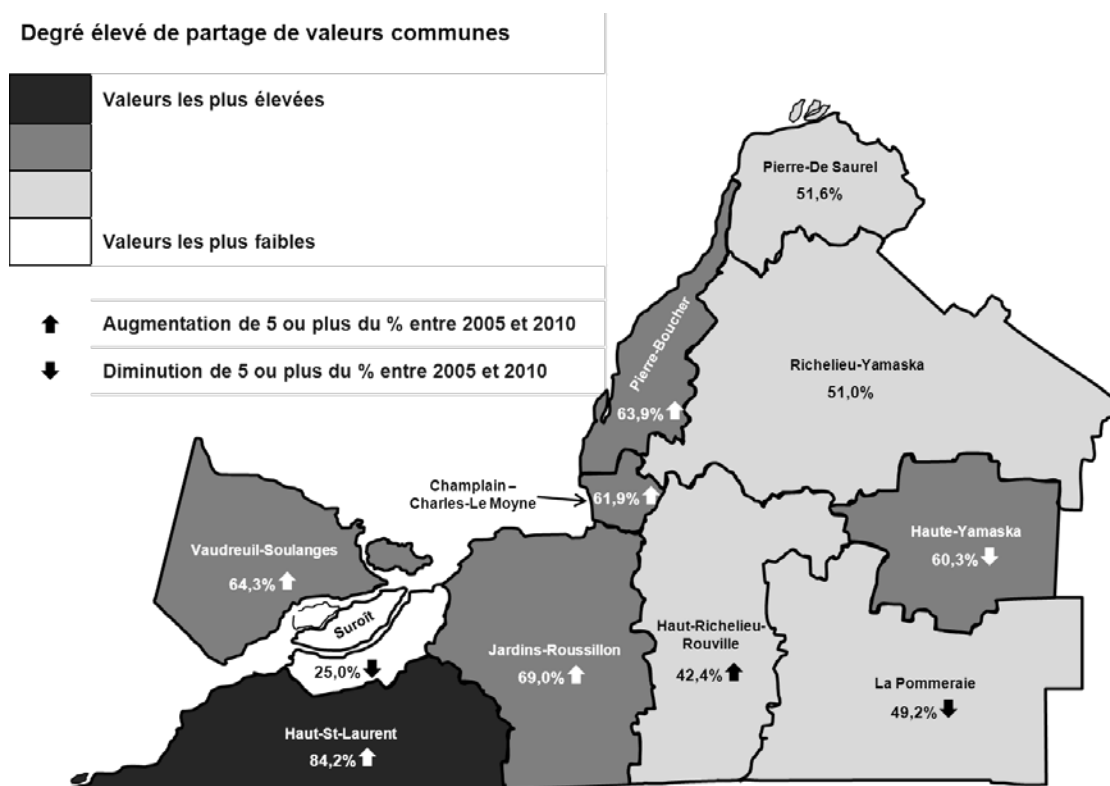
**Figure 5** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui accordent une importance élevée au travail d'équipe, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.1.4 Partage de valeurs communes entre les professionnels

Cet indicateur mesure le degré de partage de valeurs communes entre les professionnels en ce qui a trait à la vision et aux objectifs de la clinique médicale. Les modalités de cet indicateur sont : élevé, moyen ou aucun partage. Aux fins de ce rapport, nous avons choisi de présenter la première.

Le pourcentage des cliniques médicales où le partage de valeurs communes entre les professionnels est « élevé » a légèrement augmenté de 2005 à 2010, de 52,8 % à 56,6 % (tableau A4 en annexe).

La majorité des CSSS a cheminé dans cette direction (6 sur 11). L'augmentation a été plus marquée pour les CSSS Champlain–Charles-Le Moyne (de 42,7 % à 61,9 %), Jardins-Roussillon (de 50,4 % à 69,0 %) et Haut-Richelieu-Rouville (de 28,3 % à 42,4 %). Le CSSS du Haut-St-Laurent, qui était parmi les plus favorables en 2005, présente une légère hausse en 2010 (de 76,5 % à 84,2 %). Parmi les CSSS dont le pourcentage a diminué, le CSSS de la Haute-Yamaska est celui qui a affiché la baisse la plus importante (de 89,1 % à 60,3 %). On note une importante variabilité entre les CSSS en 2010, le pourcentage le plus faible étant celui du Suroît (25,0 %) et le plus élevé, celui du Haut-St-Laurent (84,2 %) (figure 6).



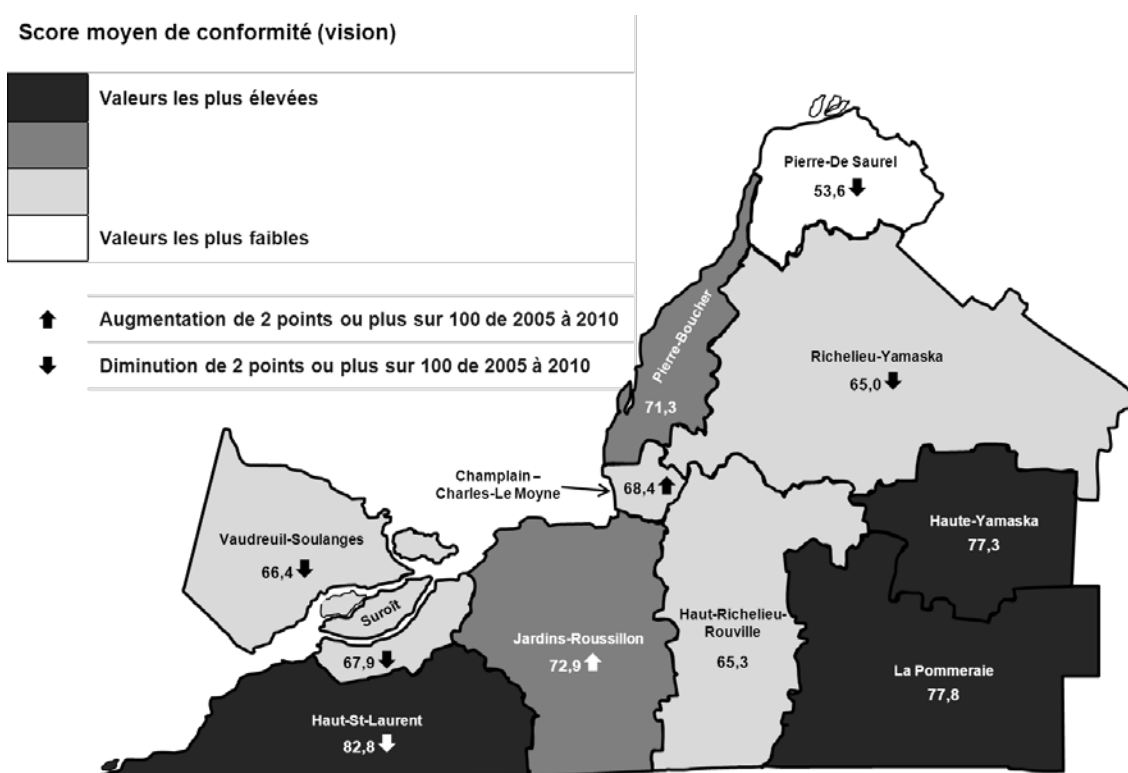
**Figure 6** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage de valeurs communes entre les professionnels de la clinique, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.1.5 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « vision »

Ce score exprime la moyenne obtenue par les cliniques d'un CSSS (maximum possible de 100 points) sur les indicateurs qui composent cette dimension.

En ce qui concerne la vision, le score moyen des cliniques dans la région demeure stable entre 2005 et 2010 (de 69,9 à 69,3) (tableau A27 en annexe).

Seulement deux des 11 CSSS augmentent leur score, le gain le plus important étant au CSSS Champlain-Charles-Le Moyne (de 63,2 à 68,4). Parmi les cinq CSSS où on observe une diminution, la plus importante se retrouve au CSSS de Vaudreuil-Soulanges (de 82,8 à 66,4). En 2010, les variations entre les CSSS sont importantes, allant de 53,6 au CSSS Pierre-De Saurel à 82,8 au CSSS du Haut-St-Laurent (figure 7).



**Figure 7** Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « vision » (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées)

### 3.2 RESSOURCES DES CLINQUES MÉDICALES

Les indicateurs de la dimension « ressources » concernent la disponibilité, de même que la quantité et la variété de diverses ressources (humaines, physiques et financières) dont disposent les cliniques médicales.

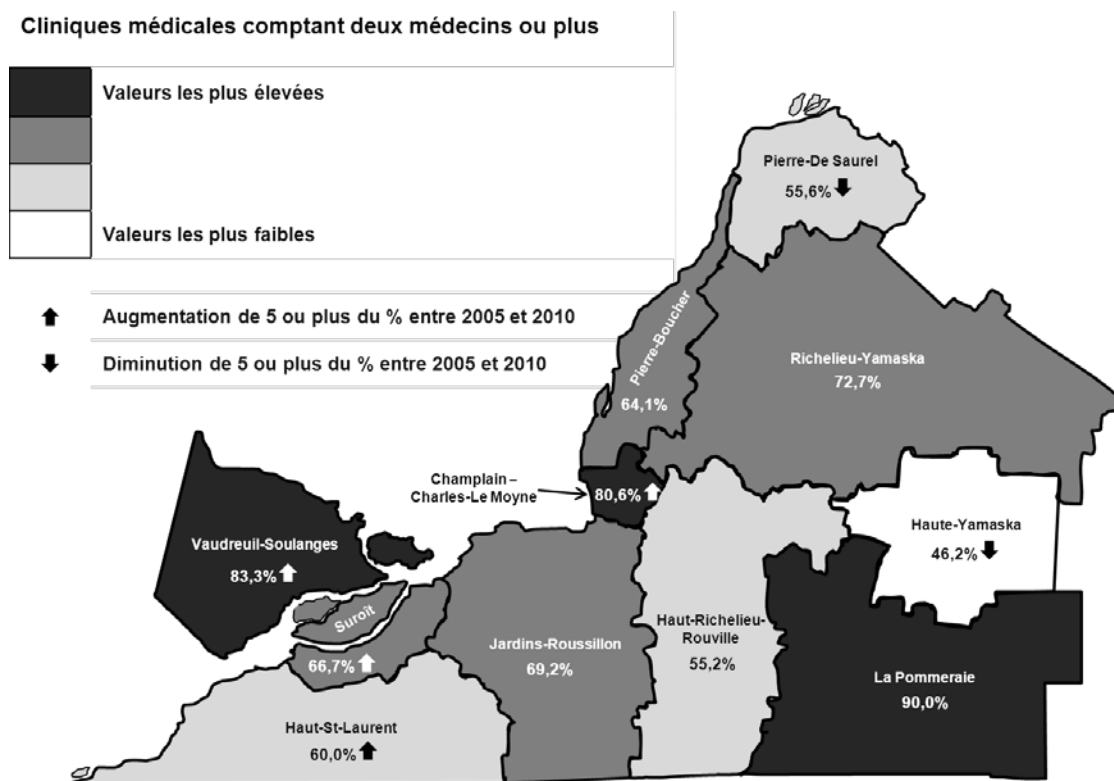


### 3.2.1 Nombre de médecins œuvrant dans les cliniques médicales

Nous avons choisi pour cet indicateur, le pourcentage des cliniques médicales où exercent deux médecins ou plus (pratiques de groupe) par opposition à celles où n'exerce qu'un seul médecin (pratiques solo).

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales comptant deux médecins ou plus n'a pas changé entre 2005 et 2010 (de 68,0 % à 68,3 %) (tableau A5 en annexe).

Une augmentation du pourcentage des pratiques de groupe s'observe dans quatre des 11 CSSS, la plus importante se retrouvant dans le CSSS du Haut-Saint-Laurent où le pourcentage est passé de 40,0 % à 60,0 %. Deux CSSS ont vu leur pourcentage diminuer : de la Haute-Yamaska (de 58,3 % à 46,2 %) et Pierre-De Saurel (de 62,5 % à 55,6 %). La situation dans les autres CSSS est demeurée relativement stable. La variabilité entre les CSSS est assez importante en 2010. Elle va de 46,2 % dans le CSSS de la Haute-Yamaska à 90,0 % dans le CSSS La Pommeraie (figure 8).



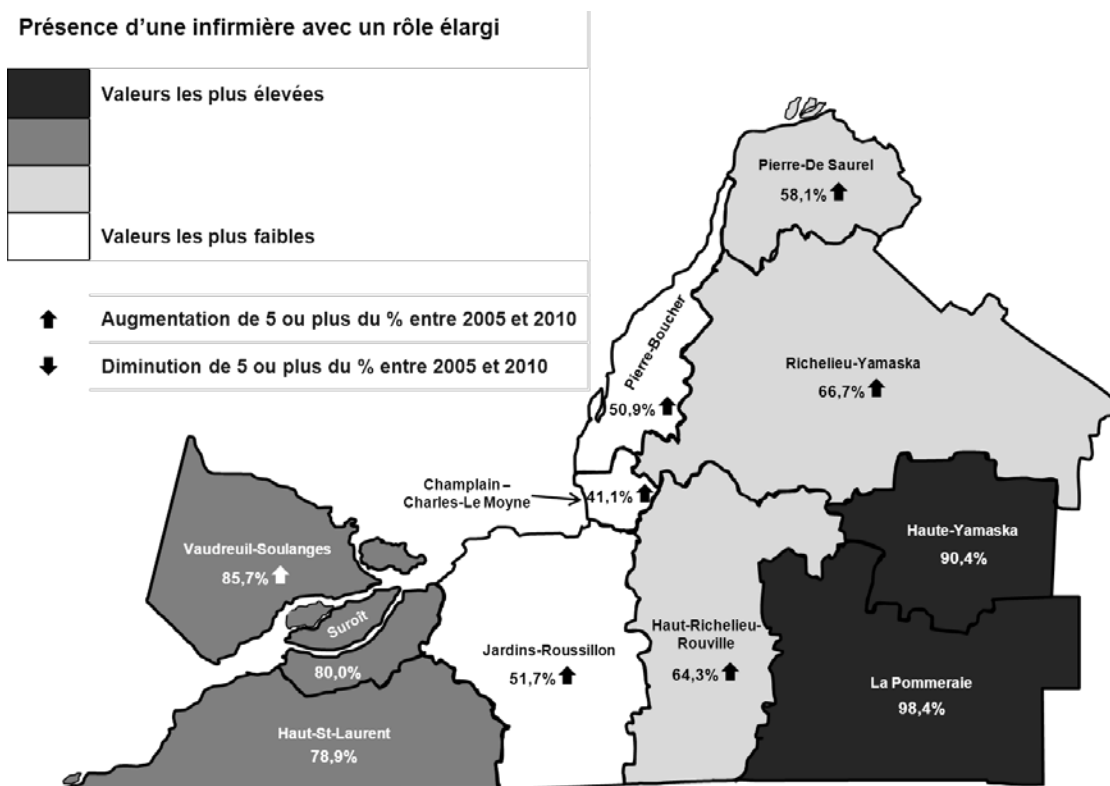
**Figure 8** Pourcentage du nombre (non pondéré) de cliniques médicales comptant deux médecins ou plus, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.2.2 Rôle de l'infirmière

Le préalable à cet indicateur est qu'il y ait une infirmière présente dans la clinique. Le rôle élargi de l'infirmière se définit par sa participation à l'une des activités suivantes : suivi systématique de certaines clientèles, liaison et coordination avec les CLSC et autres organismes du réseau ou participation aux décisions cliniques.

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales où l'infirmière joue un rôle élargi a considérablement augmenté de 36,0 % à 63,0 % entre 2005 et 2010 (tableau A6 en annexe).

L'augmentation a touché sept des 11 CSSS et aucun CSSS n'a affiché de diminution. Les hausses les plus importantes se retrouvent dans le CSSS Richelieu-Yamaska (de 12,0 % à 66,7 %), Haut-Richelieu-Rouville (de 19,2 % à 64,3 %), Pierre-De Saurel (de 25,7 % à 58,1 %) et Champlain-Charles-Le Moyne (de 10,3 % à 41,1 %). À noter que le CSSS La Pommeraie était très élevé en 2005 et l'est demeuré en 2010 (98,4 %). Par ailleurs, les différences entre les CSSS demeurent importantes en 2010, alors que le pourcentage le plus faible se retrouve au CSSS Champlain-Charles-Le Moyne (41,1 %) et le plus élevé au CSSS La Pommeraie (98,4 %) (figure 9).



**Figure 9** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant au moins une infirmière avec un rôle élargi, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.2.3 Présence de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble

Cet indicateur réfère à la présence de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé (psychologues, orthophonistes, physiothérapeutes, etc.) dans le même immeuble que la clinique.

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales qui présentent une telle situation a diminué de 58,3 % à 52,0 % entre 2005 et 2010 (tableau A7 en annexe).

La diminution a touché six CSSS, alors que deux CSSS ont affiché une hausse. Les diminutions les plus importantes se retrouvent aux CSSS Pierre-De Saurel (de 91,4 % à 50,0 %) et de Vaudreuil-Soulanges (de 69,5 % à 31,0 %). L'augmentation la plus importante est observée au CSSS Richelieu-Yamaska (de 35,3 % à 52,7 %). La variabilité entre les CSSS est élevée en 2010, le pourcentage le plus bas se retrouvant au CSSS de Vaudreuil-Soulanges (31,0 %) et le plus élevé au CSSS de la Haute-Yamaska (83,6 %) (figure 10).

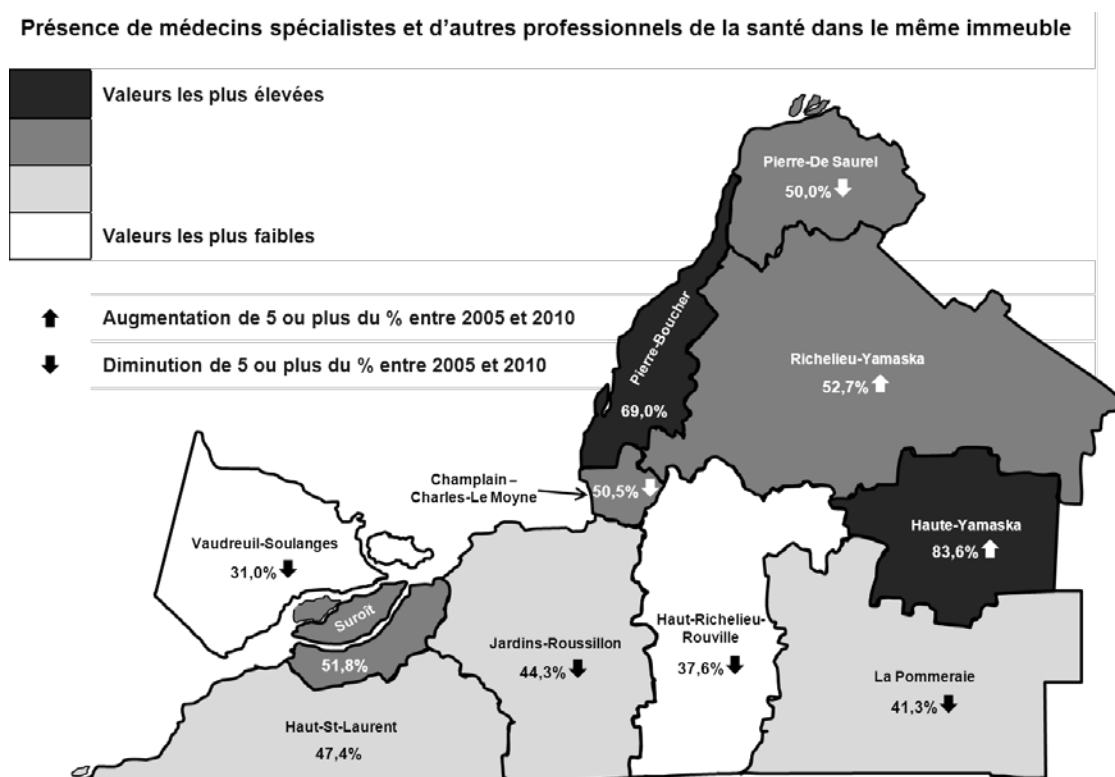


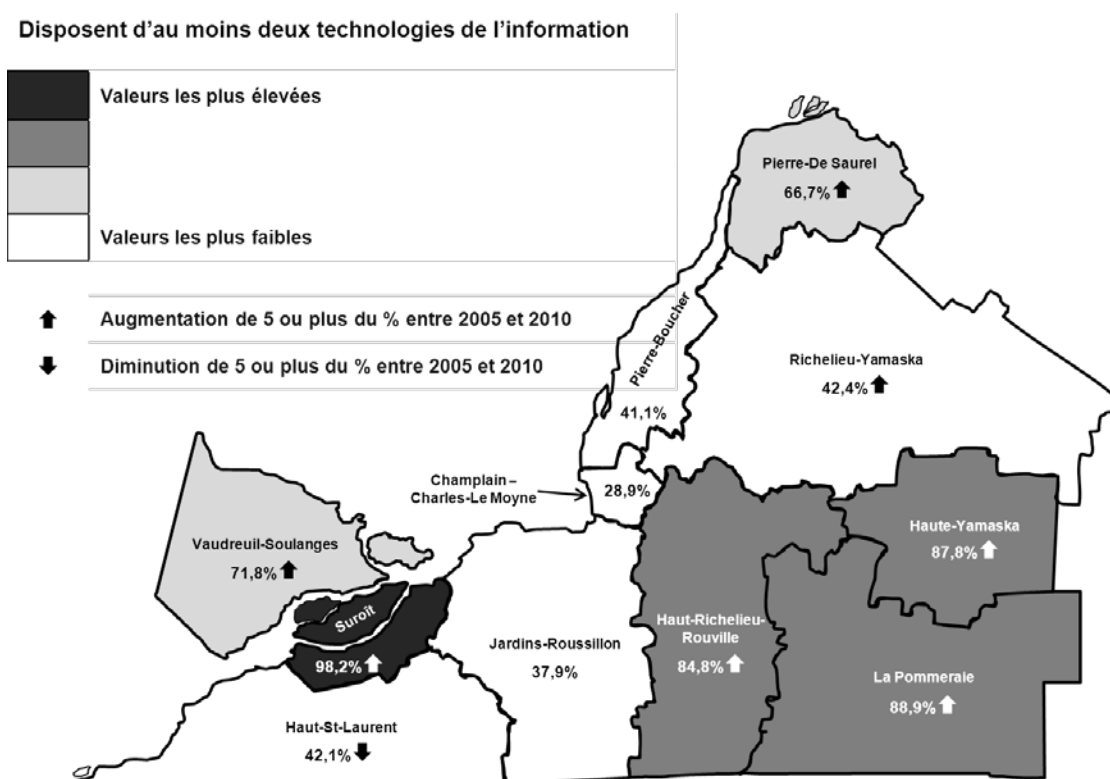
Figure 10 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où il y a des médecins spécialistes et d'autres professionnels dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.2.4 Technologies de l'information

La modalité retenue pour cet indicateur est le pourcentage des cliniques qui disposent de deux technologies ou plus parmi les suivantes : logiciel informatique pour gérer les rendez-vous, accès Internet pour les médecins, accès au RTSS, dossiers médicaux électroniques et prise de rendez-vous par Internet.

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales qui disposent de deux technologies ou plus a considérablement augmenté de 2005 à 2010 passant de 36,2 % à 55,6 % (tableau A8 en annexe).

Cette augmentation a touché sept des 11 CSSS. Les progrès les plus importants ont été enregistrés aux CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 11,7 % à 84,8 %), du Suroît (de 41,3 % à 98,2 %) et Richelieu-Yamaska (de 11,5 % à 42,4 %). Le seul territoire à afficher une diminution est le CSSS du Haut-St-Laurent (de 87,5 % à 42,1 %). Les variations entre les CSSS en 2010 demeurent toutefois importantes, le pourcentage le plus élevé se retrouvant au CSSS du Suroît (98,2 %) et le plus faible au CSSS Champlain–Charles Le Moyne (28,9 %) (figure 11).



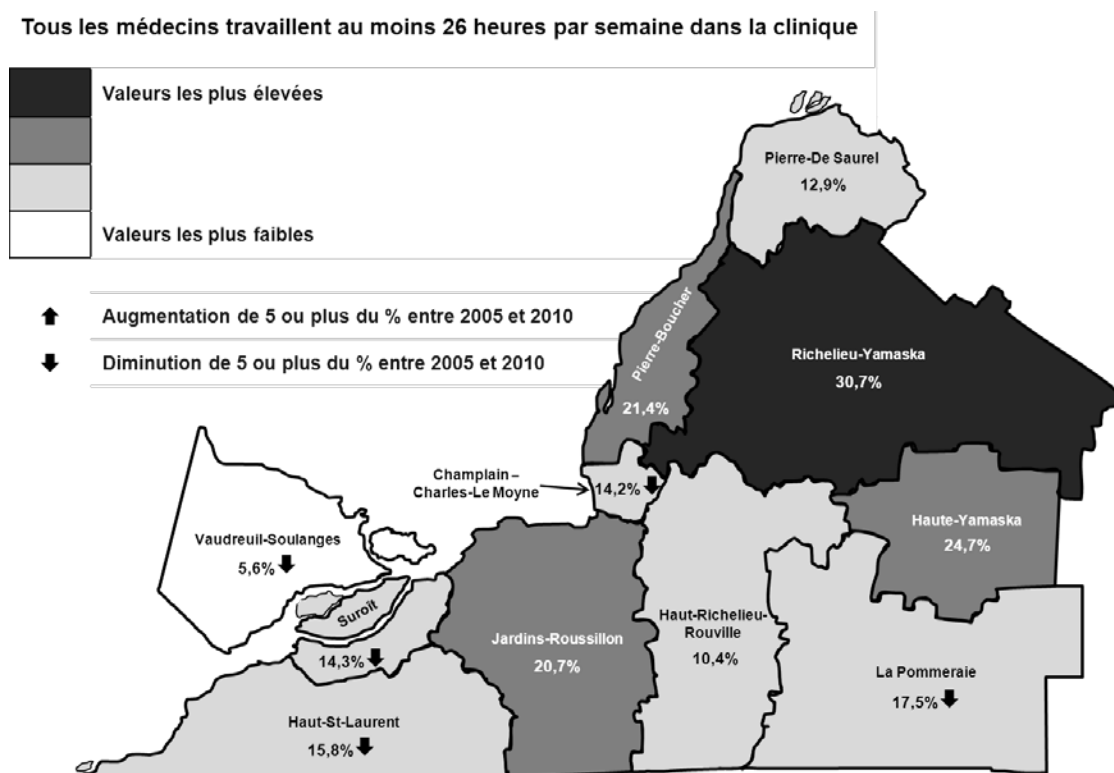
**Figure 11** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'au moins deux technologies de l'information, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.2.5 Pourcentage des médecins travaillant 26 heures et plus par semaine dans la clinique médicale

Pour cet indicateur, nous avons choisi la modalité « tous les médecins travaillant 26 heures et plus par semaine dans la clinique », les deux autres modalités étant « 50 % à 99 % des médecins » et « moins de 50 % des médecins ».

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales où tous les médecins consacrent 26 heures et plus par semaine à des activités à la clinique a diminué, passant de 25,0 % à 18,2 % entre 2005 et 2010 (tableau A9 en annexe).

Cette diminution pour la région s'est traduite, au niveau des CSSS, par une diminution dans cinq d'entre eux. Parmi les diminutions les plus importantes, on note celles des CSSS du Suroît (de 78,3 % à 14,3 %) et du Haut-St-Laurent (de 75,0 % à 15,8 %). Les six autres CSSS n'affichent pas de différence entre 2005 et 2010. Les différences entre les CSSS demeurent relativement importantes en 2010. Le CSSS Richelieu-Yamaska présente le pourcentage le plus élevé (30,7 %), alors que le CSSS de Vaudreuil-Soulanges présente le pourcentage le plus faible (5,6 %) (figure 12).



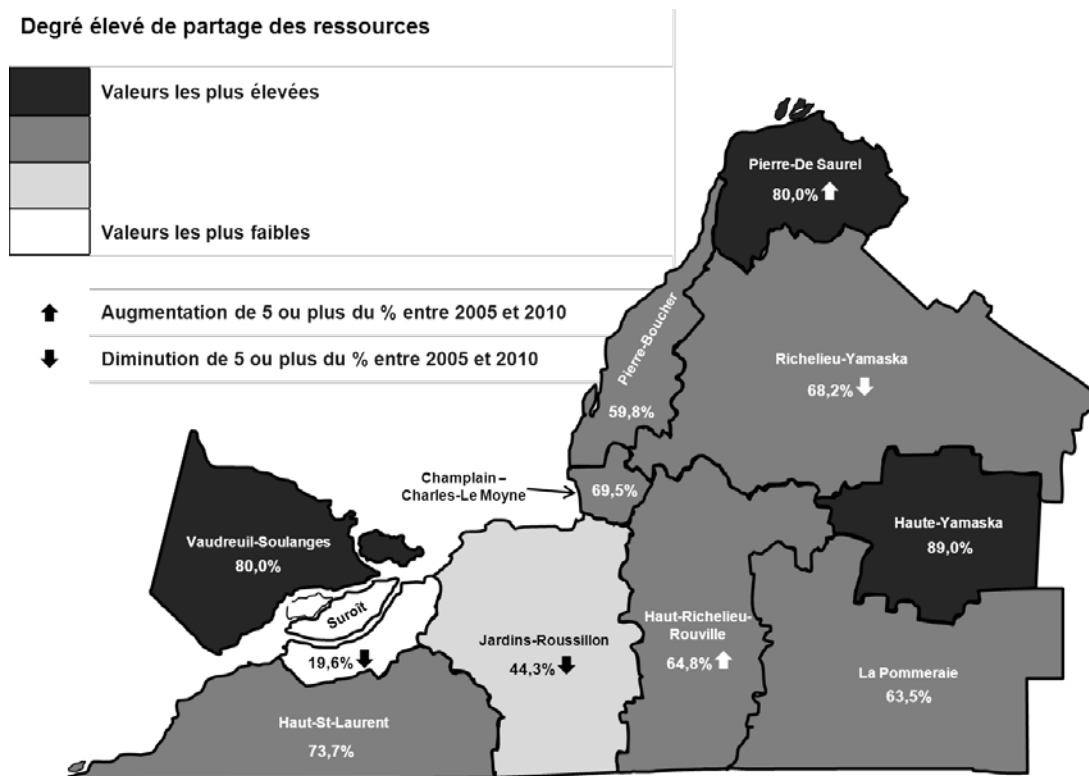
**Figure 12** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où tous les médecins y travaillent au moins 26 heures par semaine, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.2.6 Partage des ressources entre les médecins

Cet indicateur vise à documenter le degré de partage des ressources physiques et financières entre les médecins (i.e. les locaux, les dépenses de fonctionnement, le personnel de soutien, la gestion des rendez-vous, les dossiers et la mise en commun des revenus). Trois modalités ont été définies, selon le nombre de ressources partagées : élevé (cinq caractéristiques et plus sur six), moyen (une à quatre caractéristiques sur six), aucun partage. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous avons retenu la modalité « élevé ».

Pour la région, le pourcentage des cliniques médicales ayant un niveau élevé de partage des ressources a très légèrement diminué de 2005 à 2010, passant de 65,4 % à 64,0 % (tableau A10 en annexe).

Parmi les CSSS de la région, trois affichent une baisse, alors que deux affichent une hausse. La baisse la plus importante est observée au CSSS Jardins-Roussillon (de 69,1 % à 44,3 %) et la hausse la plus élevée se retrouve au CSSS Pierre-De Saurel (de 47,1 % à 80,0 %). Les variations entre les CSSS en 2010 sont importantes. Le pourcentage le plus faible se retrouve au CSSS du Suroît (19,6 %), alors que le plus élevé se retrouve au CSSS de la Haute-Yamaska (89,0 %) (figure 13).



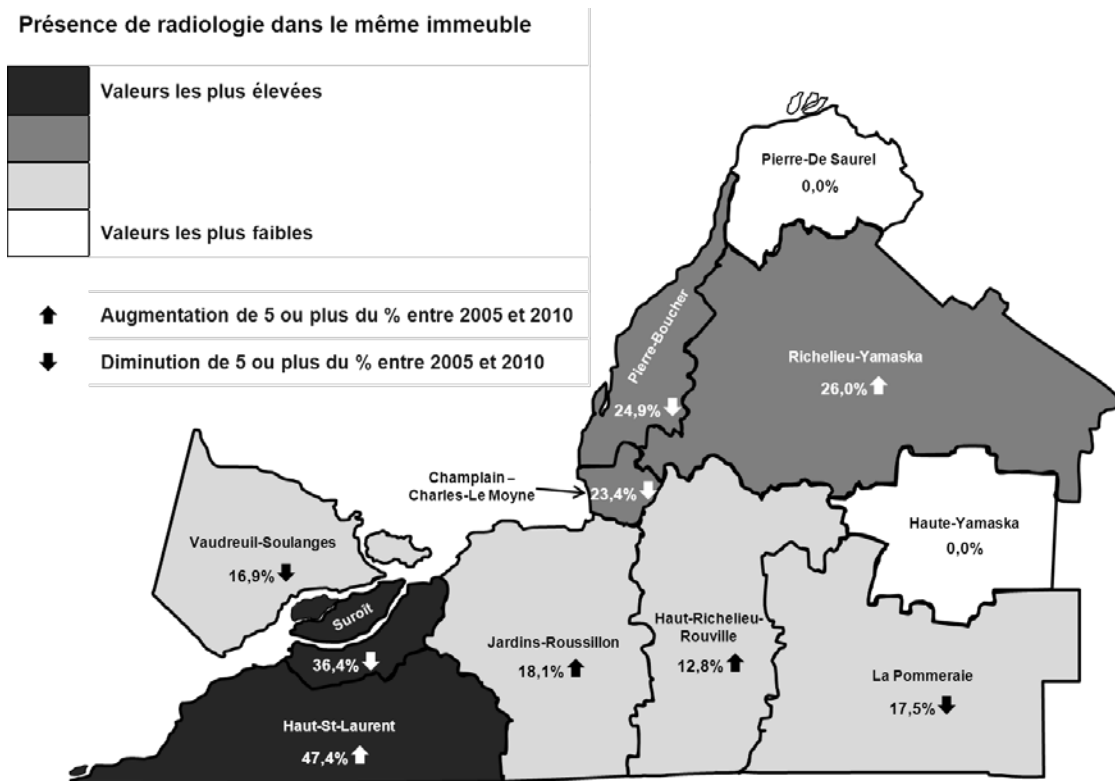
**Figure 13** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage des ressources entre les médecins, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.2.7 Présence d'un plateau technique (radiologie ou prélèvements sanguins) dans le même immeuble

Cet indicateur documente la présence de services de radiologie ou de prélèvements sanguins dans l'immeuble où se trouve la clinique. L'indicateur a été construit selon trois modalités : radiologie avec ou sans prélèvements sanguins, prélèvements sanguins seulement et aucun de ces services. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous avons retenu la première de ces modalités.

Pour la région, le pourcentage des cliniques médicales qui disposent d'un service de radiologie avec ou sans prélèvements sanguins dans le même immeuble a très légèrement diminué, passant de 21,3 % à 20,2 % entre 2005 et 2010 (tableau A11 en annexe).

Cinq des territoires de CSSS ont vu leur pourcentage diminuer et quatre l'ont vu augmenter. Les diminutions les plus importantes se retrouvent aux CSSS de Vaudreuil-Soulanges (de 31,0 % à 16,9 %) et La Pommeraiie (de 31,1 % à 17,5 %). On note également une augmentation importante au CSSS du Haut-St-Laurent (de 0,0 % à 47,4 %). Les variations entre les CSSS en 2010 sont assez importantes. On observe deux CSSS où aucune clinique ne dispose d'équipements radiologiques dans l'immeuble où elle se trouve (Pierre-De Saurel et de la Haute-Yamaska). Le pourcentage des cliniques qui disposent de tels équipements reste relativement faible, le plus élevé étant 47,4 % dans le CSSS du Haut-St-Laurent (figure 14).



**Figure 14** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'un plateau technique de radiologie dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.2.8 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « ressources »

Le score moyen de cet indice en ce qui concerne les ressources a augmenté de 61,5 à 64,9 pour l'ensemble de la région entre 2005 et 2010 (tableau A27 en annexe).

L'augmentation est notée dans quatre des 11 CSSS de la région et le score a diminué dans trois CSSS. Les augmentations les plus fortes s'observent dans les CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 52,3 à 65,6) et Richelieu-Yamaska (de 57,7 à 65,9). Le CSSS de Vaudreuil-Soulanges présente quant à lui la diminution la plus marquée (de 74,8 à 67,6). On observe également des écarts entre les CSSS pour 2010, allant de 56,2 dans le CSSS Pierre-De Saurel à 77,6 dans le CSSS de la Haute-Yamaska (figure 15).

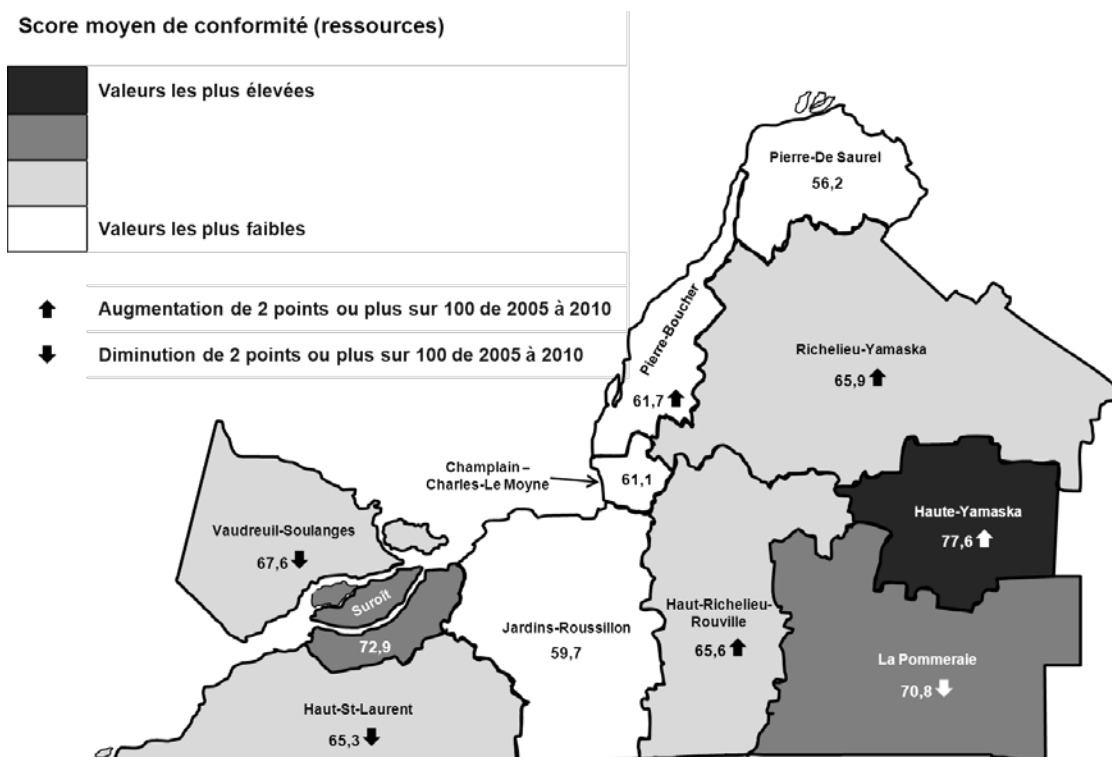


Figure 15 Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « ressources » (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées)

### 3.3 STRUCTURE DES CLINIQUES MÉDICALES

La dimension « structure » concerne les règles de gouvernance, les conventions, mécanismes et procédures pour assurer le bon fonctionnement de la clinique médicale et faciliter la collaboration entre les membres de la clinique et avec les autres établissements du réseau.

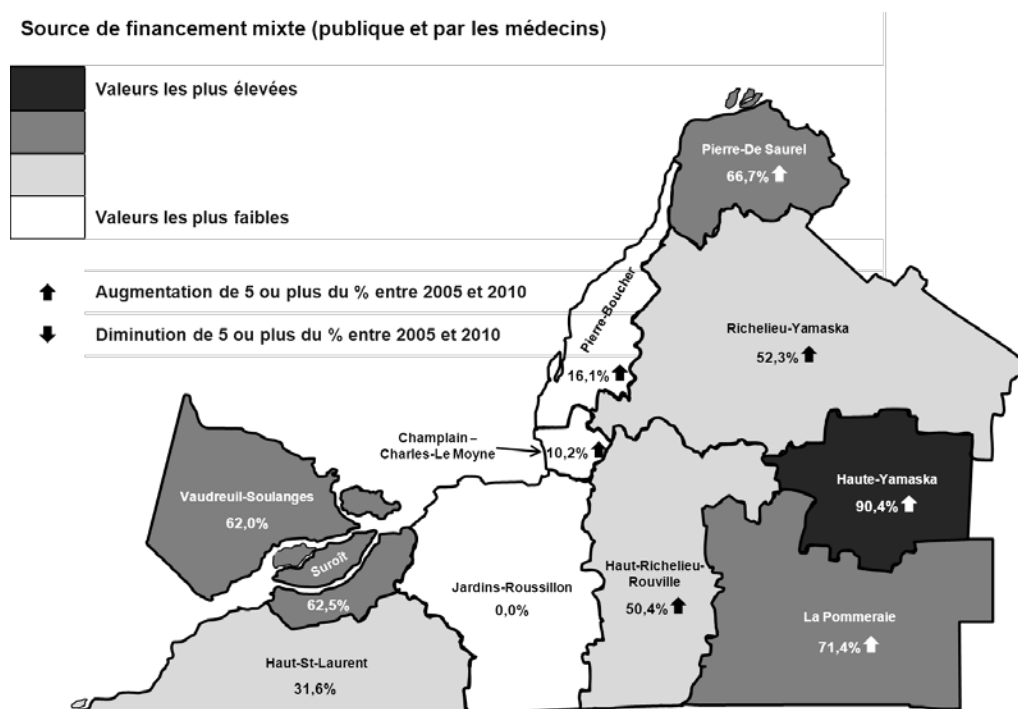


### 3.3.1 Sources de financement

Cet indicateur comporte trois modalités : source de financement publique seulement, source de financement mixte (publique et par les médecins) et source de financement uniquement par les médecins. Comme la première modalité est associée surtout au mode de financement des CLSC et qu'elle est stable dans le temps, nous n'avons pas jugé intéressant de la retenir. Par contre, la deuxième modalité est celle que nous avons retenue aux fins d'illustration dans ce rapport, puisqu'elle est fortement associée aux nouveaux modèles de cliniques médicales (GMF et CR).

Dans la région, le pourcentage des cliniques médicales bénéficiant d'une source mixte de financement (publique et par les médecins) a fortement augmenté de 2005 à 2010, passant de 17,0 % à 37,9 % (tableau A12 en annexe).

Cette augmentation a touché sept des 11 CSSS, les quatre autres CSSS ne présentant pas de différence entre les deux années. Le CSSS Jardins-Roussillon n'a aucune clinique médicale présentant ce mode de financement, tant en 2005 qu'en 2010. Les augmentations sont les plus importantes dans les CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 0,0 % à 50,4 %), Pierre-De Saurel (de 20,0 % à 66,7 %) et Richelieu-Yamaska (de 7,6 % à 52,3 %). En 2010, on retrouve donc des différences très importantes entre les CSSS à ce chapitre. Par exemple, tel que mentionné plus haut, le CSSS Jardins-Roussillon n'a aucune clinique bénéficiant d'un financement mixte, alors que 90,4 % des cliniques bénéficient de cette forme de financement dans le CSSS de la Haute-Yamaska (figure 16).



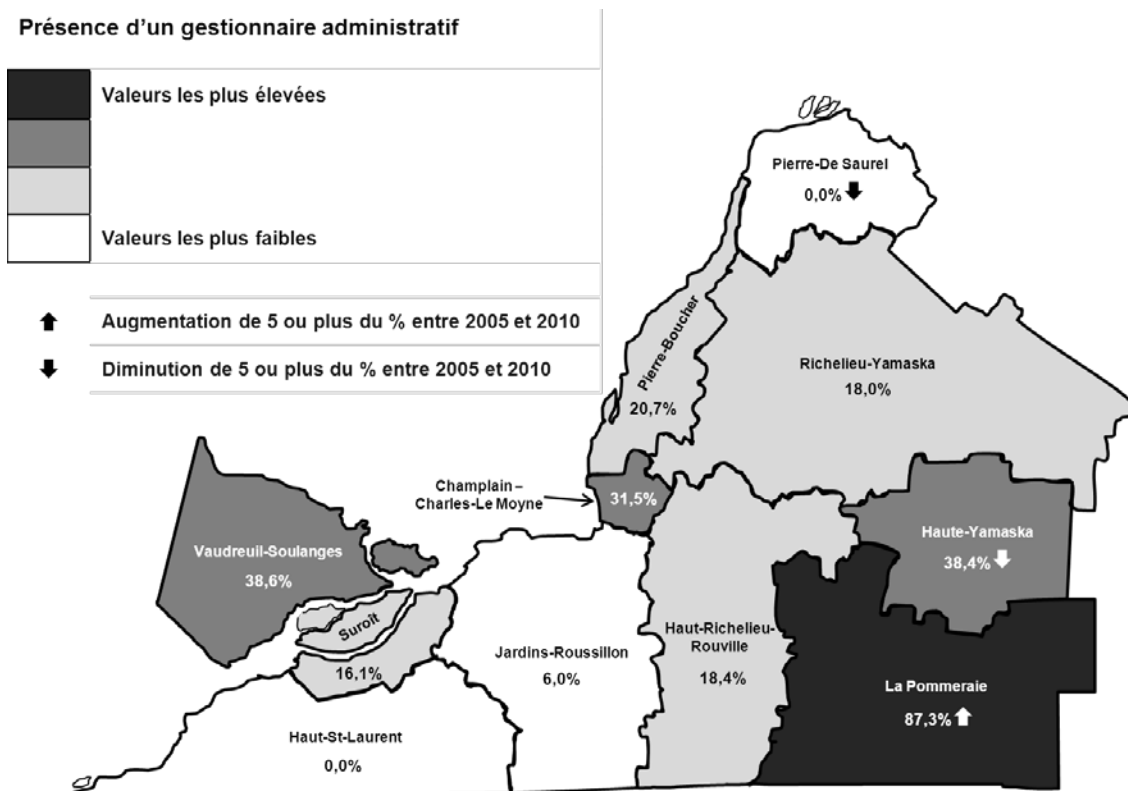
**Figure 16** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales dont la source de financement des dépenses de fonctionnement provient à la fois des médecins et d'un budget public, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.3.2 Gestion des tâches médico-administratives

Les tâches médico-administratives concernent, par exemple, la planification des listes de garde, l'organisation de réunions de discussion de cas, le recrutement de médecins, l'évaluation de la qualité de l'acte médical et l'organisation des activités de formation médicale continue. Trois modalités ont été définies, selon les personnes qui assument la majorité de ces tâches, soit : un gestionnaire administratif avec ou sans médecin, les médecins seulement ou aucun responsable. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous avons retenu la première modalité, qui nous semblait plus sensible aux changements réalisés entre 2005 et 2010.

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage de cette modalité a légèrement augmenté entre 2005 et 2010, passant de 23,2 % à 25,6 % (tableau A13 en annexe).

La majorité des CSSS (8 sur 11) n'affichent pas de changement. On observe des diminutions dans les CSSS Pierre-De Saurel (de 23,5 % à 0,0 %) et de la Haute-Yamaska (de 54,7 % à 38,4 %). Le seul territoire où on observe une augmentation, le CSSS La Pommeraie, présente une différence marquée par rapport à 2005 (de 6,6 % à 87,3 %). Les différences entre les CSSS en 2010 sont très importantes. Le pourcentage le plus faible se retrouve aux CSSS du Haut-St-Laurent et Pierre-De Saurel (0,0 %) et le plus haut au CSSS La Pommeraie (87,3 %) (figure 17).



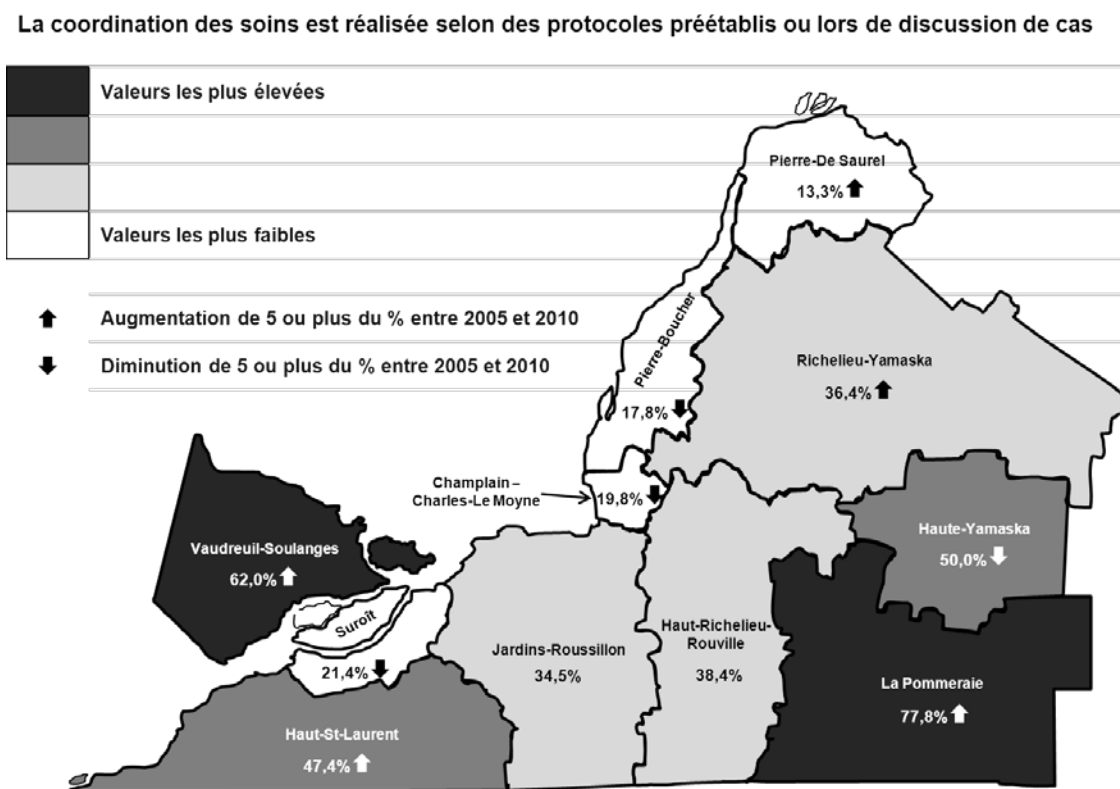
**Figure 17** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où un gestionnaire administratif assume les tâches médico-administratives, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.3.3 Coordination des soins entre les professionnels

Cet indicateur vise à documenter comment se fait la coordination des soins entre les professionnels dans la clinique. Trois modalités décrivent le mode prédominant de coordination : selon des protocoles de suivi préétablis ou lors de discussions de cas, par des échanges informels seulement ou peu ou pas de coordination des soins. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous retenons la première modalité.

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques où la coordination des soins entre les professionnels se fait selon des protocoles préétablis ou lors de discussions de cas a légèrement diminué de 37,4 % à 34,2 % (tableau A14 en annexe).

Cette diminution se retrouve dans quatre CSSS. Les diminutions les plus élevées se retrouvent aux CSSS du Suroît (de 56,5 % à 21,4 %) et Pierre-Boucher (de 49,2 % à 17,8 %), alors que les augmentations les plus importantes se retrouvent aux CSSS du Haut-St-Laurent (de 25,0 % à 47,4 %) et Richelieu-Yamaska (de 15,4 % à 36,4 %). En 2010, il existe une importante variabilité entre les CSSS de la région. Le pourcentage le plus faible de cliniques où la coordination se fait selon des protocoles préétablis est au CSSS Pierre-De Saurel (13,3 %) et le plus élevé au CSSS La Pommeraie (77,8 %) (figure 18).



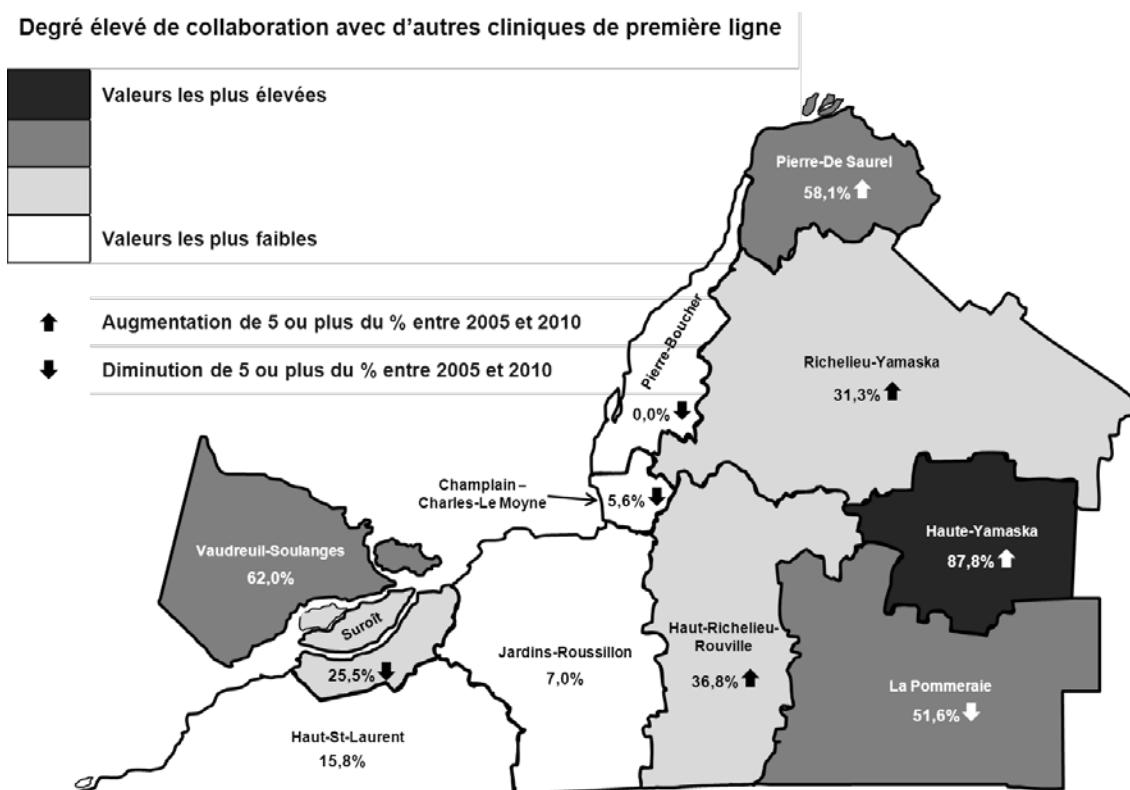
**Figure 18** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où la coordination des soins entre les professionnels est réalisée selon des protocoles préétablis ou lors de discussion de cas, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.3.4 Collaboration avec d'autres cliniques médicales

Cet indicateur mesure le degré de collaboration d'une clinique avec d'autres cliniques de première ligne (incluant le CLSC) pour planifier l'offre de services, avoir accès à un plateau technique, échanger des ressources ou assurer le suivi des patients hospitalisés. Les cliniques ont ensuite été classées en trois modalités selon leur degré de collaboration avec d'autres cliniques : élevé (deux caractéristiques ou plus sur quatre), moyen (une caractéristique sur quatre) ou aucune collaboration. Nous retenons aux fins d'illustration dans ce rapport la première modalité.

Pour la région, le pourcentage des cliniques ayant une collaboration élevée avec les autres cliniques de première ligne a très légèrement augmenté de 25,1 % à 27,0 % entre 2005 et 2010 (tableau A15 en annexe).

Parmi les CSSS, quatre affichent des augmentations et quatre des diminutions. Le CSSS Pierre-De Saurel a le plus augmenté, passant de 26,5 % à 58,1 %, suivi du CSSS de la Haute-Yamaska qui est passé de 61,9 % à 87,8 %. Par ailleurs, le CSSS du Suroît affiche la plus grande diminution (de 69,6 % à 25,5 %). En 2010, les variations entre les CSSS sont très importantes, le plus faible pourcentage se retrouvant au CSSS Pierre-Boucher (0,0 %) et le plus élevé, au CSSS de la Haute-Yamaska (87,8 %) (figure 19).



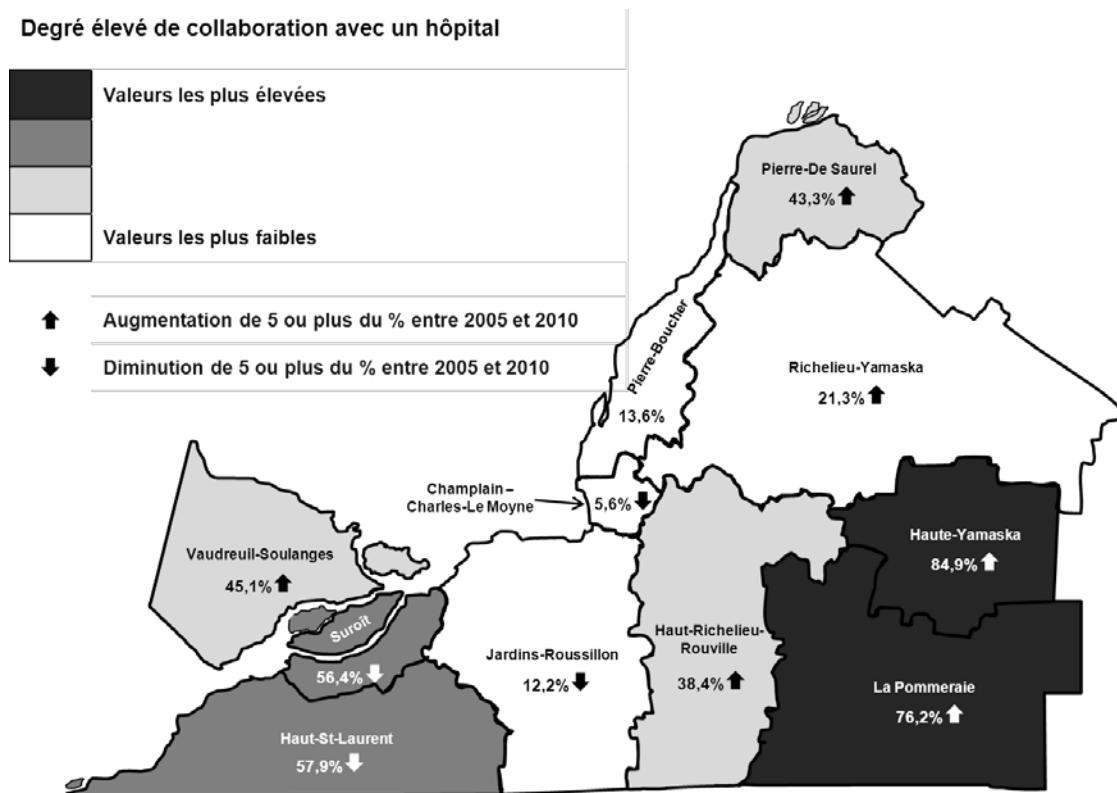
**Figure 19** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.3.5 Collaboration des cliniques médicales avec un hôpital

Cet indicateur mesure le degré de collaboration d'une clinique avec un hôpital pour planifier l'offre de services, avoir accès à un plateau technique, échanger des ressources ou assurer le suivi de patients hospitalisés. Les cliniques se sont vues attribuer l'une des trois modalités selon leur degré de collaboration avec un hôpital : élevé (deux caractéristiques ou plus sur quatre), moyen (une caractéristique sur quatre) ou aucune collaboration. Nous avons retenu, aux fins d'illustration dans ce rapport, la modalité « élevée ».

Pour l'ensemble de la région, on note une légère augmentation du pourcentage des cliniques qui ont une collaboration élevée avec des hôpitaux, passant de 26,7 % à 30,4 % entre 2005 et 2010 (tableau A16 en annexe).

La hausse la plus importante est observée dans le CSSS La Pommeraie (de 26,2 % à 76,2 %). Les diminutions se retrouvent dans quatre CSSS, les plus importantes étant dans les CSSS Jardins-Roussillon (de 37,4 % à 12,2 %) et du Suroît (de 78,7 % à 56,4 %). Une importante variabilité est observée en 2010 entre les CSSS, le pourcentage le plus élevé se retrouvant au CSSS de la Haute-Yamaska (84,9 %) et le plus faible au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne (5,6 %) (figure 20).



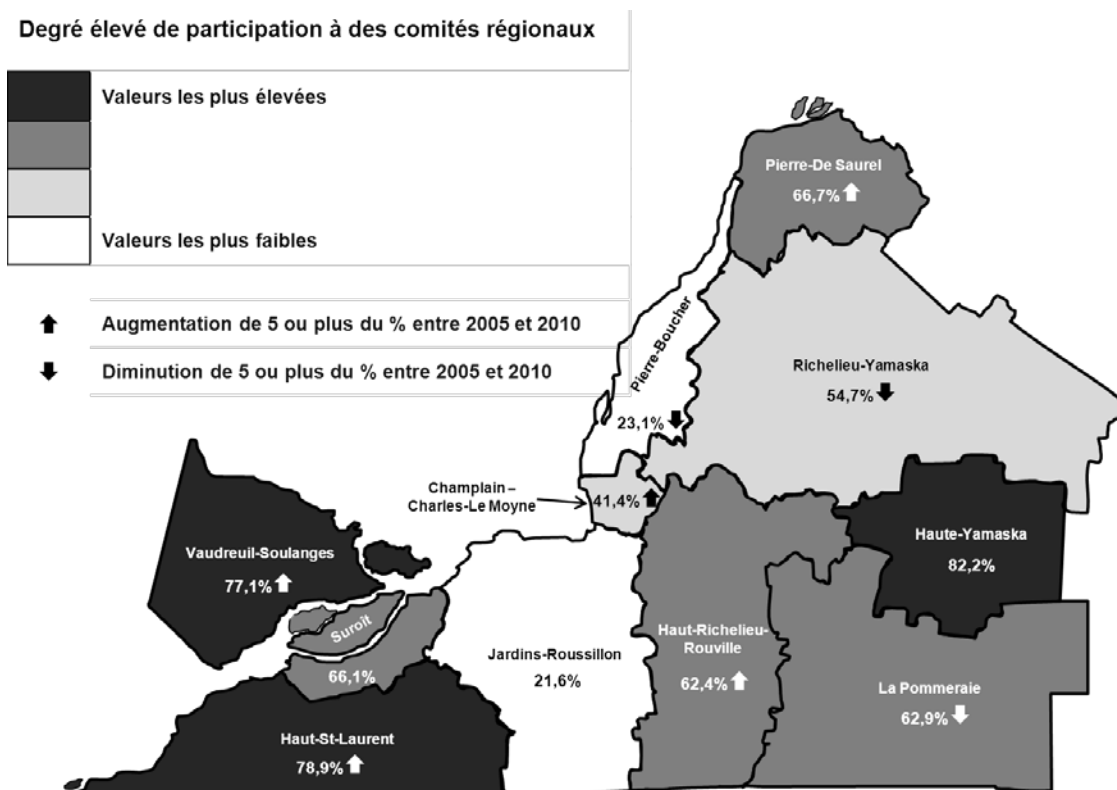
**Figure 20** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de collaboration avec un hôpital, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.3.6 Participation à des comités régionaux

Cet indicateur vise à mesurer le degré de participation des médecins de la clinique à divers comités régionaux (comités du DRMG, d'implantation des GMF et des CR, sur les mesures de désengorgement des urgences et sur le projet clinique du CSSS). Les cliniques ont été classées en trois modalités selon le degré de participation de ses médecins à ces activités régionales : élevé (deux caractéristiques et plus sur quatre), moyen (une caractéristique sur quatre) ou aucune participation. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous retenons la première de ces modalités.

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques où il existe une participation élevée de médecins à des comités régionaux a augmenté modestement entre 2005 et 2010 de 44,6 % à 49,7 % (tableau A17 en annexe).

Cette augmentation touche près de la moitié des CSSS (5 sur 11). Les augmentations les plus importantes se retrouvent aux CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 11,7 % à 62,4 %), du Haut-St-Laurent (de 35,3 % à 78,9 %) et Pierre-De Saurel (de 25,7 % à 66,7 %) et la diminution la plus marquée, au CSSS La Pommeraiie (de 98,4 % à 62,9 %). En 2010, les variations sont considérables entre les CSSS, allant de 21,6 % pour le CSSS Jardins-Roussillon à 82,2 % pour le CSSS de la Haute-Yamaska (figure 21).

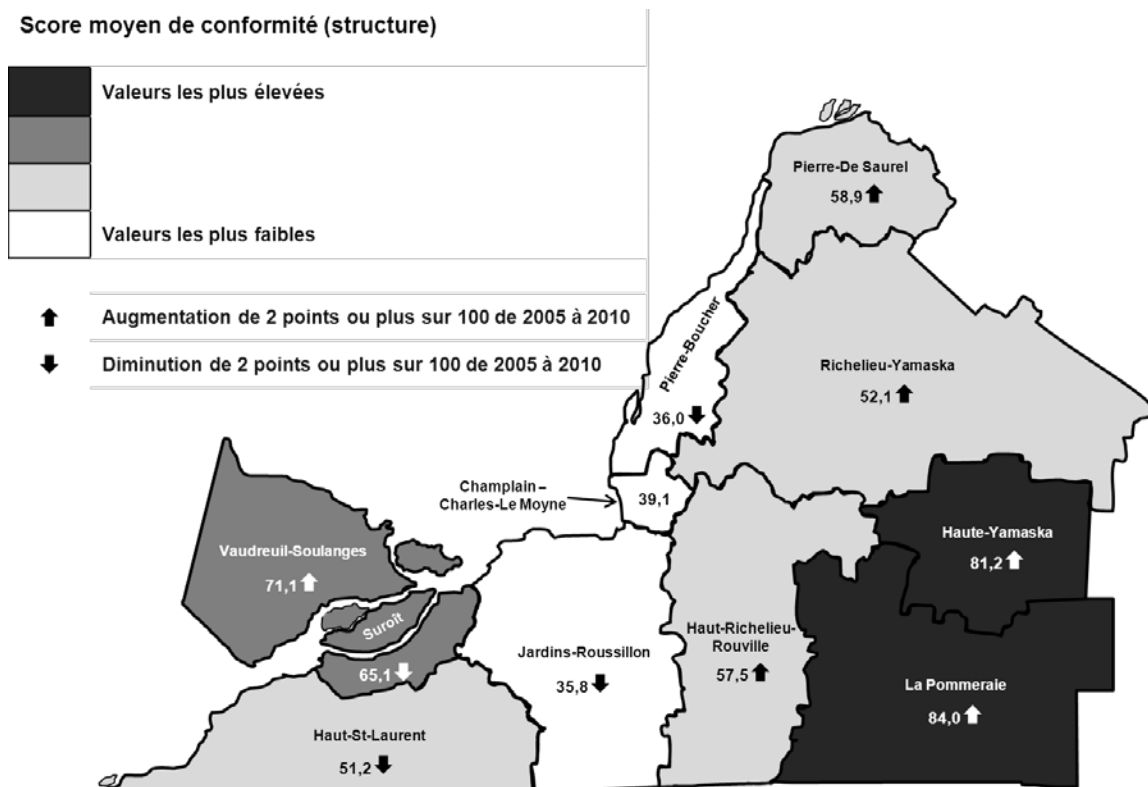


**Figure 21** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de participation des médecins à des comités régionaux, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.3.7 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « structure »

Le score moyen de conformité à l'idéal-type pour la dimension « structure » a augmenté dans la région entre 2005 et 2010, de 46,8 à 52,0 (tableau A27 en annexe).

Cette augmentation a touché la majorité des CSSS (6 sur 11), mais on observe des baisses chez quatre d'entre eux. Les augmentations les plus importantes s'observent dans les CSSS Pierre-De Saurel (de 37,4 à 58,9) et Haut-Richelieu-Rouville (de 36,0 à 57,5). La baisse la plus marquée est observée dans le CSSS du Suroît (de 75,3 à 65,1). Il existe en 2010 des différences très importantes entre les CSSS. Le score moyen varie de 35,8 au CSSS Jardins-Roussillon à 84,0 au CSSS La Pommeraie (figure 22).



**Figure 22** Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « structure » (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées)

## 3.4 PRATIQUES DES CLINIQUES MÉDICALES

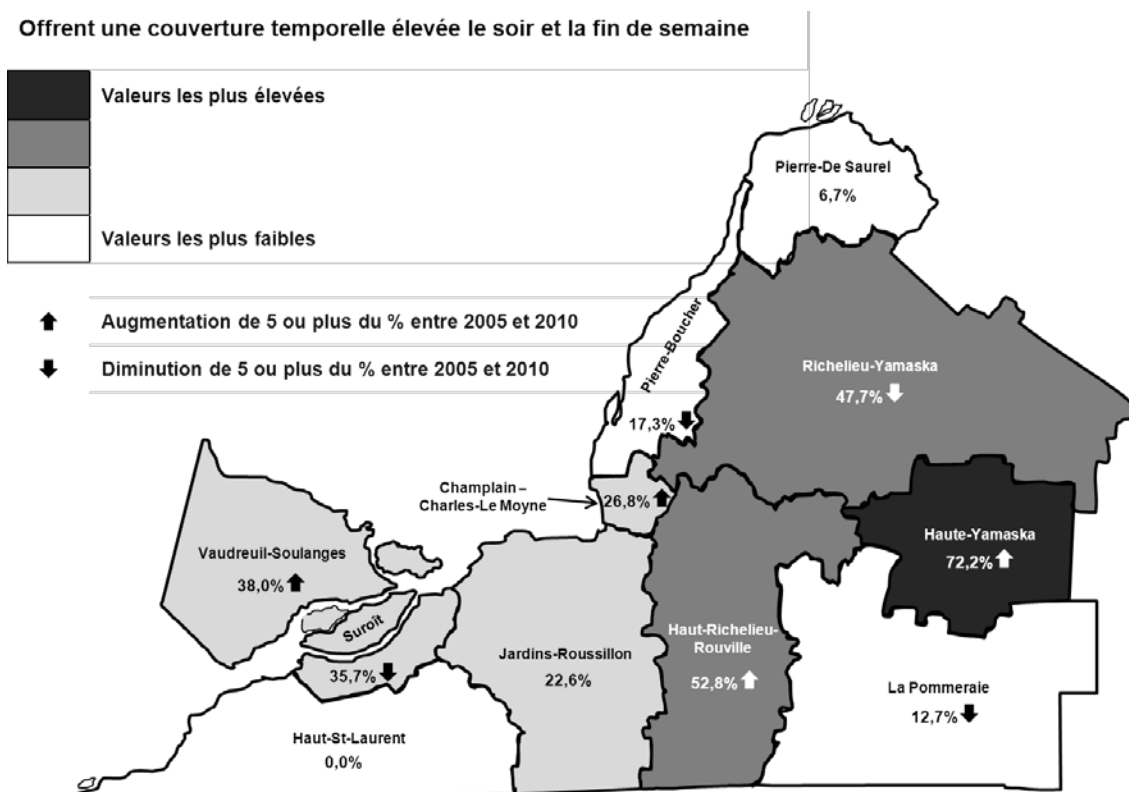
Cette dimension porte sur les mécanismes mis en place pour soutenir les pratiques cliniques. Elle concerne, notamment, la couverture temporelle (soir, fin de semaine), la participation de la clinique à un réseau d'accessibilité, le mode de consultation (rendez-vous, sans rendez-vous), le temps réservé aux consultations, l'étendue des services offerts, le partage des activités cliniques entre les médecins et la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques.

### 3.4.1 Couverture temporelle le soir et la fin de semaine

Cet indicateur renseigne sur la couverture temporelle le soir et les fins de semaine, selon les modes de consultation sur ou sans rendez-vous. Trois modalités ont été définies : élevée, moyenne et aucune. Pour être classée dans la modalité « élevée », une clinique devait offrir au moins trois des quatre plages horaires selon les modes de consultation sur ou sans rendez-vous, le soir ou les fins de semaine. Nous retenons aux fins d'illustration dans ce rapport la modalité « élevée ».

Dans la région, le pourcentage des cliniques offrant une couverture temporelle élevée a légèrement augmenté entre 2005 et 2010 de 30,6 % à 33,2 % (tableau A18 en annexe).

Cette augmentation est observée chez quatre des 11 CSSS, les plus importantes étant dans les CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 17,6 % à 52,8 %) et de la Haute-Yamaska (de 40,6 % à 72,2 %). Parmi les quatre CSSS affectés par des diminutions, les territoires les plus touchés sont les CSSS La Pommeraie (de 37,1 % à 12,7 %) et du Suroît (de 56,5 % à 35,7 %). Les variations entre les CSSS en 2010 sont considérables, allant de 0,0 % au CSSS du Haut-St-Laurent à 72,2 % au CSSS de la Haute-Yamaska (figure 23).



**Figure 23** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une couverture temporelle élevée le soir et la fin de semaine, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

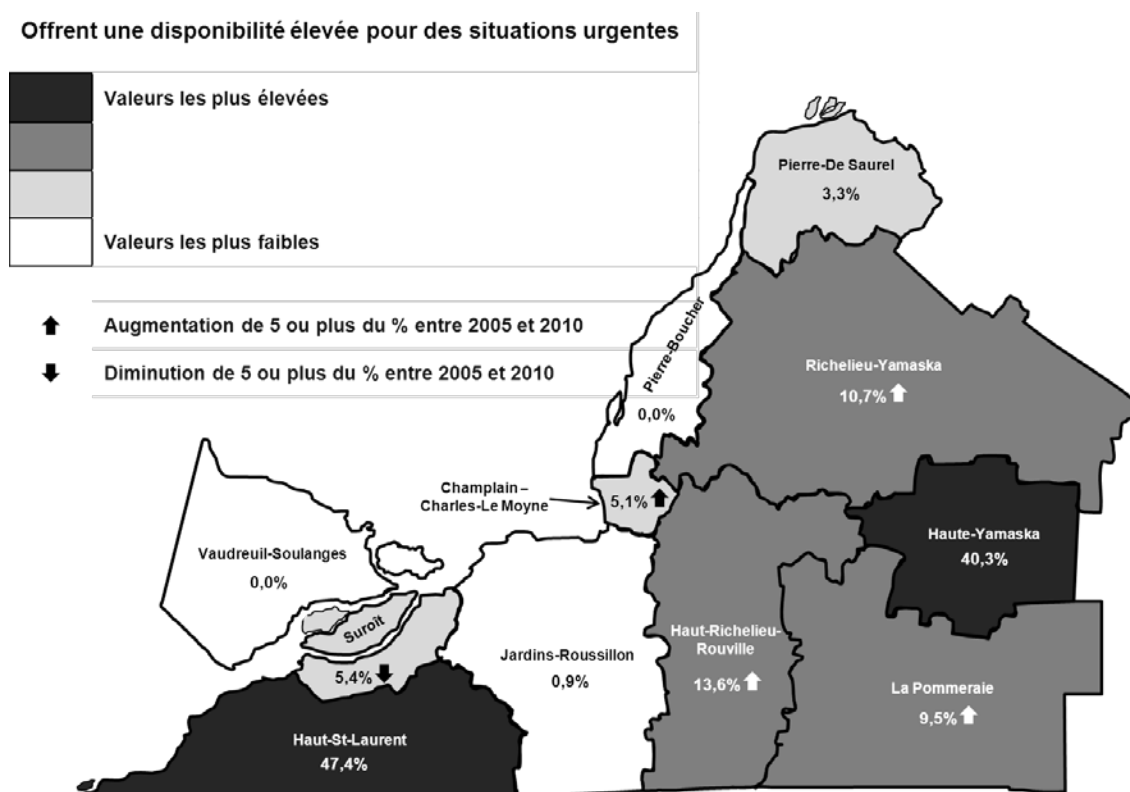


### 3.4.2 Disponibilité en situations urgentes pour les patients réguliers

Cet indicateur mesure l'existence d'un système de garde sur appel en dehors des heures d'ouverture de la clinique pour les patients réguliers ayant un médecin de famille à la clinique et la possibilité de communiquer par téléphone avec un médecin ou une infirmière lorsque la clinique est ouverte. Lorsque les deux conditions s'appliquent, la clinique a été classée dans la modalité « élevée ». Lorsque l'une des deux s'applique, la modalité « moyenne » est appliquée et « aucune disponibilité » lorsqu'aucune ne s'applique. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous présentons la modalité « élevée ».

Dans l'ensemble de la région, on note une très légère augmentation entre 2005 et 2010 du pourcentage des cliniques qui offrent une disponibilité élevée pour leurs patients réguliers en cas d'urgence, de 7,0 % à 8,6 % (tableau A19 en annexe).

L'augmentation du pourcentage ne touche que quatre CSSS, la plus importante étant au CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 4,2 % à 13,6 %). On note une baisse particulièrement marquée au CSSS du Suroît, de 51,1 % à 5,4 %. Dans l'ensemble des CSSS, le pourcentage des cliniques ayant une disponibilité élevée reste modeste en 2010 et variable d'un CSSS à l'autre. Par exemple, trois CSSS ont un pourcentage inférieur à 1,0 % alors que le CSSS du Haut-St-Laurent affiche le pourcentage le plus élevé à 47,4 % (figure 24).



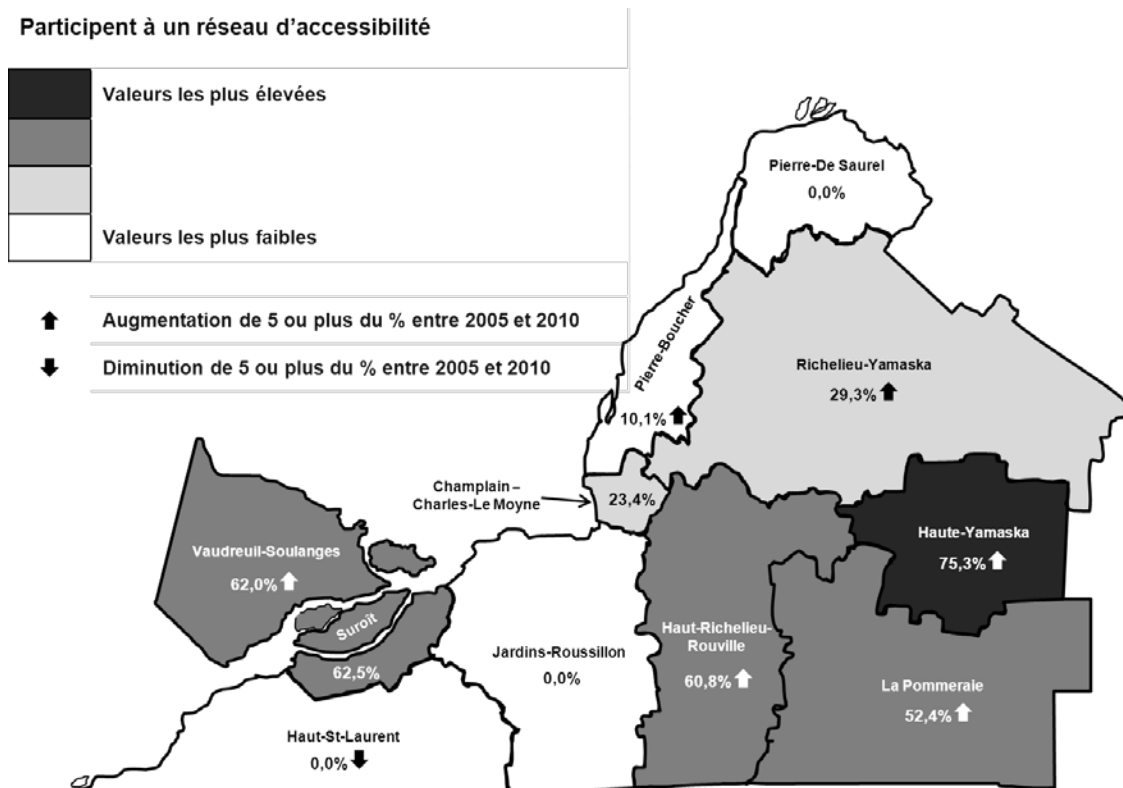
**Figure 24** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une disponibilité élevée pour des situations urgentes à leurs patients réguliers, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.4.3 Participation à un réseau d'accessibilité médicale

Cet indicateur renseigne sur la participation ou non à un réseau d'accessibilité médicale pour harmoniser les heures d'ouverture de la clinique avec celles des autres cliniques. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous retenons la modalité positive.

Dans la région, le pourcentage des CSSS où les cliniques offrent un tel service a augmenté de 18,9 % à 32,8 % (tableau A20 en annexe).

La majorité des CSSS (6 sur 11) ont enregistré une augmentation à ce chapitre. Les gains les plus importants sont observés aux CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 15,0 % à 60,8 %) et de la Haute-Yamaska (de 35,9 % à 75,3 %). Un seul CSSS présente une baisse, soit le CSSS du Haut-St-Laurent (de 5,9 % à 0,0 %). En 2010, on observe donc une grande variabilité entre les CSSS, le pourcentage le plus élevé se retrouve au CSSS de la Haute-Yamaska (75,3 %) et le plus faible aux CSSS du Haut-St-Laurent, Jardins-Roussillon et Pierre-De Saurel (0,0 %) (figure 25).



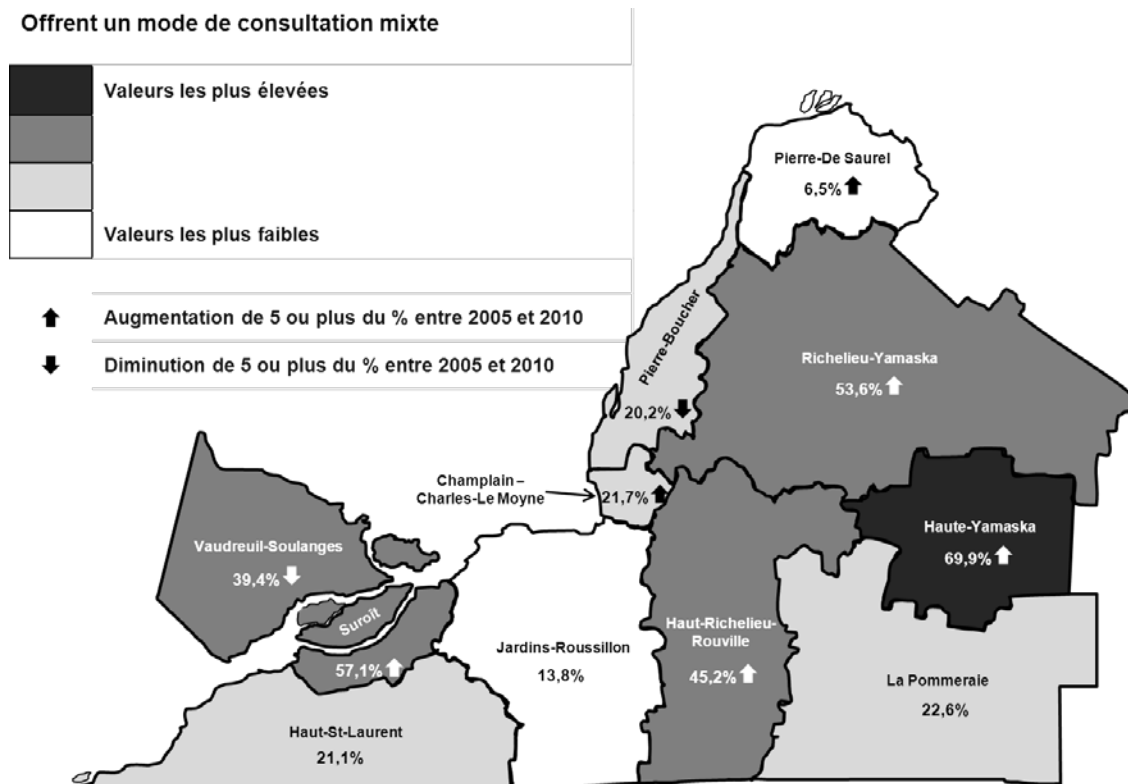
**Figure 25** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui participent à un réseau d'accessibilité médicale, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.4.4 Mode de consultation

Cet indicateur renseigne sur la prédominance des modes de consultation sur ou sans rendez-vous pour les consultations médicales. Lorsque les consultations sur rendez-vous représentent entre 50 % et 75 % des consultations offertes, la clinique est classée dans la modalité « mixte » qui est celle que nous retenons aux fins d'illustration dans ce rapport.

Dans la région, le pourcentage des cliniques dont le mode de consultation est mixte est passé de 20,0 % en 2005 à 33,8 % en 2010 (tableau A21 en annexe).

L'augmentation s'applique à la majorité des CSSS (6 sur 11) alors que deux CSSS ont diminué. L'augmentation touche plus particulièrement les CSSS du Suroît (de 0,0 % à 57,1 %), Richelieu-Yamaska (de 9,6 % à 53,6 %) et de la Haute-Yamaska (de 37,5 % à 69,9 %). On note en 2010 une grande variabilité entre les CSSS, alors que le pourcentage le plus bas des cliniques ayant un mode de consultation mixte est de 6,5 % dans le CSSS Pierre-De Saurel et le plus élevé de 69,9 % dans le CSSS de la Haute-Yamaska (figure 26).



**Figure 26 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent un mode de consultation mixte, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010**

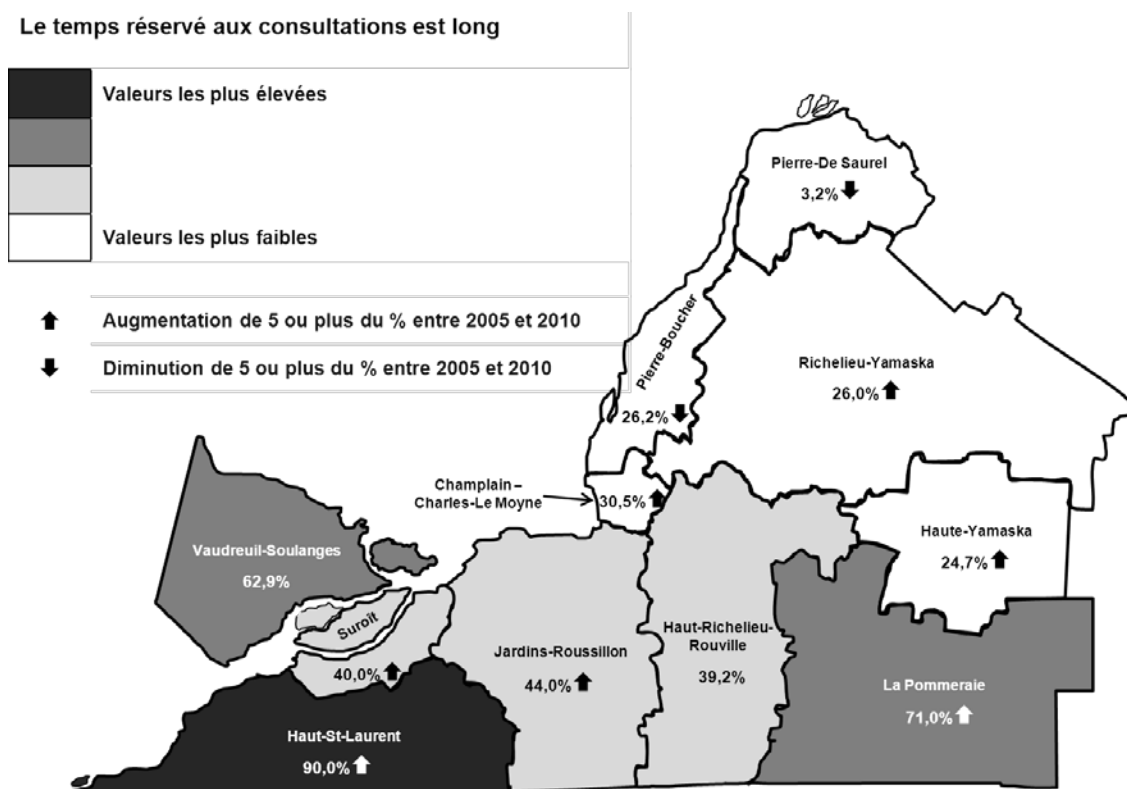
### 3.4.5 Temps réservé aux consultations

Cet indicateur mesure pour chaque clinique la durée moyenne des consultations d'évaluation d'un nouveau cas, de suivi ou d'urgence. Trois modalités ont été définies selon le temps moyen des consultations pour chaque clinique : long, moyen et court. Pour se retrouver dans

la modalité « long », le temps réservé à une consultation d'évaluation d'un nouveau cas devait être de plus de 30 minutes et la consultation de suivi ou d'urgence de plus de 20 minutes. La modalité « court » regroupe les cliniques où la durée d'une consultation d'évaluation d'un nouveau cas devait être de moins de 20 minutes et la consultation de suivi ou d'urgence de moins de 10 minutes. Les autres cliniques se retrouvent dans la modalité « moyen ». Nous retenons la modalité « long » aux fins d'illustration dans ce rapport.

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques dont le temps réservé aux consultations est long a augmenté entre 2005 et 2010, de 25,1 % à 36,6 % (tableau A22 en annexe).

L'augmentation du pourcentage de la modalité « élevé » touche sept des 11 CSSS. Les augmentations les plus importantes se retrouvent dans les CSSS du Haut-St-Laurent (de 5,9 % à 90,0 %) et La Pommeraie (de 31,7 % à 71,0 %). Le CSSS Pierre-De Saurel affiche une diminution importante, passant de 32,4 % en 2005 à 3,2 % en 2010. En 2010, il existe une variabilité très importante entre les CSSS à ce chapitre. Le pourcentage le plus bas se retrouve au CSSS Pierre-De Saurel (3,2 %) et le plus élevé au CSSS du Haut-St-Laurent (90,0 %) (figure 27).



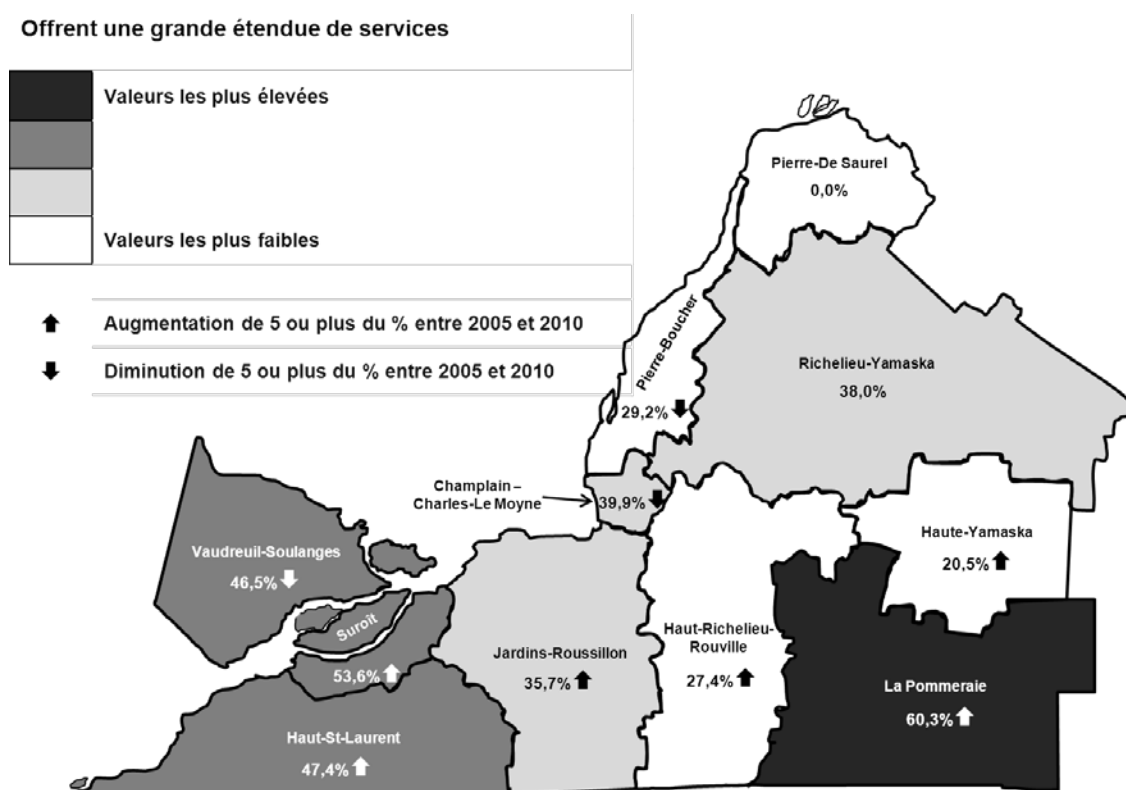
**Figure 27** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où le temps réservé aux consultations est long, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.4.6 Étendue des services offerts

Cet indicateur mesure l'étendue des services offerts, soit la disponibilité des services de radiologie, de spirométrie et de prélèvements sanguins dans l'immeuble, la fourniture de services préventifs (vaccination contre la grippe saisonnière) et de services diagnostiques et curatifs (streptest, biopsie, insertion de stérilet, sutures, infiltrations et frottis cervical). Sur la base de ces différents services offerts, trois modalités ont été définies : grande (huit services ou plus sur 10), moyenne (trois à sept services sur 10) et faible ou aucun de ces services (deux services et moins sur 10). Aux fins d'illustration dans ce rapport, la modalité « grande » a été retenue.

Pour l'ensemble de la région, on observe entre 2005 et 2010 une légère augmentation du pourcentage des cliniques offrant une grande étendue de services de 32,5 % à 36,0 % (tableau A23 en annexe).

Cette augmentation touche six CSSS de la région, particulièrement les CSSS du Haut-St-Laurent (de 0,0 % à 47,4 %) et du Suroît (de 14,9 % à 53,6 %). En 2010, la variabilité entre les CSSS à ce chapitre est grande. Le pourcentage le plus faible des cliniques offrant une large étendue de services se retrouve au CSSS Pierre-De Saurel (0,0 %) et le plus élevé au CSSS La Pommeraie (60,3 %) (figure 28).



**Figure 28** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une grande étendue de services diagnostiques, préventifs et thérapeutiques, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

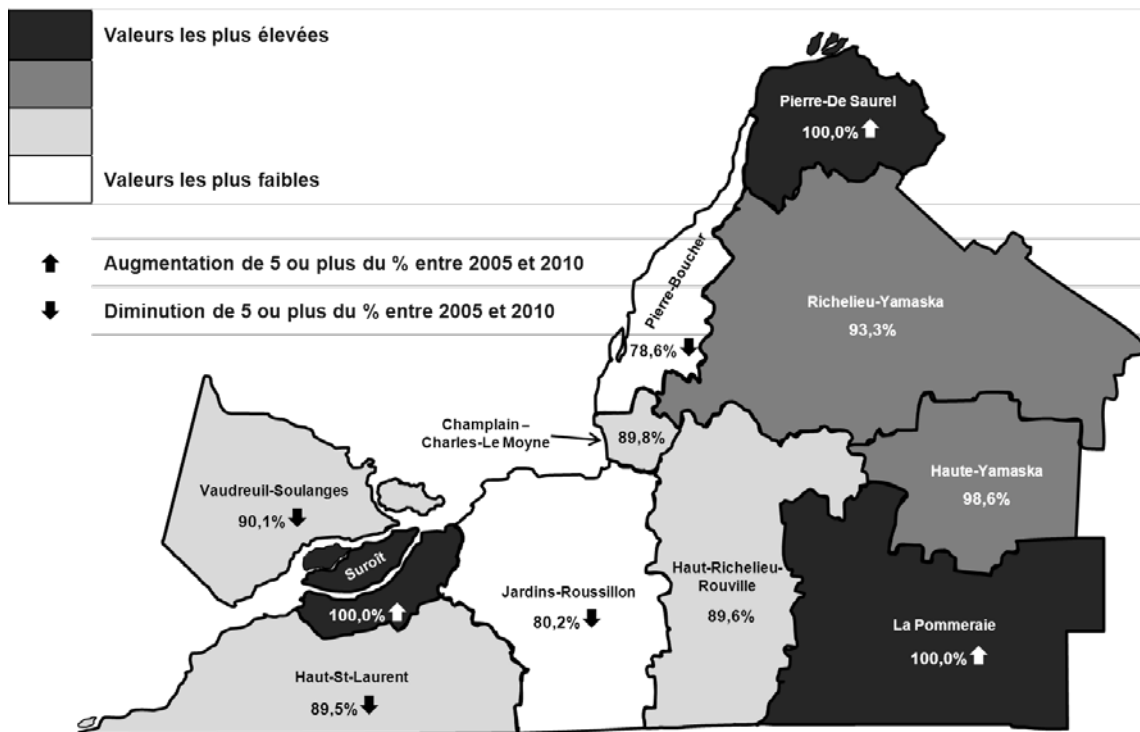
### 3.4.7 Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques

Cet indicateur exprime dans quelle mesure une clinique offre des services de prise en charge systématique pour les personnes atteintes de l'une ou l'autre des maladies suivantes : le diabète, la MPOC, l'asthme, l'insuffisance cardiaque ou l'arthrite.

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques qui déclarent offrir des services de prise en charge pour au moins une des maladies chroniques ciblées a légèrement diminué entre 2005 et 2010, de 92,1 % à 89,5 %. Soulignons toutefois que le pourcentage reste très élevé et que la diminution est relativement peu importante (tableau A24 en annexe).

Parmi les CSSS, on note une diminution dans quatre d'entre eux (du Haut-St-Laurent, Pierre-Boucher, de Vaudreuil-Soulanges et Jardins-Roussillon); l'augmentation reste modeste dans trois autres CSSS (du Suroît, La Pommeraie et Pierre-De Saurel) et le pourcentage demeure stable dans les quatre autres CSSS. En 2010 dans la région, le pourcentage des cliniques qui déclarent offrir des services de prise en charge systématique des personnes atteintes de maladies chroniques est très élevé et on observe une variabilité plutôt relativement importante (de 78,6 % à 100,0 %) (figure 29).

Offrent des services de prise en charge systématique aux personnes atteintes de maladies chroniques



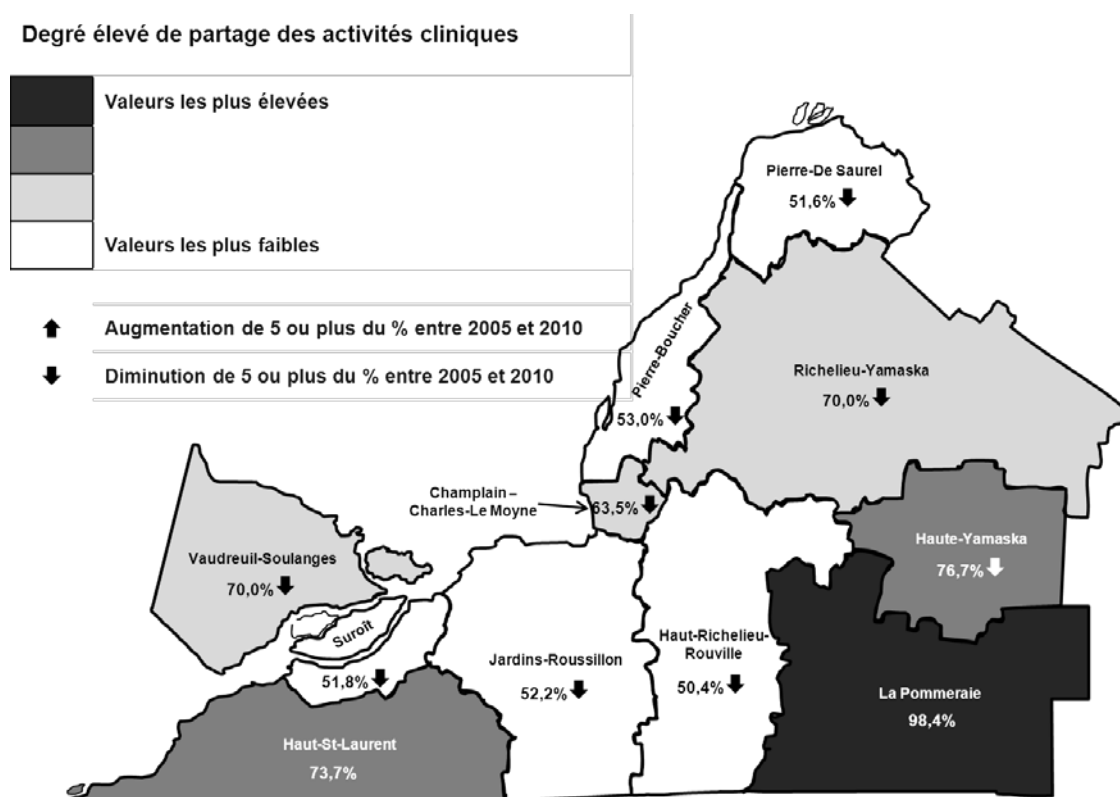
**Figure 29** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent des services de prise en charge systématique aux personnes atteintes de maladies chroniques, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.4.8 Partage d'activités cliniques entre les médecins

Cet indicateur mesure le degré de partage des activités cliniques entre les médecins telles que la couverture des plages de consultations sans rendez-vous, le suivi des patients et le remplacement d'un médecin lorsqu'il est absent. Trois modalités ont été définies sur la base de réponses affirmatives à ces activités : élevé (trois activités sur trois), moyen (une à deux activités sur trois) ou aucun partage. La modalité « élevé » est retenue aux fins d'illustration dans ce rapport.

De façon générale dans la région, on observe de 2005 à 2010 une diminution importante du pourcentage des cliniques où le partage de ces activités cliniques est élevé (de 79,7 % à 62,6 %) (tableau A25 en annexe).

Cette tendance affecte tous les CSSS à l'exception des CSSS La Pommeraie et du Haut-St-Laurent dont le pourcentage reste stable. Dans tous les autres CSSS, les pourcentages diminuent, les plus importantes baisses se retrouvant dans les CSSS du Suroît (de 84,8 % à 51,8 %) et de Vaudreuil-Soulanges (de 96,6 % à 70,0 %). La variabilité entre CSSS en 2010 est grande, allant de 50,4 % pour le CSSS Haut-Richelieu-Rouville à 98,4 % pour le CSSS La Pommeraie (figure 30).



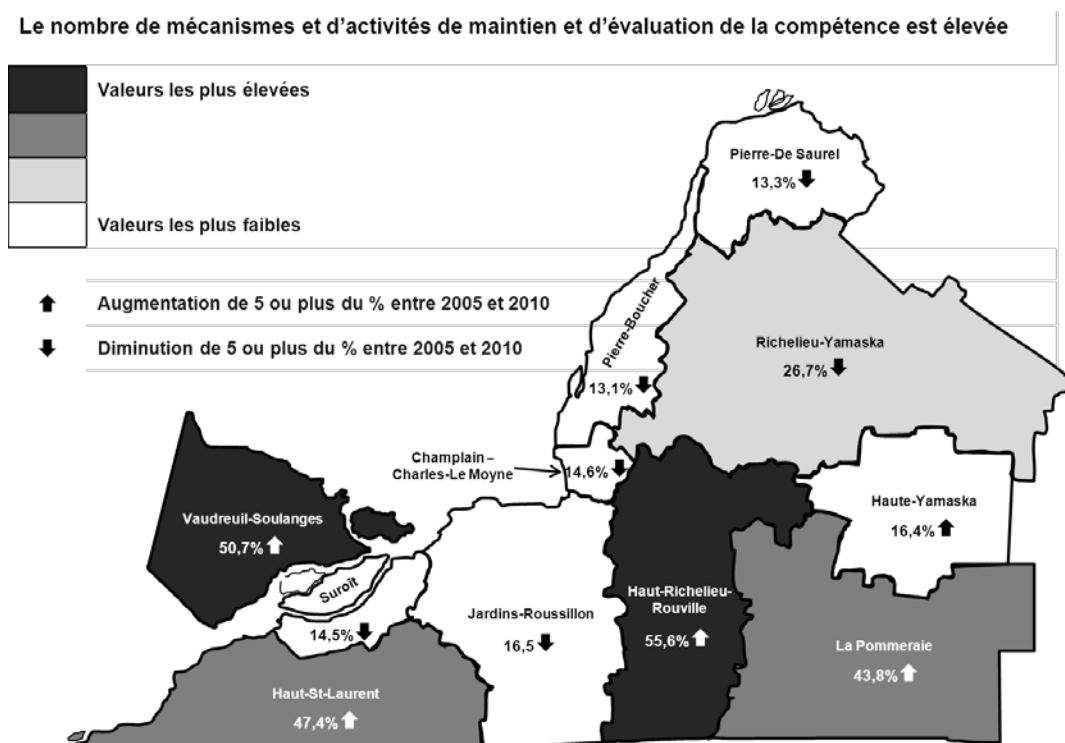
**Figure 30** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage des activités cliniques entre les médecins, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010

### 3.4.9 Mécanismes et activités de maintien et d'évaluation de la compétence

Cet indicateur mesure la présence de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence professionnelle tels que l'organisation de réunions de discussion de cas, le recrutement et l'attribution de privilèges de pratique, l'évaluation de la qualité de l'acte médical et l'organisation d'activités de formation professionnelle. Sur la base du nombre de ces activités, trois modalités ont été définies : élevé (quatre activités sur quatre), moyen (une à trois activités sur quatre) et aucune de ces activités. Aux fins d'illustration dans ce rapport, la modalité « élevé » a été retenue.

Dans l'ensemble de la région, on observe de 2005 à 2010, une très légère diminution du pourcentage des cliniques offrant un degré élevé de présence de ces mécanismes et activités (de 26,8 % à 25,9 %) (tableau A26 en annexe).

Cette baisse affecte six des 11 CSSS, la plus importante se retrouvant au CSSS du Suroît (de 36,2 % à 14,5 %). Parmi les CSSS où on note une augmentation du pourcentage des cliniques où ces activités existent à un niveau élevé, les plus importantes se retrouvent aux CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 14,0 % à 55,6 %) et La Pommeraie (de 8,2 % à 43,8 %). La variabilité entre CSSS demeure importante alors que les pourcentages les plus faibles de cliniques rapportant un degré élevé de ces activités se retrouvent aux CSSS Pierre-Boucher (13,1 %) et Pierre-De Saurel (13,3 %) et le pourcentage le plus élevé se retrouve au CSSS Haut-Richelieu-Rouville (55,6 %) (figure 31).



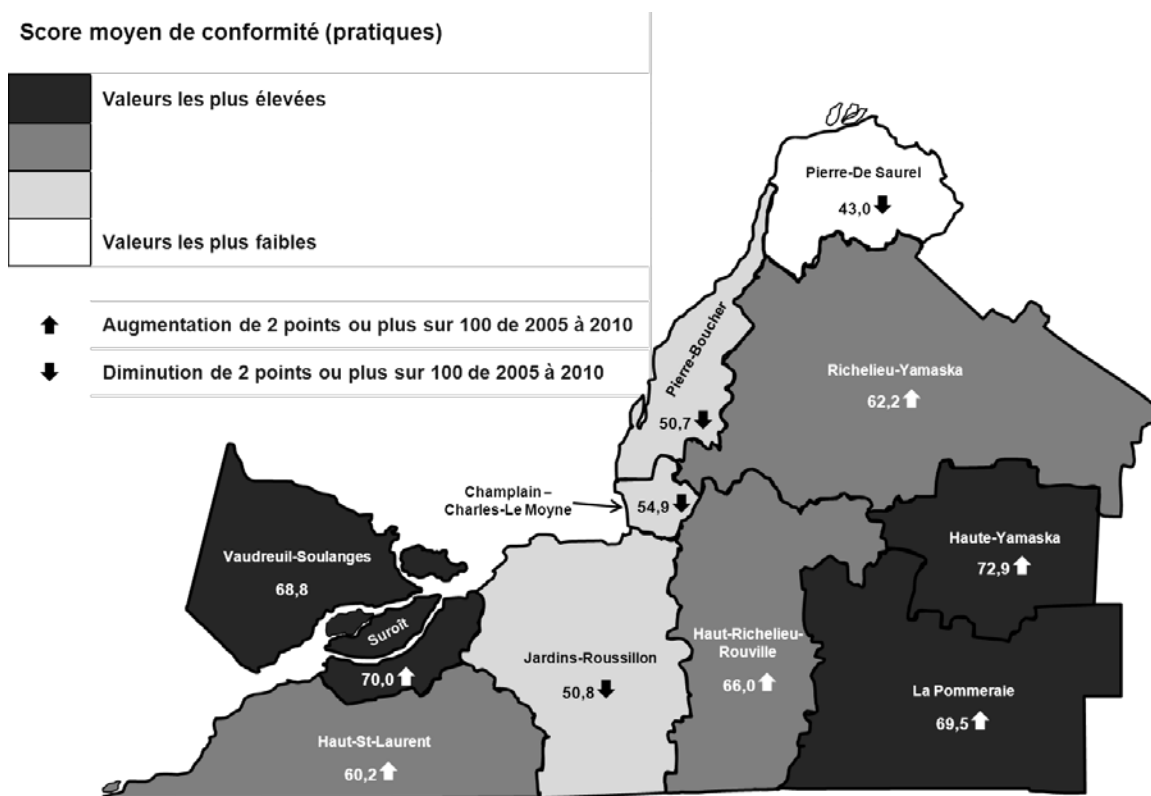
**Figure 31** Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'un nombre élevé de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence, par territoire de CSSS, Montérégie, 2010



### 3.4.10 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « pratiques »

Le score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques pour la dimension « pratiques » a légèrement augmenté dans la région entre 2005 et 2010 (de 57,8 à 59,7), de façon moins importante cependant que l'augmentation rapportée pour les dimensions ressources et structure (tableau A27 en annexe).

Cette augmentation a touché six des 11 CSSS. Les CSSS qui ont enregistré les plus fortes hausses sont les CSSS de la Haute-Yamaska (de 61,2 à 72,9) et Haut-Richelieu-Rouville (de 55,6 à 66,0). La variabilité entre les CSSS à ce chapitre demeure importante en 2010 alors que le score moyen le plus élevé revient aux cliniques du CSSS de la Haute-Yamaska (72,9) et le plus faible à celles du CSSS Pierre-De Saurel (43,0) (figure 32).



**Figure 32** Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « pratiques » (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées)



## 4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Pour l'ensemble de la région et des indicateurs considérés, on note entre 2005 et 2010, une augmentation modeste du score global de conformité à l'idéal-type de 58,1 à 60,8 (tableau A27 en annexe).

Ces résultats tiennent au fait que les gains appréciables pour la dimension « structure » et, à un degré moindre, pour la dimension « ressources », ne sont soutenus que par des gains modestes de la dimension « pratiques » et sont réduits par un recul de la dimension « vision ».

L'amélioration modeste du score de la dimension « pratiques » n'est pas une surprise. En effet, on pourrait s'attendre à ce que les dimensions les plus touchées par les réformes soient d'abord la structure et les ressources puisque la plupart des éléments de ces réformes portent sur ces deux dimensions. En ce qui concerne les pratiques, il est logique de penser qu'elles suivent les ressources et les structures et qu'elles prennent donc plus de temps à se modifier. Enfin, la diminution du score de conformité pour la dimension « vision » nous laisse croire qu'une fois l'engouement pour les réformes passées, la réalité nous ramène à une vision plus réaliste des choses.

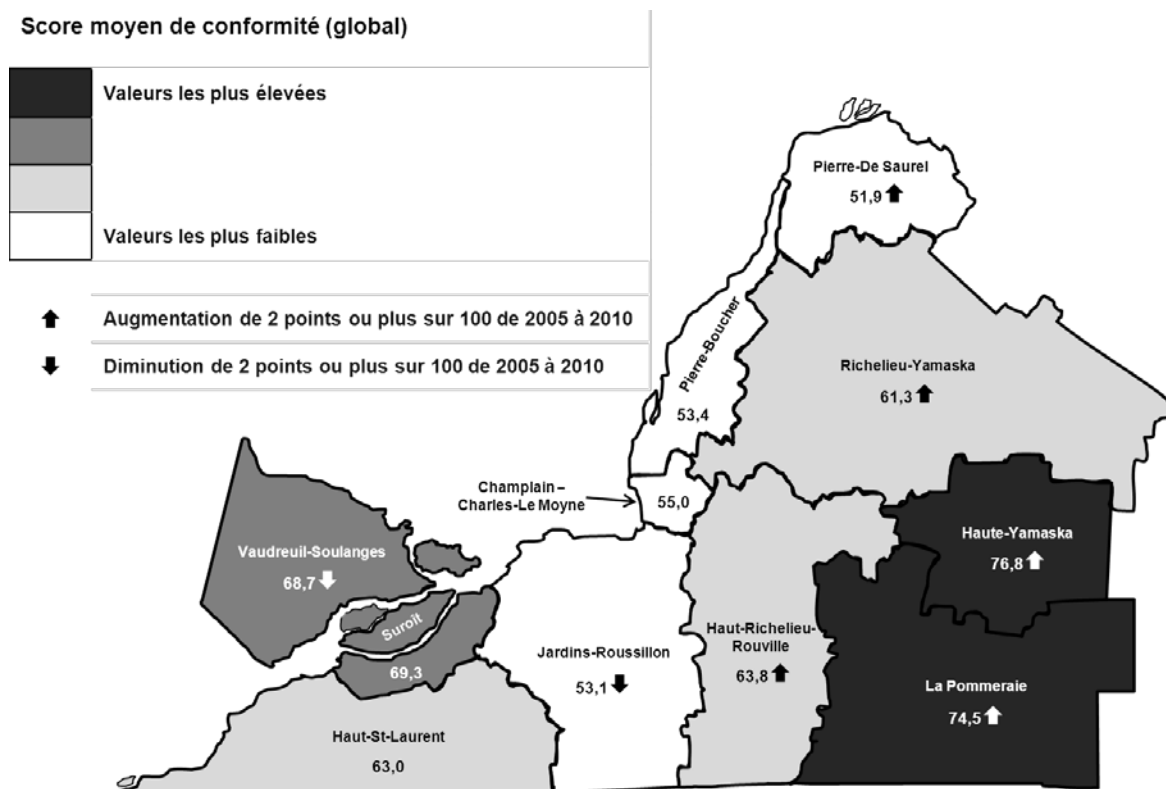
L'amélioration du score global de conformité notée au niveau de la région est observée dans près de la moitié des CSSS (5 sur 11), quatre CSSS demeurent stables dans le temps et deux CSSS voient leur score diminuer. La variabilité entre les CSSS en 2010 demeure relativement marquée, le score de conformité allant de 51,9 pour le CSSS Pierre-De Saurel à 76,8 pour le CSSS de la Haute-Yamaska (figure 33).

En 2010, deux CSSS émergent parmi les autres en raison de leur performance supérieure : les CSSS de la Haute-Yamaska et La Pommeraie. Suivent de près les CSSS du Suroît et de Vaudreuil-Soulanges. Quatre CSSS font face à une situation plus défavorable : Pierre-De Saurel, Jardins-Roussillon, Pierre-Boucher et Champlain–Charles-Le Moyne. Les trois autres CSSS, bien qu'ils se situent au-dessus de ces quatre CSSS, demeurent dans une catégorie moins performante. Bref, sur les 11 CSSS de la Montérégie en 2010, quatre se situent dans une catégorie plus performante et sept dans une catégorie moins performante.

Chez les plus performants, la moitié des CSSS s'améliorent (de la Haute-Yamaska et La Pommeraie), un CSSS demeure inchangé (du Suroît) et le dernier se détériore (de Vaudreuil-Soulanges). Chez les sept CSSS les moins performants, trois s'améliorent (Haut-Richelieu-Rouville, Richelieu-Yamaska et Pierre-De Saurel), trois demeurent inchangés (du Haut-St-Laurent, Champlain–Charles-Le Moyne et Pierre-Boucher) et un seul se détériore (Jardins-Roussillon). On aurait pu s'attendre à ce que le groupe des plus performants demeure inchangé étant donné leur score déjà élevé, mais il est toutefois surprenant que les CSSS les moins performants n'aient pas fait plus de progrès au cours des cinq années.

Cette variabilité entre les CSSS que nous avons relevée tout au long de ce rapport est certainement la caractéristique marquante de la région de la Montérégie. Loin d'être homogène, la région présente des écarts importants au niveau de ses CSSS en ce qui a trait à la vision, aux ressources, aux structures et aux pratiques de leurs cliniques médicales de

première ligne. La question qu'il convient de poser au terme de ce rapport est de savoir dans quelle mesure ces inégalités organisationnelles se traduisent par des inégalités de résultats en termes d'expérience de soins, d'utilisation de services et de besoins de services non comblés. C'est à ces questions que tâchent de répondre les analyses qui se poursuivent dans le cadre de la présente étude.



**Figure 33** Score moyen de conformité à un idéal-type moyen (global) des cliniques médicales (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées)

## RÉFÉRENCES

Hamel, M., Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Lozier-Sergerie, A., Prud'homme, A. et al. (2007). *L'organisation des services de santé de 1<sup>re</sup> ligne : Portrait des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne à Montréal et en Montérégie*. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la 1<sup>re</sup> ligne au Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Le Moyne.

Levesque, J.-F., Pineault, R., Provost, S., Tousignant, P., Couture, A., Borgès Da Silva, R. et al. (2010). *Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec province: Montréal and Montérégie*, BMC Family Practice, 11, 95-107.

Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. & Haggerty, J. (2009). *Rapport final : L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la 1<sup>re</sup> ligne au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Le Moyne, Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Prud'homme, A., Pineault, R., Couture, A., Borgès Da Silva, R., Levesque, J.-F. & Tousignant, P. (2012). *Rapport méthodologique de l'enquête organisationnelle à Montréal et en Montérégie*, L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie, Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal.



## **ANNEXE**





**Tableau A1 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon les personnes qu'elles visent à rejoindre, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	La population du territoire		La clientèle de la clinique		Tous les individus qui se présentent	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	82,4 %	50,0 %	17,6 %	27,8 %	0,0 %	22,2 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	68,1 %	16,4 %	29,8 %	83,6 %	2,1 %	0,0 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	24,4 %	40,0 %	43,1 %	33,9 %	32,5 %	26,1 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	8,6 %	19,8 %	49,7 %	46,2 %	41,6 %	34,0 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	11,9 %	24,9 %	59,2 %	58,6 %	28,9 %	16,6 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	41,7 %	12,1 %	40,8 %	67,7 %	17,5 %	20,2 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	23,6 %	17,2 %	34,4 %	43,7 %	42,0 %	39,1 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	17,1 %	3,3 %	71,4 %	83,3 %	11,4 %	13,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	44,3 %	38,7 %	34,4 %	38,7 %	21,3 %	22,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	9,4 %	29,2 %	76,6 %	69,4 %	14,1 %	1,4 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	74,6 %	4,2 %	11,9 %	52,1 %	13,6 %	43,7 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>26,8 %</b>	<b>22,1 %</b>	<b>45,5 %</b>	<b>53,2 %</b>	<b>27,8 %</b>	<b>24,7 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A2 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon ce qu'elles priorisent entre la continuité des soins et l'accessibilité des services, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	La continuité des soins		L'accessibilité des services	
	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	100,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	95,7 %	100,0 %	4,3 %	0,0 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	87,8 %	77,6 %	12,2 %	22,4 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	72,3 %	72,6 %	27,7 %	27,4 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	90,5 %	75,0 %	9,5 %	25,0 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	67,5 %	81,6 %	32,5 %	18,4 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	80,9 %	78,8 %	19,1 %	21,2 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	67,6 %	29,0 %	32,4 %	71,0 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	80,3 %	91,9 %	19,7 %	8,1 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	87,3 %	97,2 %	12,7 %	2,8 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	91,4 %	78,9 %	8,6 %	21,1 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>81,9 %</b>	<b>79,3 %</b>	<b>18,1 %</b>	<b>20,7 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A3 Répartition des cliniques des cliniques médicales de première ligne selon le degré d'importance que les médecins omnipraticiens accordent au travail d'équipe, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevé		Moyen		Aucune importance	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	76,5 %	84,2 %	0,0 %	0,0 %	23,5 %	15,8 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	19,1 %	16,1 %	70,2 %	76,8 %	10,6 %	7,1 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	66,7 %	62,9 %	24,4 %	28,4 %	8,9 %	8,6 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	65,9 %	65,0 %	27,0 %	29,9 %	7,0 %	5,1 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	61,5 %	67,5 %	26,0 %	22,5 %	12,5 %	10,1 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	63,3 %	51,2 %	21,7 %	34,4 %	15,0 %	14,4 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	54,5 %	46,0 %	41,0 %	48,0 %	4,5 %	6,0 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	73,5 %	56,7 %	17,6 %	30,0 %	8,8 %	13,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	78,7 %	79,0 %	19,7 %	19,4 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	75,0 %	60,3 %	14,1 %	28,8 %	10,9 %	11,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	71,2 %	60,0 %	25,4 %	34,3 %	3,4 %	5,7 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>63,1 %</b>	<b>58,6 %</b>	<b>27,9 %</b>	<b>33,2 %</b>	<b>9,0 %</b>	<b>8,2 %</b>

**Tableau A4 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage de valeurs communes entre les professionnels de la clinique, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevé		Moyen		Aucun partage	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	76,5 %	84,2 %	0,0 %	0,0 %	23,5 %	15,8 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	46,8 %	25,0 %	42,6 %	67,9 %	10,6 %	7,1 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	50,4 %	69,0 %	39,0 %	22,4 %	10,6 %	8,6 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	42,7 %	61,9 %	50,3 %	33,0 %	7,0 %	5,1 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	55,5 %	63,9 %	32,0 %	26,0 %	12,5 %	10,1 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	28,3 %	42,4 %	52,5 %	44,8 %	19,2 %	12,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	55,4 %	51,0 %	37,6 %	43,0 %	7,0 %	6,0 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	52,9 %	51,6 %	38,2 %	35,5 %	8,8 %	12,9 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	73,8 %	49,2 %	24,6 %	49,2 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	89,1 %	60,3 %	0,0 %	28,8 %	10,9 %	11,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	59,3 %	64,3 %	32,2 %	32,9 %	8,5 %	2,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>52,8 %</b>	<b>56,6 %</b>	<b>36,9 %</b>	<b>35,5 %</b>	<b>10,3 %</b>	<b>7,9 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A5 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de médecins omnipraticiens qui les composent, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	10 médecins ou plus		4 à 9 médecins		2 à 3 médecins		1 médecin	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	0,0 %	0,0 %	40,0 %	40,0 %	0,0 %	20,0 %	60,0 %	40,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	10,0 %	11,1 %	30,0 %	33,3 %	20,0 %	22,2 %	40,0 %	33,3 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	18,5 %	15,4 %	25,9 %	30,8 %	22,2 %	23,1 %	33,3 %	30,8 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	13,2 %	16,7 %	39,5 %	38,9 %	21,1 %	25,0 %	26,3 %	19,4 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	13,6 %	15,4 %	29,5 %	33,3 %	25,0 %	15,4 %	31,8 %	35,9 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	10,7 %	10,3 %	25,0 %	34,5 %	17,9 %	10,3 %	46,4 %	44,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	19,4 %	15,2 %	29,0 %	30,3 %	29,0 %	27,3 %	22,6 %	27,3 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	11,1 %	62,5 %	22,2 %	0,0 %	22,2 %	37,5 %	44,4 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	10,0 %	10,0 %	60,0 %	60,0 %	20,0 %	20,0 %	10,0 %	10,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	25,0 %	15,4 %	16,7 %	30,8 %	16,7 %	0,0 %	41,7 %	53,8 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	16,7 %	25,0 %	41,7 %	33,3 %	16,7 %	25,0 %	25,0 %	16,7 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>14,2 %</b>	<b>14,5 %</b>	<b>32,9 %</b>	<b>34,4 %</b>	<b>20,9 %</b>	<b>19,5 %</b>	<b>32,0 %</b>	<b>31,7 %</b>

\* Données non pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A6 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le rôle de leur infirmière, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Infirmière avec rôle élargi		Infirmière avec rôle traditionnel		Pas d'infirmière dans la clinique	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	82,4 %	78,9 %	0,0 %	0,0 %	17,6 %	21,1 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	76,1 %	80,0 %	0,0 %	18,2 %	23,9 %	1,8 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	36,6 %	51,7 %	26,0 %	2,6 %	37,4 %	45,7 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	10,3 %	41,1 %	44,0 %	25,9 %	45,7 %	33,0 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	30,0 %	50,9 %	22,5 %	10,1 %	47,5 %	39,1 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	19,2 %	64,3 %	29,2 %	11,9 %	51,7 %	23,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	12,0 %	66,7 %	41,8 %	11,3 %	46,2 %	22,0 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	25,7 %	58,1 %	40,0 %	9,7 %	34,3 %	32,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	98,4 %	98,4 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	85,7 %	90,4 %	6,3 %	1,4 %	7,9 %	8,2 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	77,6 %	85,7 %	17,2 %	8,6 %	5,2 %	5,7 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>36,0 %</b>	<b>63,0 %</b>	<b>26,9 %</b>	<b>11,5 %</b>	<b>37,1 %</b>	<b>25,5 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A7 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la présence de médecins spécialistes et/ou d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Médecins spécialistes et autres professionnels de la santé		Médecins spécialistes ou autres professionnels de la santé		Aucun médecin spécialiste ou autre professionnel de la santé	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	50,0 %	47,4 %	25,0 %	21,1 %	25,0 %	31,6 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	56,5 %	51,8 %	30,4 %	35,7 %	13,0 %	12,5 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	50,4 %	44,3 %	45,5 %	38,3 %	4,1 %	17,4 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	68,6 %	50,5 %	25,9 %	31,8 %	5,4 %	17,7 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	65,5 %	69,0 %	22,0 %	10,7 %	12,5 %	20,2 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	52,1 %	37,6 %	41,3 %	32,8 %	6,6 %	29,6 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	35,3 %	52,7 %	54,5 %	37,3 %	10,3 %	10,0 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	91,4 %	50,0 %	5,7 %	26,7 %	2,9 %	23,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	53,3 %	41,3 %	40,0 %	38,1 %	6,7 %	20,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	68,3 %	83,6 %	20,6 %	1,4 %	11,1 %	15,1 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	69,5 %	31,0 %	28,8 %	45,1 %	1,7 %	23,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>58,3 %</b>	<b>52,0 %</b>	<b>33,6 %</b>	<b>29,1 %</b>	<b>8,2 %</b>	<b>18,9 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A8 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de technologies de l'information dont elles disposent, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Deux technologies de l'information ou plus		Une technologie de l'information		Aucune technologie de l'information	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	87,5 %	42,1 %	6,2 %	47,4 %	6,2 %	10,5 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	41,3 %	98,2 %	54,3 %	0,0 %	4,3 %	1,8 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	36,9 %	37,9 %	32,0 %	47,4 %	31,1 %	14,7 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	25,9 %	28,9 %	48,6 %	52,3 %	25,4 %	18,8 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	37,5 %	41,1 %	27,5 %	37,5 %	35,0 %	21,4 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	11,7 %	84,8 %	48,3 %	4,8 %	40,0 %	10,4 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	11,5 %	42,4 %	63,7 %	41,1 %	24,8 %	16,6 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	52,9 %	66,7 %	5,9 %	3,3 %	41,2 %	30,0 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	83,6 %	88,9 %	14,8 %	11,1 %	1,6 %	0,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	70,3 %	87,8 %	23,4 %	6,8 %	6,2 %	5,4 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	65,5 %	71,8 %	20,7 %	19,7 %	13,8 %	8,5 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>36,2 %</b>	<b>55,6 %</b>	<b>38,2 %</b>	<b>30,4 %</b>	<b>25,6 %</b>	<b>14,0 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.



**Tableau A9 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la proportion de médecins omnipraticiens qui y travaillent 26 heures ou plus/semaine, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Tous les médecins		50 % à 99 % des médecins		Moins de 50 % des médecins	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	75,0 %	15,8 %	25,0 %	84,2 %	0,0 %	0,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	78,3 %	14,3 %	13,0 %	67,9 %	8,7 %	17,9 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	16,4 %	20,7 %	41,8 %	56,0 %	41,8 %	23,3 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	19,5 %	14,2 %	42,7 %	49,2 %	37,8 %	36,5 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	19,5 %	21,4 %	30,5 %	30,4 %	50,0 %	48,2 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	15,1 %	10,4 %	51,3 %	68,0 %	33,6 %	21,6 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	34,0 %	30,7 %	44,2 %	36,0 %	21,8 %	33,3 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	8,6 %	12,9 %	62,9 %	77,4 %	28,6 %	9,7 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	32,8 %	17,5 %	65,6 %	81,0 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	28,1 %	24,7 %	60,9 %	72,6 %	10,9 %	2,7 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	19,0 %	5,6 %	58,6 %	45,1 %	22,4 %	49,3 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>25,0 %</b>	<b>18,2 %</b>	<b>43,9 %</b>	<b>52,9 %</b>	<b>31,1 %</b>	<b>28,8 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A10 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage des ressources entre les médecins omnipraticiens, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevé		Moyen		Aucun partage	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	76,5 %	73,7 %	0,0 %	10,5 %	23,5 %	15,8 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	28,3 %	19,6 %	56,5 %	73,2 %	15,2 %	7,1 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	69,1 %	44,3 %	22,0 %	47,0 %	8,9 %	8,7 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	68,6 %	69,5 %	15,7 %	25,9 %	15,7 %	4,6 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	57,5 %	59,8 %	28,5 %	30,2 %	14,0 %	10,1 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	50,0 %	64,8 %	35,8 %	22,4 %	14,2 %	12,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	77,1 %	68,2 %	17,2 %	23,8 %	5,7 %	7,9 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	47,1 %	80,0 %	44,1 %	6,7 %	8,8 %	13,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	67,2 %	63,5 %	31,1 %	34,9 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	89,1 %	89,0 %	0,0 %	0,0 %	10,9 %	11,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	82,8 %	80,0 %	13,8 %	17,1 %	3,4 %	2,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>65,4 %</b>	<b>64,0 %</b>	<b>23,6 %</b>	<b>28,0 %</b>	<b>11,1 %</b>	<b>8,1 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A11 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la présence d'un plateau technique de radiologie ou de prélèvements sanguins dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Radiologie avec ou sans prélèvements sanguins		Prélèvements sanguins seulement		Aucun de ces services	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	0,0 %	47,4 %	50,0 %	10,5 %	50,0 %	42,1 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	42,6 %	36,4 %	38,3 %	49,1 %	19,1 %	14,5 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	13,0 %	18,1 %	65,9 %	50,0 %	21,1 %	31,9 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	30,3 %	23,4 %	45,4 %	48,2 %	24,3 %	28,4 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	34,5 %	24,9 %	40,5 %	50,9 %	25,0 %	24,3 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	0,0 %	12,8 %	80,0 %	68,0 %	20,0 %	19,2 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	18,5 %	26,0 %	43,9 %	36,0 %	37,6 %	38,0 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	0,0 %	5,7 %	6,5 %	94,3 %	93,5 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	31,1 %	17,5 %	1,6 %	27,0 %	67,2 %	55,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	0,0 %	0,0 %	93,8 %	80,8 %	6,2 %	19,2 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	31,0 %	16,9 %	69,0 %	66,2 %	0,0 %	16,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>21,3 %</b>	<b>20,2 %</b>	<b>50,7 %</b>	<b>49,8 %</b>	<b>28,0 %</b>	<b>30,0 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A12 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur type de source de financement, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Source de financement publique seulement		Source de financement mixte (publique et par les médecins)		Source de financement uniquement par les médecins	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	0,0 %	0,0 %	35,3 %	31,6 %	64,7 %	68,4 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	21,7 %	30,4 %	67,4 %	62,5 %	10,9 %	7,1 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	27,6 %	31,9 %	0,0 %	0,0 %	72,4 %	68,1 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	24,3 %	23,9 %	0,0 %	10,2 %	75,7 %	66,0 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	18,0 %	13,1 %	0,0 %	16,1 %	82,0 %	70,8 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	28,6 %	20,8 %	0,0 %	50,4 %	71,4 %	28,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	8,3 %	10,7 %	7,6 %	52,3 %	84,1 %	36,9 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	0,0 %	20,0 %	66,7 %	80,0 %	33,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	31,7 %	17,5 %	61,7 %	71,4 %	6,7 %	11,1 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	0,0 %	0,0 %	84,4 %	90,4 %	15,6 %	9,6 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	13,8 %	14,1 %	58,6 %	62,0 %	27,6 %	23,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>18,7 %</b>	<b>17,4 %</b>	<b>17,0 %</b>	<b>37,9 %</b>	<b>64,3 %</b>	<b>44,7 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A13 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la personne qui assume les tâches médico-administratives, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Un gestionnaire administratif avec ou sans médecin		Les médecins seulement		Aucun responsable	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	0,0 %	0,0 %	76,5 %	73,7 %	23,5 %	26,3 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	13,0 %	16,1 %	71,7 %	76,8 %	15,2 %	7,1 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	9,8 %	6,0 %	77,0 %	81,9 %	13,1 %	12,1 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	29,7 %	31,5 %	60,0 %	61,4 %	10,3 %	7,1 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	24,0 %	20,7 %	60,0 %	59,2 %	16,0 %	20,1 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	18,3 %	18,4 %	65,0 %	67,2 %	16,7 %	14,4 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	22,3 %	18,0 %	68,2 %	71,3 %	9,6 %	10,7 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	23,5 %	0,0 %	67,6 %	86,7 %	8,8 %	13,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	6,6 %	87,3 %	91,8 %	11,1 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	54,7 %	38,4 %	34,4 %	50,7 %	10,9 %	11,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	37,9 %	38,6 %	58,6 %	55,7 %	3,4 %	5,7 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>23,2 %</b>	<b>25,6 %</b>	<b>64,9 %</b>	<b>63,0 %</b>	<b>11,8 %</b>	<b>11,4 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A14 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le type de coordination des soins entre les professionnels, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Selon des protocoles préétablis ou lors de discussion de cas		Par des échanges informels seulement		Peu ou pas de coordination des soins	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	25,0 %	47,4 %	50,0 %	36,8 %	25,0 %	15,8 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	56,5 %	21,4 %	32,6 %	71,4 %	10,9 %	7,1 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	32,3 %	34,5 %	52,4 %	40,5 %	15,3 %	25,0 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	28,6 %	19,8 %	55,1 %	61,9 %	16,2 %	18,3 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	49,2 %	17,8 %	42,2 %	60,9 %	8,5 %	21,3 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	35,0 %	38,4 %	27,5 %	30,4 %	37,5 %	31,2 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	15,4 %	36,4 %	77,6 %	47,0 %	7,1 %	16,6 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	13,3 %	52,9 %	73,3 %	47,1 %	13,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	63,9 %	77,8 %	34,4 %	20,6 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	70,3 %	50,0 %	18,8 %	38,9 %	10,9 %	11,1 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	46,6 %	62,0 %	50,0 %	22,5 %	3,4 %	15,5 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>37,4 %</b>	<b>34,2 %</b>	<b>47,8 %</b>	<b>47,4 %</b>	<b>14,8 %</b>	<b>18,3 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A15 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevé		Moyen		Aucune collaboration	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	17,6 %	15,8 %	82,4 %	0,0 %	0,0 %	84,2 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	69,6 %	25,5 %	23,9 %	36,4 %	6,5 %	38,2 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	5,7 %	7,0 %	45,5 %	25,2 %	48,8 %	67,8 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	25,0 %	5,6 %	13,0 %	22,8 %	62,0 %	71,6 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	6,0 %	0,0 %	14,5 %	44,0 %	79,5 %	56,0 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	16,8 %	36,8 %	3,4 %	18,4 %	79,8 %	44,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	17,8 %	31,3 %	16,6 %	14,0 %	65,6 %	54,7 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	26,5 %	58,1 %	20,6 %	9,7 %	52,9 %	32,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	60,7 %	51,6 %	21,3 %	37,1 %	18,0 %	11,3 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	61,9 %	87,8 %	22,2 %	4,1 %	15,9 %	8,1 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	58,6 %	62,0 %	19,0 %	14,1 %	22,4 %	23,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>25,1 %</b>	<b>27,0 %</b>	<b>19,7 %</b>	<b>23,5 %</b>	<b>55,2 %</b>	<b>49,5 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A16 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de collaboration avec un hôpital, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevée		Moyenne		Aucune collaboration	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	64,7 %	57,9 %	35,3 %	42,1 %	0,0 %	0,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	78,7 %	56,4 %	10,6 %	23,6 %	10,6 %	20,0 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	37,4 %	12,2 %	28,5 %	29,6 %	34,1 %	58,3 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	19,6 %	5,6 %	22,3 %	44,9 %	58,2 %	49,5 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	16,0 %	13,6 %	12,0 %	31,4 %	72,0 %	55,0 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	20,0 %	38,4 %	40,0 %	32,8 %	40,0 %	28,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	7,6 %	21,3 %	19,1 %	30,7 %	73,2 %	48,0 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	28,6 %	43,3 %	22,9 %	26,7 %	48,6 %	30,0 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	26,2 %	76,2 %	67,2 %	14,3 %	6,6 %	9,5 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	71,9 %	84,9 %	10,9 %	6,8 %	17,2 %	8,2 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	25,4 %	45,1 %	44,1 %	38,0 %	30,5 %	16,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>26,7 %</b>	<b>30,4 %</b>	<b>25,4 %</b>	<b>31,2 %</b>	<b>47,9 %</b>	<b>38,4 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.



**Tableau A17 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de participation des médecins omnipraticiens à des comités régionaux, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevé		Moyen		Aucune participation	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	35,3 %	78,9 %	47,1 %	0,0 %	17,6 %	21,1 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	70,2 %	66,1 %	8,5 %	16,1 %	21,3 %	17,9 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	19,7 %	21,6 %	27,0 %	25,0 %	53,3 %	53,4 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	32,1 %	41,4 %	10,9 %	3,0 %	57,1 %	55,6 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	43,5 %	23,1 %	15,5 %	28,4 %	41,0 %	48,5 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	11,7 %	62,4 %	35,0 %	9,6 %	53,3 %	28,0 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	60,5 %	54,7 %	16,6 %	12,7 %	22,9 %	32,7 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	25,7 %	66,7 %	40,0 %	16,7 %	34,3 %	16,7 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	98,4 %	62,9 %	0,0 %	35,5 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	85,7 %	82,2 %	6,3 %	6,8 %	7,9 %	11,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	58,6 %	77,1 %	19,0 %	5,7 %	22,4 %	17,1 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>44,6 %</b>	<b>49,7 %</b>	<b>18,1 %</b>	<b>14,9 %</b>	<b>37,2 %</b>	<b>35,4 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A18 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur couverture temporelle le soir et la fin de semaine, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevée		Moyenne		Aucune	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	0,0 %	0,0 %	35,3 %	21,1 %	64,7 %	78,9 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	56,5 %	35,7 %	26,1 %	60,7 %	17,4 %	3,6 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	21,3 %	22,6 %	71,3 %	57,4 %	7,4 %	20,0 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	16,8 %	26,8 %	73,5 %	48,5 %	9,7 %	24,7 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	29,0 %	17,3 %	56,0 %	53,0 %	15,0 %	29,8 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	17,6 %	52,8 %	58,8 %	26,4 %	23,5 %	20,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	61,1 %	47,7 %	26,8 %	37,7 %	12,1 %	14,6 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	5,7 %	6,7 %	51,4 %	60,0 %	42,9 %	33,3 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	37,1 %	12,7 %	46,8 %	65,1 %	16,1 %	22,2 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	40,6 %	72,2 %	53,1 %	15,3 %	6,2 %	12,5 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	28,8 %	38,0 %	67,8 %	52,1 %	3,4 %	9,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>30,6 %</b>	<b>33,2 %</b>	<b>55,0 %</b>	<b>45,5 %</b>	<b>14,4 %</b>	<b>21,3 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A19 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur disponibilité dans des situations urgentes pour leurs patients réguliers, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevée		Moyenne		Aucune disponibilité	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	50,0 %	47,4 %	50,0 %	52,6 %	0,0 %	0,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	51,1 %	5,4 %	48,9 %	94,6 %	0,0 %	0,0 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	4,1 %	0,9 %	95,1 %	82,6 %	0,8 %	16,5 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	0,0 %	5,1 %	100,0 %	78,8 %	0,0 %	16,2 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	0,5 %	0,0 %	99,5 %	89,3 %	0,0 %	10,7 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	4,2 %	13,6 %	93,3 %	82,4 %	2,5 %	4,0 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	2,5 %	10,7 %	92,4 %	82,0 %	5,1 %	7,3 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	3,3 %	100,0 %	96,7 %	0,0 %	0,0 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	1,6 %	9,5 %	98,4 %	90,5 %	0,0 %	0,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	42,2 %	40,3 %	57,8 %	58,3 %	0,0 %	1,4 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	0,0 %	0,0 %	100,0 %	95,7 %	0,0 %	4,3 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>7,0 %</b>	<b>8,6 %</b>	<b>91,8 %</b>	<b>83,0 %</b>	<b>1,1 %</b>	<b>8,3 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A20 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur participation à un réseau d'accessibilité médicale, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Participe à un réseau d'accessibilité médicale		Ne participe pas à un réseau d'accessibilité médicale	
	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	5,9 %	0,0 %	94,1 %	100,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	67,4 %	62,5 %	32,6 %	37,5 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	27,7 %	23,4 %	72,3 %	76,6 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	3,5 %	10,1 %	96,5 %	89,9 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	15,0 %	60,8 %	85,0 %	39,2 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	13,4 %	29,3 %	86,6 %	70,7 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	32,8 %	52,4 %	67,2 %	47,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	35,9 %	75,3 %	64,1 %	24,7 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	49,2 %	62,0 %	50,8 %	38,0 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>18,9 %</b>	<b>32,8 %</b>	<b>81,1 %</b>	<b>67,2 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A21 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le mode de consultation qui y est prédominant, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Mixte		Plus de rendez-vous		Plus de sans rendez-vous	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	25,0 %	21,1 %	75,0 %	78,9 %	0,0 %	0,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	0,0 %	57,1 %	93,6 %	42,9 %	6,4 %	0,0 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	10,6 %	13,8 %	72,4 %	61,2 %	17,1 %	25,0 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	13,0 %	21,7 %	50,3 %	46,0 %	36,8 %	32,3 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	32,0 %	20,2 %	50,5 %	70,8 %	17,5 %	8,9 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	25,0 %	45,2 %	65,0 %	46,0 %	10,0 %	8,9 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	9,6 %	53,6 %	52,2 %	40,4 %	38,2 %	6,0 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	6,5 %	71,4 %	77,4 %	28,6 %	16,1 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	21,0 %	22,6 %	59,7 %	69,4 %	19,4 %	8,1 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	37,5 %	69,9 %	62,5 %	30,1 %	0,0 %	0,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	45,8 %	39,4 %	42,4 %	53,5 %	11,9 %	7,0 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>20,0 %</b>	<b>33,8 %</b>	<b>58,6 %</b>	<b>52,9 %</b>	<b>21,3 %</b>	<b>13,4 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A22 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le temps qu'elles réservent aux consultations, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Long		Moyen		Court	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	5,9 %	90,0 %	82,4 %	0,0 %	11,8 %	10,0 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	23,9 %	40,0 %	28,3 %	58,2 %	47,8 %	1,8 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	22,8 %	44,0 %	36,6 %	30,2 %	40,7 %	25,9 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	14,7 %	30,5 %	52,7 %	27,4 %	32,6 %	42,1 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	32,5 %	26,2 %	27,5 %	35,1 %	40,0 %	38,7 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	35,8 %	39,2 %	37,5 %	28,0 %	26,7 %	32,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	14,6 %	26,0 %	34,2 %	24,0 %	51,3 %	50,0 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	32,4 %	3,2 %	2,9 %	16,1 %	64,7 %	80,6 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	31,7 %	71,0 %	43,3 %	8,1 %	25,0 %	21,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	0,0 %	24,7 %	39,1 %	60,3 %	60,9 %	15,1 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	67,2 %	62,9 %	6,9 %	11,4 %	25,9 %	25,7 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>25,1 %</b>	<b>36,6 %</b>	<b>35,6 %</b>	<b>29,3 %</b>	<b>39,3 %</b>	<b>34,1 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A23 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon l'étendue de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs qui y est disponible, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de C <sup>SSS</sup> (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Grande		Moyenne		Faible ou aucun de ces services	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	0,0 %	47,4 %	100,0 %	42,1 %	0,0 %	10,5 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	14,9 %	53,6 %	83,0 %	46,4 %	2,1 %	0,0 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	23,6 %	35,7 %	74,0 %	63,5 %	2,4 %	0,9 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	50,3 %	39,9 %	48,1 %	57,1 %	1,6 %	3,0 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	37,8 %	29,2 %	59,7 %	67,9 %	2,5 %	3,0 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	15,1 %	27,4 %	82,4 %	71,8 %	2,5 %	0,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	34,0 %	38,0 %	64,7 %	61,3 %	1,3 %	0,7 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	0,0 %	0,0 %	52,9 %	71,0 %	47,1 %	29,0 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	50,0 %	60,3 %	50,0 %	39,7 %	0,0 %	0,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	14,1 %	20,5 %	81,2 %	78,1 %	4,7 %	1,4 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	53,4 %	46,5 %	46,6 %	50,7 %	0,0 %	2,8 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>32,5 %</b>	<b>36,0 %</b>	<b>64,1 %</b>	<b>61,3 %</b>	<b>3,4 %</b>	<b>2,6 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A24 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon qu'elles offrent des services de prise en charge systématique ou non pour les personnes atteintes de maladies chroniques, par territoire de CSSS, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Offre des services de prise en charge systématique		N'offre pas de services de prise en charge systématique	
	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	100,0 %	89,5 %	0,0 %	10,5 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	89,4 %	100,0 %	10,6 %	0,0 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	88,6 %	80,2 %	11,4 %	19,8 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	85,9 %	89,8 %	14,1 %	10,2 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	89,0 %	78,6 %	11,0 %	21,4 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	94,1 %	89,6 %	5,9 %	10,4 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	98,1 %	93,3 %	1,9 %	6,7 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	94,1 %	100,0 %	5,9 %	0,0 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	91,7 %	100,0 %	8,3 %	0,0 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	100,0 %	98,6 %	0,0 %	1,4 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	100,0 %	90,1 %	0,0 %	9,9 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>92,1 %</b>	<b>89,5 %</b>	<b>7,9 %</b>	<b>10,5 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.



**Tableau A25 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage des activités cliniques entre les médecins omnipraticiens, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevé		Moyen		Aucun partage	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	76,5 %	73,7 %	0,0 %	10,5 %	23,5 %	15,8 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	84,8 %	51,8 %	0,0 %	41,1 %	15,2 %	7,1 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	71,5 %	52,2 %	19,5 %	33,0 %	8,9 %	14,8 %
Champlain–Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	83,2 %	63,5 %	6,5 %	27,9 %	10,3 %	8,6 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	71,4 %	53,0 %	16,6 %	33,9 %	12,1 %	13,1 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	74,2 %	50,4 %	11,7 %	36,8 %	14,2 %	12,8 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	79,5 %	70,0 %	14,7 %	20,7 %	5,8 %	9,3 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	73,5 %	51,6 %	17,6 %	25,8 %	8,8 %	22,6 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	98,4 %	98,4 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	1,6 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	89,1 %	76,7 %	0,0 %	12,3 %	10,9 %	11,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	96,6 %	70,0 %	0,0 %	24,3 %	3,4 %	5,7 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>79,7 %</b>	<b>62,6 %</b>	<b>10,5 %</b>	<b>26,8 %</b>	<b>9,8 %</b>	<b>10,6 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A26 Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence, par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Élevé		Moyen		Aucune de ces activités	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	25,0 %	47,4 %	50,0 %	36,8 %	25,0 %	15,8 %
du Suroît (n = 10) (n = 9)	36,2 %	14,5 %	48,9 %	74,5 %	14,9 %	10,9 %
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	34,1 %	16,5 %	51,2 %	56,5 %	14,6 %	27,0 %
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	28,1 %	14,6 %	56,8 %	72,7 %	15,1 %	12,6 %
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	31,0 %	13,1 %	52,0 %	67,3 %	17,0 %	19,6 %
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	14,0 %	55,6 %	62,0 %	27,0 %	24,0 %	17,5 %
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	39,5 %	26,7 %	46,5 %	62,7 %	14,0 %	10,7 %
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	20,6 %	13,3 %	70,6 %	56,7 %	8,8 %	30,0 %
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	8,2 %	43,8 %	90,2 %	39,1 %	1,6 %	17,2 %
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	0,0 %	16,4 %	89,1 %	72,6 %	10,9 %	11,0 %
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	31,0 %	50,7 %	65,5 %	31,0 %	3,4 %	18,3 %
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>26,8 %</b>	<b>25,9 %</b>	<b>58,6 %</b>	<b>57,5 %</b>	<b>14,5 %</b>	<b>16,6 %</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

**Tableau A27 Score moyen de conformité à l'idéal-type (sur 100) des cliniques médicales de première ligne, par dimension et par territoire de CSSS, Montérégie, 2005 et 2010**

Territoire de CSSS (n <sup>2005</sup> ) (n <sup>2010</sup> )	Vision		Ressources		Structure		Pratiques		Score de conformité global	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
du Haut-St-Laurent (n = 5) (n = 5)	85,9	82,8	69,4	65,3	53,7	51,2	54,3	60,2	63,1	63,0
du Suroît (n = 10) (n = 9)	75,1	67,9	71,0	72,9	75,3	65,1	65,4	70,0	70,7	69,3
Jardins-Roussillon (n = 27) (n = 26)	70,7	72,9	60,1	59,7	41,3	35,8	54,1	50,8	55,3	53,1
Champlain-Charles-Le Moyne (n = 38) (n = 36)	63,2	68,4	59,7	61,1	40,0	39,1	57,0	54,9	54,8	55,0
Pierre-Boucher (n = 44) (n = 39)	69,5	71,3	58,8	61,7	38,1	36,0	56,4	50,7	54,9	53,4
Haut-Richelieu-Rouville (n = 28) (n = 29)	64,8	65,3	52,3	65,6	36,0	57,5	55,6	66,0	51,6	63,8
Richelieu-Yamaska (n = 31) (n = 33)	67,7	65,0	57,7	65,9	39,7	52,1	57,5	62,2	55,0	61,3
Pierre-De Saurel (n = 8) (n = 9)	68,2	53,6	54,7	56,2	37,4	58,9	45,2	43,0	49,5	51,9
La Pommeraie (n = 10) (n = 10)	79,6	77,8	73,3	70,8	76,3	84,0	62,9	69,5	71,4	74,5
de la Haute-Yamaska (n = 12) (n = 13)	76,4	77,3	75,2	77,6	79,2	81,2	61,2	72,9	71,5	76,8
de Vaudreuil-Soulanges (n = 12) (n = 12)	82,8	66,4	74,8	67,6	65,7	71,1	70,7	68,8	72,5	68,7
<b>Montérégie (n = 225) (n = 221)</b>	<b>69,9</b>	<b>69,3</b>	<b>61,5</b>	<b>64,9</b>	<b>46,8</b>	<b>52,0</b>	<b>57,8</b>	<b>59,7</b>	<b>58,1</b>	<b>60,8</b>

\* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

