

**L'accessibilité et la continuité des services de santé :
Une étude sur la première ligne au Québec**

L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Portrait des services médicaux de première ligne
à Montréal et en Montérégie

Décembre 2007

Institut national de santé publique du Québec
Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne

**L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ
DE PREMIÈRE LIGNE**
**PORTRAIT DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE
À MONTRÉAL ET EN MONTÉRÉGIE**

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ

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

DIRECTION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
ET
CENTRE DE RECHERCHE DE L'HÔPITAL CHARLES LEMOYNE

DÉCEMBRE 2007



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

AUTEURS

Marjolaine Hamel^{1,2}
Raynald Pineault^{1,2,3}
Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}
Danièle Roberge^{4,5}
Audrey Lozier-Sergerie¹
Alexandre Prud'homme⁴
Brigitte Simard^{1,2}

Édition et mise en page

Mireille Paradis¹

Cartographie

Emanuelle Huberdeau¹

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

² Institut national de santé publique du Québec

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

⁴ Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine

⁵ Université de Sherbrooke

Collaborateurs

Les auteurs remercient toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de l'enquête organisationnelle et à l'analyse des résultats. Plus particulièrement, leurs remerciements s'adressent à Liliane Foisy pour son importante contribution à la collecte des données organisationnelles et à Odette Lemoine pour sa participation à la révision du document.

Organismes subventionnaires

Le projet de recherche duquel proviennent les données présentées dans ce rapport bénéficie d'une subvention de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Il bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne (GRÉAS 1) et du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU).

Ce projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Hôpital Charles LeMoine.

Ce document est disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html), de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/) et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine (www.hclm.qc.ca/fr/centrerecherche/index.jsp?id=257&idcat=848)

Ce document est imprimé sur du papier entièrement recyclé contenant 30 % de fibres postconsommation et produit sans chlore élémentaire.

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 et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine qui détiennent les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca. Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2007

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-51766-5 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-51767-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2007)

Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine (2007)

AVANT-PROPOS

Ce rapport descriptif sur l'organisation des services de santé de première ligne s'inscrit dans une série de publications se rapportant aux résultats du projet de recherche « *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* » (Pineault, Levesque et al., 2004). Il porte sur les services médicaux de première ligne offerts dans deux régions du Québec, Montréal et la Montérégie. Les données présentées proviennent d'une vaste enquête menée en 2005 auprès de l'ensemble des cabinets et cliniques médicales de première ligne des régions étudiées. L'état de situation présenté s'adresse tout particulièrement aux décideurs montréalais et montérégiens des milieux cliniques et administratifs ainsi qu'aux groupes de recherche, cliniciens et toutes personnes s'intéressant à l'organisation des services de santé de première ligne.

L'étude « *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* » est conduite par des chercheurs de l'équipe « Santé des populations et services de santé » (ESPSS) et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine. L'ESPSS est une équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). De nombreux autres chercheurs québécois ont collaboré à la réalisation de l'étude.

RÉSUMÉ

Ce rapport descriptif sur l'organisation des services de santé de première ligne s'inscrit dans une série de publications se rapportant aux résultats du projet de recherche « *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* » (Pineault, Levesque et al., 2004). Il porte sur les services médicaux de première ligne offerts dans deux régions du Québec, Montréal et la Montérégie. Les données présentées proviennent d'une vaste enquête menée en 2005 auprès de l'ensemble des cabinets et cliniques médicales de première ligne des régions étudiées. L'état de situation présenté s'adresse tout particulièrement aux décideurs montréalais et montréalais des milieux cliniques et administratifs ainsi qu'aux groupes de recherche, cliniciens et toutes personnes s'intéressant à l'organisation des services de santé de première ligne. Les données présentées dans ce rapport constituent des informations fort utiles, considérant la conjoncture actuelle qui impose d'importantes transformations au système de santé québécois.

Les résultats révèlent qu'à Montréal et en Montérégie 85 % des utilisateurs des services de santé identifient les cliniques médicales de première ligne, incluant les CLSC, comme leur source habituelle de soins de première ligne. Généralement, ces organisations adoptent une vision qui s'appuie sur la logique de la « médecine familiale », les priorités allant aux services et au suivi des clientèles régulières plutôt qu'à l'accessibilité. De plus, ce sont les clientèles régulières plutôt que les populations de territoires qui sont visées par une majorité de cliniques. Un écart est cependant noté entre la vision prédominante qui met l'accent sur la continuité des services aux clientèles et les pratiques organisationnelles. En effet, les mécanismes mis en place apparaissent souvent insuffisants pour assurer des services globaux et disponibles en tout temps. On pense notamment aux services de garde qui sont restreints et à la gamme des services offerts qui n'est pas toujours très étendue. Du côté des structures et des ressources, les résultats obtenus mettent en lumière certaines lacunes à l'échelle du réseau de première ligne comme par exemple, le travail en interdisciplinarité avec les ressources infirmières et la pauvreté des technologies d'information.

Une lecture transversale des résultats révèle des contrastes notables entre les deux régions administratives et entre les territoires de CSSS. Dans la région de Montréal, on observe un plus grand nombre de petites cliniques et d'organisations « solo »; une présence moins importante d'infirmières en première ligne; plus de cliniques qui accordent leur priorité à l'accessibilité des services plutôt qu'à la continuité; plus de cliniques offrant des systèmes de garde en dehors des heures d'ouverture; et moins de cliniques offrant une gamme étendue de services. En Montérégie, on observe des tendances inverses pour ces indicateurs. Ces résultats sont en partie le reflet de la situation de quelques territoires qui, pour bon nombre d'indicateurs, obtiennent des résultats nettement différents de l'ensemble. C'est tout particulièrement le cas des territoires de La Pommeraie, Haute-Yamaska, Suroît et Haut-Saint-Laurent et, dans une moindre mesure, Vaudreuil-Soulanges. Ces territoires se caractérisent par la prédominance d'une vision populationnelle de la responsabilité des cliniques, la présence plus importante d'infirmières jouant leur rôle novateur, davantage de groupes de médecins intégrés dans des structures formelles, et des indications d'une plus grande intégration systémique pour plusieurs cliniques.

Enfin, soulignons qu'à Montréal, une partie notable de la population identifie leur source habituelle de soins de première ligne sur d'autres territoires de CSSS que celui de leur résidence. Dans de tels contextes, l'organisation des services de première ligne requiert une bonne compréhension des

mouvements des clientèles entre les territoires. L'autonomie territoriale, eu égard à l'organisation des services de première ligne, s'en trouve complexifiée. En Montérégie, l'affiliation de la population des territoires aux ressources médicales de première ligne situées dans les mêmes territoires créent des conditions plus favorables à l'approche populationnelle qui module l'organisation des ressources selon les besoins de la population et à une plus grande autonomie territoriale.

Partant de ces résultats descriptifs, la poursuite de nos travaux s'actualise notamment dans l'étude des différents modèles d'organisation des services médicaux de première ligne, des liens qu'ils entretiennent avec leur environnement et des relations entre ces modèles et l'expérience de soins de première ligne de la population.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	I
RÉSUMÉ.....	III
INTRODUCTION.....	1
1 ASPECTS CONCEPTUELS ET MÉTHODOLOGIQUES.....	3
1.1 Bases conceptuelles et définitions.....	3
1.2 L'enquête organisationnelle	4
1.3 Analyse des résultats	7
2 PORTRAITS RÉGIONAUX DES RESSOURCES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE	9
2.1 La disponibilité des ressources médicales	9
2.1.1 Médecins omnipraticiens de première ligne	9
2.1.2 Cliniques médicales de première ligne	11
2.2 La vision des organisations.....	12
2.3 Les ressources humaines et technologiques	14
2.3.1 Ressources professionnelles.....	14
2.3.2 Ressources spécialisées et techniques.....	17
2.3.3 Technologies de l'information	18
2.4 Les structures organisationnelles.....	19
2.4.1 Organisations « solo » et « groupe ».....	19
2.4.2 Caractéristiques des groupes de médecins	20
2.4.3 Liaisons inter organisationnelles.....	21
2.5 Les pratiques organisationnelles.....	23
2.5.1 Disponibilité des services	23
2.5.2 Mode et lieu de prestation.....	24
2.5.3 Services offerts.....	25
2.5.4 Réseaux de référence	26
3 LES SOURCES HABITUELLES DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DE LA POPULATION.....	29
3.1 Types de ressources.....	29
3.2 Affiliation de la population aux ressources de première ligne	30
3.3 Provenance des utilisateurs des ressources de première ligne	32
3.4 Organisation des services de première ligne et autonomie territoriale	33
4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	35
CONCLUSION.....	37
RÉFÉRENCES.....	39
ANNEXE A : TAUX DE RÉPONSE À L'ENQUÊTE ORGANISATIONNELLE.....	41
ANNEXE B : PORTRAIT DES RESSOURCES MÉDICALES ET CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISATIONS DE SERVICES.....	47
ANNEXE C : ORGANISATIONS DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET SOURCES HABITUELLES DE SOINS.....	71
ANNEXE D : LISTE ET DÉFINITIONS DES VARIABLES	99
ANNEXE E : QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Bases conceptuelles	3
Tableau 2 : Organisations de première ligne enquêtées dans les régions de Montréal et de la Montérégie.....	4

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Période de référence des 3 volets de l'étude relativement aux transformations du réseau des services de santé.....	2
Figure 2 :	Taux de réponse – Montréal.....	5
Figure 3 :	Taux de réponse – Montérégie.....	6
Figure 4 :	Taux de réponse selon la taille des organisations (nombre de médecins de la clinique).....	6
Figure 5 :	Nombre d'omnipraticiens ETP/100 000 habitants.....	10
Figure 6 :	Nombre de cliniques médicales de première ligne – Montréal.....	11
Figure 7 :	Nombre de cliniques médicales de première ligne - Montérégie.....	11
Figure 8 :	Proportion des cliniques médicales de première ligne selon les personnes visées à Montréal et en Montérégie.....	12
Figure 9 :	Proportion des cliniques médicales de première ligne selon les priorités organisationnelles à Montréal et en Montérégie.....	13
Figure 10 :	Proportion des cliniques médicales de première ligne qui accordent de l'importance au travail d'équipe à Montréal et en Montérégie.....	13
Figure 11 :	Proportion des cliniques médicales selon la taille à Montréal et en Montérégie*.....	14
Figure 12 :	Proportion des cliniques médicales selon certains attributs des médecins à Montréal et en Montérégie.....	15
Figure 13 :	Proportion de cliniques médicales selon la présence d'infirmière(s) par territoire de CSSS-Montréal.....	16
Figure 14 :	Proportion de cliniques médicales selon la présence d'infirmière(s) par territoire de CSSS-Montérégie.....	16
Figure 15 :	Proportion de cliniques médicales selon le rôle des infirmières à Montréal et en Montérégie.....	17
Figure 16 :	Proportion des cliniques médicales disposant de technologies de l'information (≥ 3 items) par territoire de CSSS-Montréal.....	18
Figure 17 :	Proportion des cliniques médicales disposant de technologies de l'information (≥ 3 items) par territoire de CSSS-Montérégie.....	19
Figure 18 :	Proportion des organisations « solo » et « groupe » par territoire de CSSS-Montréal.....	19
Figure 19 :	Proportion des organisations « solo » et « groupe » par territoire de CSSS-Montérégie.....	20
Figure 20 :	Proportion des cliniques médicales « groupe » selon les caractéristiques des groupes de médecins à Montréal et en Montérégie.....	21
Figure 21 :	Proportion de cliniques médicales selon les liaisons inter-organisationnelles Montréal – Montérégie.....	22
Figure 22 :	Proportion des cliniques médicales selon la disponibilité des services à Montréal et en Montérégie.....	23
Figure 23 :	Mode de prestation des services de première ligne à Montréal et en Montérégie.....	24
Figure 24 :	Proportion de cliniques médicales selon l'étendue de la gamme de services offerts à Montréal et en Montérégie.....	25
Figure 25 :	Proportion de cliniques médicales selon les services de prise en charge de maladies chroniques à Montréal et en Montérégie.....	26

Figure 26 :	Proportion des cliniques médicales selon les endroits de référence/radiologie et prélèvements à Montréal et en Montérégie.....	26
Figure 27 :	Proportion des cliniques médicales selon les endroits de référence/médecins spécialistes à Montréal et en Montérégie.....	27
Figure 28 :	Proportion de la population selon leur source habituelle de soins.....	29
Figure 29 :	Proportion des utilisateurs selon le type de clinique médicale de première ligne.....	30
Figure 30 :	Indices de dépendance de la population – Montréal.....	31
Figure 31 :	Indices de dépendance de la population – Montérégie.....	31
Figure 32 :	Indices de dépendance des ressources – Montréal.....	32
Figure 33 :	Indices de dépendance des ressources – Montérégie.....	33
Figure 34 :	Dépendance de la population et des ressources médicales de première ligne selon les territoires de CSSS.....	34

LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE

Tableau A1 :	Taux de réponse/CSSS Montréal.....	44
Tableau A2 :	Taux de réponse selon la taille des organisations/CSSS Montréal.....	44
Tableau A3 :	Taux de réponse/CSSS Montérégie.....	45
Tableau A4 :	Taux de réponse selon la taille des organisations/CSSS Montérégie.....	45
Tableau B1 :	Ressources médicales de première ligne/CSSS Montréal.....	50
Tableau B2 :	Ressources médicales de première ligne/CSSS Montérégie.....	51
Tableau B3 :	Vision : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	52
Tableau B4 :	Vision : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	53
Tableau B5 :	Ressources professionnelles (1) : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	54
Tableau B6 :	Ressources professionnelles (1) : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	55
Tableau B7 :	Ressources professionnelles (2) : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	56
Tableau B8 :	Ressources professionnelles (2) : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	57
Tableau B9 :	Ressources spécialisées – Technologies d'information : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	58
Tableau B10 :	Ressources spécialisées – Technologies d'information : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	59
Tableau B11 :	Structure organisationnelle – Solo et Groupe : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	60
Tableau B12 :	Structure organisationnelle – Caractéristiques des groupes de médecins* : Proportion des organisations « en groupe » par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	60
Tableau B13 :	Structure organisationnelle – Solo et Groupe : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	61
Tableau B14 :	Structure organisationnelle – Caractéristiques des groupes de médecins* : Proportion des organisations « en groupe » par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	61
Tableau B15 :	Structure organisationnelle – Liaisons inter-organisationnelles : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	62
Tableau B16 :	Structure organisationnelle – Liaisons inter-organisationnelles : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	63
Tableau B17 :	Pratique organisationnelle – Disponibilité des services : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble /Montréal.....	64
Tableau B18 :	Pratique organisationnelle – Disponibilité des services : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble /Montérégie.....	65
Tableau B19 :	Pratique organisationnelle – Services offerts : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	66

Tableau B20 :	Pratique organisationnelle – Services offerts : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	67
Tableau B21 :	Pratique organisationnelle – Références : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal.....	68
Tableau B22 :	Pratique organisationnelle – Références : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie.....	69
Tableau C1 :	Les sources habituelles de soins de première ligne/CSSS Montréal.....	74
Tableau C2 :	Les sources habituelles de soins de première ligne/CSSS Montérégie.....	75

LISTE DES FIGURES EN ANNEXE

Figure C1 :	Affiliation des résidents du territoire de Lucille-Teasdale.....	76
Figure C2 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Lucille-Teasdale.....	76
Figure C3 :	Affiliation des résidents du territoire de La Montagne.....	77
Figure C4 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de La Montagne.....	77
Figure C5 :	Affiliation des résidents du territoire de Jeanne-Mance.....	78
Figure C6 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Jeanne-Mance.....	78
Figure C8 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Cœur-de-l'Île.....	79
Figure C9 :	Affiliation des résidents du territoire de Dorval-Lachine-LaSalle.....	80
Figure C10 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Dorval-Lachine-LaSalle.....	80
Figure C11 :	Affiliation des résidents du territoire du Sud-Ouest-Verdun.....	81
Figure C12 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Sud-Ouest-Verdun.....	81
Figure C13 :	Affiliation des résidents du territoire de la Pointe-de-l'Île.....	82
Figure C14 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de la Pointe-de-l'Île.....	82
Figure C15 :	Affiliation des résidents du territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel.....	83
Figure C16 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel.....	83
Figure C17 :	Affiliation des résidents du territoire de Cavendish.....	84
Figure C18 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Cavendish.....	84
Figure C19 :	Affiliation des résidents du territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.....	85
Figure C20 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.....	85
Figure C21 :	Affiliation des résidents du territoire d'Ahuntsic et Montréal-Nord.....	86
Figure C22 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire d'Ahuntsic et Montréal-Nord.....	86

Figure C23 :	Affiliation des résidents du territoire de l'Ouest-de-l'Île	87
Figure C24 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île.....	87
Figure C25 :	Affiliation des résidents du territoire de Jardins-Roussillon	88
Figure C26 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Jardins-Roussillon.....	88
Figure C27 :	Affiliation des résidents du territoire de Champlain.....	89
Figure C28 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Champlain.....	89
Figure C29 :	Affiliation des résidents du territoire de Pierre-Boucher.....	90
Figure C30 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Pierre-Boucher	90
Figure C31 :	Affiliation des résidents du territoire du Haut-Richelieu-Rouville.....	91
Figure C32 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Haut-Richelieu-Rouville.....	91
Figure C34 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Richelieu-Yamaska	92
Figure C36 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Sorel-Tracy	93
Figure C37 :	Affiliation des résidents du territoire de Vaudreuil-Soulanges	94
Figure C38 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges.....	94
Figure C39 :	Affiliation des résidents du territoire du Haut-Saint-Laurent	95
Figure C40 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Haut-Saint-Laurent	95
Figure C41 :	Affiliation des résidents du territoire du Suroît	96
Figure C42 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Suroît	96
Figure C43 :	Affiliation des résidents du territoire de La Pommeraie.....	97
Figure C44 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de La Pommeraie	97
Figure C45 :	Affiliation des résidents du territoire de la Haute-Yamaska.....	98
Figure C46 :	Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de la Haute-Yamaska.....	98

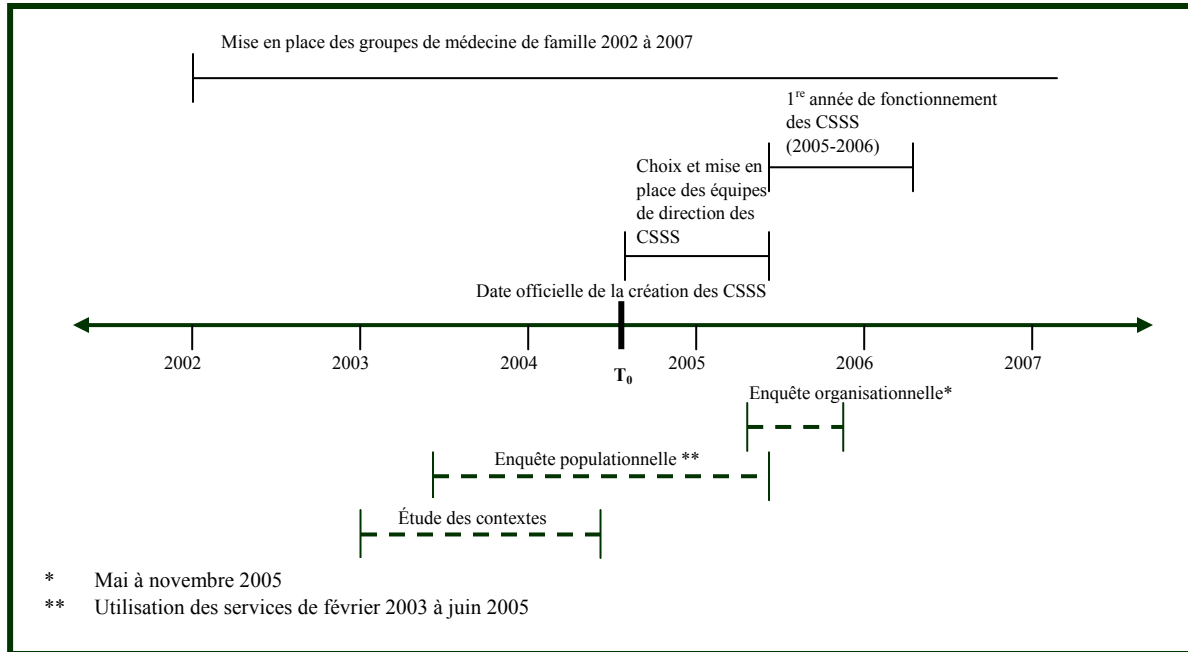
INTRODUCTION

Ce rapport descriptif s'inscrit dans les travaux de recherche du projet « *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* » (Pineault, Levesque et al., 2004). Cette étude, réalisée dans deux régions sociosanitaires du Québec, Montréal et la Montérégie, porte sur les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne et leur influence sur l'accessibilité et l'utilisation des services de santé par la population ainsi que sur l'expérience de soins des utilisateurs des services. Le principal but de l'étude est d'identifier les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne les mieux adaptés et les plus prometteurs pour répondre aux besoins et aux attentes de la population. Cette recherche comporte trois volets :

- 1) une enquête menée auprès de la population qui vise à mesurer l'utilisation des services de santé des personnes ainsi que leur perception de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats des services reçus (Levesque, Pineault et al., 2007);
- 2) une enquête menée auprès des cliniques médicales de première ligne qui vise à dresser un portrait de l'organisation des services médicaux de première ligne, à caractériser cette organisation et à identifier les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne prévalant dans les régions étudiées (le présent rapport);
- 3) une analyse contextuelle qui vise à décrire les territoires de CSSS dans lesquels sont enchâssés les services de première ligne à l'étude (Roberge, Pineault, Hamel et al., 2007).

Le présent rapport porte sur *l'organisation des services de santé de première ligne*, le second volet de la recherche. Il décrit l'état de la situation quant à l'offre de services médicaux de première ligne sur les territoires étudiés. Cet exercice a pour but principal d'offrir aux décideurs des milieux cliniques et administratifs un ensemble de données probantes et inédites sur l'organisation des services médicaux de première ligne. Dans la conjoncture actuelle, alors que d'importantes transformations sont imposées au système de santé québécois, les données présentées constituent des informations fort utiles. De plus, comme montré à la figure 1, les collectes des données de cette étude ont été réalisées à un moment correspondant aux premières années d'implantation des Groupes de médecine de famille et au déploiement des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Elles précèdent l'implantation des premières Cliniques-réseau. Dans ce contexte, la période d'étude est considérée comme un temps « 0 » relativement à l'implantation des CSSS.

Figure 1 : Période référence des 3 volets de l'étude relativement aux transformations du réseau des services de santé



Les principaux objectifs du rapport sont de :

- 1) décrire les organisations de services de santé de première ligne prévalant dans les deux régions étudiées, Montréal et la Montérégie;
- 2) dresser les portraits régionaux et des territoires de CSSS des services médicaux de première ligne et identifier les variations.

Les aspects conceptuels et méthodologiques relatifs à ce volet de l'étude sont présentés dans la prochaine section. La représentativité des résultats de l'enquête organisationnelle y est discutée. Le chapitre suivant traite de la disponibilité et de la concentration des ressources médicales de première ligne sur les territoires de CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie ainsi que des types d'organisation qu'on y retrouve. Les milieux cliniques de première ligne sont caractérisés selon la vision des organisations, les ressources humaines et technologiques dont elles disposent, les structures organisationnelles et les pratiques organisationnelles. Au chapitre 3, les portraits régionaux et territoriaux sont complétés par une analyse des sources habituelles de soins de première ligne de la population et de la provenance des clientèles des cliniques de première ligne. Enfin, le dernier chapitre dresse les principaux faits saillants émergeant des résultats de l'enquête organisationnelle.

L'ensemble des données organisationnelles, qui sont le reflet de la situation prévalant en 2005, sont détaillées dans les annexes. Elles sont présentées sous forme de proportions d'organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble des territoires couverts par l'étude.

1 ASPECTS CONCEPTUELS ET MÉTHODOLOGIQUES

Plusieurs défis d'ordres théorique et méthodologique ont dû être relevés dans l'étude l'organisation des services de santé de première ligne. Ce chapitre présente d'abord les bases et les définitions conceptuelles sous-tendues dans l'enquête organisationnelle réalisée auprès des cabinets de médecins et des cliniques médicales de première ligne des deux régions étudiées. Les grandes étapes de la collecte des données, les stratégies utilisées, les taux de réponse obtenus, la représentativité et les limites des données sont également discutés. Un document présente les stratégies utilisées pour la collecte ainsi que l'évaluation de l'effort consenti pour obtenir la participation d'un grand nombre de répondants (Hamel, Pineault et al., 2007).

1.1 BASES CONCEPTUELLES ET DÉFINITIONS

Le cadre conceptuel adopté considère que la forme d'une organisation résulte d'une configuration particulière de caractéristiques distinctes et que le nombre de formes d'organisations différentes observables est relativement limité. Un modèle d'organisation est une configuration particulière de la vision des services de première ligne, des ressources dont elle dispose, de la structure organisationnelle qui régit le comportement des acteurs et des pratiques organisationnelles qui émergent (Lamarche, Beaulieu et al., 2003). Les caractéristiques organisationnelles étudiées s'articulent sous ces quatre grandes dimensions (tableau 1).

Tableau 1 : Bases conceptuelles

Dimensions conceptuelles / définitions		Sous dimensions
Vision	Croyances, valeurs et objectifs poursuivis par l'organisation	Responsabilité Finalité Valeurs organisationnelles
Ressources	Quantité et variété des ressources disponibles	Ressources humaines Ressources financières Technologies diagnostiques Technologies d'information
Structure organisationnelle	Lois, règlements et conventions	Gouverne Mode rémunération Liens inter professionnels Connectivité inter-organisationnelle
Pratiques	Procédés sous-tendus par la production des activités cliniques	1 ^{er} contact / accès Prestation Articulation des soins Qualité des services

La définition adoptée dans cette étude considère comme une « organisation » les entités organisationnelles comportant un ou plusieurs médecins omnipraticiens qui offrent des services médicaux généraux. Les bureaux privés qui comportent un seul médecin correspondent ainsi à des « organisations ». Les bureaux et les cliniques comprenant plus d'un médecin sont également

considérés comme des « organisations » distinctes si ces professionnels partagent un minimum de ressources administratives (locaux, secrétariat ou archives...), peu importe que leur pratique professionnelle soit intégrée ou non. Les points de services rattachés à un même CLSC mais situés en des lieux différents et constitués d'équipes médicales différentes sont considérés comme des organisations distinctes.

1.2 L'ENQUÊTE ORGANISATIONNELLE

La collecte de données

La collecte de données s'est échelonnée du 22 avril au 21 septembre 2005. Elle a été réalisée auprès de toutes les cliniques médicales privées et publiques offrant des services médicaux généraux de première ligne situées dans les régions de Montréal et de la Montérégie (tableau 2). Ont été exclues les cliniques dites « spécialisées » (services fournis par des médecins spécialistes ou des professionnels non médecins; services spécialisés pour des problèmes de santé très spécifiques comme la phlébologie, l'esthétique, le ronflement, etc.; services de médecine du travail). Au total, 665 organisations ont été recensées et retenues pour l'enquête, 440 à Montréal et 225 en Montérégie. Au moment de l'enquête, 41 cliniques médicales comportaient des médecins affiliés à des GMF¹ (sites principaux + sites affiliés) (tableaux B1 et B2; annexe B1).

Tableau 2 : Organisations de première ligne enquêtées dans les régions de Montréal et de la Montérégie

Organisations offrant des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie
Cabinets privés de médecins omnipraticiens
Cliniques et polycliniques médicales
Unités de médecine familiale
Cliniques médicales de première ligne des CLSC et des centres hospitaliers

Le recensement des organisations éligibles a exigé un effort tout particulier de la part de l'équipe de recherche qui a mis en commun un ensemble d'informations provenant de plusieurs sources différentes. Un répertoire des cliniques médicales de première ligne et des bureaux de médecins qui offrent des services médicaux de première ligne sur les territoires de Montréal et de la Montérégie est issu de cette démarche (Pineault, Foisy et al., 2006).

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données est présenté à l'annexe E (Pineault, Hamel et al., 2005). Le développement de ce questionnaire s'est inspiré de travaux préalablement menés sur les services de première ligne et sur le développement de taxonomies de modèles d'organisation de services de santé de première ligne (Lamarche, Beaulieu et al., 2003; Lamarche et Pineault, 2006; Haggerty, Pineault et al., 2004). Suivant les bases conceptuelles présentées au tableau 1, les questions portent sur la vision des organisations, les ressources en place, la structure organisationnelle et les pratiques organisationnelles.

¹ Cette étude ne porte pas spécifiquement sur la structure organisationnelle des GMF. Ces entités sont comprises dans les cliniques médicales de première ligne, lorsque des médecins affiliés à des GMF y pratiquent.

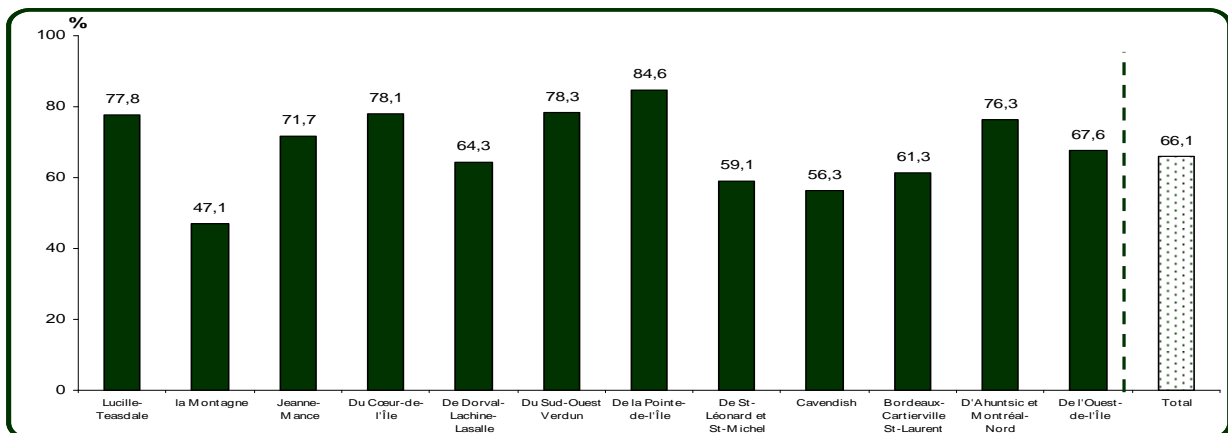
Un informateur-clé par organisation a été identifié pour répondre au questionnaire auto-administré. Cette personne devait être en mesure de donner un point de vue organisationnel de la clinique et de répondre pour l'ensemble des professionnels de la clinique. Il pouvait s'agir du médecin responsable de l'organisation ou de l'équipe médicale ou d'un médecin qui avait une bonne connaissance de l'organisation et pouvait représenter l'équipe soignante.

Le devis de cette étude imposait l'obtention de taux de réponse très élevés à l'enquête organisationnelle. Plusieurs stratégies détaillées dans le document méthodologique de l'enquête organisationnelle ont été utilisées pour encourager la participation des médecins à l'étude (Hamel, Pineault et al., 2007). L'effort consenti s'est particulièrement traduit en une gestion quotidienne du terrain et des relances auprès des médecins.

Les taux de réponse et la représentativité

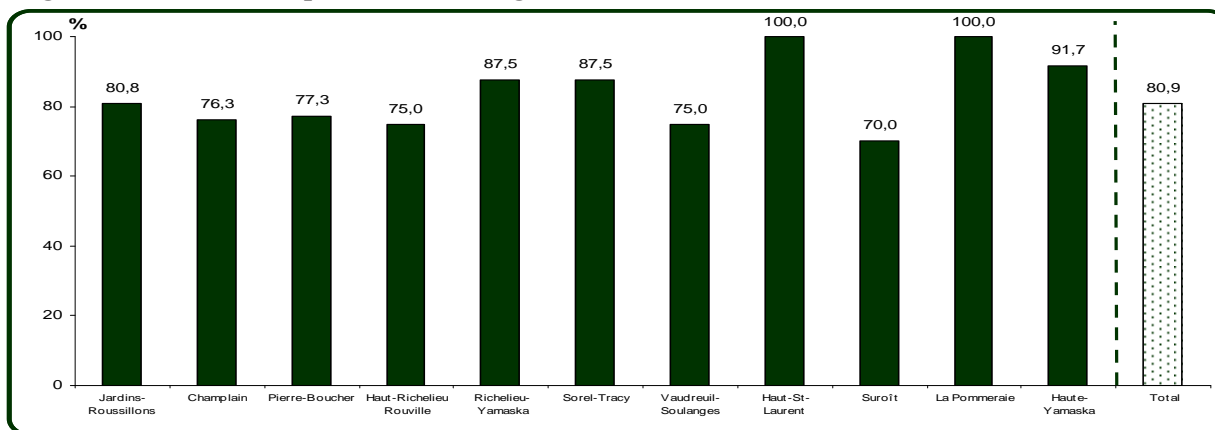
En totalité, 473 organisations ont participé à l'enquête organisationnelle pour un taux de réponse global de 71 %. À Montréal, les taux par territoire de CSSS varient de 47 % à 85 % (figure 2). En Montérégie, ils varient de 70 % à 100 % (figure 3). Il est important de noter que les taux de réponse les plus faibles se retrouvent dans les territoires comportant un nombre élevé d'organisations, comme c'est le cas pour le CSSS de La Montagne (n = 85; taux de réponse = 47 %). À l'opposé, les territoires les moins bien pourvus en organisations s'associent à des taux de réponse très élevés, comme le CSSS de La Pommeraie (n = 10; taux de réponse = 100 %) et le CSSS du Haut-Saint-Laurent (n = 5; taux de réponse = 100 %). Les informations relatives aux taux de réponse sont détaillées à l'annexe A (tableaux A1 et A3).

Figure 2 : Taux de réponse – Montréal



Les données de cette figure sont présentées au tableau A1 de l'annexe A.

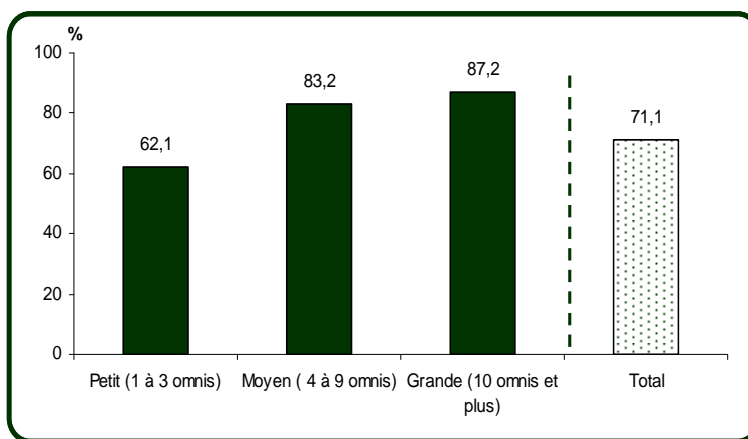
Figure 3 : Taux de réponse – Montérégie



Les données de cette figure sont présentées au tableau A3 de l'annexe A.

Par ailleurs, tel que montré à la figure 4, les taux de réponse augmentent suivant la taille des organisations. Les petites cliniques, comptant moins de quatre médecins, obtiennent ainsi les taux de réponse les plus faibles. Toutefois, le nombre élevé de petites cliniques (n = 398) leur assure une bonne représentation au sein des organisations participantes (tableaux A2 et A4; annexe A).

Figure 4 : Taux de réponse selon la taille des organisations (nombre de médecins de la clinique)



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux A2 et A4 de l'annexe A.

Enfin, précisons que les différents types d'organisation de première ligne sont bien représentés. Les taux de réponse sont de 69,6 % pour les cliniques privées, de 90,6% pour les cliniques en CLSC, de 90,9 % pour les UMF et de 90,2 % pour les cliniques qui comportent des médecins participant à des GMF (données non présentées).

La majorité des questions du questionnaire organisationnel ont été bien répondues, les taux de non-réponse étant inférieurs à 10 %. Les principales difficultés de mesure étaient reliées aux organisations « solo » pour lesquelles toutes les questions ne s'appliquaient pas.

1.3 ANALYSE DES RÉSULTATS

Les données issues de l'enquête organisationnelle ont fait l'objet d'une analyse descriptive qui met en lumière les caractéristiques organisationnelles des milieux cliniques. L'opérationnalisation des variables utilisées et les méthodes de calcul sont présentées à l'annexe D. Les résultats sont présentés sous forme de proportions d'organisations pour l'ensemble, par région administrative et par territoire de CSSS. Le nombre de cliniques médicales de première ligne varie grandement d'un territoire à l'autre. Sur bon nombre de territoires, on retrouve moins de 20 organisations. Pour cette raison, des tests statistiques servant à différencier les territoires entre eux n'ont pas été effectués sur ces données. Pour faciliter la lecture des données et exprimer les tendances, les valeurs extrêmes des distributions ont été identifiées dans l'annexe B, ces valeurs étant définies comme celles se retrouvant en dehors des intervalles correspondant aux valeurs globales (Montréal et Montérégie) $\pm 25\%$.

L'études contextes, le troisième volet de la recherche, a permis de regrouper les territoires de CSSS en quatre groupes distincts² (Roberge, Pineault et al., 2007). Ces regroupements mettent ensemble des territoires de CSSS qui se ressemblent, notamment d'un point de vue organisationnel. Pour cette raison et pour faciliter la lecture transversale des données descriptives, l'ordre de présentation des territoires de CSSS dans les tableaux et les annexes suit la logique de ces regroupements.

D'autre part, dans l'enquête menée auprès de la population, les participants ont identifié leur source habituelle de soins de première ligne (Levesque, Pineault et al., 2007). Ainsi, le jumelage des données provenant des enquêtes organisationnelle et populationnelle réalisées dans le cadre de l'étude « *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* » a permis de documenter la provenance des clientèles des cliniques de première ligne. Dans un premier temps, nous avons cherché à caractériser les régions et les territoires de CSSS selon la dépendance de la population aux ressources médicales de première ligne en calculant des indices de dépendance de la population à partir des données sur les sources habituelles de soins de première ligne des individus (IDP). Ces indices servent à apprécier dans quelle mesure la population d'un territoire identifie les ressources du territoire comme ses sources habituelles de soins de première ligne. Chacun des territoires a également été caractérisé selon la dépendance des ressources médicales de première ligne du territoire à la population de ce territoire, établissant ainsi les indices de dépendance des ressources (IDR). Ce second niveau permet d'estimer dans quelle mesure les ressources présentes sur un territoire sont considérées comme les sources habituelles de soins pour la population du territoire. Les méthodes de calcul utilisées sont présentées à l'annexe D.

² Groupe 1 : Haut-Saint-Laurent, Suroît, La Pommeraie, Haute-Yamaska;
 Groupe 2 : Jardins-Roussillon, Champlain, Pierre-Boucher, Haut-Richelieu-Rouville, Richelieu-Yamaska, Sorel-Tracy, Vaudreuil-Soulanges; Ouest-de-l'Île;
 Groupe 3 : Dorval-Lachine-LaSalle, Sud-Ouest-Verdun, Pointe-de-Île, Saint-Léonard-Saint-Michel, Cavendish, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Ahuntsic et Montréal-Nord;
 Groupe 4 : Lucille-Teasdale, La Montagne, Jeanne-Mance, Cœur-de-l'Île

2 PORTRAITS RÉGIONAUX DES RESSOURCES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE

Ce chapitre traite des ressources médicales de première ligne des régions de Montréal et de la Montérégie. Des données sur la disponibilité et la concentration des ressources sont présentées ainsi que sur les types de cliniques de première ligne selon les régions et selon les territoires de CSSS. Les caractéristiques organisationnelles des cliniques médicales de première ligne sont aussi présentées. Elles se regroupent sous quatre dimensions : la vision des organisations, les ressources humaines et technologiques dont elles disposent, les structures organisationnelles et les pratiques organisationnelles. Ces données sont le reflet de la situation prévalant sur chacun des territoires étudiés, sous réserve des organisations n'ayant pas participé à l'étude. Rappelons que 473 sur 665 organisations ont répondu au questionnaire de l'enquête organisationnelle, les taux de réponse variant entre les territoires de CSSS (tableaux A1 et A3; annexe A). Les résultats détaillés sont présentés à l'annexe B sous forme de proportions de cliniques par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble des territoires couverts par l'étude.

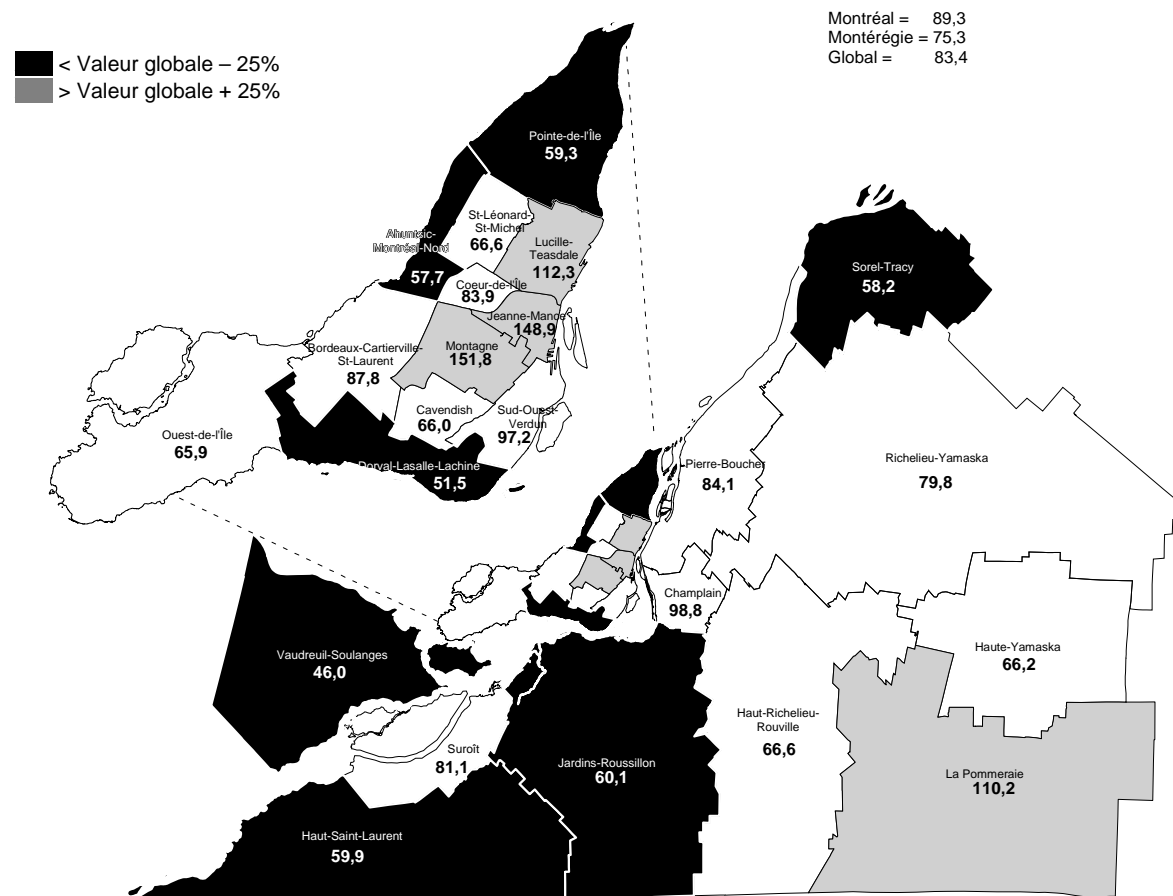
2.1 LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES MÉDICALES

2.1.1 Médecins omnipraticiens de première ligne

À partir de l'information sur le nombre d'heures travaillées par les médecins dans les cliniques médicales de première ligne et des données de recensement de la population (Institut de la statistique du Québec, 2005), nous avons estimé le nombre de médecins équivalent temps plein (médecins-ETP) par 100 000 habitants pour chacune des régions étudiées et des territoires de CSSS. Les taux obtenus concernent les omnipraticiens qui travaillent en première ligne dans le réseau des services de santé et des services sociaux, c'est-à-dire dans les cabinets et cliniques privés, les cliniques médicales des CLSC et les UMF. Les taux ont été ajustés pour tenir compte de l'ensemble des activités cliniques de ces médecins (tableaux B1 et B2; annexe B). La méthode calcul utilisée est détaillée à l'annexe D.

Les résultats obtenus montrent de grandes variations entre les territoires des CSSS des deux régions (figure 5). Globalement, la région de Montréal, avec un ratio de 89 médecins-ETP par 100 000 habitants, apparaît mieux nantie que la Montérégie qui obtient un ratio de 75 médecins-ETP par 100 000 habitants. Les territoires urbains Lucille-Teasdale, La Montagne et Jeanne-Mance se caractérisent par les plus fortes concentrations de ressources médicales de première ligne. L'interprétation de ces données doit cependant tenir compte du fait que ces ressources peuvent être utilisées par des personnes ne résidant pas sur le même territoire. Un territoire rural, le CSSS de la Pommeraiie, se classe parmi les territoires obtenant des ratios élevés. Trois territoires de la région de Montréal, Dorval-Lachine-LaSalle, Pointe-de-l'Île, et Ahuntsic et Montréal-Nord ainsi que quatre territoires de la Montérégie, Jardins-Roussillon, Sorel-Tracy, Haut-Saint-Laurent et Vaudreuil-Soulanges se distinguent par des taux nettement plus faibles, ceux-ci étant inférieurs à 60 médecins-ETP par 100 000 habitants.

Figure 5 : Nombre d'omnipraticiens ETP/100 000 habitants



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B1 et B2 de l'annexe B.

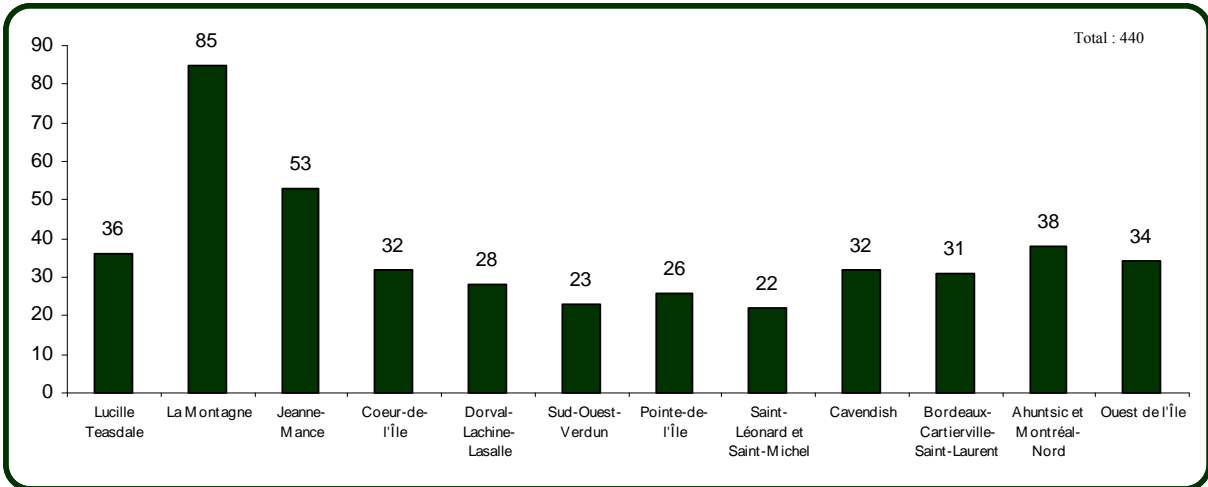
Précisons que les taux obtenus ne sont pas directement comparables à ceux présentés dans le « Portrait de santé du Québec et de ses régions » qui utilisent les données de l'année 2003 du Collège des médecins du Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2006). Les différences sont aussi attribuables au fait que de nombreux omnipraticiens inscrits au Collège des médecins ont des activités non cliniques et des activités qu'ils réalisent hors du réseau des services de santé et des services sociaux. Ces éléments n'ont pas été considérés dans nos mesures. De plus, les bases de calcul utilisées pour déterminer le nombre de médecins-ETP contribuent également aux différences (annexe D).

Quoiqu'il en soit, même en tenant compte des différences de mesure entre les taux obtenus dans cette étude et ceux présentés dans le « Portrait de santé du Québec et de ses régions », il demeure qu'une majorité de territoires de Montréal et de la Montérégie affichent des taux considérablement plus bas que les taux régionaux du Québec, le CSSS de Vaudreuil-Soulanges se classant loin derrière les territoires les plus démunis.

2.1.2 Cliniques médicales de première ligne

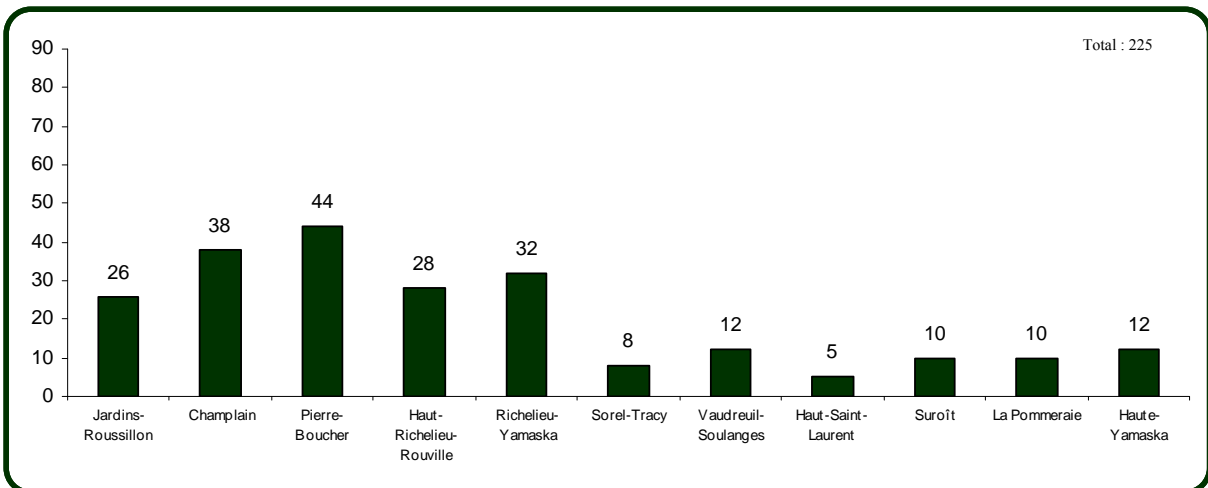
Au total, 665 cliniques médicales ont été recensées, dont 440 dans la région de Montréal et 225 en Montérégie. À ce chapitre, la variation entre les territoires est très grande, passant d'aussi peu que cinq points de services sur le territoire du Haut-Saint-Laurent à 85 sur le territoire de La Montagne.

Figure 6 : Nombre de cliniques médicales de première ligne – Montréal



Les données de cette figure sont présentées au tableau B1 de l'annexe B.

Figure 7 : Nombre de cliniques médicales de première ligne - Montérégie



Les données de cette figure sont présentées au tableau B2 de l'annexe B.

Tant à Montréal qu'en Montérégie, la très grande majorité des cliniques de première ligne suit un mode production de services essentiellement privée, celles-ci n'étant pas rattachées administrativement à des établissements publics comme les CLSC ou les hôpitaux, et ne recevant pas d'octroi financier public pour leur fonctionnement comme les GMF. Au moment de l'étude, en 2005³,

³ Depuis le moment de l'étude, le portrait organisationnel s'est modifié notamment par l'ajout de GMF et de CR sur l'ensemble des territoires étudiés.

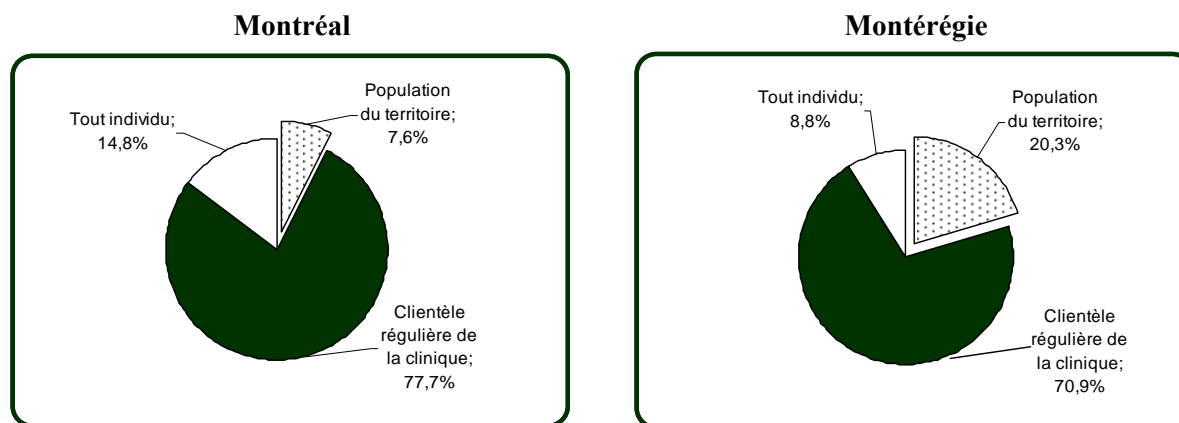
c'était le cas de 84 % des cliniques recensées. Au total, 53 points de services en CLSC⁴ et 11 UMF offraient des services médicaux généraux et 41 cliniques médicales comportaient des médecins faisant partie de GMF (26 sites principaux et 15 sites affiliés). Les territoires de Vaudreuil-Soulanges, Suroît, La Pommeraie et Haute-Yamaska, caractérisés par leur petit nombre de cliniques médicales, se distinguaient par des proportions élevées de cliniques associées à des GMF ou de cliniques en CLSC (50 % et plus).

2.2 LA VISION DES ORGANISATIONS

Objectifs organisationnels

Globalement, pour la majorité des cliniques médicales de première ligne, soit 78 % à Montréal et 71 % en Montérégie, les services offerts s'adressent à la clientèle régulière des cliniques (figure 8). Cette situation prévaut sur presque tous les territoires de CSSS, comme le démontrent les données présentées à l'annexe B (tableaux B3 et B4). Les territoires du Haut-Saint-Laurent, La Pommeraie, Vaudreuil-Soulanges et Suroît se démarquent en affichant des proportions plus grandes de cliniques qui considèrent avoir une responsabilité à l'égard de la population d'un territoire (43 % à 60 %). Par ailleurs, les cliniques privilégiant la fourniture de services à tout individu se présentant à la clinique, peu importe son affiliation, sont en plus grand nombre à Montréal et plus particulièrement sur les territoires de Lucille-Teasdale (25 %), Jeanne-Mance (24 %) et Pointe-de-l'Île (23 %).

Figure 8 : Proportion des cliniques médicales de première ligne selon les personnes visées à Montréal et en Montérégie

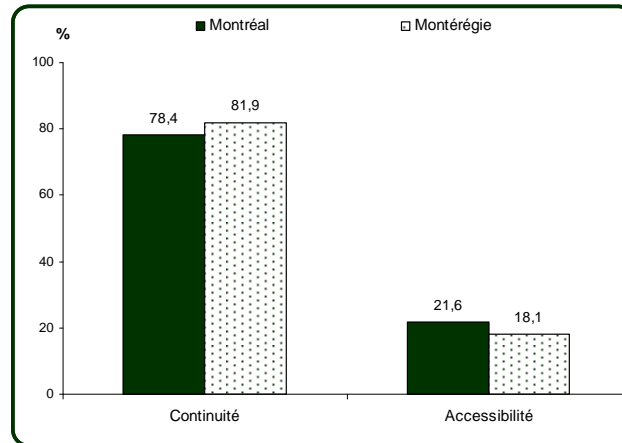


Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B3 et B4 de l'annexe B.

Allant dans le même sens, les résultats révèlent qu'environ 80 % des cliniques de première ligne, tant à Montréal qu'en Montérégie, accordent leur priorité à la continuité des services plutôt qu'à l'accessibilité (figure 9). Quelques territoires affichent cependant des proportions relativement élevées d'organisations priorisant d'abord l'accessibilité des services, notamment ceux du Sud-Ouest-Verdun (39 %), Cœur-de-l'Île (32 %) et Pointe-de-l'Île (32 %) (tableaux B3 et B4; annexe B).

⁴ Seuls les CLSC offrant des services médicaux généraux ont été comptabilisés. Les points de services des CLSC en Montérégie ont été considérés comme des entités organisationnelles distinctes, la plupart étant composés d'équipes médicales différentes et desservant des populations distinctes.

Figure 9 : Proportion des cliniques médicales de première ligne selon les priorités organisationnelles à Montréal et en Montérégie



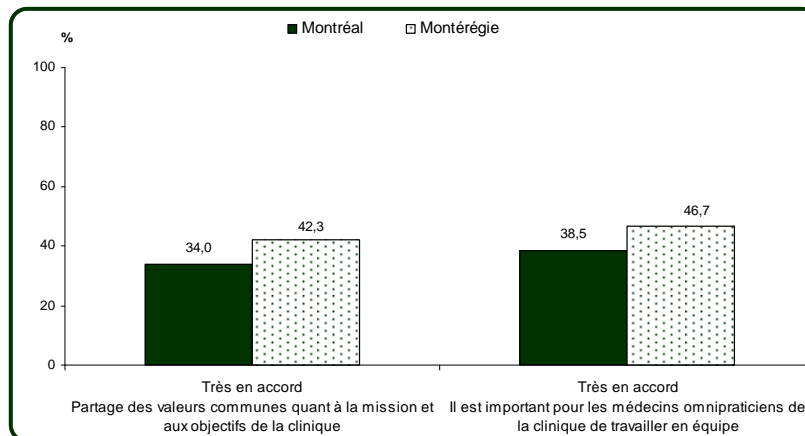
Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B3 et B4 de l'annexe B.

Valeurs organisationnelles reliées au travail d'équipe

La littérature sur l'organisation des soins primaires reconnaît que le travail d'équipe et la pratique médicale de groupe doivent faire partie des solutions aux problèmes d'organisation des services de santé de première ligne. Ces caractéristiques organisationnelles sont actuellement valorisées eu égard aux nouveaux modes d'organisation des services de santé de première ligne qu'on souhaite voir s'implanter (Starfield, 1998). Or, les résultats de l'enquête organisationnelle démontrent que l'importance accordée au partage de valeurs communes quant à la mission et aux objectifs de la clinique et au travail d'équipe est inégale d'un milieu à l'autre et d'un territoire à l'autre.

Globalement, autour de 40 % des organisations accordent beaucoup d'importance aux valeurs organisationnelles encourageant le travail d'équipe et la pratique médicale de groupe (tableaux B3 et B4; annexe B). Comme montré à la figure 10, les indicateurs utilisés révèlent une situation moins favorable à Montréal (34 % et 39 %) qu'en Montérégie (42 % et 47 %).

Figure 10 : Proportion des cliniques médicales de première ligne qui accordent de l'importance au travail d'équipe à Montréal et en Montérégie



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B3 et B4 de l'annexe B.

Il faut toutefois tenir compte du fait qu'il y a plusieurs organisations « solo » qui, par définition, n'accordent pas beaucoup d'importance à ces valeurs organisationnelles. Lorsqu'on exclut les organisations « solo », on obtient un portrait différent. Globalement, dans près de 60 % des cliniques comportant plus d'un médecin, on accorde beaucoup d'importance à ces valeurs organisationnelles (environ 56 % à Montréal et 61 % en Montérégie). C'est aussi le fait de plus de 80 % des organisations des territoires du Haut-Saint-Laurent, de Haute-Yamaska et La Pommeraie en Montérégie et Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent à Montréal. Il demeure que pour les territoires de Cœur-de-l'Île, Sud-Ouest-Verdun et Sorel-Tracy, moins de 50 % des cliniques comportant plus d'un médecin adoptent ces valeurs (ces données détaillées ne sont pas présentées en annexe).

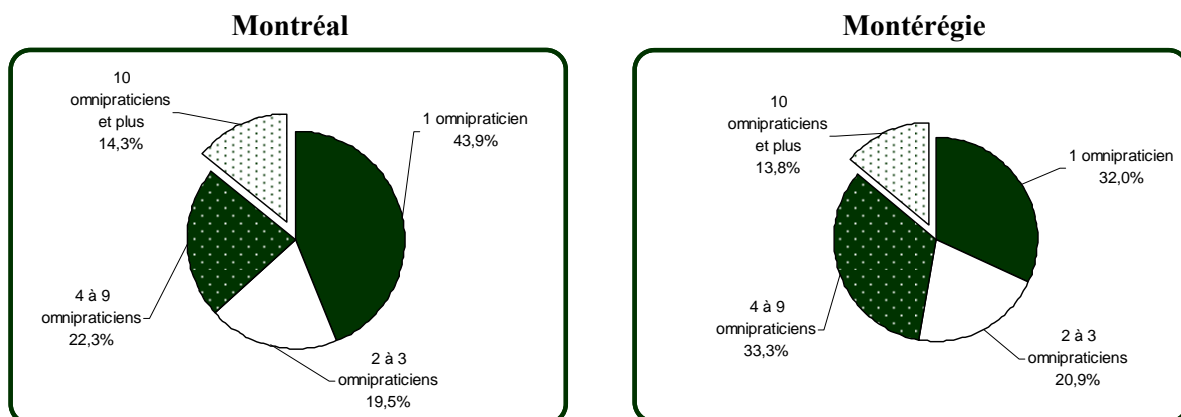
2.3 LES RESSOURCES HUMAINES ET TECHNOLOGIQUES

2.3.1 Ressources professionnelles

Taille des cliniques

La taille des cliniques a été déterminée à partir du nombre de médecins travaillant dans les cliniques. Globalement, il y a davantage de petites organisations que de grandes, cette situation étant plus marquée dans la région de Montréal (figure 11). En moyenne, on comptabilise près de 40 % de cliniques « solo », soit 44 % à Montréal et 32 % en Montérégie. Cette proportion dépasse 50 % pour six territoires de CSSS qui sont ceux de La Montagne, Saint-Léonard et Saint-Michel, Cavendish, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Ouest-de-l'Île et Haut-Saint-Laurent. Les groupes de médecins de petite et moyenne taille (2 à 9 omnipraticiens) demeurent les organisations les plus présentes sur l'ensemble des territoires. Les grandes cliniques (10 omnipraticiens et plus) composent moins de 15 % des organisations. Les territoires de Lucille-Teasdale, Sud-Ouest-Verdun, Pointe-de-l'Île, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Jardins-Roussillon, Richelieu-Yamaska et Haute-Yamaska en comptent de 18 % à 25 %. Deux territoires en Montérégie n'en comportent aucune (Sorel-Tracy et Haut-Saint-Laurent) (tableaux B5 et B6; annexe B).

Figure 11 : Proportion des cliniques médicales selon la taille à Montréal et en Montérégie*



*Ces valeurs ont été calculées à partir de l'ensemble des organisations; n = 665.
Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B5 et B6 de l'annexe B.

Ces résultats se traduisent aussi dans le nombre de médecins en équivalent temps plein (médecins-ETP) par organisation. Globalement, près de 43 % des cliniques comportent un médecin-ETP, soit 47 % à Montréal et 33 % en Montérégie. À l'opposé, 28 % des cliniques montréalaises comptent 4 médecins-ETP ou plus alors qu'on en dénombre 44 % en Montérégie. Les données présentées aux tableaux B5 et B6 de l'annexe B sont détaillées en quatre catégories (1 ETP; 2-3 ETP; 4-6 ETP; ≥ 7 ETP) selon les territoires de CSSS. Elles montrent qu'il existe de grandes variations entre les territoires de CSSS.

Caractéristiques liées aux médecins

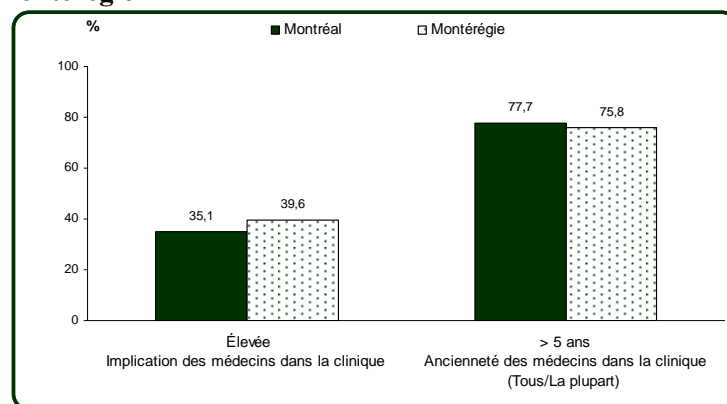
Les ressources des cliniques médicales ont été caractérisées selon des attributs organisationnels en lien avec le degré d'implication des médecins :

- 1) indice de l'implication des médecins dans la clinique basé sur le nombre de médecins-ETP comparé au nombre réel de médecins dans la clinique (voir la méthode calcul à l'annexe D). Un indice élevé signifie que la plupart des médecins de la clinique sont présents 26 heures ou plus par semaine;
- 2) ancienneté de la plupart des médecins de la clinique, basée sur le nombre de médecins qui travaillent depuis plus de cinq ans dans la clinique.

Les résultats révèlent que 37 % des cliniques obtiennent un indice de l'implication des médecins « élevé ». Cette proportion est plus importante en Montérégie (40 %) qu'à Montréal (35 %) (figure 12). Les cliniques des territoires du Haut-Saint-Laurent, Suroît, La Pommeraie et Haute-Yamaska se démarquent tout particulièrement à cet égard, de 60 % à 80 % des cliniques obtenant un indice élevé. À l'opposé, c'est le cas de seulement 11 % des cliniques du territoire Sud-Ouest-Verdun.

L'ancienneté de la plupart des médecins dans la clinique est pour une majorité d'organisations supérieure à 5 ans (77 %), et ce pour chacune des deux régions (78 % à Montréal et 76 % en Montérégie) (figure 12). Deux territoires, Haute-Yamaska (55 %) et Ouest-de-l'Île (57 %), se caractérisent par leur plus faible proportion de cliniques où la plupart des médecins ont une ancienneté relativement élevée. Ces résultats méritent très certainement d'être explorés davantage, pouvant refléter le besoin à moyen terme de main-d'œuvre additionnelle ou encore une moins grande stabilité des ressources médicales du territoire.

Figure 12 : Proportion des cliniques médicales selon certains attributs des médecins à Montréal et en Montérégie

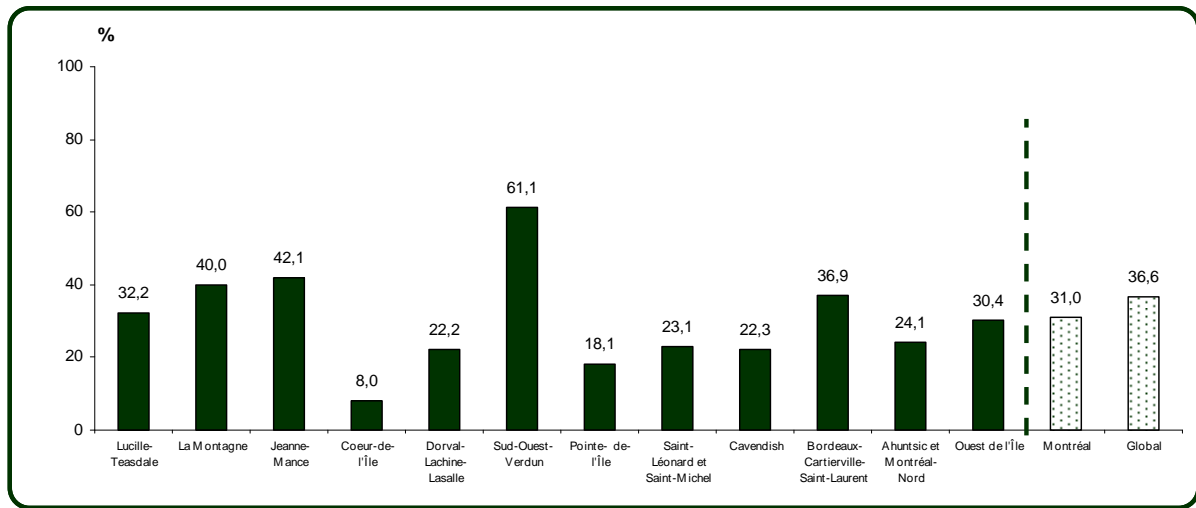


Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B7 et B8 de l'annexe B.

Présence et rôle des infirmières

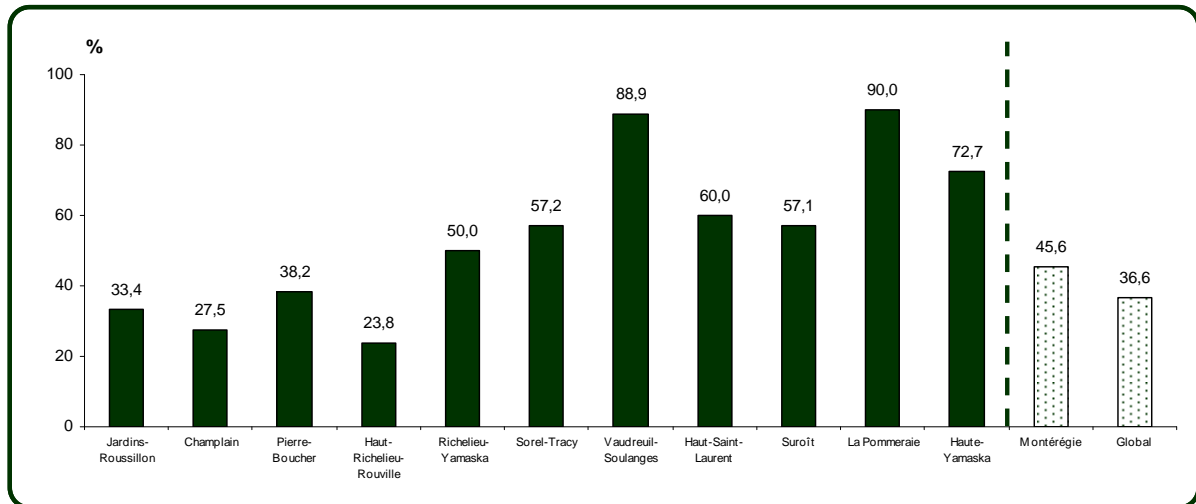
En moyenne, seulement 37 % des organisations incluent du personnel infirmier dans leur équipe, les territoires de la Montérégie (46 %) étant généralement mieux pourvus à cet effet que ceux de Montréal (31 %). Comme montré à la figure 14, des infirmières sont présentes au sein des équipes dans environ 90 % des cliniques des territoires de Vaudreuil-Soulanges et La Pommeraiie. À l’opposé, dans plusieurs territoires de la région de Montréal, moins de 25 % des cliniques ont des infirmières dans leur équipe (figure 13). Enfin, il n’est pas étonnant de constater que la quasi-totalité des équipes médicales des CLSC, UMF et GMF comportent des infirmières dans leur équipe (données non présentées).

Figure 13 : Proportion de cliniques médicales selon la présence d’infirmière(s) par territoire de CSSS-Montréal



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B7 de l’annexe B.

Figure 14 : Proportion de cliniques médicales selon la présence d’infirmière(s) par territoire de CSSS-Montérégie

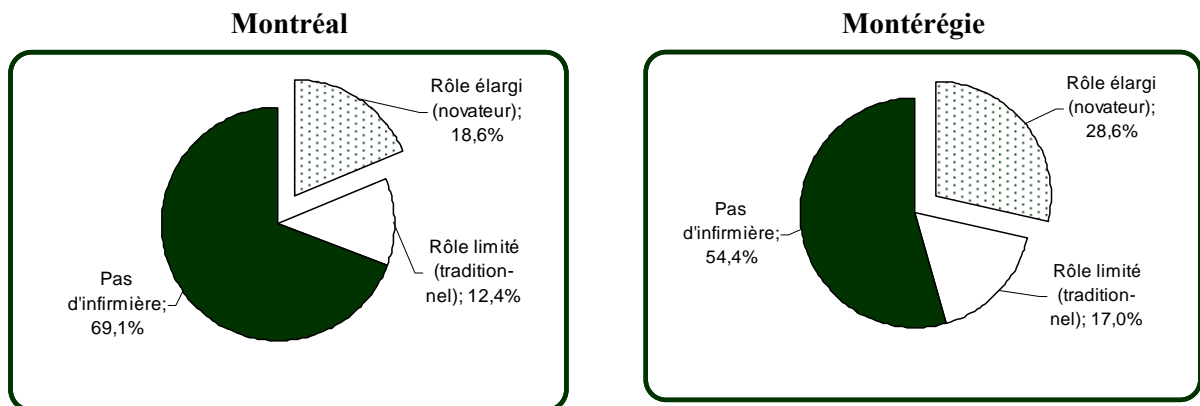


Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B8 de l’annexe B.

Lorsque présentes au sein des équipes cliniques, le rôle et les fonctions des infirmières peuvent varier considérablement d'un milieu à l'autre. Dans l'enquête menée auprès des cliniques, on a cherché à qualifier les rôles des infirmières selon les tâches et les responsabilités qui leur sont confiées. Ainsi, un rôle limité ou plutôt traditionnel se rapporte à des tâches de soutien aux activités cliniques des médecins, au triage des patients au sans rendez-vous et à des activités de prévention, promotion et dépistage, alors qu'un rôle élargi ou plutôt novateur renvoie à des activités de suivi systématique de certaines clientèles, de liaison et coordination inter-organisationnelle et à une participation aux décisions cliniques.

En moyenne, aussi peu que 22 % des cliniques médicales comportent une ou des infirmières assumant un rôle élargi ou novateur. Cette proportion est de 19 % à Montréal et de 29 % en Montérégie (figure 15). Alors que les territoires de Cœur-de-l'Île, Ahuntsic et Montréal-Nord, Champlain et Haut-Richelieu-Rouville affichent des proportions inférieures à 11 % des cliniques, cinq territoires en Montérégie, soit ceux de Haute-Yamaska, Suroît, Haut-Saint-Laurent, Vaudreuil-Soulanges et La Pommeraiie se distinguent nettement par des taux supérieurs à 55 % (tableaux B7 et B8; annexe B).

Figure 15 : Proportion de cliniques médicales selon le rôle des infirmières à Montréal et en Montérégie



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B7 et B8 de l'annexe B.

2.3.2 Ressources spécialisées et techniques

Les médecins de 52 % des cliniques cohabitent dans le même immeuble avec des médecins spécialistes et 73 % avec des professionnels de la santé (non médecins), tels que des pharmaciens, psychologues, nutritionnistes, etc. (tableaux B9 et B10; annexe B). Les données de l'enquête organisationnelle ne nous ont toutefois pas permis d'apprécier le degré d'intégration de ces ressources dans les équipes médicales de première ligne. Notons que trois territoires de la Montérégie, soit Richelieu-Yamaska, Haut-Saint-Laurent et Suroît, présentent des valeurs nettement inférieures aux valeurs régionales et globales au regard de la présence de médecins spécialistes dans les mêmes locaux ou immeubles que les équipes médicales de première ligne.

La disponibilité de plateaux techniques réalisant les services de prélèvement et de radiologie dans le même immeuble que la clinique médicale de première ligne, a été évaluée. Des services de prélèvement sont offerts dans le même immeuble dans près de 47 % des cas (42 % à Montréal et 53 % en Montérégie). Tel que montré par les données présentées à l'annexe B (tableaux B9 et B10), une grande variation est cependant relevée entre les territoires, allant de 14 % à 80 % des milieux cliniques. Par ailleurs, pas plus de 10 % des cliniques médicales ne bénéficient sur place de services radiologiques (9 % à Montréal et 12 % en Montérégie). Quelques territoires n'ont très peu, voire aucune clinique de première ligne disposant de cette technologie diagnostique sur place. C'est particulièrement le cas des territoires de Dorval-Lachine-LaSalle, Haut-Richelieu-Rouville, Sorel-Tracy, Haut-Saint-Laurent et Haute-Yamaska⁵.

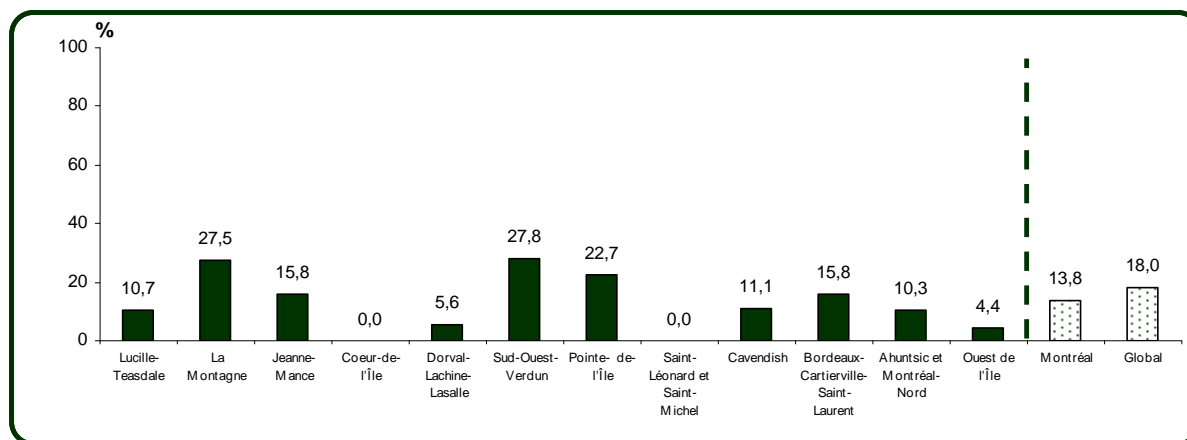
2.3.3 Technologies de l'information

Les ressources technologiques de l'information mises à la disposition des équipes médicales ont été mesurées par la présence des six items suivants :

- 1) un logiciel informatique pour la gestion des rendez-vous;
- 2) des dossiers patients informatisés;
- 3) un accès internet pour les médecins;
- 4) un accès au réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS);
- 5) un système de prise de rendez-vous sur internet (web) pour les patients;
- 6) un prescripteur électronique pour transmettre les prescriptions aux pharmacies.

Seulement 18 % des cliniques ont déclaré disposer de trois de ces items ou plus (tableaux B9 et B10; annexe B). À Montréal, cette proportion est de 14 % et elle se situe à 25 % en Montérégie. Tel que montré à la figure 17, six territoires de la Montérégie se démarquent par des proportions relativement plus importantes de cliniques mieux pourvues en technologies de l'information (plus de 45 %).

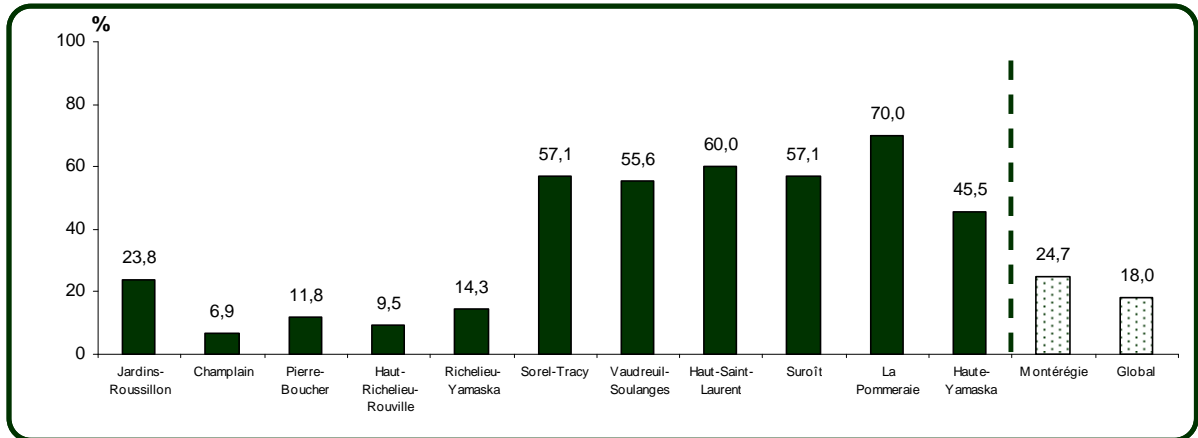
Figure 16 : Proportion des cliniques médicales disposant de technologies de l'information (≥ 3 items) par territoire de CSSS-Montréal



Les données de cette figure sont présentées au tableau B9; annexe B.

⁵ Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, à la lumière des taux de participation des cliniques à l'enquête organisationnelle. La situation est également le reflet des cliniques médicales en 2005.

Figure 17 : Proportion des cliniques médicales disposant de technologies de l'information (≥ 3 items) par territoire de CSSS–Montérégie



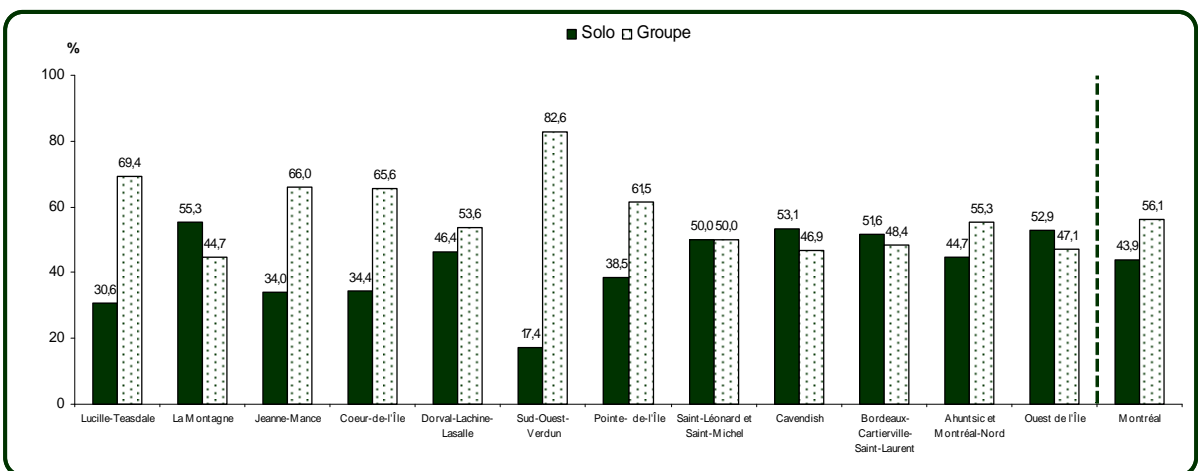
Les données de cette figure sont présentées au tableau B10; annexe B.

2.4 LES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES

2.4.1 Organisations « solo » et « groupe »

Plus du tiers des organisations sont de type « solo » et elles se concentrent davantage à Montréal (44 %) qu'en Montérégie (32 %) (tableaux B11 et B13; annexe B). En contrepartie, 60 % des organisations comportent plus d'un omnipraticien⁶, soit 56 % à Montréal et 68 % en Montérégie. Les territoires du Sud-Ouest-Verdun et La Pommeraiie en comptent plus de 80 % (figures 18 et 19).

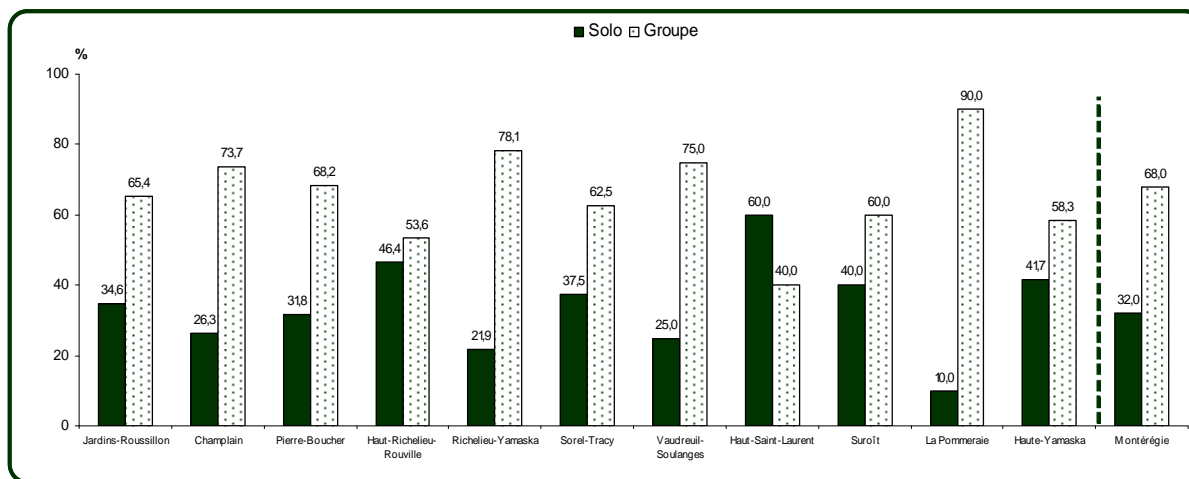
Figure 18 : Proportion des organisations « solo » et « groupe » par territoire de CSSS-Montréal



Les données de cette figure sont présentées au tableau B11; annexe B (n=440).

⁶ Les bureaux et les cliniques qui comportent plus d'un médecin à la même adresse civique sont considérés comme des organisations de type « groupe » si les médecins partagent un minimum de ressources administratives (locaux, secrétariat ou archives...), que leur pratique professionnelle soit intégrée ou non.

Figure 19 : Proportion des organisations « solo » et « groupe » par territoire de CSSS- Montérégie



Les données de cette figure sont présentées au tableau B13; annexe B (n=225).

2.4.2 Caractéristiques des groupes de médecins

Quatre attributs organisationnels ont été utilisés pour capter l'intensité et l'organisation du travail de groupe dans les cliniques médicales :

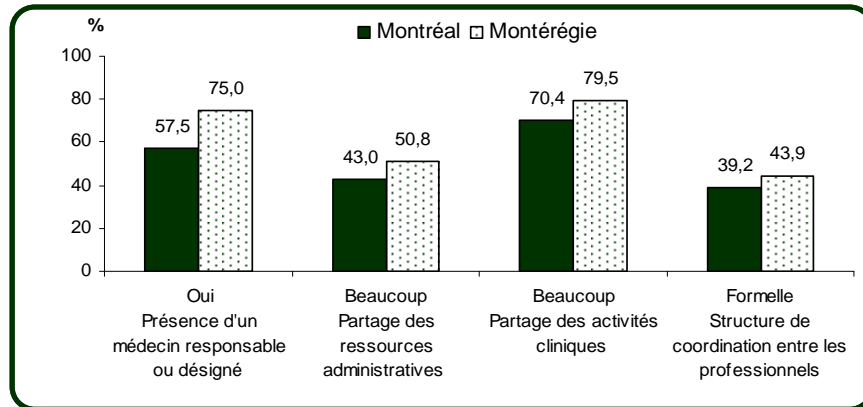
- 1) la présence d'un médecin responsable ou désigné pour la gestion de la clinique et sa représentation sur les comités;
- 2) le degré de partage des ressources tels les locaux, le secrétariat et les archives entre les médecins;
- 3) le degré de partage d'activités cliniques telles la couverture des plages de consultation sur et sans rendez-vous, la couverture des soins hospitaliers pour les patients de la clinique, le suivi des patients et le remplacement des médecins absents;
- 4) la formalisation de la coordination entre les professionnels de la clinique.

Les organisations de type « solo » ont été exclues des calculs. Les valeurs présentées représentent donc la situation des cliniques qui comportent plus d'un médecin (n= 318 organisations).

Globalement, les résultats révèlent que moins de 65 % de ces cliniques sont dotées d'un médecin responsable ou désigné, 46 % déclarent un degré élevé de partage des ressources et 74 % de ces organisations de groupe affichent un degré élevé de partage d'activités cliniques. Enfin, 41 % adoptent des mécanismes formels pour coordonner les soins entre les professionnels. Pour chacun de ces indicateurs, les proportions sont plus élevées en Montérégie (figure 20).

Les cliniques du territoire de La Pommeraiie et Haute-Yamaska affichent des taux élevés pour chacune des mesures d'intensité et d'organisation du travail de groupe. Le territoire Cœur-de-l'Île affiche les plus bas taux (tableaux B12 et B14; annexe B).

Figure 20 : Proportion des cliniques médicales « groupe » selon les caractéristiques des groupes de médecins à Montréal et en Montérégie



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B12 et B14; annexe B (n=318).

2.4.3 Liaisons inter organisationnelles

Les liaisons inter organisationnelles, incluant la participation des médecins des cliniques à des activités de représentation, constituent des informations intéressantes sur l'intégration des cliniques de première ligne au système de soins et services. Les indicateurs utilisés sont les suivants :

- 1) la participation d'au moins un médecin de la clinique à un ou des comités locaux et régionaux visant l'organisation des services de santé⁷;
- 2) la participation d'au moins un médecin à des réseaux d'accessibilité médicale visant la coordination des heures d'ouverture des cliniques et à des systèmes régionaux de garde en disponibilité pour les patients vulnérables;
- 3) existence d'autres affiliations professionnelles en première ligne (cliniques de première ligne, CLSC) pour au moins un médecin de la clinique;
- 4) existence d'autres affiliations professionnelles dans des centres hospitaliers de soins de courte ou de longue durée pour au moins un médecin de la clinique;
- 5) existence d'ententes de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne (incluant les CLSC);
- 6) existence d'ententes de collaboration avec des hôpitaux pour planifier l'offre de services, avoir accès aux plateaux techniques, échanger des ressources, référer des patients ou assurer le suivi des patients hospitalisés.

Les données détaillées par territoire de CSSS sont présentées à l'annexe B (tableaux B15 et B16).

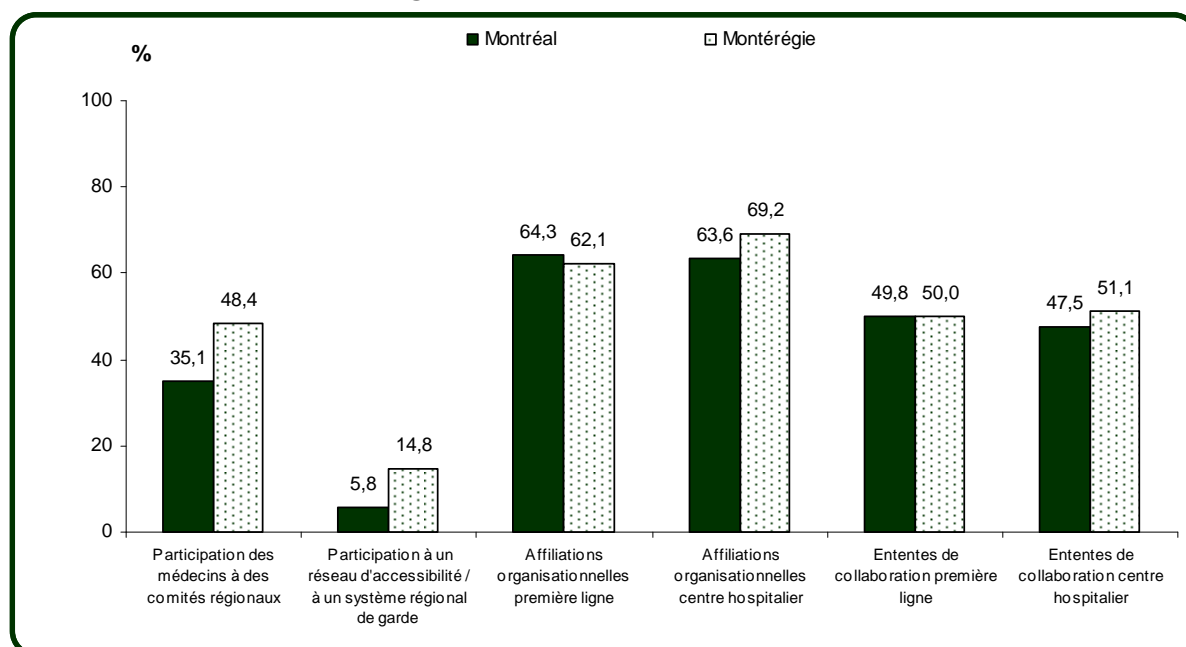
Environ 40 % des organisations déclarent qu'un ou des médecins participent à des comités locaux et régionaux visant l'organisation des services de santé. Aussi peu que 9 % des cliniques participent à des réseaux d'accessibilité médicale. Il ressort également que 63 % des organisations comportent un ou des médecins qui ont d'autres affiliations professionnelles dans d'autres cliniques de première ligne ou CLSC. Près de 66 % des organisations ont un ou des médecins qui travaillent aussi en centres

⁷ Comités de la Direction de médecine générale (DRMG), comités d'implantation de GMF, comités sur les mesures de désengorgement des urgences, comités sur les projets cliniques des CSSS.

hospitaliers de courte ou de longue durée. Enfin, près de la moitié des cliniques médicales ont développé des ententes de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne (incluant les CLSC) et avec des hôpitaux. Ces ententes sont majoritairement pour les références des patients et le suivi des patients hospitalisés (données non présentées).

Tel que montré à la figure 21 et aux tableaux B15 et B16 de l'annexe B, les valeurs sont généralement plus élevées en Montérégie qu'à Montréal. Les territoires de Vaudreuil-Soulanges, Haut-Saint-Laurent, Suroît, La Pommeraiie et Haute-Yamaska se démarquent nettement par des proportions d'organisations plus importantes pour au moins 4 des 6 indicateurs.

**Figure 21 : Proportion de cliniques médicales selon les liaisons inter-organisationnelles
Montréal – Montérégie**



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B15 et B16; annexe B.

Enfin, nous avons situé les partenaires (cliniques de première ligne et hôpitaux) des organisations qui ont établi des ententes de collaboration selon qu'ils soient sur le même ou sur d'autres territoires de CSSS. Ces données sont présentées à l'annexe B (tableaux B15 et B16).

La majorité des organisations qui ont établi des ententes de collaboration en première ligne l'ont fait avec des cliniques médicales ou des CLSC situés sur le même territoire de CSSS. Seulement 16 % des organisations déclarent avoir des ententes avec des cliniques ou CLSC situés sur d'autres territoires. Environ une organisation sur trois déclare avoir des ententes de collaboration avec des hôpitaux situés sur le même territoire et 24 % en ont développées avec des hôpitaux situés sur d'autres territoires. De grandes variations caractérisent ces indicateurs. On comprend que ces situations sont en partie tributaires d'un ensemble de facteurs reliés notamment à la disponibilité des ressources qui varient considérablement d'un territoire à l'autre.

2.5 LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

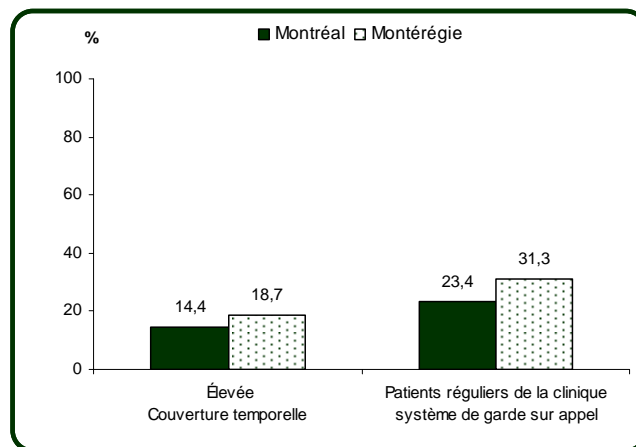
2.5.1 Disponibilité des services

Les résultats révèlent que seulement 16 % des cliniques médicales assurent la prestation de leurs services avec une couverture temporelle élevée. Comme montré à la figure 22, cette proportion est de 14 % à Montréal et de 19 % en Montérégie. Pour ces cliniques, l'offre de services, en sus des services réguliers en semaine, se complète par des heures d'ouverture le soir et la fin de semaine (avec ou sans rendez-vous). À l'opposé, près de 60 % de l'ensemble des cliniques obtiennent un score faible en ce qui a trait à la couverture temporelle, 63 % à Montréal contre 54 % en Montérégie (tableaux B17 et B18; annexe B). Pour ces cliniques, l'offre de services est restreinte au jour sur semaine. D'importantes variations sont notées entre les territoires. Mentionnons que sur les territoires de Dorval-Lachine-LaSalle et du Haut-Saint-Laurent, aucune des cliniques ayant participé à l'étude ne se classe dans la catégorie « élevée » et plus de 80 % des cliniques obtiennent un score « faible ».

D'autre part, le quart des cliniques mettent à la disposition de leurs patients réguliers un système de garde sur appel pour couvrir les heures de fermeture de la clinique (tableaux B17 et B18; annexe B). Ces proportions sont de 23 % à Montréal et de 31 % en Montérégie (figure 22). Certains territoires se distinguent par des proportions beaucoup plus importantes de cliniques qui assurent des services de garde à leurs patients. C'est le cas des territoires du Haut-Saint-Laurent, Suroît, La Pommeraie et de Haute-Yamaska (> 60 %). À l'opposé, c'est moins de 12 % des cliniques qui assurent de tels services dans les territoires d'Ahuntsic et Montréal-Nord, Ouest-de-l'Île, Champlain et Pierre-Boucher.

Enfin, les résultats révèlent que moins de 2 % des organisations de première ligne rendent disponible un système de garde sur appel en dehors des heures d'ouverture pour répondre à la population, c'est-à-dire à toutes les personnes, qu'elles aient ou non un dossier à leur clinique. Cette situation prévaut sur tous les territoires de CSSS (tableaux B17 et B18; annexe B). Soulignons en plus que moins de 10 % des organisations participent à un système de garde régional, ces taux demeurant un peu plus élevés en Montérégie avec 15 % comparativement à Montréal avec 6 % (tableaux B15 et B16; annexe B).

Figure 22 : Proportion des cliniques médicales selon la disponibilité des services à Montréal et en Montérégie



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B17 et B18; annexe B.

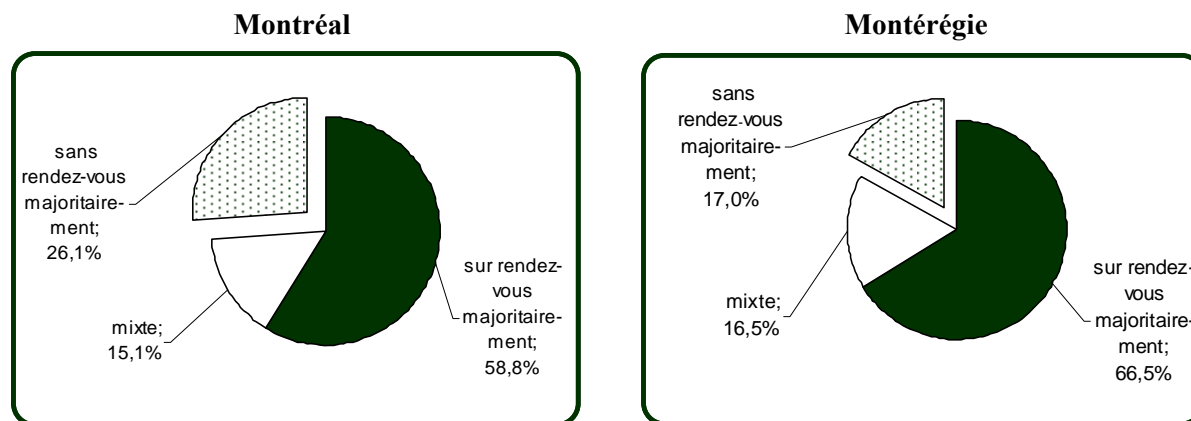
2.5.2 Mode et lieu de prestation

Tant à Montréal qu'en Montérégie, les cliniques de première ligne privilégient majoritairement le mode prestation des services sur rendez-vous (59 % et 67 % respectivement) (figure 23). Plus de 75 % des cliniques des territoires de Sorel-Tracy, Haut-Saint-Laurent et Suroît en Montérégie et Dorval-Lachine-LaSalle à Montréal adoptent ce mode consultation (tableaux B19 et B20; annexe B).

Les cliniques caractérisées par un mode majoritairement sans rendez-vous, bien que moins présentes dans l'ensemble (23 %), prévalent davantage à Montréal (26 %) qu'en Montérégie (17 %). Cette proportion dépasse 40 % des cliniques dans quelques territoires montréalais qui sont Cœur-de-l'Île, Saint-Léonard et Saint-Michel, et Pointe-de-l'Île (tableaux B19 et B20; annexe B).

Enfin, seulement 16 % des cliniques adoptent un mode consultation « mixte ». Ce mode « équilibré » se définit par une offre centrée sur le suivi de leur clientèle spécifique (sur rendez-vous) jumelée à une offre de services dont l'accès est ouvert à tous (les consultations sans- rendez-vous représentant de 26 à 50 % des consultations totales). Moins de 10 % des cliniques des territoires de Cœur-de-l'Île, Ouest-de-l'Île, Richelieu-Yamaska, Sorel-Tracy, Suroît et La Pommeraie privilégient ce mode prestation. Cette proportion s'élève à plus de 40 % pour le territoire de Vaudreuil-Soulanges.

Figure 23 : Mode prestation des services de première ligne à Montréal et en Montérégie



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B19 et B20; annexe B.

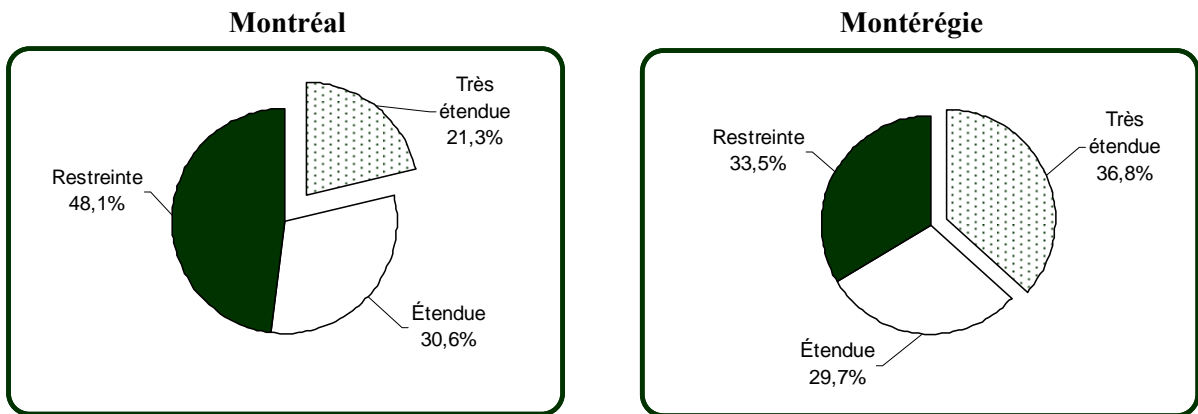
Par ailleurs, près de 29 % des cliniques offrent des services à domicile, cette proportion étant plus élevée en Montérégie (37 %) qu'à Montréal (23 %) (tableaux B19 et B20; annexe B). Des écarts très importants sont cependant notés entre les territoires. Certains territoires se caractérisent par des taux relativement bas (moins de 15 % des organisations), notamment les territoires de Pierre-Boucher, Sorel-Tracy et Jeanne-Mance. D'autres territoires affichent des proportions beaucoup plus élevées pouvant atteindre de 60 % à 80 % des cliniques, comme c'est le cas pour les territoires du Haut-Saint-Laurent, Suroît, La Pommeraie et Haute-Yamaska.

2.5.3 Services offerts

L'étendue de la gamme de services offerts dans les cliniques a été appréciée via la couverture des différentes composantes du continuum de soins : les services de dépistage et de prévention ainsi que les services diagnostiques, thérapeutiques et palliatifs. Seulement 27 % des organisations se classent dans la catégorie offrant une gamme très étendue de services (3 ou 4 composantes du continuum de soins), dont 21 % à Montréal contre 37 % en Montérégie (figure 24). L'écart entre les territoires relativement aux services offerts apparaît très important, comme démontré par les données détaillées à l'annexe B (tableaux B19 et B20). Par exemple, les résultats révèlent que 70 % des organisations du territoire de La Pommeraie offrent une gamme très étendue de services. À l'opposé, les territoires de Jeanne-Mance et Cœur-de-l'Île n'en comportent que 10 % et moins.

Enfin, bon nombre d'organisations se caractérisent par une offre restreinte de services (une seule composante du continuum de soins : services diagnostiques et thérapeutiques) soit environ de 43 % des cliniques. À Montréal, c'est près de la moitié des cliniques de première ligne et en Montérégie, c'est le tiers (figure 24). Il subsiste des écarts importants entre les territoires, principalement en Montérégie (variant de 14 % à 71 %), tels que démontrés par les données de l'annexe B (tableaux B19 et B20).

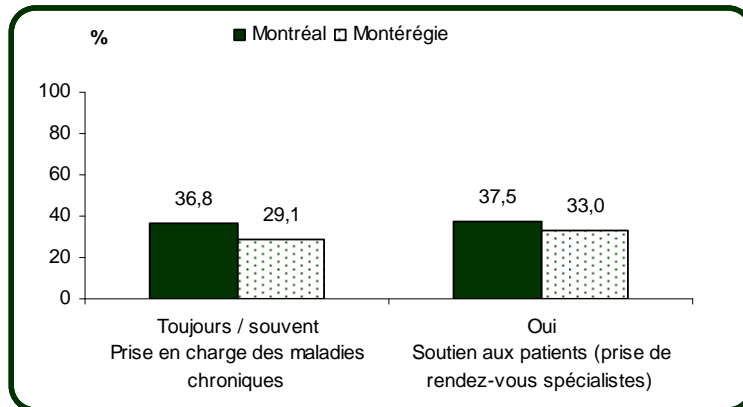
Figure 24 : Proportion de cliniques médicales selon l'étendue de la gamme de services offerts à Montréal et en Montérégie



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B19 et B20; annexe B.

Par ailleurs, seulement 34 % des cliniques déclarent offrir « toujours ou souvent » des services de prise en charge et de suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques (37 % à Montréal et 29 % en Montérégie) (figure 25). À cet égard, de grandes disparités existent entre les territoires, allant de aucune clinique dans le Suroît à 80 % des cliniques dans le Haut-Saint-Laurent (tableaux B19 et B20; annexe B). Il est aussi important de relever que, dans l'ensemble, peu de cliniques organisent les rendez-vous des patients auprès des spécialistes (figure 25). C'est environ le tiers des cliniques (38 % à Montréal et 33 % en Montérégie). Alors que plusieurs territoires affichent des taux très bas, le territoire du Haut-Saint-Laurent se démarque par 40 % des cliniques qui offrent ce type de soutien aux patients.

Figure 25 : Proportion de cliniques médicales selon les services de prise en charge de maladies chroniques à Montréal et en Montérégie



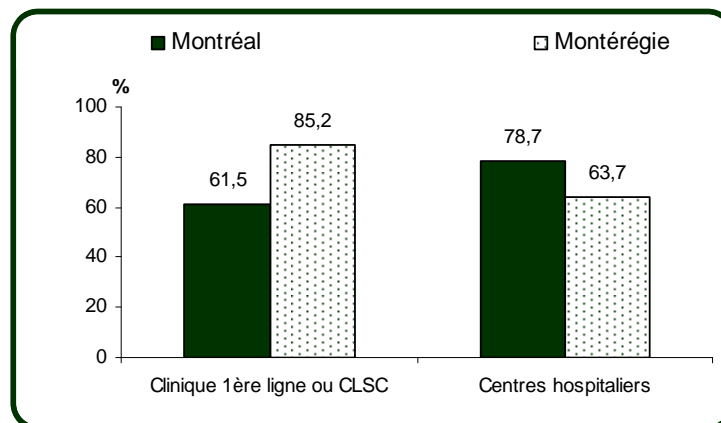
Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B19 et B20; annexe B.

2.5.4 Réseaux de référence

Les réseaux de référence des cliniques diffèrent entre les territoires selon la disponibilité des services requis, qui peuvent être dispensés sur place, dans des cliniques à proximité ou dans des hôpitaux.

Pour l'utilisation des plateaux techniques (radiologie et prélèvements), 71 % des organisations dirigent des patients vers d'autres cliniques de première ligne ou des CLSC et 73 % des organisations utilisent également les services des centres hospitaliers. Comme montré à la figure 26, ces proportions varient selon la région, les cliniques montréalaises utilisant davantage les services des centres hospitaliers alors que les cliniques en Montérégie ont davantage recours aux organisations de première ligne. Les territoires qui ont le moins recours aux services de première ligne sont La Montagne, Sud-Ouest-Verdun, Dorval-Lachine-LaSalle et Sorel-Tracy avec des proportions inférieures à 43 % des cliniques. Il est intéressant de relever que ces deux derniers territoires comptent parmi ceux qui affichent des taux élevés d'utilisation des centres hospitaliers comme endroit de référence (tableaux B21 et B22; annexe B).

Figure 26 : Proportion des cliniques médicales selon les endroits de référence/radiologie et prélèvements à Montréal et en Montérégie

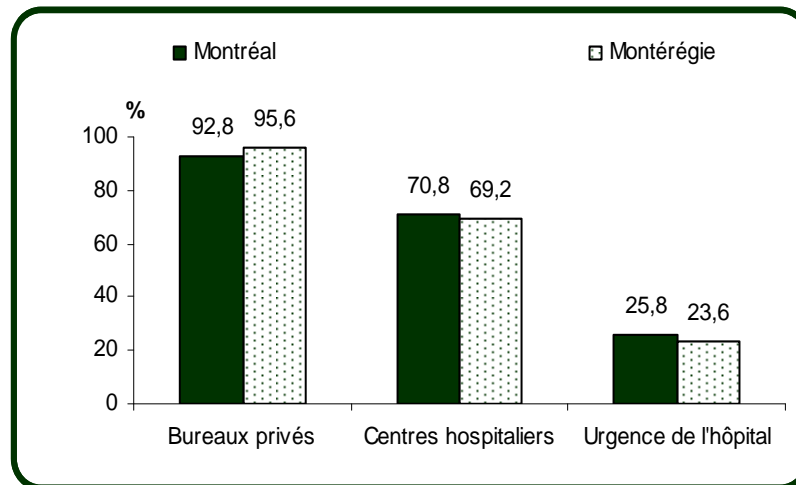


Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B21 et B22; annexe B.

Pour les références aux médecins spécialistes, les patients sont dirigés en forte proportion vers les bureaux privés de spécialistes (94 % des cliniques) tant à Montréal qu'en Montérégie (figure 27). Les centres hospitaliers sont utilisés comme endroit de référence dans une moindre mesure (69 % et 71 % des cliniques). Les réseaux de référence avec les hôpitaux sont très présents sur certains territoires alors que 100 % des cliniques y réfèrent leurs patients (Sorel-Tracy, Suroît, La Pommeraiie) (tableaux B21 et B22; annexe B).

Enfin, on doit souligner que 25 % des organisations de première ligne déclarent diriger des patients vers les urgences des hôpitaux pour voir des médecins spécialistes. Les références aux urgences varient considérablement d'un territoire à l'autre (tableaux B21 et B22; annexe B). Les territoires de Jeanne-Mance (34 %), Sud-Ouest-Verdun (33 %), Pointe-de-l'Île (36 %) et La Pommeraiie (50 %) se démarquent par des proportions élevées de cliniques qui dirigent leurs patients vers ce type de ressources.

Figure 27 : Proportion des cliniques médicales selon les endroits de référence/médecins spécialistes à Montréal et en Montérégie



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B21 et B22; annexe B.

3 LES SOURCES HABITUELLES DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DE LA POPULATION

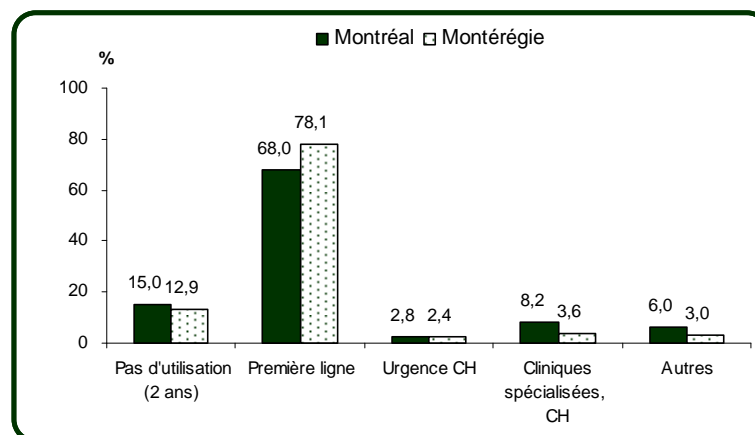
Le jumelage des données provenant des enquêtes organisationnelle et populationnelle réalisées dans le cadre de l'étude « *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* » a permis de documenter la provenance des clientèles des cliniques de première ligne. Aussi, les portraits régionaux et territoriaux sont complétés par un regard sur les types de cliniques que la population privilégie comme source habituelle de soins de première ligne. Ces résultats sont particulièrement intéressants eu égard à la responsabilité de prise en charge des clientèles. Enfin, nous avons cherché à savoir dans quelle mesure les services de première ligne des territoires étudiés rejoignent les populations des mêmes territoires en établissant les indices de dépendance de la population et des ressources de première ligne relativement aux sources habituelles de soins. Cette dernière question demeure centrale, compte tenu des défis que pose actuellement la perspective de gestion des ressources avec une approche dite « populationnelle », actuellement mise de l'avant par plusieurs instances.

Les données discutées dans cette section sont détaillées par région et par territoire de CSSS à l'annexe C.

3.1 TYPES DE RESSOURCES

Globalement, près de 72 % de la population identifie une clinique médicale de première ligne comme source habituelle de soins (correspond à 85 % des utilisateurs). Cette proportion, plus importante en Montérégie avec une valeur globale de 78 %, varie de 68 % à 83 % selon les territoires (tableau C2; annexe C). Quelques 6 % des résidents montréalais identifient l'urgence des hôpitaux, les cliniques spécialisées et les spécialistes comme leurs sources habituelles de soins. À Montréal, 68 % de la population identifie une clinique de première ligne comme source habituelle de soins, cette proportion variant de 57 % à 72 % selon les territoires (tableau C1; annexe C). L'urgence des hôpitaux, les cliniques spécialisées et les spécialistes sont identifiés par 11 % de la population, les taux atteignant même 18 % sur le territoire de La Montagne.

Figure 28 : Proportion de la population selon leur source habituelle de soins

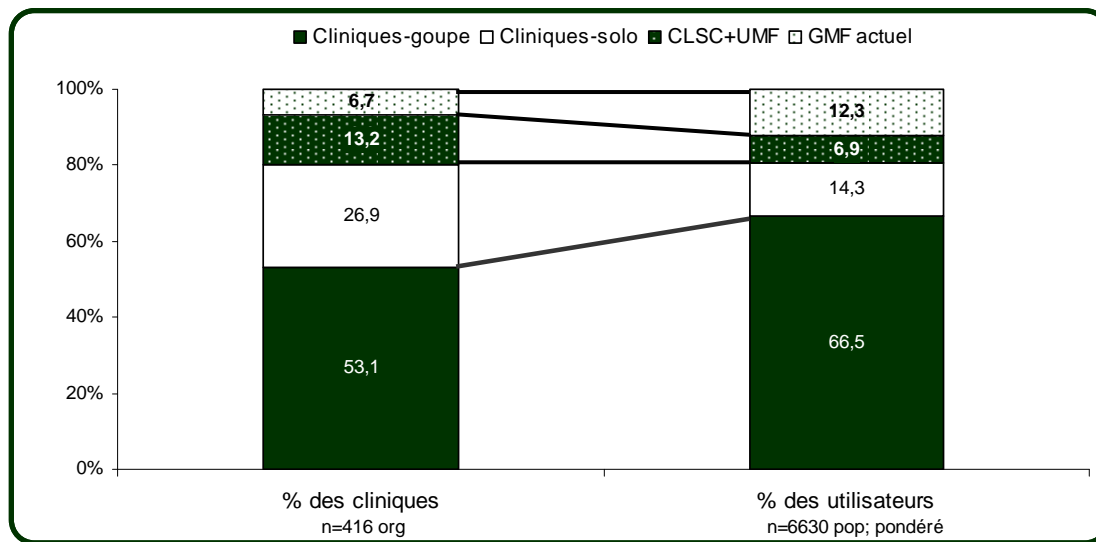


n=9 206 individus (avec pondération)

Les données de ces figures sont détaillées par territoire de CSSS aux tableaux C1 et C2 de l'annexe C.

Parmi les utilisateurs mentionnant une clinique de première ligne comme source habituelle de soins, 67 % identifient une clinique médicale de groupe non GMF et non CLSC et 14 % des utilisateurs identifient une clinique de type « solo » (figure 29). Ces deux types de cliniques représentent 80 % des milieux offrant des services médicaux de première ligne. Par ailleurs, les CLSC sont identifiés par 7 % des utilisateurs, alors qu'ils comptent pour 13 % des milieux cliniques de première ligne. Enfin, les résultats révèlent que 12 % des utilisateurs identifient une clinique comportant des médecins membres d'un GMF comme leur source habituelle de soins. Au moment de l'étude, ces cliniques ne représentaient que 7 % des organisations de première ligne. Comme démontré lors d'une analyse particulière réalisée dans le cadre d'une réflexion sur la contribution des différents types d'organisation de services de première ligne, ces résultats placent d'entrée de jeu les organisations comportant des GMF comme des modèles particulièrement intéressants eu égard à la responsabilité de prise en charge des clientèles (Pineault, Levesque et al., à paraître 2008).

Figure 29 : Proportion des utilisateurs selon le type de clinique médicale de première ligne⁸



Tiré de Pineault, Levesque, Breton et al., à paraître 2008.

*La catégorie CLSC + UMF inclut les GMF en CLSC et UMF.

3.2 AFFILIATION DE LA POPULATION AUX RESSOURCES DE PREMIÈRE LIGNE

Intra-territoire de CSSS

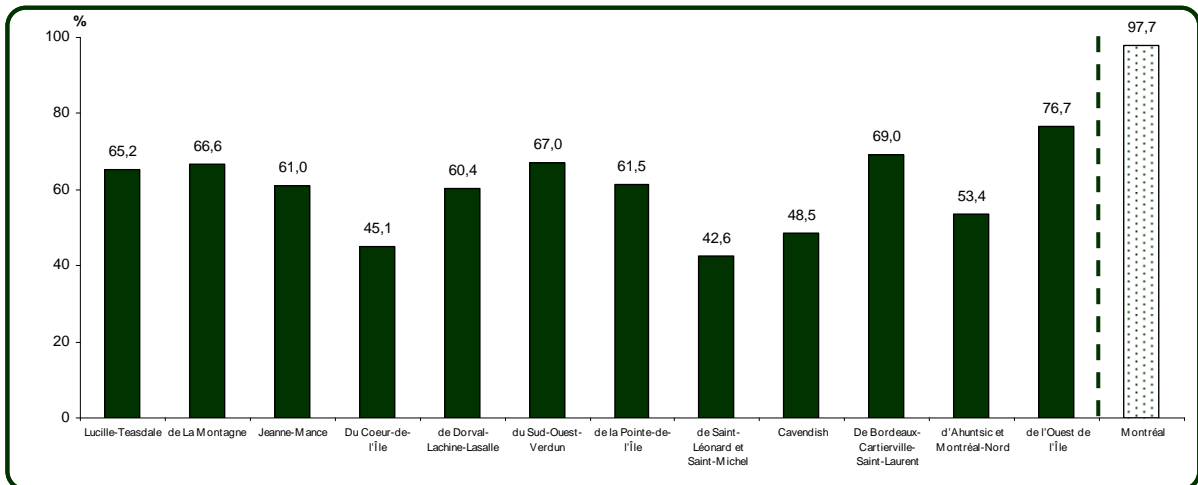
Les indices de dépendance de la population (IDP) aux ressources médicales de première ligne ont été déterminés à partir des données sur les sources habituelles de soins de première ligne et ce pour chacune des régions étudiées et des territoires de CSSS (figures 30 et 31). Ces valeurs constituent des mesures d'affiliation aux ressources médicales de première ligne situées sur un territoire donné, c'est-à-dire dans quelle mesure la population du territoire identifie les ressources du territoire comme sa source habituelle de soins de première ligne. Les méthodes de calcul utilisées sont présentées à l'annexe D.

⁸ Les résultats présentés proviennent du jumelage des bases de données organisationnelle et populationnelle; 6 630 utilisateurs ont été rattachés à 416 organisations ; ceci explique les différences avec les données déjà présentées dans le portrait des ressources.

Globalement, on constate que près de 98 % des utilisateurs résidant dans la région de Montréal identifient des ressources médicales de première ligne situées également dans la région de Montréal. Lorsque calculés pour chacun des territoires de CSSS, les résultats démontrent qu'une partie notable de la population montréalaise situe leur source habituelle de soins de première ligne sur d'autres territoires de CSSS que celui de leur résidence. L'Ouest-de-l'Île affiche la plus forte capacité de rétention, avec un taux de 77 %. Comme montré à la figure 30, trois territoires montréalais obtiennent cependant des valeurs inférieures à 50 %, qui sont Cœur-de-l'Île, Saint-Léonard et Saint-Michel, et Cavendish.

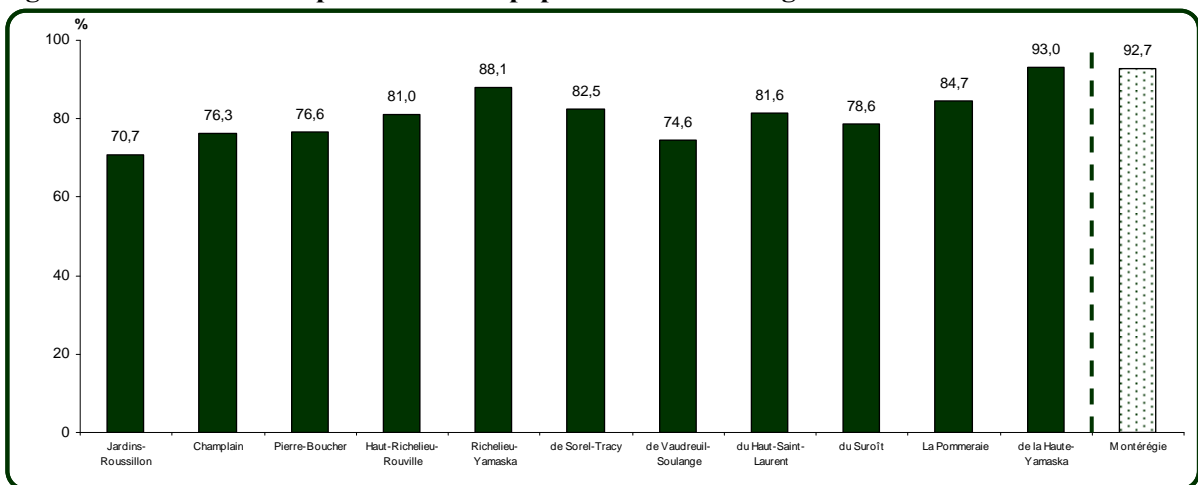
En Montérégie, 93 % des utilisateurs résidant dans cette région identifient des ressources médicales de première ligne situées également en Montérégie. Les IDP calculés par territoire de CSSS diffèrent considérablement de ceux obtenus pour les territoires de la région de Montréal, variant de 71 % sur le territoire de Jardins-Roussillon à 93 % sur le territoire de Haute-Yamaska (figure 31). Les résidents des territoires de CSSS situés en Montérégie se caractérisent, pour la plupart, par leur affiliation à des ressources du même territoire que leur résidence.

Figure 30 : Indices de dépendance de la population – Montréal



Les données de cette figure sont présentées au tableau C1 de l'annexe C.

Figure 31 : Indices de dépendance de la population – Montérégie



Les données de cette figure sont présentées au tableau C2 de l'annexe C.

Extra-territoire de CSSS

L'affiliation des populations aux ressources de première ligne situées sur d'autres territoires que celui de leur résidence a également été mesurée en déterminant sur quels territoires les résidents de chacun des territoires de CSSS obtiennent leurs soins habituels de première ligne. Ces informations sont détaillées par territoire de CSSS à l'annexe C (figures C1 à C46). Ces résultats sont particulièrement intéressants, identifiant les ressources médicales extra-territoriales qui sont mises à contribution pour assurer la couverture populationnelle des résidents de chacun des territoires de CSSS.

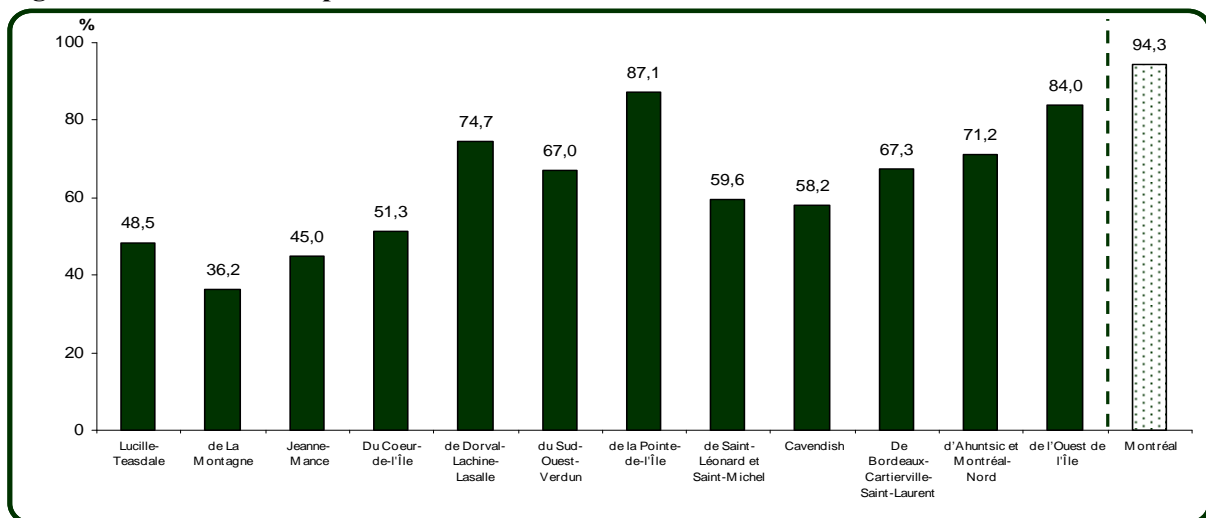
3.3 PROVENANCE DES UTILISATEURS DES RESSOURCES DE PREMIÈRE LIGNE

Pour compléter l'analyse des affiliations des populations aux ressources de première ligne, la provenance des utilisateurs des cliniques médicales a aussi été déterminée. Ces informations sont détaillées par territoire de CSSS à l'annexe C (figures C1 à C46).

À partir de ces informations, les régions et les territoires de CSSS ont été caractérisés selon la dépendance de leurs ressources médicales de première ligne aux populations (IDR). Ce second niveau nous indique dans quelle mesure les ressources présentes sur un territoire sont considérées comme les sources habituelles de soins par la population du territoire. Du même coup, il nous renseigne sur la capacité « d'attraction » des ressources médicales de première ligne de résidents d'autres territoires. Les méthodes de calcul utilisées pour établir les IDR sont présentées à l'annexe D.

Globalement, 94 % des cliniques médicales de première ligne situées dans la région de Montréal desservent une clientèle résidant à Montréal, eu égard à la source habituelle de soins. Les IDR calculés pour chacun des territoires de CSSS démontrent qu'il existe des écarts importants au sein de la région montréalaise (figure 32). Alors que les territoires de Pointe-de-l'Île, l'Ouest-de-l'Île, et Dorval-Lachine-LaSalle obtiennent des taux égaux ou supérieurs à 75 %, le territoire de la Montagne affiche une valeur aussi basse que 36 %.

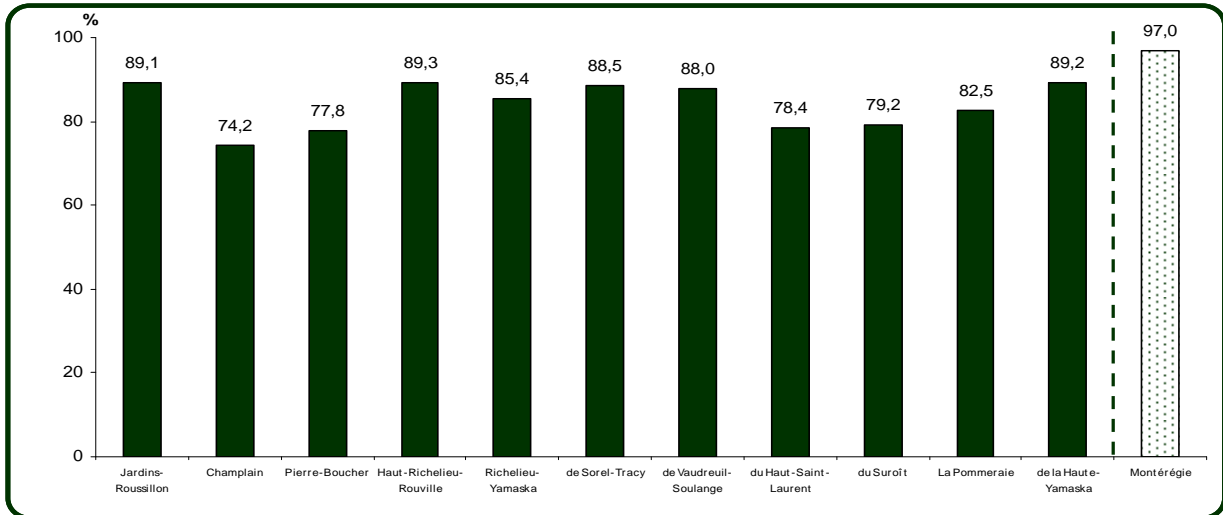
Figure 32 : Indices de dépendance des ressources – Montréal



Les données de cette figure sont présentées au tableau C1 de l'annexe C.

En Montérégie, les clientèles habituelles des cliniques médicales de la région sont principalement constituées des résidents de la Montérégie, avec un IDR de 97 %. Les résultats présentés à la figure 33 révèlent que les territoires de CSSS montérégiens se caractérisent par des taux élevés d'IDR. Les clientèles habituelles des cliniques médicales de ces territoires sont donc principalement constituées des résidents des mêmes territoires.

Figure 33 : Indices de dépendance des ressources – Montérégie



Les données de cette figure sont présentées au tableau C2 de l'annexe C.

3.4 ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET AUTONOMIE TERRITORIALE

Dans le cadre de ces analyses, l'autonomie des territoires de CSSS est appréciée sous l'angle des clientèles desservies par les ressources médicales de première ligne. Elle prend son sens dans la juxtaposition de la dépendance de la population aux ressources de première ligne et de la dépendance des ressources à la population. La figure 34 place les territoires de CSSS selon leurs valeurs respectives⁹. Pour les fins de cette interprétation, trois regroupements de territoires ont été faits. La méthode calcul utilisée est présentée à l'annexe D.

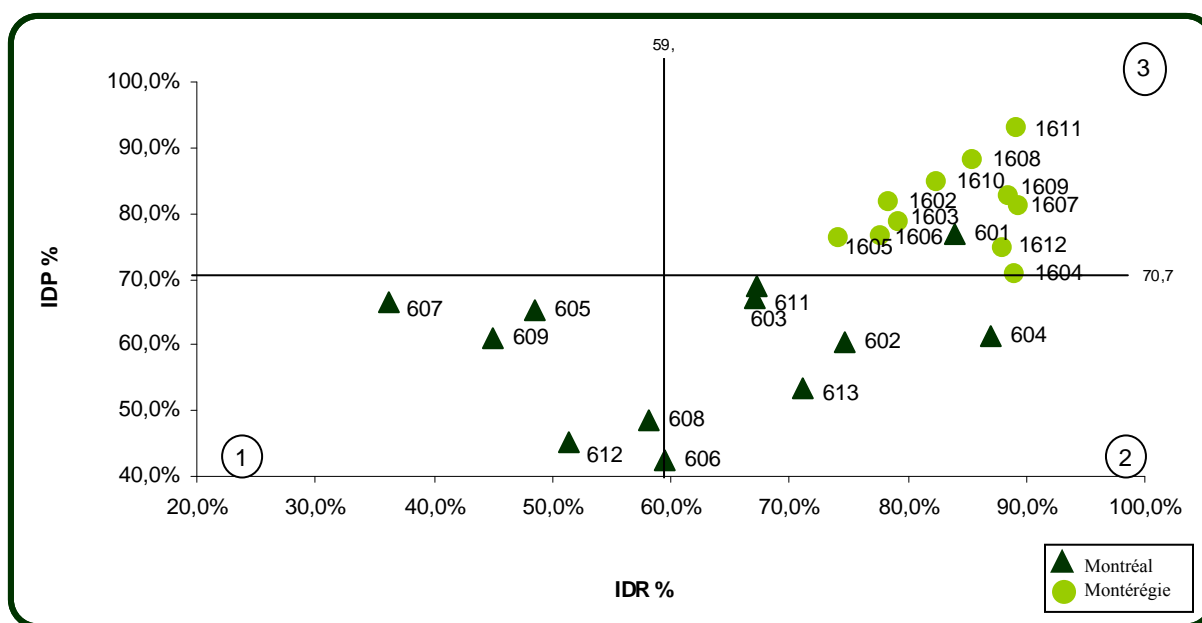
Le premier regroupement (1) comprend des territoires de CSSS montréalais caractérisés par des valeurs d'IDP et d'IDR relativement faibles (figure 34). Les cliniques de première ligne situées sur ces territoires desservent une clientèle provenant, pour une bonne part, d'autres territoires. De plus, l'ensemble des résidents de ces territoires ne privilégient pas de façon marquée les cliniques de ces territoires comme source habituelle de soins de première ligne. Ces constats ne sont pas sans lien avec le découpage territorial un peu artificiel imposé dans les régions urbaines ainsi qu'avec la densité élevée de la population y résidant. Dans de tels contextes, l'organisation des services de première ligne en réponse aux besoins de la population requiert une bonne compréhension des mouvements des clientèles entre les territoires, mouvements en partie générés par les caractéristiques de la demande et de l'offre de services. L'autonomie territoriale, eu égard à l'organisation des services de première ligne, s'en trouve, sans nul doute, complexifiée.

⁹ Ces données doivent être interprétées avec prudence, certains territoires chevauchant les frontières qui délimitent les valeurs « faible » et « élevée », frontières déterminées avec les valeurs médianes.

Le second regroupement (2) affiche des IDP relativement faibles et des IDR relativement élevés (figure 34). Ces résultats signifient que les clientèles habituelles des cliniques médicales proviennent principalement des mêmes territoires. Toutefois, une partie notable de la population situe leurs sources habituelles de soins de première ligne sur d'autres territoires que ceux de leur résidence¹⁰. Le déficit de ressources de première ligne suggéré par ces résultats a aussi été mis en évidence dans l'analyse des contextes réalisés dans le cadre de cette étude (Roberge, Pineault et al., 2007).

Le dernier regroupement (3) comprend la presque totalité des territoires de la Montérégie et un de Montréal (l'Ouest-de-l'Île). Il se caractérise par des IDP et des IDR élevés. En d'autres mots, la source habituelle de soins de première ligne des résidents de ces territoires sont en grande partie des organisations de première ligne situées sur les mêmes territoires. De plus, la clientèle habituelle des cliniques médicales de ces territoires est principalement constituée des résidents des mêmes territoires. De tels contextes s'avèrent très certainement plus favorables aux approches populationnelles qui modulent l'organisation des ressources selon les besoins de services de la population (Breton, Lamarche, 2005) et à plus grande autonomie territoriale.

Figure 34 : Dépendance de la population et des ressources médicales de première ligne selon les territoires de CSSS



Les données de ces figures sont détaillées par territoires de CSSS aux tableaux C1 et C2 de l'annexe C.

601 de l'Ouest-de-l'Île; 602 de Dorval-Lachine-LaSalle; 603 du Sud-Ouest-Verdun; 604 de la Pointe-de-l'Île; 605 Lucille-Teasdale; 606 de Saint-Léonard et Saint-Michel; 607 de La Montagne; 608 Cavendish; 609 Jeanne-Mance; 611 de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent; 612 du Cœur-de-l'Île; 613 d'Ahuntsic et Montréal-Nord; 1602 du Haut-Saint-Laurent; 1603 Suroît; 1604 Jardins-Roussillon; 1605 Champlain; 1606 Pierre-Boucher; 1607 Haut-Richelieu-Rouville; 1608 Richelieu-Yamaska; 1609 de Sorel-Tracy; 1610 La Pommeraie; 1611 de la Haute-Yamaska; 1612 de Vaudreuil-Soulanges.

¹⁰ Ces données doivent être interprétées avec prudence, quelques territoires se trouvant sur la frontière des valeurs « faible » et « élevée ».

4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

À Montréal et en Montérégie, plus de 85 % des utilisateurs des services de santé identifient les cliniques médicales de première ligne, incluant les CLSC, comme leur source habituelle de soins de première ligne. Il ressort de notre étude que généralement ces organisations adoptent une vision qui s'appuie sur la logique de la « médecine familiale », les priorités allant aux services et au suivi des clientèles régulières plutôt qu'à l'accessibilité. De plus, dans la conjoncture actuelle où la responsabilité populationnelle n'est pas un enjeu pour la majorité des cliniques de première ligne, il n'est pas étonnant que ce soit la clientèle régulière des cliniques plutôt que la population des territoires qui soit priorisée. Un écart est cependant noté entre la vision prédominante qui met l'accent sur la continuité des services aux clientèles et les pratiques organisationnelles. En effet, les mécanismes mis en place apparaissent souvent insuffisants pour assurer des services globaux et disponibles en tout temps. On pense notamment aux services de garde qui sont restreints et à la gamme des services offerts qui n'est pas toujours très étendue. Du côté des structures et des ressources, les résultats mettent en évidence le potentiel à développer dans le réseau de la première ligne, quant à la pratique médicale de groupe, le travail en interdisciplinarité avec les infirmières ou l'utilisation de technologies d'information de pointe.

Une lecture transversale des résultats révèle des contrastes notables entre les deux régions administratives et entre les territoires de CSSS. Les variations se traduisent tant dans la vision adoptée par les cliniques pour organiser leurs services, que dans les ressources, les structures organisationnelles et les pratiques mises à la disposition du réseau de la première ligne. Les principaux constats à ces égards sont présentés dans les lignes qui suivent.

Principaux constats

- ✓ Les équipes médicales demeurent, somme toute, relativement petites. Plus du tiers des organisations sont « solo » et moins de 16 % comportent plus de 7 médecins-ETP. De plus, une proportion relativement faible de cliniques (37 %) ont des infirmières à leur emploi. Les rôles qu'elles assument peuvent être considérés comme novateurs dans moins de 40 % de ce nombre d'organisations.
- ✓ Près du deux tiers des organisations comptent plus d'un médecin. Les indicateurs captant l'intensité et l'organisation du travail de groupe démontrent que les médecins de bon nombre de ces organisations partagent déjà certaines activités cliniques (74 %). Cependant, moins d'organisations sont dotées de mécanismes structurant le travail de groupe (présence d'un médecin responsable, 65 %; mécanismes de coordination inter professionnelle, 41 %; partage des ressources, 46 %). Sur la base de ces résultats, on peut penser qu'il existe au sein de ces organisations un certain potentiel pour le développement de la pratique médicale de groupe.
- ✓ Les technologies de l'information n'ont pas rejoint les organisations de première ligne. En effet, plus de 80 % d'entre elles ne disposent que de peu ou pas d'outil de pointe pour supporter les activités cliniques, que ce soit pour la communication d'information sur les patients ou pour la gestion de la clinique.

- ✓ De façon générale, on observe des lacunes dans l'accessibilité des services de première ligne. Aussi peu que 16 % des cliniques médicales assurent la prestation de services les soirs et les fins de semaine. En dehors des heures d'ouverture des cliniques, moins de 2 % des organisations de première ligne rendent disponible un système de garde sur appel pour répondre à la population (c'est-à-dire à toutes les personnes qu'elles aient ou non un dossier à la clinique). Enfin, moins de 10 % des organisations sont impliquées dans un système de garde régional.
- ✓ En ce qui concerne les services offerts, on observe qu'environ seulement le quart des organisations offre un système de garde pour les patients réguliers de la clinique, le tiers offre toujours un suivi systématique pour les maladies chroniques et le quart dispose d'une gamme très étendue de services médicaux.
- ✓ Tout tend à démontrer que l'intégration de la première ligne au système de soins se fait via les liens que les professionnels développent entre eux pour coordonner les soins requis pour leur clientèle plutôt que par des structures formelles.

Des régions contrastées et des variations entre les territoires de CSSS

- ✓ Généralement, dans la région de Montréal, on observe un plus grand nombre de petites cliniques et d'organisations « solo »; une présence moins importante d'infirmières en première ligne, plus de cliniques accordant leur priorité à l'accessibilité des services plutôt qu'à la continuité, plus de cliniques offrant des systèmes de garde en dehors des heures d'ouverture et moins de cliniques offrant une gamme étendue de services.
- ✓ Généralement, en Montérégie, on observe des tendances inverses pour ces indicateurs. Ces résultats sont en partie le reflet de la situation de quelques territoires qui, pour bon nombre d'indicateurs, obtiennent des résultats nettement différents de l'ensemble. C'est tout particulièrement le cas pour les territoires de La Pommeraie, Haute-Yamaska, Suroît et Haut-Saint-Laurent et dans un moindre mesure Vaudreuil-Soulanges. Ces territoires se caractérisent par la prédominance d'une vision populationnelle de la responsabilité des cliniques, la présence plus importante d'infirmières jouant un rôle novateur, davantage de groupes de médecins intégrés dans des structures formelles et des indications d'une plus grande intégration systémique pour plusieurs cliniques.
- ✓ À Montréal, une partie notable de la population identifie leur source habituelle de soins de première ligne sur d'autres territoires de CSSS que celui de leur résidence. Dans un tel contexte, l'organisation des services de première ligne requiert une bonne compréhension des mouvements des clientèles entre les territoires. L'autonomie territoriale, eu égard à l'organisation des services de première ligne, s'en trouve complexifiée.
- ✓ L'affiliation de la population des territoires de la Montérégie aux ressources médicales de première ligne situées sur leur territoire crée des conditions favorables aux approches populationnelles qui modulent l'organisation des ressources selon les besoins de la population et à une plus grande autonomie territoriale. Toutefois, les nombres de médecins-ETP relativement bas sur plusieurs de ces territoires constituent très certainement des freins à cet égard.

CONCLUSION

Le bilan descriptif réalisé dans ce rapport revêt son intérêt dans l'exhaustivité des attributs des organisations qu'il présente et dans le nombre d'indicateurs qu'il rend disponibles pour mesurer l'organisation des services médicaux de première ligne. Les résultats obtenus mettent en lumière certaines lacunes qui touchent la quasi totalité des organisations. Par exemple, le peu de ressources infirmières en première ligne ainsi que la pauvreté des technologies d'information apparaissent ici comme un manque à l'échelle du réseau de première ligne. Il demeure que, de façon générale, les forces et les faiblesses organisationnelles se campent dans des contextes spécifiques. Par exemple, les territoires urbains, caractérisés par leur densité de population élevée et leur nombre important de ressources de toutes sortes, adoptent des comportements organisationnels différents des territoires ruraux, en mettant plus d'emphase sur l'accessibilité que sur la continuité des services.

Enfin, l'étude des formes organisationnelles qui émergent de l'agencement des différents attributs des organisations à partir des données dont nous disposons est essentielle, pour apprécier le plein potentiel de développement de la première ligne. Une première analyse des profils et des types d'organisation de première ligne a révélé que les nouveaux modèles émergents comme les GMF possèdent beaucoup d'attributs organisationnels jugés souhaitables dans la littérature sur les services de première ligne (Pineault, Levesque et al., 2007). Elle révèle également que d'autres modes d'organisation se comparent avantageusement à ces nouveaux types émergents. Aussi, la poursuite de nos travaux s'actualise notamment dans l'études différents modèles d'organisation des services médicaux de première ligne, des liens qu'ils entretiennent avec l'environnement et de leurs relations avec l'expérience de soins de première ligne dans la population.

RÉFÉRENCES

Breton M, Lamarche P, Pineault R. *Un défi de taille pour les gestionnaires*. Le Point en administration de la santé et des services sociaux, vol 1; numéro 2; juin 2005.

Haggerty J, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Goulet F, Rodrigue J, Gauthier J. *Questionnaire destiné au médecin; Questionnaire sur l'organisation de la clinique*. Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec. FCRSS, février 2004.

Hamel M, Pineault R, Roberge D, Levesque J-F. *La réalisation d'une enquête sur l'organisation des services médicaux de première ligne : défis conceptuels et méthodologiques. Méthodologie de l'enquête organisationnelle*. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Présentation au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, 19 octobre 2007.

Institut national de santé publique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006*. Les statistiques. Institut national de santé publique du Québec, 2006.

Institut de la statistique du Québec. *Projections de population selon le territoire de réseau local de services – année 2005*. MSSS – SDI, 2005.

Lamarche P, Beaulieu M-D, Pineault R, Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Haggerty J. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2003.

Lamarche P, Pineault R. *Projet 3* du programme de recherche «Gauthier J, Haggerty J, Pineault R, Lamarche P, Morin D, Sylvain H, Levesque J-F, Feldman F, Abrahamowicz M. Modèles d'organisation des services de santé primaire et accès aux services pour les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec». Programme de recherche financé par la FCRSS, RC2-0985-05, 2002-2006, 2006.

Levesque J-F, Pineault R, Simard B, Roberge D, Hamel M, Kapetanakis C, Robert L. *L'expérience de soins de la population : Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie*. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, 2007.

Pineault R, Foisy L, Hamel M, Simard B, Levesque J-F, Roberge D. *Répertoire des cliniques médicales de première ligne de Montréal et de la Montérégie*. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006.

Pineault R, Hamel M, Levesque J-F, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J. *Questionnaire organisationnel - Clinique médicale de première ligne*. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Direction de santé publique Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2005.

Pineault R, Levesque J-F, Breton M, Hamel M, Roberge D. *Réalisations et potentiel des organisations publiques et privées de première ligne dans deux régions du Québec*. Dans Béland F, Contandriopoulos A-P, Quesnel-Vallée A, Robert L. *Le privé dans la santé : un débat sans fin?* (à paraître 2008).

Pineault R, Levesque J-F, Hamel M, Roberge D, Prud'homme A, Perron M, Simard B, Foisy L. *Le profil et le type d'organisation de première ligne ont-ils un lien avec l'expérience de soins de leur clientèle? Résultats d'une étude dans deux régions du Québec*. Infolettre, volume 4, numéro 1, février 2007.

Pineault R, Levesque J-F, Tousignant P, Beaulne G, Hamel M, Poirier L-R, Raynault M-F, Benigeri M, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J, Bergeron P, Dulude S, Marcil M. *L'accessibilité et la continuité dans la population : l'influence des modèles d'organisation des services de santé de première ligne*. Projet financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. FCRSS RC1-1091-05, 2004.

Roberge D, Pineault R, Hamel M, Da Silva R, Cazale L, Levesque J-F, Ouellet D, Prudhomme A. *Rapport méthodologique de l'analyse des contextes*. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, 2007.

Starfield B. *Primary Care : Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998, 438 pages.

ANNEXE A : TAUX DE RÉPONSE À L'ENQUÊTE ORGANISATIONNELLE

L'étude des contextes, le troisième volet de la recherche, a permis de regrouper les territoires de CSSS en 4 groupes distincts* (Roberge, Pineault, Hamel et al., 2007). Ces regroupements mettent ensemble des territoires de CSSS qui se ressemblent, notamment d'un point de vue organisationnel. Pour cette raison et pour faciliter la lecture transversale des données descriptives, l'ordre de présentation des territoires de CSSS dans les tableaux et les annexes suit la logique de ces regroupements.

*
Groupe 1 : Haut- Saint-Laurent, Suroît, La Pommeraie, Haute-Yamaska;
Groupe 2 : Jardins-Roussillon, Champlain, Pierre-Boucher, Haut-Richelieu-Rouville, Richelieu-Yamaska, Sorel-Tracy, Vaudreuil-Soulanges; Ouest-de-l'Île;
Groupe 3 : Dorval-Lachine-LaSalle, Sud-Ouest-Verdun, Pointe-de-Île, Saint-Léonard-Saint-Michel, Cavendish, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Ahuntsic et Montréal-Nord;
Groupe 4 : Lucille-Teasdale, La Montagne, Jeanne-Mance, Cœur-de-l'Île

Tableau A1 : Taux de réponse/CSSS Montréal

		Lucille-Teasdale	La Montagne	Jeanne-Mance	Coeur-de-l'île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest-Verdun	Pointe-de-l'île	Saint-Léonard et Saint-Michel	Cavendish	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Ouest-de-l'île	Montréal	Global N = 665
Organisations éligibles	Nombre d'organisations par territoire	36	85	53	32	28	23	26	22	32	31	38	34	440	665
	Taux de réponse	77,8	47,1	71,7	78,1	64,3	78,3	84,6	59,1	56,3	61,3	76,3	67,6	66,1	71,1

Tableau A2 : Taux de réponse selon la taille des organisations/CSSS Montréal

		Lucille-Teasdale	La Montagne	Jeanne-Mance	Coeur-de-l'île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest-Verdun	Pointe-de-l'île	Saint-Léonard et Saint-Michel	Cavendish	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Ouest-de-l'île	Montréal	Global N = 665
Taux de réponse selon la taille	Petit (1 à 3 omnipraticiens) (n=279)	63,2	42,4	70,4	65,0	57,9	60,0	86,7	42,9	45,5	50,0	71,4	56,5	57,0	62,1
	Moyen (4 à 9 omnipraticiens) (n=98)	90,0	58,3	68,8	100,0	75,0	87,5	83,3	33,3	75,0	100,0	87,5	100,0	80,6	83,2
	Grand (10 omnipraticiens et plus) (n=63)	100,0	57,1	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	100,0	80,0	84,1	87,2

Tableau A3 : Taux de réponse/CSSS Montérégie

		Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	Vaudreuil-Soulanges	Haut-Saint-Laurent	Suroît	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Montérégie	Global N = 665
Organisations éligibles	Nombre d'organisations par territoire	26	38	44	28	32	8	12	5	10	10	12	225	665
	Taux de réponse	80,8	76,3	77,3	75,0	87,5	87,5	75,0	100,0	70,0	100,0	91,7	80,9	71,1

Tableau A4 : Taux de réponse selon la taille des organisations/CSSS Montérégie

		Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	Vaudreuil-Soulanges	Haut-Saint-Laurent	Suroît	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Montérégie	Global N = 665
Taux de réponse selon la taille	Petit (1 à 3 omnipraticiens) (n=119)	85,7	66,7	64,0	72,2	82,4	100,0	60,0	100,0	50,0	100,0	85,7	73,9	62,1
	Moyen (4 à 9 omnipraticiens) (n=75)	85,7	80,0	92,9	71,4	88,9	80,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	86,6	83,2
	Grand (10 omnipraticiens et plus) (n=31)	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	93,5	87,2

**ANNEXE B : PORTRAIT DES RESSOURCES MÉDICALES ET
CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISATIONS DE SERVICES**

L'étude des contextes, le troisième volet de la recherche, a permis de regrouper les territoires de CSSS en 4 groupes distincts* (Roberge, Pineault, Hamel et al., 2007). Ces regroupements mettent ensemble des territoires de CSSS qui se ressemblent, notamment d'un point de vue organisationnel. Pour cette raison et pour faciliter la lecture transversale des données descriptives, l'ordre de présentation des territoires de CSSS dans les tableaux et les annexes suit la logique de ces regroupements.

*
Groupe 1 : Haut- Saint-Laurent, Suroît, La Pommeraie, Haute-Yamaska;
Groupe 2 : Jardins-Roussillon, Champlain, Pierre-Boucher, Haut-Richelieu-Rouville, Richelieu-Yamaska, Sorel-Tracy, Vaudreuil-Soulanges; Ouest-de-l'Île;
Groupe 3 : Dorval-Lachine-LaSalle, Sud-Ouest-Verdun, Pointe-de-Île, Saint-Léonard-Saint-Michel, Cavendish, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Ahuntsic et Montréal-Nord;
Groupe 4 : Lucille-Teasdale, La Montagne, Jeanne-Mance, Cœur-de-l'Île

Tableau B1 : Ressources médicales de première ligne/CSSS Montréal

		Lucille-Teasdale	La Montagne	Jeanne-Mance	Coeur-de-l'Île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest-Verdun	Pointe-de-l'Île	Saint-Léonard et Saint-Michel	Cavendish	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Ouest-de-l'Île	Montréal	Global N = 665
*Médecins-ETP	**Population	175 246	227 225	140 498	110 681	135 108	137 214	191 723	128 224	121 800	132 428	167 096	215 318	1 882 561	3 238 892
	MDs ETP	196,9	345,0	209,3	92,9	69,6	133,4	113,8	85,4	80,3	116,3	96,4	141,8	1 681,0	2 701,9
	Population / 1 MD (ratio)	890,2	658,6	671,4	1 191,7	1 941,5	1 028,7	1 685,3	1 501,6	1 516,3	1 138,4	1 734,1	1 518,3	1 119,9	1 198,7
	MDs-ETP /100 000 habitants (ratio)	112,3	151,8	148,9	83,9	51,5	97,2	59,3	66,6	66,0	87,8	57,7	65,9	89,3	83,4
Nombre de cliniques médicales	Total (privées et publiques)	36	85	53	32	28	23	26	22	32	31	38	34	440	665
	***CLSC	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	29	53
	GMF Sites principaux	-	2	3	-	-	1	1	-	-	-	-	-	7	26
	GMF Sites affiliés	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	3	15
	UMF	1	3	2	-	-	1	-	-	-	2	-	-	9	11

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

* Estimation du nombre de médecins équivalent temps plein travaillant dans des cliniques médicales de première ligne (voir définition annexe D).

** Population : Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ) projections pop. janvier 2005, diffusées par le MSSS, SDI.

*** Seuls les CLSC offrant des services médicaux généraux ont été comptabilisés.

Tableau B2 : Ressources médicales de première ligne/CSSS Montérégie

		Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	Vaudreuil-Soulanges	Haut-Saint-Laurent	Suroît	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Montérégie	Global N = 665
*Médecins-ETP	**Population	186 463	190 714	239 514	160 761	196 375	50 684	113 829	25 048	55 178	51 158	86 607	1 356 331	3 238 892
	MDs-ETP	112,0	188,5	201,4	107,0	156,6	29,5	52,4	15,0	44,8	56,4	57,3	1 020,9	2 701,9
	Population / 1 MD (ratio)	1 664,9	1 011,6	1 189,1	1 502,4	1 253,9	1 718,3	2 172,6	1 669,9	1 232,4	907,1	1 510,8	1 328,5	1 198,7
	MDs-ETP /100 000 habitants (ratio)	60,1	98,8	84,1	66,6	79,8	58,2	46,0	59,9	81,1	110,2	66,2	75,3	83,4
Nombre de cliniques médicales	<i>Total (privées et publiques)</i>	26	38	44	28	32	8	12	5	10	10	12	225	665
	***CLSC	4	2	4	4	5	-	1	-	2	2	-	24	53
	GMF Sites principaux	-	-	1	-	1	1	4	1	2	4	5	19	26
	GMF Sites affiliés	-	-	1	-	1	-	1	1	3	4	1	12	15
	UMF	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11

■ < Valeur globale - 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

* Estimation du nombre de médecins équivalent temps plein travaillant dans des cliniques médicales de première ligne (voir définition annexe D).

** Population : Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ) projections pop. janvier 2005, diffusées par le MSSS, SDI.

*** Seuls les CLSC offrant des services médicaux généraux ont été comptabilisés. Les points de services en Montérégie ont été considérés comme des entités organisationnelles distinctes, la plupart étant composé d'équipes médicales différentes et desservant des populations distinctes.

Tableau B3 : Vision : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale n= 28	La Montagne n= 40	Jeanne-Mance n= 38	Coeur-de-l'Île n= 25	Dorval-Lachine-LaSalle n= 18	Sud-Ouest-Verdun n= 18	Pointe-de-l'Île n= 22	Saint-Léonard et Saint-Michel n= 13	Cavendish n= 18	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent n= 19	Ahuntsic et Montréal-Nord n= 29	Ouest-de-l'Île n= 23	Montréal n= 291	Global n= 473
Personnes que votre clinique vise à rejoindre (v2)	Population du territoire	10,7	5,0	5,3	4,0	11,1	5,6	9,1	7,7	5,6	0,0	17,2	8,7	7,6	12,5
	Clientèle régulière de la clinique	64,3	80,0	71,1	84,0	88,9	77,8	68,2	76,9	83,3	89,5	72,4	87,0	77,7	75,1
	Tout individu	25,0	15,0	23,7	12,0	0,0	16,7	22,7	15,4	11,1	10,5	10,3	4,3	14,8	12,5
Ce qui est priorisé dans la clinique (v3)	Continuité	92,9	82,5	73,7	68,0	94,4	61,1	68,2	76,9	77,8	78,9	86,2	73,9	78,4	79,7
	Accessibilité	7,1	17,5	26,3	32,0	5,6	38,9	31,8	23,1	22,2	21,1	13,8	26,1	21,6	20,3
*Partage des valeurs communes quant à la mission et aux objectifs de la clinique (c5d)	Très en accord	25,0	35,0	39,5	32,0	22,2	33,3	18,2	46,2	27,8	57,9	27,6	47,8	34,0	37,2
*Il est important pour les médecins omnipraticiens de la clinique de travailler en équipe (c5e)	Très en accord	39,3	25,0	47,4	36,0	38,9	27,8	40,9	38,5	50,0	52,6	34,5	39,1	38,5	41,6
La clinique est une entreprise dont la rentabilité est importante (c5a)	Très en accord	17,9	15,0	10,5	16,0	11,1	16,7	9,1	15,4	27,8	5,3	17,2	13,0	14,4	17,1

* Les organisations « solo » ont été classées dans la catégorie inférieure (très en désaccord).

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B4 : Vision : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon n= 21	Champlain n= 29	Pierre-Boucher n= 34	Haut-Richelieu-Rouville n= 21	Richelieu-Yamaska n= 28	Sorel-Tracy n= 7	Vaudreuil-Soulanges n= 9	Haut-Saint-Laurent n= 5	Suroît n= 7	La Pommeraiie n= 10	Haute-Yamaska n= 11	Montérégie n= 182	Global n= 473
Personnes que votre clinique vise à rejoindre (v2)	Population du territoire	23,8	3,4	5,9	33,3	17,9	0,0	44,4	60,0	42,9	50,0	18,2	20,3	12,5
	Clientèle régulière de la clinique	76,2	82,8	76,5	57,1	71,4	85,7	55,6	40,0	57,1	50,0	81,8	70,9	75,1
	Tout individu	0,0	13,8	17,6	9,5	10,7	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	12,5
Ce qui est priorisé dans la clinique (v3)	Continuité	85,7	75,9	85,3	71,4	85,7	71,4	88,9	100,0	85,7	80,0	81,8	81,9	79,7
	Accessibilité	14,3	24,1	14,7	28,6	14,3	28,6	11,1	0,0	14,3	20,0	18,2	18,1	20,3
*Partage des valeurs communes quant à la mission et aux objectifs de la clinique (c5d)	Très en accord	42,9	37,9	41,2	19,0	46,4	14,3	44,4	40,0	71,4	70,0	63,6	42,3	37,2
*Il est important pour les médecins omnipraticiens de la clinique de travailler en équipe (c5e)	Très en accord	42,9	58,6	44,1	38,1	42,9	28,6	44,4	40,0	28,6	80,0	54,5	46,7	41,6
La clinique est une entreprise dont la rentabilité est importante (c5a)	Très en accord	23,8	17,2	8,8	38,1	14,3	0,0	22,2	20,0	14,3	50,0	45,5	21,4	17,1

* Les organisations « solo » ont été classées dans la catégorie inférieure (très en désaccord).

■ < Valeur globale – 25%
■ > Valeur globale + 25%

Tableau B5 : Ressources professionnelles (1) : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale	La Montagne	Jeanne-Mance	Coeur-de-l'Île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest-Verdun	Pointe-de-l'Île	Saint-Léonard et Saint-Michel	Cavendish	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Ouest-de-l'Île	Montréal	Global N = 665
Taille des cliniques médicales (taille4)	1 omnipraticien	30,6	55,3	34,0	34,4	46,4	17,4	38,5	50,0	53,1	51,6	44,7	52,9	43,9	39,8
	2 à 3 omnipraticiens	22,2	14,1	18,9	28,1	21,4	26,1	19,2	13,6	15,6	19,4	28,9	14,7	19,5	20,0
	4 à 9 omnipraticiens	27,8	14,1	30,2	25,0	28,6	34,8	23,1	22,7	25,0	9,7	21,1	17,6	22,3	26,0
	10 et plus omnipraticiens	19,4	16,5	17,0	12,5	3,6	21,7	19,2	13,6	6,3	19,4	5,3	14,7	14,3	14,1
Nombre de médecins équivalent temps plein dans la clinique (mdrpr4)	1 ETP	36,1	57,6	39,6	43,8	46,4	17,4	42,3	50,0	53,1	54,8	52,6	52,9	47,3	42,6
	2-3 ETP	25,0	17,6	24,5	34,4	32,1	39,1	19,2	18,2	25,0	19,4	31,6	17,6	24,3	23,8
	4-6 ETP	11,1	8,2	18,9	15,6	17,9	21,7	19,2	18,2	21,9	3,2	7,9	11,8	13,6	17,6
	≥ 7 ETP	27,8	16,5	17,0	6,3	3,6	21,7	19,2	13,6	0,0	22,6	7,9	17,6	14,8	16,1

 < Valeur globale - 25%
 > Valeur globale + 25%

Tableau B6 : Ressources professionnelles (1) : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	Vaudreuil-Soulanges	Haut-Saint-Laurent	Suroît	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Montérégie	Global N = 665
Taille des cliniques médicales (taille4)	1 omnipraticien	34,6	26,3	31,8	46,4	21,9	37,5	25,0	60,0	40,0	10,0	41,7	32,0	39,8
	2 à 3 omnipraticiens	19,2	21,1	25,0	17,9	31,3	0,0	16,7	0,0	20,0	20,0	16,7	20,9	20,0
	4 à 9 omnipraticiens	26,9	39,5	31,8	25,0	28,1	62,5	41,7	40,0	30,0	60,0	16,7	33,3	26,0
	10 et plus omnipraticiens	19,2	13,2	11,4	10,7	18,8	0,0	16,7	0,0	10,0	10,0	25,0	13,8	14,1
Nombre de médecins équivalent temps plein dans la clinique (mdrpr4)	1 ETP	34,6	28,9	34,1	46,4	25,0	37,5	25,0	60,0	40,0	10,0	41,7	33,3	42,6
	2-3 ETP	23,1	21,1	27,3	17,9	31,3	25,0	16,7	0,0	20,0	20,0	16,7	22,7	23,8
	4-6 ETP	23,1	26,3	20,5	17,9	25,0	25,0	41,7	40,0	30,0	50,0	16,7	25,3	17,6
	≥ 7 ETP	19,2	23,7	18,2	17,9	18,8	12,5	16,7	0,0	10,0	20,0	25,0	18,7	16,1



 < Valeur globale - 25%
 > Valeur globale + 25%

Tableau B7 : Ressources professionnelles (2) : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale n= 28	La Montagne n= 40	Jeanne-Mance n= 38	Coeur-de-l'Île n= 25	Dorval-Lachine-LaSalle n= 18	Sud-Ouest-Verdun n= 18	Pointe-de-l'Île n= 22	Saint-Léonard et Saint-Michel n= 13	Cavendish n= 18	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent n= 19	Ahuntsic et Montréal-Nord n= 29	Ouest-de-l'Île n= 23	Montréal n= 291	Global n= 473
Implication des médecins dans la clinique (Implication)	Élevé	35,7	42,5	26,3	40,0	33,3	11,1	36,4	23,1	38,9	36,8	44,8	39,1	35,1	36,8
Ancienneté des médecins dans la clinique (Tous/La plupart) (a1c)	> 5 ans	82,1	72,5	73,7	80,0	83,3	83,3	81,8	92,3	83,3	78,9	79,3	56,5	77,7	77,0
Principal mode rémunération (a2)	À l'acte	85,7	87,5	89,5	92,0	88,9	77,8	86,4	84,6	88,9	89,5	93,1	91,3	88,3	88,4
	Au temps	14,3	7,5	7,9	4,0	11,1	16,7	9,1	7,7	11,1	10,5	6,9	8,7	9,2	9,1
	Mixte	0,0	5,0	2,6	4,0	0,0	5,6	4,5	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	2,5
Présence d'infirmière dans la clinique (a1dr2)	Oui	32,2	40,0	42,1	8,0	22,2	61,1	18,1	23,1	22,3	36,9	24,1	30,4	31,0	36,6
Rôle de l'infirmière(PB)	*Rôle élargi (novateur)	14,3	22,5	23,7	8,0	22,2	38,9	13,6	15,4	16,7	21,1	10,3	17,4	18,6	22,4

* Rôle élargie : Suivi systématique de certaines clientèles / liaison et coordination inter-organisationnelle / Participant aux décisions cliniques.

■ < Valeur globale – 25%
■ > Valeur globale + 25%

Tableau B8 : Ressources professionnelles (2) : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon n= 21	Champlain n= 29	Pierre-Boucher n= 34	Haut-Richelieu-Rouville n= 21	Richelieu-Yamaska n= 28	Sorel-Tracy n= 7	Vaudreuil-Soulanges n= 9	Haut-Saint-Laurent n= 5	Suroît n= 7	La Pommeraie n= 10	Haute-Yamaska n= 11	Montérégie n= 182	Global n= 473
Implication des médecins dans la clinique (Implication)	Élevé	38,1	34,5	29,4	38,1	28,6	42,9	33,3	80,0	71,4	60,0	63,6	39,6	36,8
Ancienneté des médecins dans la clinique (Tous/La plupart) (a1c)	> 5 ans	76,2	65,5	79,4	81,0	71,4	100,0	88,9	100,0	85,7	70,0	54,5	75,8	77,0
Principal mode rémunération (a2)	À l'acte	81,0	89,7	91,2	90,5	82,1	100,0	100,0	100,0	71,4	80,0	100,0	88,5	88,6
	Au temps	19,0	6,9	8,8	9,5	14,3	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	8,8	9,1
	Mixte	0,0	3,4	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	14,3	20,0	0,0	2,7	2,3
Présence d'infirmière dans la clinique (a1dr2)	Oui	33,4	27,5	38,2	23,8	50,0	57,2	88,9	60	57,1	90	72,7	45,6	36,6
Rôle de l'infirmière(PB)	*Rôle élargi (novateur)	28,6	3,4	23,5	4,8	17,9	28,6	77,8	60,0	57,1	90,0	54,5	28,6	22,4

* Rôle élargi : Suivi systématique de certaines clientèles / liaison et coordination inter-organisationnelle / Participant aux décisions cliniques.

■ < Valeur globale - 25%
■ > Valeur globale + 25%

Tableau B9 : Ressources spécialisées – Technologies d'information : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale n= 28	La Montagne n= 40	Jeanne-Mance n= 38	Coeur-de-l'Île n= 25	Dorval-Lachine-LaSalle n= 18	Sud-Ouest-Verdun n= 18	Pointe-de-l'Île n= 22	Saint-Léonard et Saint-Michel n= 13	Cavendish n= 18	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent n= 19	Ahuntsic et Montréal-Nord n= 29	Ouest-de-l'Île n= 23	Montréal n= 291	Global n= 473
Ressources professionnelles sur place (Même immeuble) (d6_9_r)	MDS spécialistes + prof. de la santé	46,4	52,5	39,5	56,0	50,0	66,7	31,8	46,2	38,9	52,6	34,5	56,5	47,1	47,1
	MDS spécialistes (seulement)	3,6	10,0	2,6	4,0	5,6	0,0	4,5	0,0	16,7	10,5	13,8	4,4	6,5	5,1
	Prof. de la santé (non médecin, seulement)	17,9	12,5	34,2	20,0	22,2	16,7	40,9	15,4	22,2	21,1	24,1	21,7	22,7	26,2
Plateau technique sur place (a9_r)	Prélèvement + radiologie	10,7	7,5	5,3	0,0	0,0	5,6	13,6	7,7	5,6	10,5	3,5	8,7	6,5	7,0
	Prélèvement (seulement)	28,6	40,0	44,7	20,0	44,4	61,1	18,2	23,1	33,3	26,3	20,7	65,2	35,7	39,5
	Radiologie (seulement)	3,6	0,0	0,0	4,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	5,3	13,8	0,0	2,8	3,4
Technologie de l'information (Ti) disponible (r6_r)	Moyen/ élevé (>3Ti)	10,7	27,5	15,8	0,0	5,6	27,8	22,7	0,0	11,1	15,8	10,3	4,4	13,8	18,0

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B10 : Ressources spécialisées – Technologies d'information : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	Vaudreuil-Soulanges	Haut-Saint-Laurent	Suroît	La Pommeraiè	Haute-Yamaska	Montérégie	Global
		n= 21	n= 29	n= 34	n= 21	n= 28	n= 7	n= 9	n= 5	n= 7	n= 10	n= 11	n= 182	n= 473
Ressources professionnelles sur place (Même immeuble) (d6_9_r)	MDS spécialistes + prof. de la santé	38,1	62,1	55,9	38,1	25,0	71,4	77,8	20,0	28,6	60,0	45,5	47,3	47,1
	MDS spécialistes (seulement)	0,0	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	2,7	5,1
	Prof. de la santé (non médecin, seulement)	42,9	13,8	29,4	33,3	67,9	14,3	0,0	20,0	42,9	20,0	18,2	31,9	26,2
Plateau technique sur place (a9_r)	Prélèvement + radiologie	0,0	17,2	8,8	0,0	10,7	0,0	11,1	0,0	0,0	20,0	0,0	7,7	7,0
	Prélèvement (seulement)	38,1	44,8	41,2	52,4	57,1	14,3	66,7	20,0	42,9	10,0	81,8	45,6	39,5
	Radiologie (seulement)	14,3	0,0	8,8	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	14,3	0,0	0,0	4,4	3,4
Technologie de l'information (Ti) disponible (r6_r)	Moyen/ élevé (≥3Ti)	23,8	6,9	11,8	9,5	14,3	57,1	55,6	60,0	57,1	70,0	45,5	24,7	18,0

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B11 : Structure organisationnelle – Solo et Groupe : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale	La Montagne	Jeanne-Mance	Coeur-de-l'Île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest-Verdun	Pointe-de-l'Île	Saint-Léonard et Saint-Michel	Cavendish	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Ouest-de-l'Île	Montréal	Global N = 665
Organisation Solo et Groupe (groupe 2)	Solo	30,6	55,3	34,0	34,4	46,4	17,4	38,5	50,0	53,1	51,6	44,7	52,9	43,9	39,8
	Groupe	69,4	44,7	66,0	65,6	53,6	82,6	61,5	50,0	46,9	48,4	55,3	47,1	56,1	60,2

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B12 : Structure organisationnelle – Caractéristiques des groupes de médecins* : Proportion des organisations « en groupe » par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale	La Montagne	Jeanne-Mance	Coeur-de-l'Île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest-Verdun	Pointe-de-l'Île	Saint-Léonard et Saint-Michel	Cavendish	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Ouest-de-l'Île	Montréal	Global N = 318
Présence d'un médecin responsable ou désigné (a3_r)	Oui	68,4	47,6	51,9	27,8	50,0	60,0	71,4	55,6	54,5	75,0	81,3	57,1	57,5	64,8
Partage des ressources entre les omnipraticiens (S6)	Beaucoup	31,6	47,6	59,3	27,8	20,0	26,7	35,7	33,3	54,5	66,7	56,3	42,9	43,0	46,2
Partage des activités cliniques entre les omnipraticiens (a5_r)	Beaucoup	73,7	76,2	70,4	44,4	70,0	86,7	78,6	66,7	81,8	83,3	68,8	50,0	70,4	74,2
Structure de coordination entre les professionnels de la clinique: coordination intra informelle et formelle (S7)	Formelle	31,6	42,9	33,3	22,2	30,0	46,7	42,9	44,4	36,4	58,3	50,0	42,9	39,2	41,2
	Informelle	52,6	33,3	51,9	55,6	60,0	33,3	42,9	22,2	54,5	41,7	37,5	35,7	44,1	44,7

* Données descriptives des organisations en groupe (N = 318).

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B13 : Structure organisationnelle – Solo et Groupe : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	Vaudreuil-Soulanges	Haut-Saint-Laurent	Suroît	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Montérégie	Global N = 665
Organisation Solo et Groupe (groupe 2)	Solo	34,6	26,3	31,8	46,4	21,9	37,5	25,0	60,0	40,0	10,0	41,7	32,0	39,8
	Groupe	65,4	73,7	68,2	53,6	78,1	62,5	75,0	40,0	60,0	90,0	58,3	68,0	60,2

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B14 : Structure organisationnelle – Caractéristiques des groupes de médecins* : Proportion des organisations « en groupe » par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	Vaudreuil-Soulanges	Haut-Saint-Laurent	Suroît	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Montérégie	Global N = 318
Présence d'un médecin responsable ou désigné (a3_r)	Oui	78,6	75,0	65,4	81,8	63,6	50,0	85,7	100,0	83,3	100,0	85,7	75,0	64,8
Partage des ressources entre les omnipraticiens (S6)	Beaucoup	50,0	58,3	42,3	36,4	45,5	25,0	100,0	100,0	0,0	66,7	71,4	50,8	46,2
Partage des activités cliniques entre les omnipraticiens (a5_r)	Beaucoup	78,6	79,2	65,4	81,8	72,7	100,0	85,7	100,0	83,3	100,0	100,0	79,5	74,2
Structure de coordination entre les professionnels de la clinique: coordination intra informelle et formelle (S7)	Formelle	21,4	41,7	42,3	45,5	40,9	0,0	57,1	50,0	33,3	88,9	71,4	43,9	41,2
	Informelle	64,3	45,8	50,0	18,2	50,0	75,0	42,9	50,0	66,7	11,1	28,6	45,5	44,7

* Données descriptives des organisations en groupe (N = 318).

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B15 : Structure organisationnelle – Liaisons inter-organisationnelles : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale n= 28	La Montagne n= 40	Jeanne-Mance n= 38	Coeur-de-l'île n= 25	Dorval-Lachine-LaSalle n= 18	Sud-Ouest-Verdun n= 18	Pointe-de-l'île n= 22	Saint-Léonard et Saint-Michel n= 13	Cavendish n= 18	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent n= 19	Ahuntsic et Montréal-Nord n= 29	Ouest-de-l'île n= 23	Montréal n= 291	Global n= 473
Participation des médecins à des comités régionaux (SA)	Oui	39,3	22,5	34,2	24,0	38,9	44,4	40,9	23,1	33,3	47,4	37,9	43,5	35,1	40,2
Participation à un réseau d'accessibilité / à un système régional de garde (P3)	Oui	7,1	12,5	2,6	0,0	0,0	11,1	9,1	7,7	5,6	15,8	0,0	0,0	5,8	9,3
Affiliations organisationnelles (b19countr)	Première ligne	67,9	60,0	71,1	64,0	61,1	72,2	59,1	76,9	61,1	73,7	55,2	56,5	64,3	63,4
Affiliations organisationnelles (b18countr)	Centre hospitalier	67,9	62,5	57,9	68,0	55,6	77,8	68,2	53,8	66,7	68,4	55,2	65,2	63,6	65,8
Entente de collaboration première ligne (colltab)	Existence d'ententes	50,0	55,0	57,9	44,0	33,3	50,0	50,0	30,8	55,6	57,9	48,3	47,8	49,8	49,9
Partenaires / collaboration première ligne (colltab)	Intra-territoire	50,0	52,5	44,7	44,0	27,8	50,0	50,0	23,1	50,0	57,9	44,8	47,8	46,4	46,9
	Extra-territoire	14,3	12,5	29,0	4,0	11,2	11,1	13,6	23,1	22,3	26,3	17,2	17,4	16,8	15,7
Entente de collaboration Centre hospitalier (colltc)	Existence d'ententes	42,9	60,0	55,3	32,0	50,0	50,0	50,0	30,8	50,0	47,4	41,4	43,5	47,5	48,9
Partenaires / collaboration Centre hospitalier (colltc)	Intra-territoire	42,8	55,0	44,7	28,0	44,4	50,0	0,0	7,7	0,0	47,4	20,6	39,1	34,4	37,9
	Extra-territoire	6,0	12,5	26,3	12,0	27,8	11,1	50,0	23,1	50,0	5,3	31,0	34,7	24,8	23,5

■ < Valeur globale – 25%
■ > Valeur globale + 25%

Tableau B16 : Structure organisationnelle – Liaisons inter-organisationnelles : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon n= 21	Champlain n= 29	Pierre-Boucher n= 34	Haut-Richelieu-Rouville n= 21	Richelieu-Yamaska n= 28	Sorel-Tracy n= 7	Vaudreuil-Soulanges n= 9	Haut-Saint-Laurent n= 5	Suroît n= 7	La Pommeraiie n= 10	Haute-Yamaska n= 11	Montérégie n= 182	Global n= 473
Participation des médecins à des comités régionaux (SA)	Oui	23,8	37,9	44,1	33,3	57,1	57,1	66,7	60,0	57,1	90,0	72,7	48,4	40,2
Participation à un réseau d'accessibilité / à un système régional de garde (P3)	Oui	0,0	17,2	5,9	9,5	14,3	0,0	33,3	20,0	57,1	40,0	18,2	14,8	9,3
Affiliations organisationnelles (b19countr)	Première ligne	71,4	69,0	64,7	66,7	53,6	71,4	66,7	40,0	57,1	60,0	36,4	62,1	63,4
Affiliations organisationnelles (b18countr)	Centre hospitalier	57,1	62,1	61,8	66,7	78,6	57,1	66,7	60,0	100,0	100,0	81,8	69,2	65,8
Entente de collaboration première ligne (colltab)	Existence d'ententes	47,6	41,4	35,3	33,3	39,3	28,6	88,9	100,0	100,0	80,0	81,8	50,0	49,9
Partenaires / collaboration première ligne (colltab)	Intra-territoire	33,3	41,3	35,3	33,3	39,3	28,6	88,9	80,0	100,0	80,0	81,9	47,8	46,9
	Extra-territoire	33,3	10,3	14,7	0,0	0,0	14,3	0,0	60,0	0,0	10,0	45,5	13,7	15,7
Entente de collaboration Centre hospitalier (colltc)	Existence d'ententes	57,1	41,4	32,4	47,6	35,7	42,9	66,7	100,0	85,7	90,0	81,8	51,1	48,9
Partenaires / collaboration Centre hospitalier (colltc)	Intra-territoire	57,1	41,3	26,4	38,1	35,7	42,9	0,0	80,0	85,7	90,0	54,6	43,4	37,9
	Extra-territoire	23,8	24,1	29,4	9,5	7,1	0,0	66,7	40,0	0,0	10,0	36,4	21,4	23,5

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B17 : Pratique organisationnelle – Disponibilité des services : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale n= 28	La Montagne n= 40	Jeanne-Mance n= 38	Coeur-de-l'Île n= 25	Dorval-Lachine-LaSalle n= 18	Sud-Ouest-Verdun n= 18	Pointe-de-l'Île n= 22	Saint-Léonard et Saint-Michel n= 13	Cavendish n= 18	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent n= 19	Ahuntsic et Montréal-Nord n= 29	Ouest-de-l'Île n= 23	Montréal n= 291	Global n= 473
Couverture temporelle (P1)	Élevée : Services en soirée et fin de semaine	28,6	7,5	10,5	12,0	0,0	27,8	13,6	23,1	22,2	5,3	17,2	13,0	14,4	16,1
	Faible : Services sur semaine seulement	60,7	67,5	68,4	60,0	83,3	50,0	59,1	53,8	66,7	63,2	51,7	60,9	62,5	59,4
Système de garde sur appel (B3)	Patients réguliers de la clinique	17,9	45,0	26,3	16,0	22,2	33,3	18,2	30,8	27,8	21,1	6,9	8,7	23,4	26,4
	Personnes qui n'ont pas de dossier à la clinique	0,0	10,0	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,9

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B18 : Pratique organisationnelle – Disponibilité des services : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon n= 21	Champlain n= 29	Pierre-Boucher n= 34	Haut-Richelieu-Rouville n= 21	Richelieu-Yamaska n= 28	Sorel-Tracy n= 7	Vaudreuil-Soulanges n= 9	Haut-Saint-Laurent n= 5	Suroît n= 7	La Pommeraie n= 10	Haute-Yamaska n= 11	Montérégie n= 182	Global n= 473
Couverture temporelle (P1)	Élevée : Services en soirée et fin de semaine	14,3	6,9	11,8	14,3	39,3	14,3	22,2	0,0	28,6	30,0	27,3	18,7	16,1
	Faible : Services sur semaine seulement	66,7	58,6	58,8	42,9	42,9	57,1	44,4	80,0	71,4	60,0	36,4	54,4	59,4
Système de garde sur appel (B3)	Patients réguliers de la clinique	28,6	10,3	8,8	33,3	25,0	28,6	33,3	80,0	85,7	90,0	63,6	31,3	26,4
	Personnes qui n'ont pas de dossier à la clinique	4,8	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	1,6	1,9

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B19 : Pratique organisationnelle – Services offerts : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale n= 28	La Montagne n= 40	Jeanne-Mance n= 38	Coeur-de-l'Île n= 25	Dorval-Lachine-LaSalle n= 18	Sud-Ouest-Verdun n= 18	Pointe-de-l'Île n= 22	Saint-Léonard et Saint-Michel n= 13	Cavendish n= 18	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent n= 19	Ahuntsic et Montréal-Nord n= 29	Ouest-de-l'Île n= 23	Montréal n= 291	Global n= 473
Mode consultation (PZ)	Majoritairement sans rendez-vous (0-50% consultations)	25,0	12,5	26,3	56,0	5,6	16,7	40,9	46,2	16,7	36,8	24,1	17,4	26,1	22,6
	Mixte (25%-50% sur rendez-vous)	21,4	15,0	15,8	0,0	16,7	27,8	18,2	15,4	16,7	10,5	17,2	8,7	15,1	15,6
	Majoritairement sur rendez-vous (0-25% consultations)	53,6	72,5	57,9	44,0	77,8	55,6	40,9	38,5	66,7	52,6	58,6	73,9	58,8	61,7
Lieux de consultation (b11a_r)	À domicile	25,0	22,5	13,2	16,0	22,2	50,0	18,2	30,8	22,2	21,1	20,7	34,8	23,4	28,8
Continuum des services offerts (P7)	Très étendu	35,7	27,5	7,6	8,0	16,7	27,8	22,7	23,1	27,8	10,5	17,2	34,8	21,3	27,3
	Étendu	21,4	42,5	23,7	32,0	38,9	33,3	27,3	23,1	44,4	36,8	20,7	26,1	30,6	30,2
	Restreint	42,9	30,0	68,4	60,0	44,4	38,9	50,0	53,8	27,8	52,6	62,1	39,1	48,1	42,5
Prise en charge des maladies chroniques (P9)	Toujours / souvent	50,0	35,0	36,8	36,0	50,0	27,8	31,8	23,1	44,4	31,6	31,0	39,1	36,8	33,8
Soutien pour la prise de R.V. auprès des spécialistes (PA)	+ de soutien	39,3	60,0	39,5	24,0	33,3	27,8	31,8	23,1	44,4	47,4	20,7	39,1	37,5	35,7

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B20 : Pratique organisationnelle – Services offerts : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon n= 21	Champlain n= 29	Pierre-Boucher n= 34	Haut-Richelieu-Rouville n= 21	Richelieu-Yamaska n= 28	Sorel-Tracy n= 7	Vaudreuil-Soulanges n= 9	Haut-Saint-Laurent n= 5	Suroît n= 7	La Pommeraiie n= 10	Haute-Yamaska n= 11	Montérégie n= 182	Global n= 473
Mode consultation (PZ)	Majoritairement sans rendez-vous (0-50 % consultations)	14,3	27,6	11,8	14,3	25,0	14,3	22,2	0,0	14,3	20,0	0,0	17,0	22,6
	Mixte (25%-50% sur rendez-vous)	14,3	13,8	23,5	14,3	7,1	0,0	44,4	20,0	0,0	10,0	36,4	16,5	15,6
	Majoritairement sur rendez-vous (0-25% consultations)	71,4	58,6	64,7	71,4	67,9	85,7	33,3	80,0	85,7	70,0	63,6	66,5	61,7
Lieux de consultation (b11a_r)	À domicile	47,6	20,7	11,8	23,8	50,0	14,3	44,4	80,0	71,4	80,0	63,6	37,4	28,8
Continuum des services offerts (P7)	Très étendu	47,6	31,0	20,6	33,3	46,4	14,3	44,4	40,0	28,6	70,0	45,5	36,8	27,3
	Étendu	38,1	31,0	35,3	28,6	39,3	14,3	11,1	20,0	28,6	20,0	9,1	29,7	30,2
	Restreint	14,3	37,9	44,1	38,1	14,3	71,4	44,4	40,0	42,9	10,0	45,5	33,5	42,5
Prise en charge des maladies chroniques (P9)	Toujours / souvent	42,9	13,8	29,4	38,1	21,4	28,6	22,2	80,0	0,0	30,0	45,5	29,1	33,8
Soutien pour la prise de R.V. auprès des spécialistes (PA)	+ de soutien	23,8	24,1	38,2	33,3	39,3	0,0	55,6	80,0	14,3	40,0	27,3	33,0	35,7

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

Tableau B21 : Pratique organisationnelle – Références : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montréal

		Lucille-Teasdale n= 28	La Montagne n= 40	Jeanne-Mance n= 38	Coeur-de-l'Île n= 25	Dorval-Lachine-LaSalle n= 18	Sud-Ouest-Verdun n= 18	Pointe-de-l'Île n= 22	Saint-Léonard et Saint-Michel n= 13	Cavendish n= 18	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent n= 19	Ahuntsic et Montréal-Nord n= 29	Ouest-de-l'Île n= 23	Montréal n= 291	Global n= 473
Références/ Plateau technique sur place (radiologie ou prélèvement) (a9_f)	Cliniques 1 ^{re} ligne ou CLSC	85,7	37,5	57,9	56,0	27,8	22,2	81,8	84,6	55,6	84,2	89,7	60,9	61,5	70,6
	Centres hospitaliers	53,6	80,0	89,5	100,0	94,4	83,3	45,5	69,2	88,9	68,4	79,3	87,0	78,7	72,9
Références/ Médecins spécialistes (Toujours/ souvent) (b22)	Bureaux privés	85,7	95,0	81,6	88,0	100,0	88,9	90,9	100,0	100,0	94,8	100,0	100,0	92,8	93,8
	Centres hospitaliers	64,3	65,0	73,7	84,0	44,4	72,2	63,6	84,6	77,8	79,0	89,6	52,2	70,8	70,2
	Urgence de l'hôpital	28,6	17,5	34,2	24,0	16,7	33,3	36,4	23,1	16,7	15,8	31,0	26,0	25,8	25,0

■ < Valeur globale – 25%
■ > Valeur globale + 25%

Tableau B22 : Pratique organisationnelle – Références : Proportion des organisations par territoire de CSSS, par région et pour l'ensemble/Montérégie

		Jardins-Roussillon n= 21	Champlain n= 29	Pierre-Boucher n= 34	Haut-Richelieu-Rouville n= 21	Richelieu-Yamaska n= 28	Sorel-Tracy n= 7	Vaudreuil-Soulanges n= 9	Haut-Saint-Laurent n= 5	Suroît n= 7	La Pommeraie n= 10	Haute-Yamaska n= 11	Montérégie n= 182	Global n= 473
Références/ Plateau technique sur place (radiologie ou prélèvement) (a9_f)	Cliniques 1 ^{re} ligne ou CLSC	90,5	86,2	88,2	85,7	85,7	42,9	100,0	80,0	100,0	70,0	81,8	85,2	70,6
	Centres hospitaliers	61,9	51,7	41,2	76,2	71,4	100,0	33,3	100,0	71,4	70,0	100,0	63,7	72,9
Références/ Médecins spécialistes (Toujours/ souvent) (b22)	Bureaux privés	100,0	100,0	97,1	100,0	96,4	71,4	88,9	100,0	71,4	100,0	90,9	95,6	93,8
	Centres hospitaliers	52,4	65,5	61,7	76,2	60,7	100,0	66,7	80,0	100,0	100,0	72,7	69,2	70,2
	Urgence de l'hôpital	19,0	27,5	23,5	28,6	17,9	14,3	22,2	20,0	14,3	50,0	18,2	23,6	25,0

■ < Valeur globale – 25%
 ■ > Valeur globale + 25%

**ANNEXE C : ORGANISATIONS DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET
SOURCES HABITUELLES DE SOINS**

L'étude des contextes, le troisième volet de la recherche, a permis de regrouper les territoires de CSSS en 4 groupes distincts* (Roberge, Pineault, Hamel et al., 2007). Ces regroupements mettent ensemble des territoires de CSSS qui se ressemblent, notamment d'un point de vue organisationnel. Pour cette raison et pour faciliter la lecture transversale des données descriptives, l'ordre de présentation des territoires de CSSS dans les tableaux et les annexes suit la logique de ces regroupements.

*
Groupe 1 : Haut- Saint-Laurent, Suroît, La Pommeraie, Haute-Yamaska;
Groupe 2 : Jardins-Roussillon, Champlain, Pierre-Boucher, Haut-Richelieu-Rouville, Richelieu-Yamaska, Sorel-Tracy, Vaudreuil-Soulanges; Ouest-de-l'Île;
Groupe 3 : Dorval-Lachine-LaSalle, Sud-Ouest-Verdun, Pointe-de-Île, Saint-Léonard-Saint-Michel, Cavendish, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Ahuntsic et Montréal-Nord;
Groupe 4 : Lucille-Teasdale, La Montagne, Jeanne-Mance, Cœur-de-l'Île

Tableau C1 : Les sources habituelles de soins de première ligne/ CSSS Montréal

		Lucille-Teasdale	La Montagne	Jeanne-Mance	Coeur-de-l'île	Dorval-Lachine-LaSalle	Sud-Ouest-Verdun	Pointe-de-l'île	Saint-Léonard et Saint-Michel	Cavendish	Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Ouest-de-l'Île	Montréal	Global
*Proportion de la population selon les sources habituelles de soins (%) (QB1fin_rec) (n=9 206) (avec pondération)	Pas d'utilisation (2 ans)	15,0	19,6	13,4	19,1	12,0	12,8	12,6	14,6	15,0	16,9	18,0	11,3	15,0	14,1
	Première ligne	68,7	56,5	71,8	67,9	71,7	72,4	70,7	70,9	70,9	67,0	61,8	71,5	68,0	72,1
	Urgence CH	2,5	3,4	3,6	3,0	4,3	2,8	2,2	1,7	2,6	1,9	3,5	2,2	2,8	2,7
	Cliniques spécialisées, spécialistes clinique externe CH	6,6	14,3	5,5	5,5	8,7	8,3	5,5	8,1	7,8	9,1	6,0	9,9	8,2	6,3
	Autres	7,2	6,2	5,7	4,5	3,8	3,8	9,1	4,8	3,7	5,1	10,6	5,1	6,0	4,8
Indice de dépendance (%) (n = 6 630) (avec pondération)	De la population (IDP)	65,2	66,6	61,0	45,1	60,4	67,0	61,5	42,6	48,5	69,0	53,4	76,7	97,7	
	Des ressources (IDR)	48,5	36,2	45,0	51,3	74,7	67,0	87,1	59,6	58,2	67,3	71,2	84,0	94,3	

*Données provenant de l'enquête populationnelle (Levesque, Pineault, Simard et al., 2007); les territoires de CSSS correspondent aux territoires de résidence des personnes.

Tableau C2 : Les sources habituelles de soins de première ligne/CSSS Montérégie

		Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Sorel-Tracy	Vaudreuil-Soulanges	Haut-Saint-Laurent	Suroît	La Pommeraie	Haute-Yamaska	Montérégie	Global
*Proportion de la population selon les sources habituelles de soins (%) (QB1fin_rec) (n=9 206) (avec pondération)	Pas d'utilisation (2 ans)	12,0	11,6	12,0	18,5	10,9	15,1	11,7	13,0	11,3	12,2	16,4	12,9	14,1
	Première ligne	78,6	80,1	77,5	74,1	82,7	68,4	77,9	72,5	79,9	77,6	78,3	78,1	72,1
	Urgence CH	2,4	0,6	2,4	2,9	0,2	5,9	2,6	7,2	5,7	4,1	3,7	2,4	2,7
	Cliniques spécialisées, spécialistes clinique externe CH	3,8	4,2	4,9	2,9	2,0	5,9	4,5	4,3	1,9	2,0	1,2	3,6	6,3
	Autres	3,2	3,5	3,1	1,6	4,2	4,6	3,2	2,9	1,3	4,1	0,4	3,0	4,8
Indice de dépendance (%) (n = 6 630) (avec pondération)	De la population (IDP)	70,7	76,3	76,6	81,0	88,1	82,5	74,6	81,6	78,6	84,7	93,0	92,7	
	Des ressources (IDR)	89,1	74,2	77,8	89,3	85,4	88,5	88,0	78,4	79,2	82,5	89,2	97,0	

*Données provenant de l'enquête populationnelle (Levesque, Pineault, Simard et al., 2007); les territoires de CSSS correspondent aux territoires de résidence des personnes.

Figure C1 : Affiliation des résidents du territoire de Lucille-Teasdale

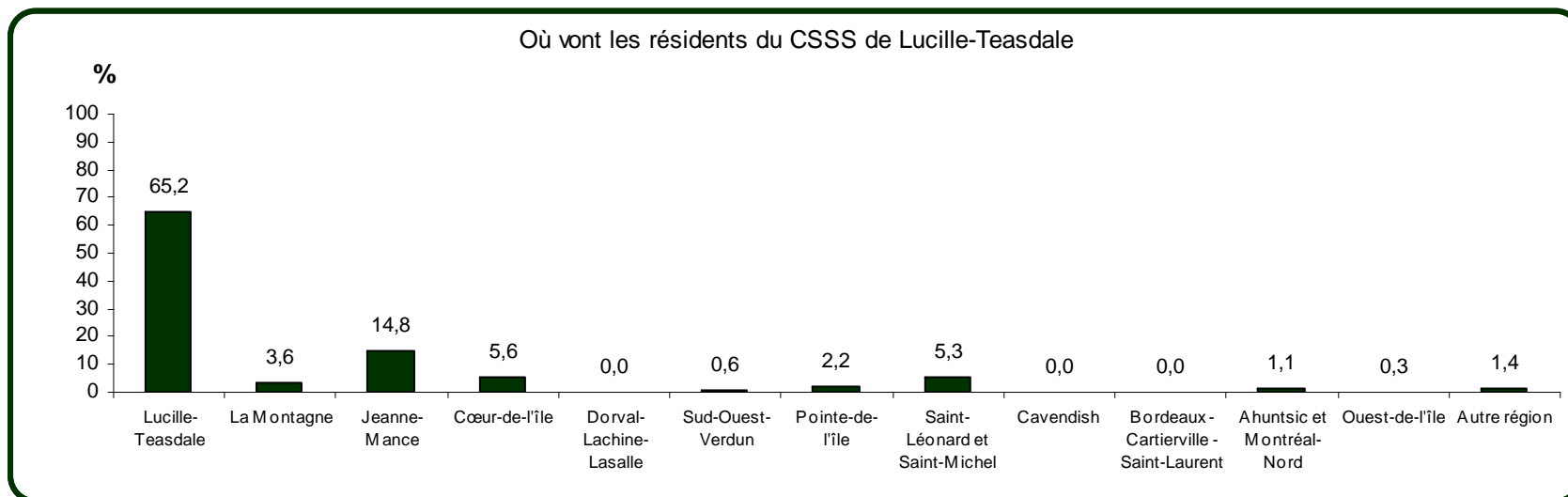
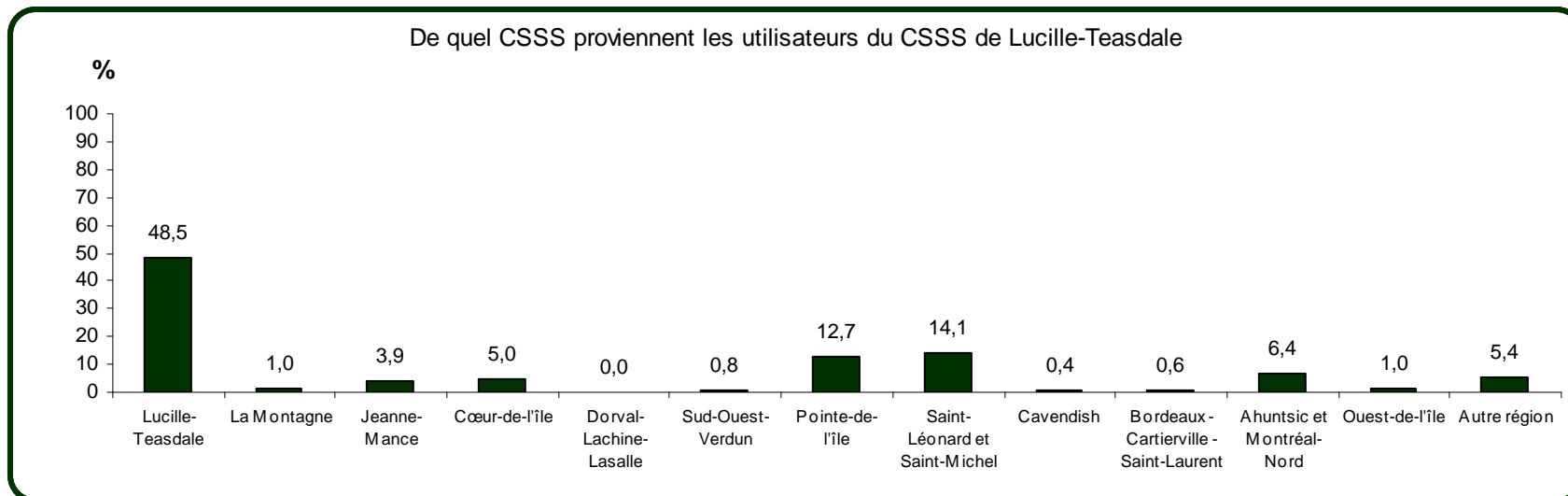
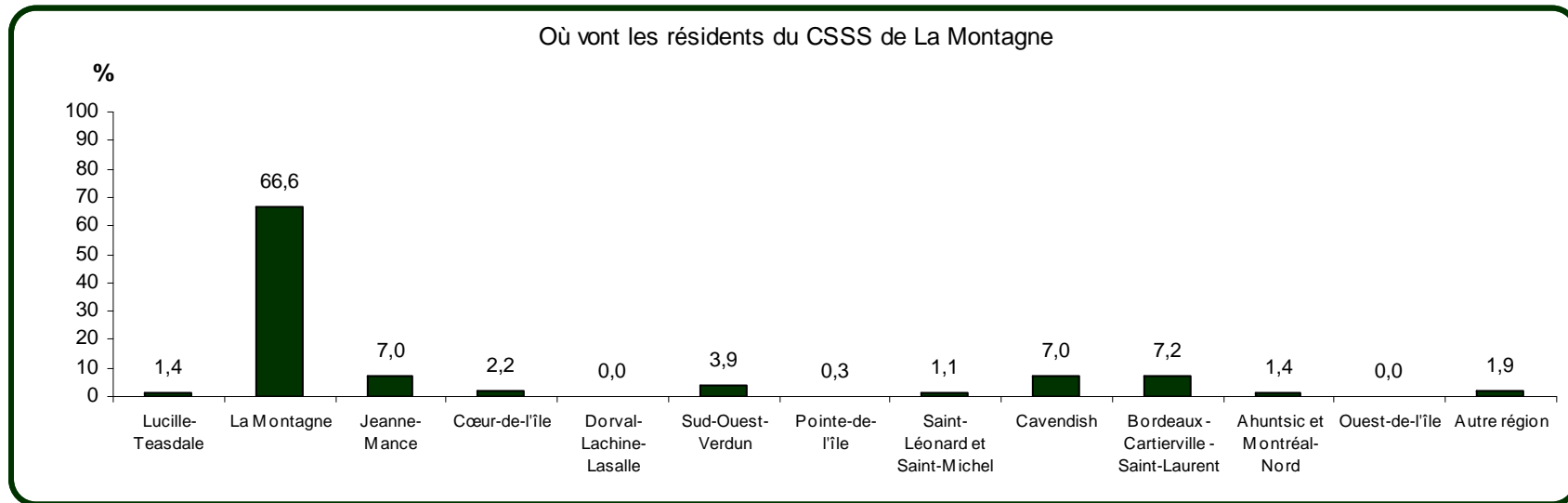
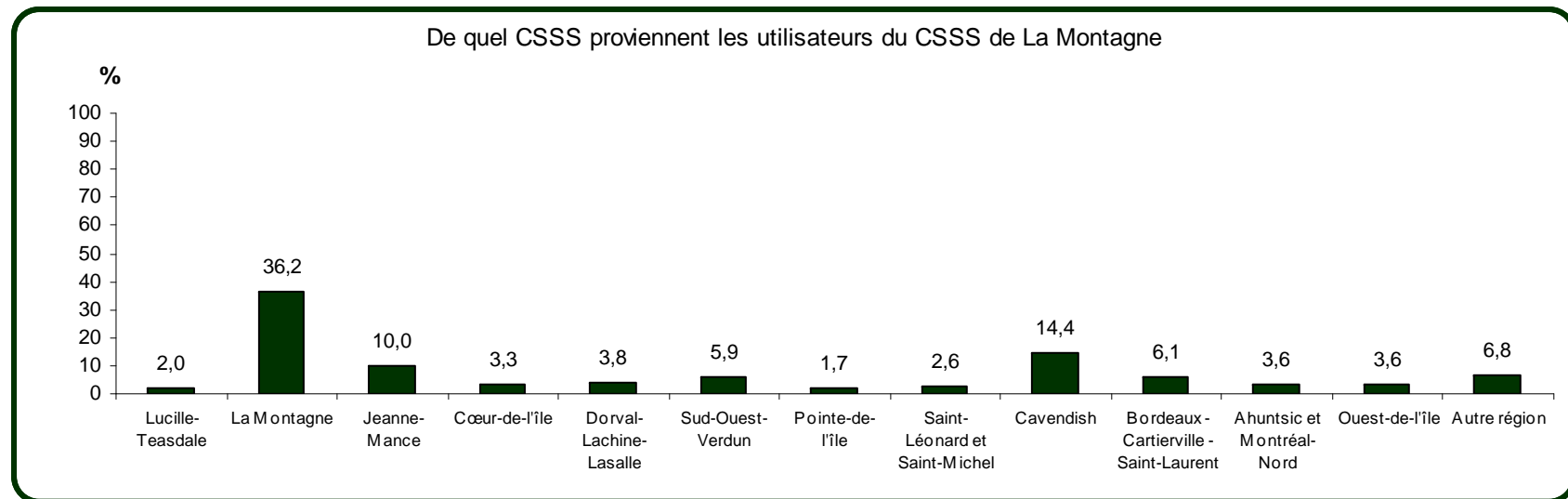


Figure C2 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Lucille-Teasdale



N = 6 630; avec pondération

Figure C3 : Affiliation des résidents du territoire de La Montagne**Figure C4 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de La Montagne**

N = 6 630; avec pondération

Figure C5 : Affiliation des résidents du territoire de Jeanne-Mance

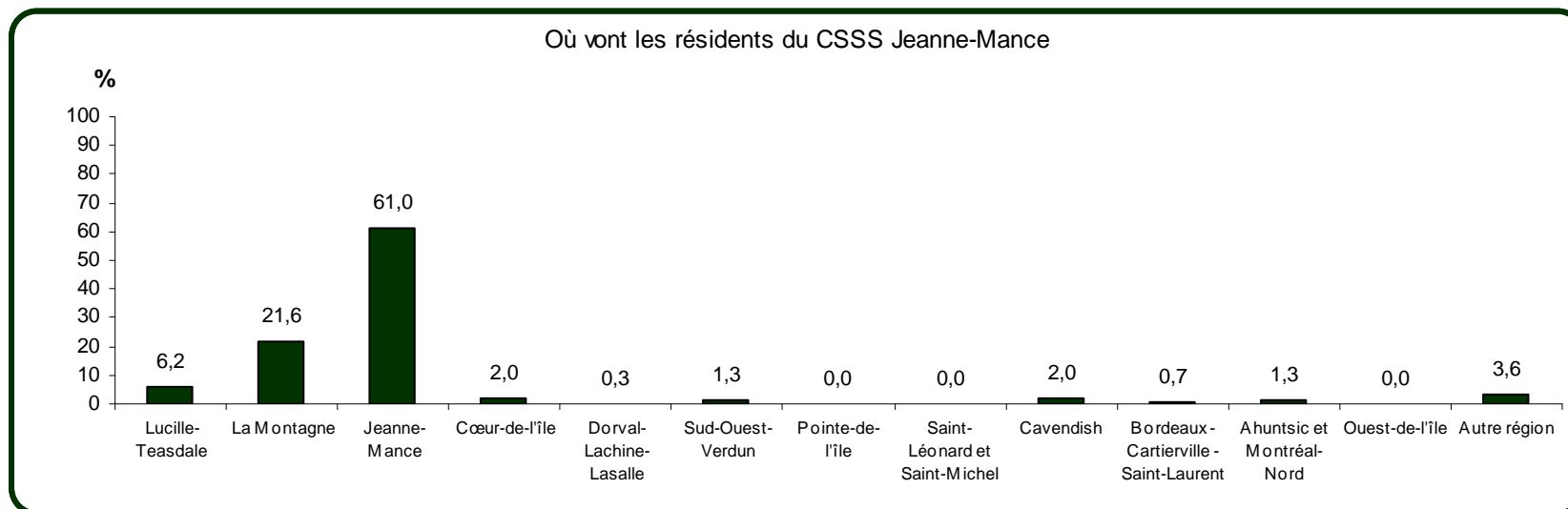
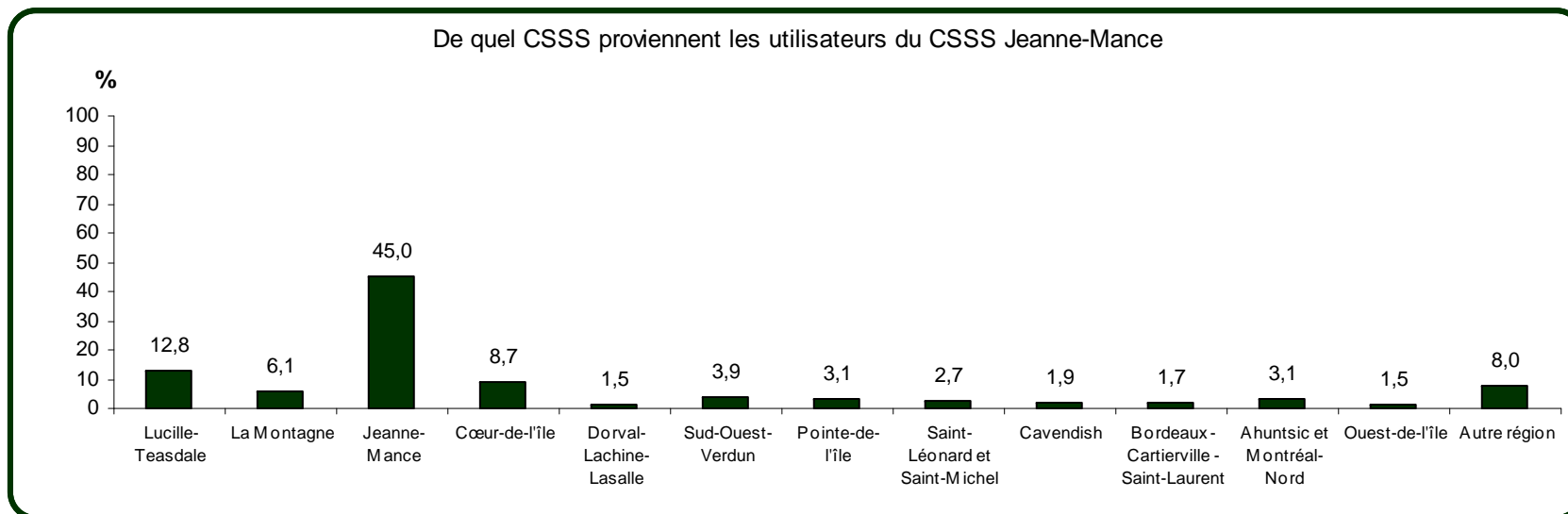
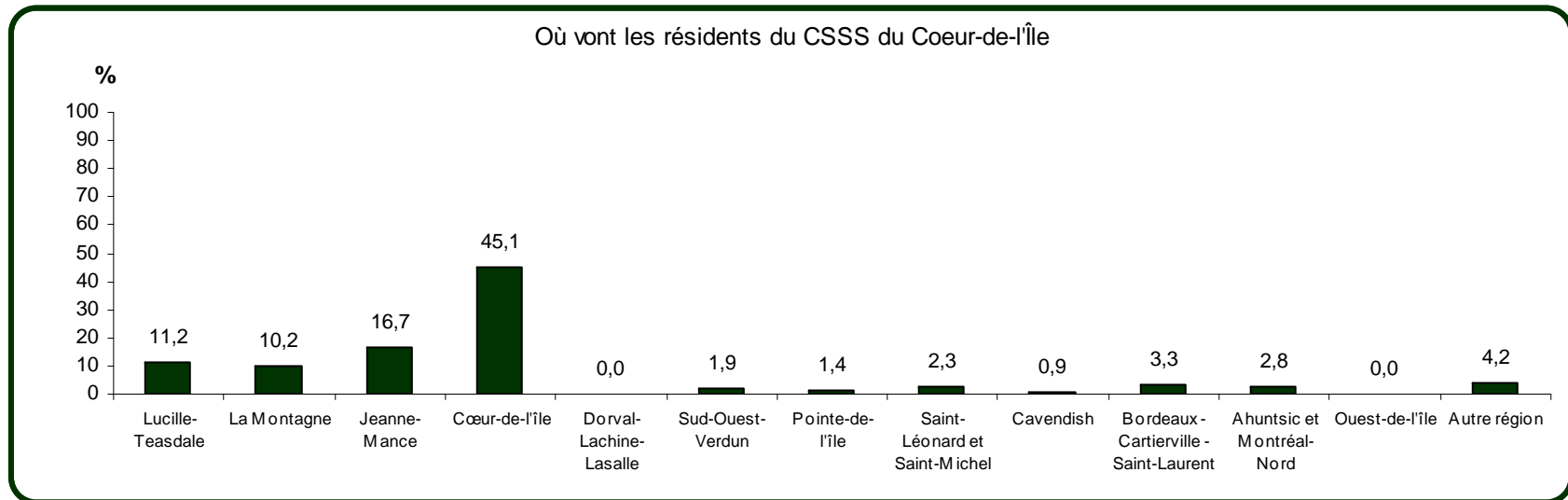
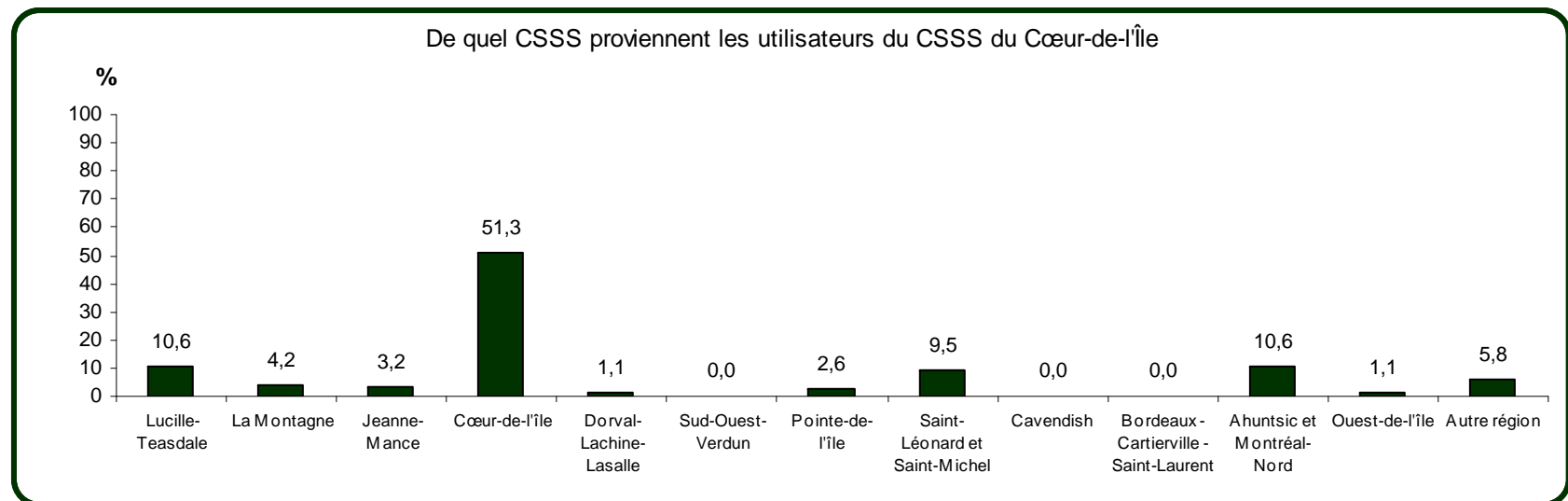


Figure C6 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Jeanne-Mance



N = 6 630; avec pondération

Figure C7 : Affiliation des résidents du territoire du Cœur-de-l'Île**Figure C8 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Cœur-de-l'Île**

N = 6 630; avec pondération

Figure C9 : Affiliation des résidents du territoire de Dorval-Lachine-LaSalle

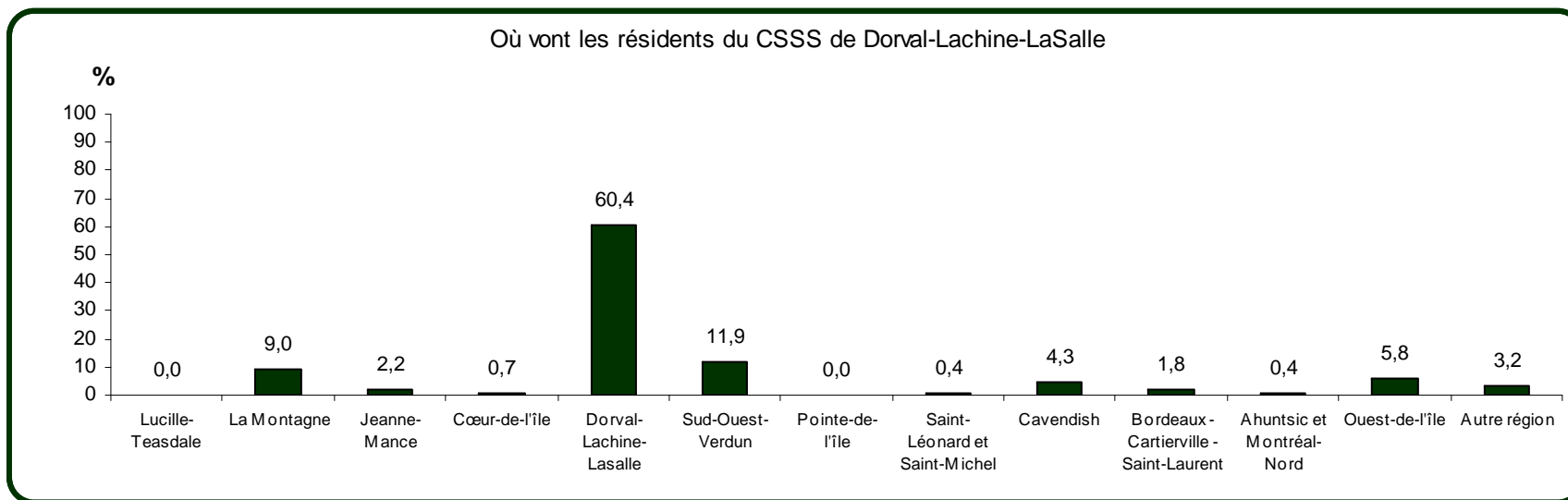
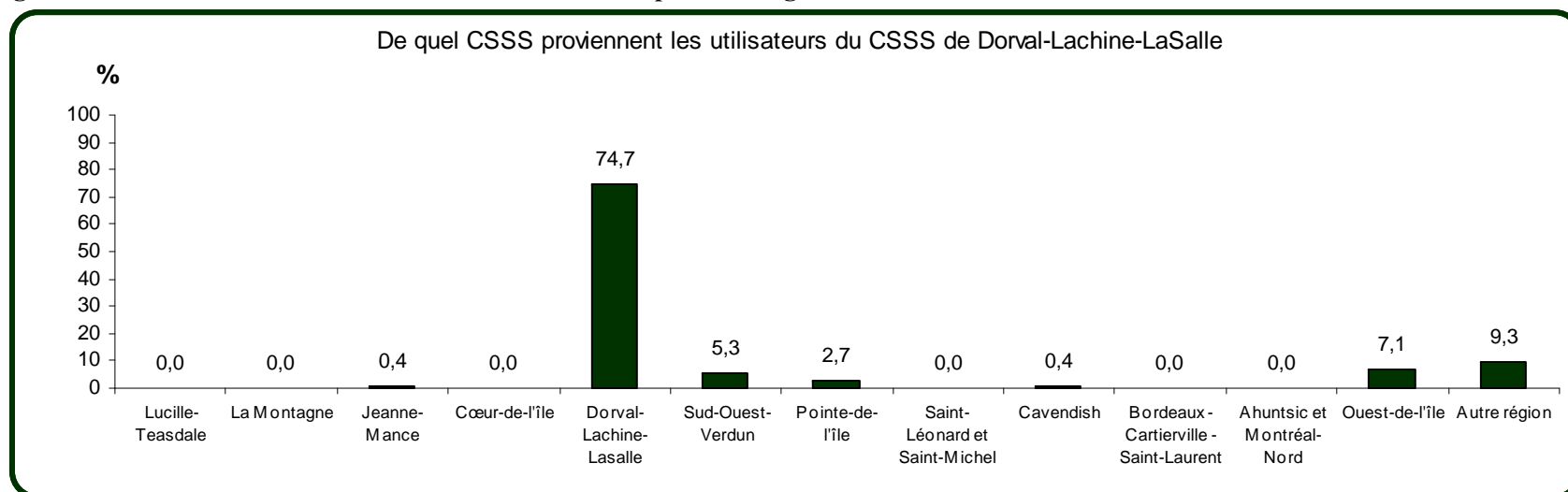


Figure C10 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Dorval-Lachine-LaSalle



N = 6 630; avec pondération

Figure C11 : Affiliation des résidents du territoire du Sud-Ouest-Verdun

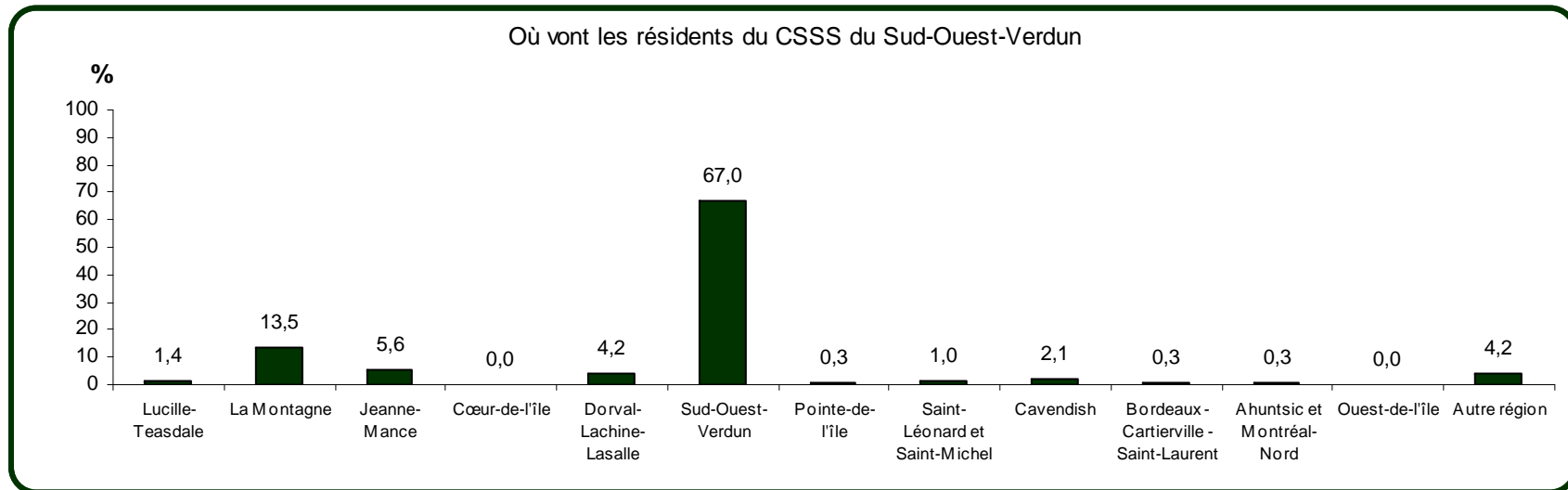
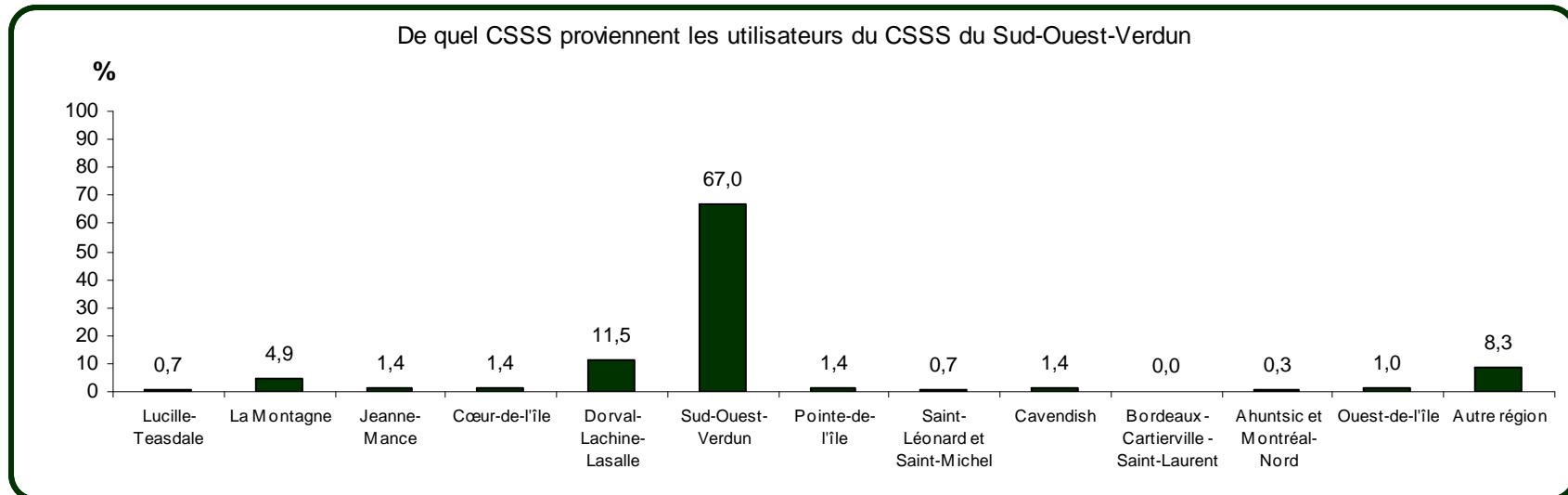


Figure C12 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Sud-Ouest-Verdun



N = 6 630; avec pondération

Figure C13 : Affiliation des résidents du territoire de la Pointe-de-l'Île

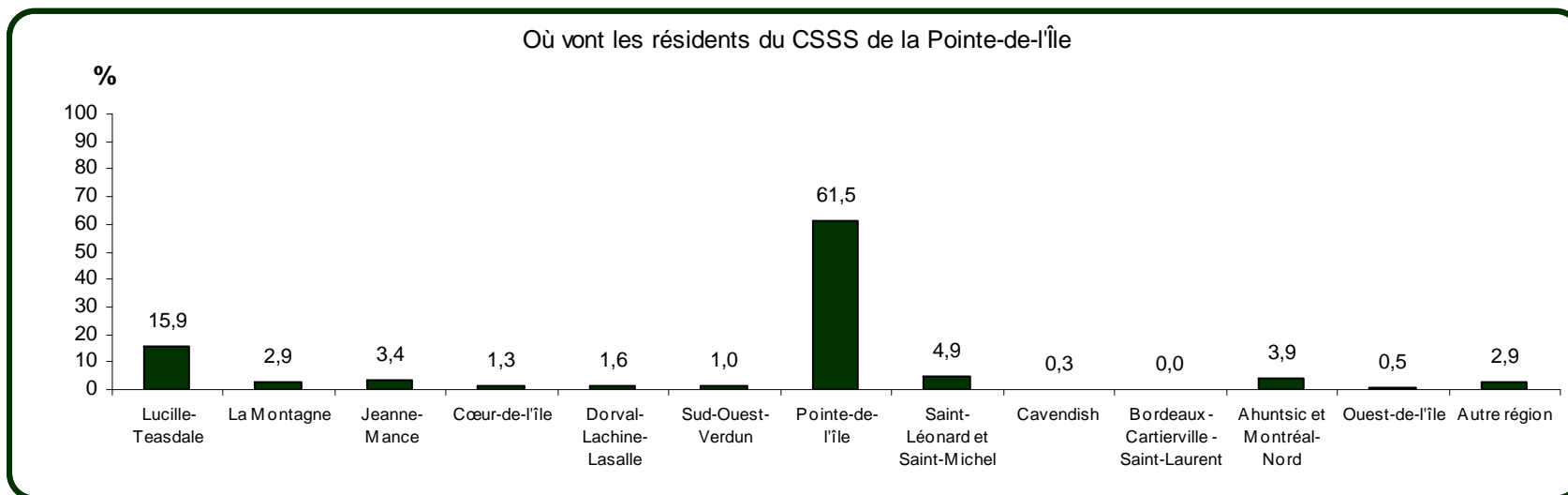
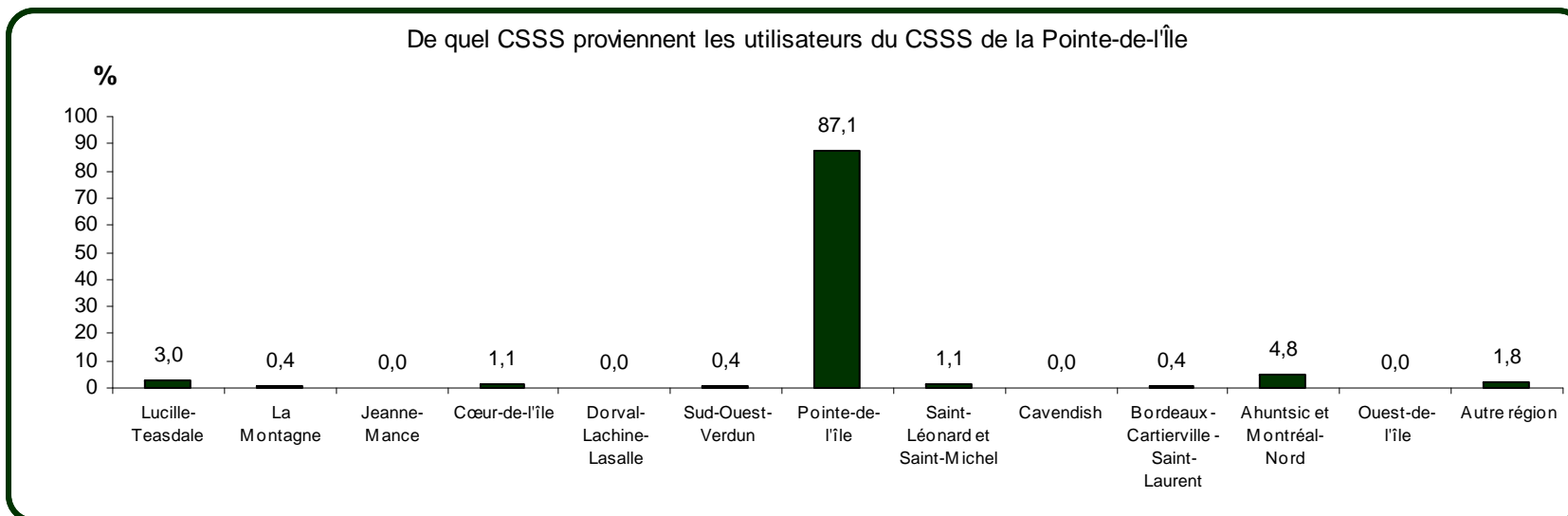
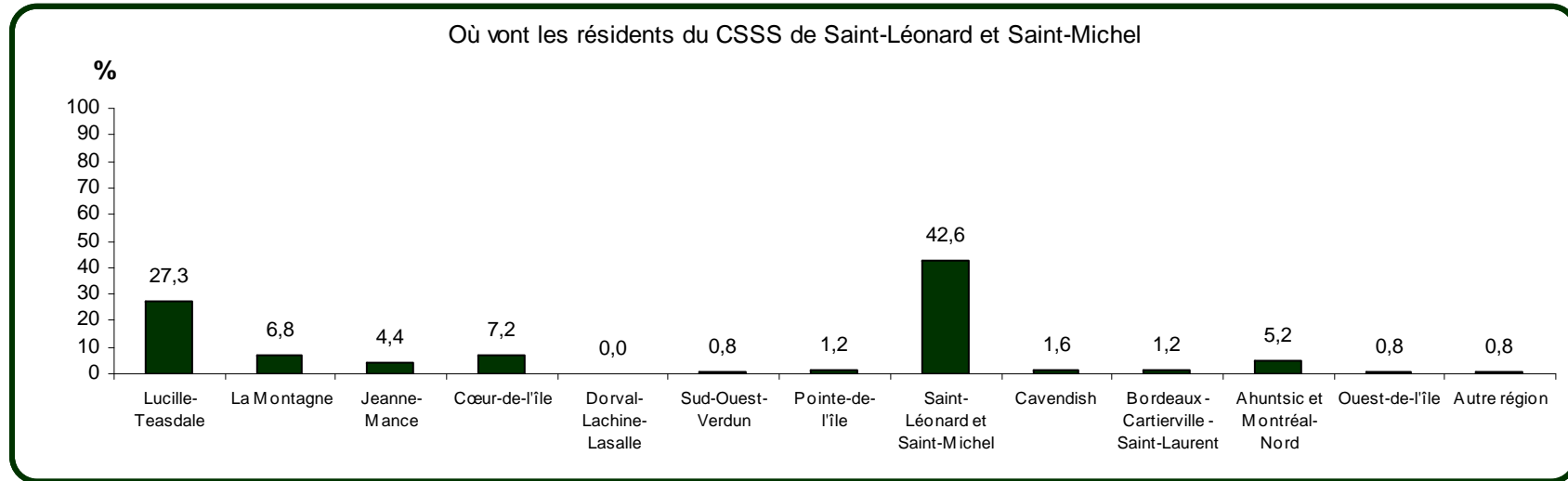
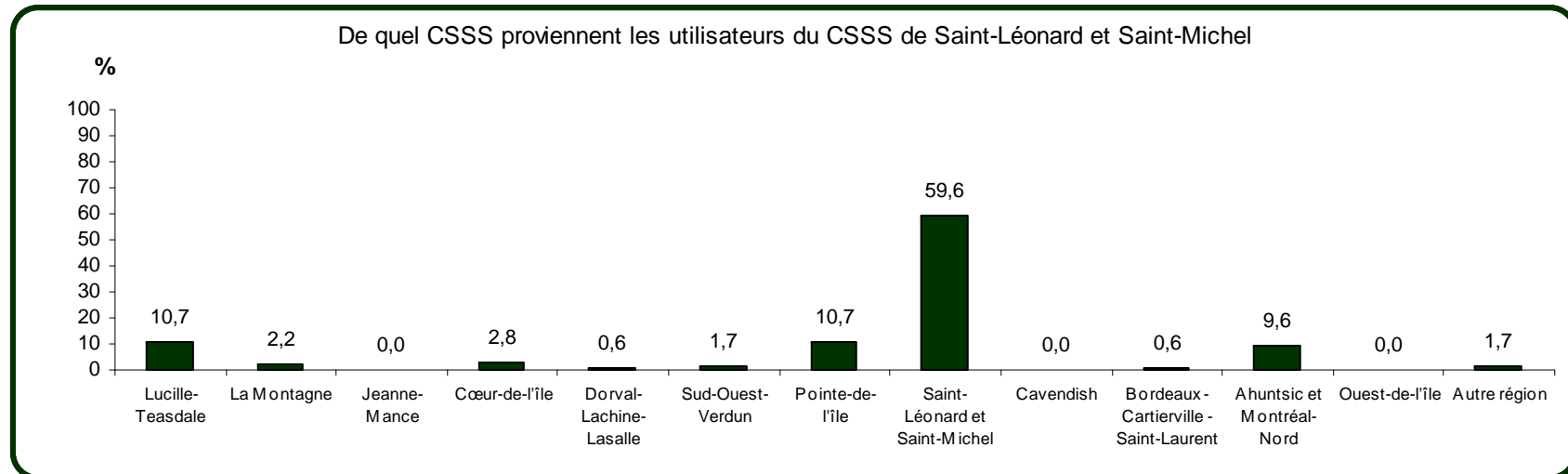


Figure C14 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de la Pointe-de-l'Île



N = 6 630; avec pondération

Figure C15 : Affiliation des résidents du territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel**Figure C16 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel**

N = 6 630; avec pondération

Figure C17 : Affiliation des résidents du territoire de Cavendish

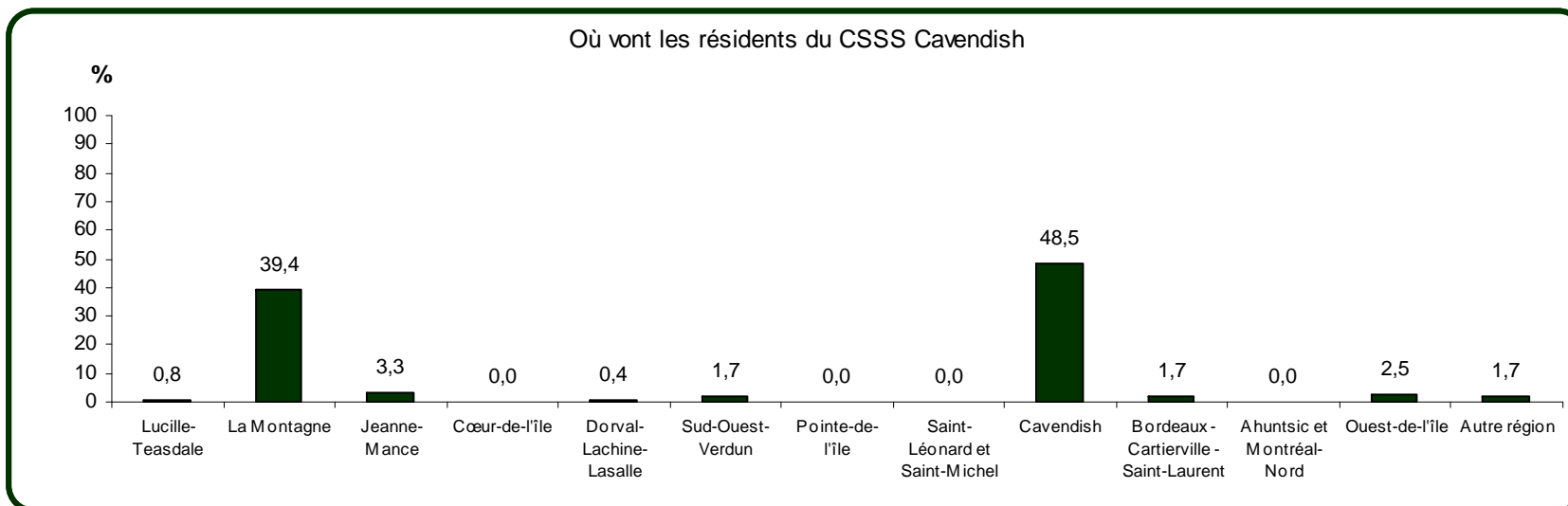
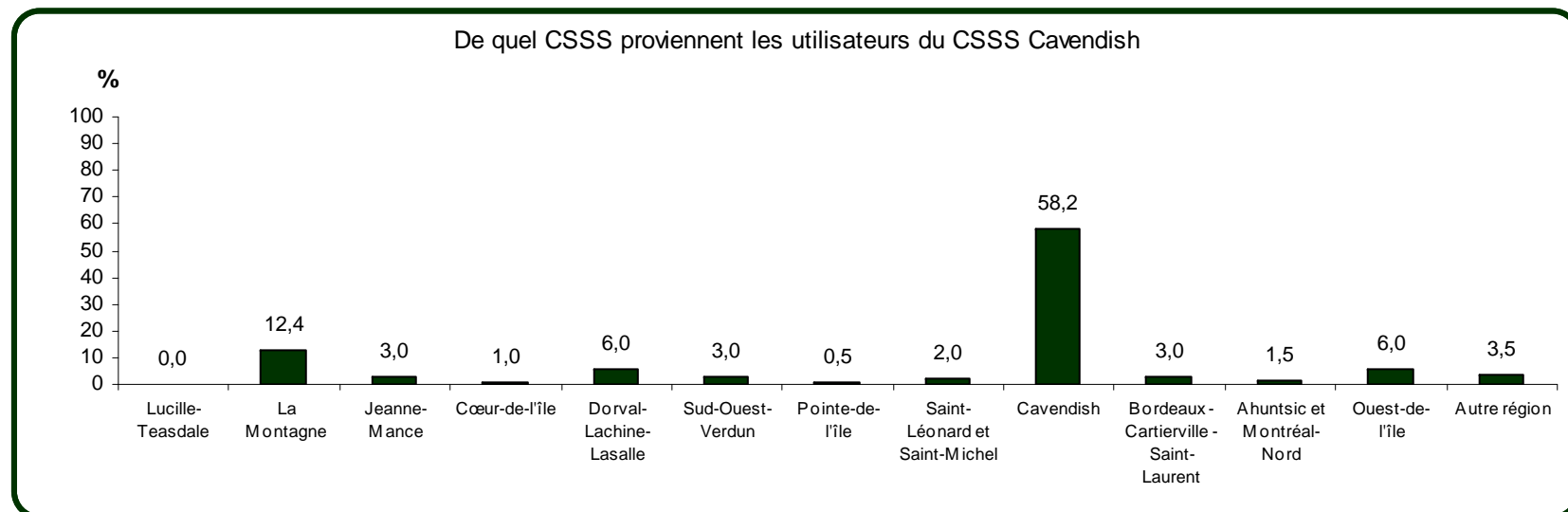
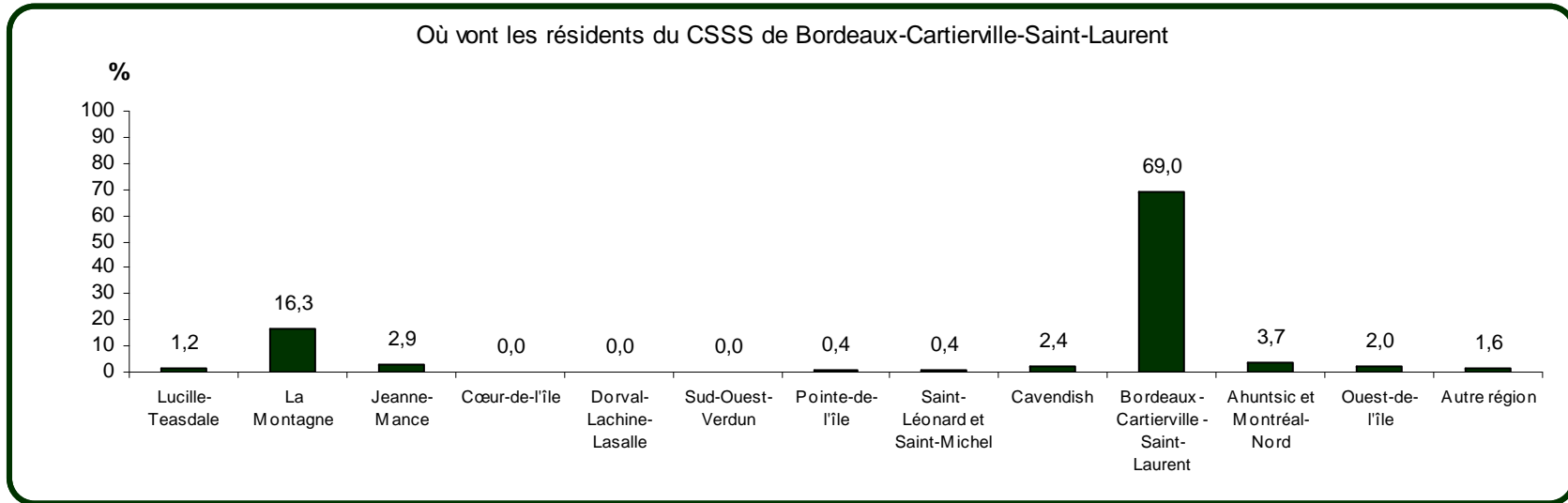
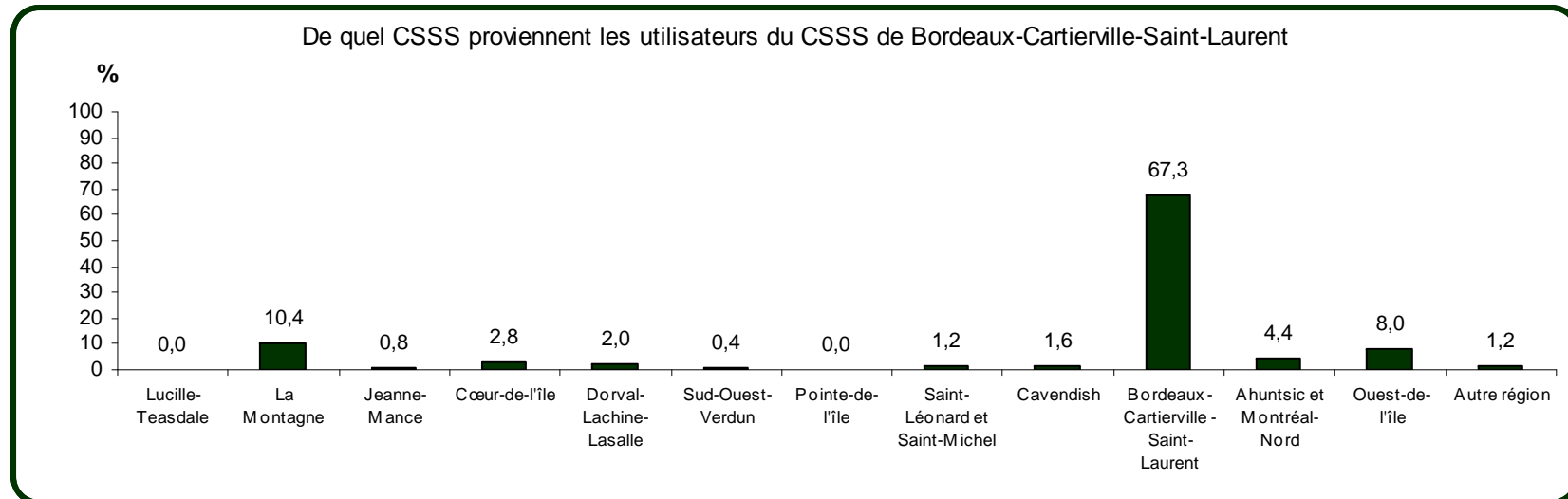


Figure C18 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Cavendish



N = 6 630; avec pondération

Figure C19 : Affiliation des résidents du territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent**Figure C20 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent**

N = 6 630; avec pondération

Figure C21 : Affiliation des résidents du territoire d'Ahuntsic et Montréal-Nord

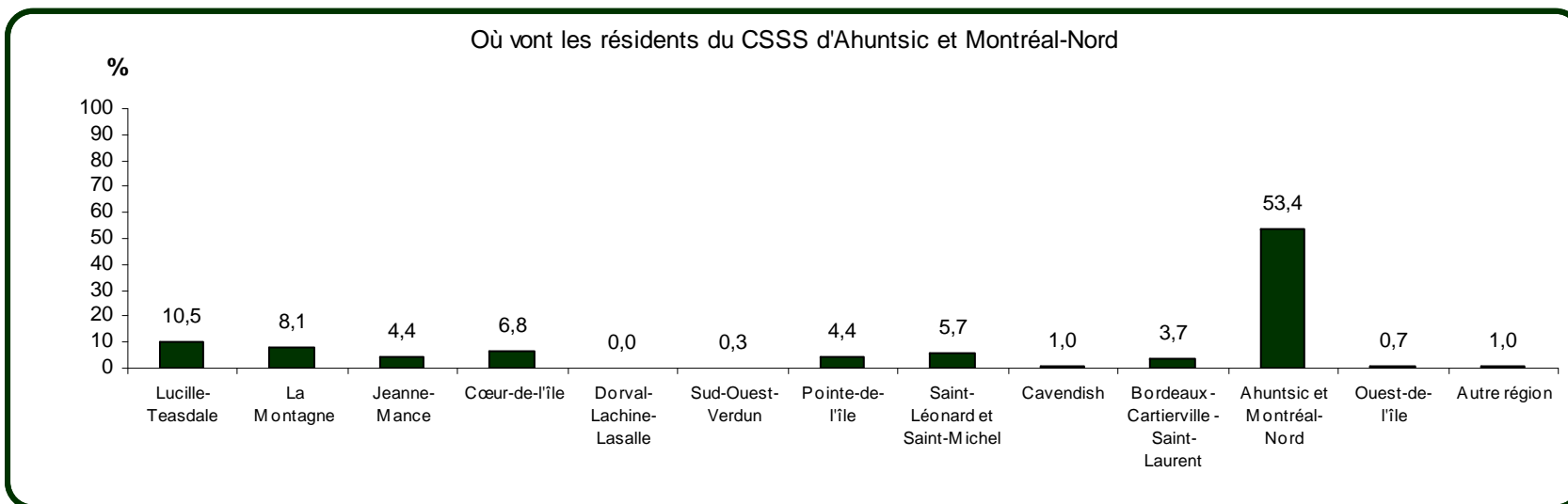
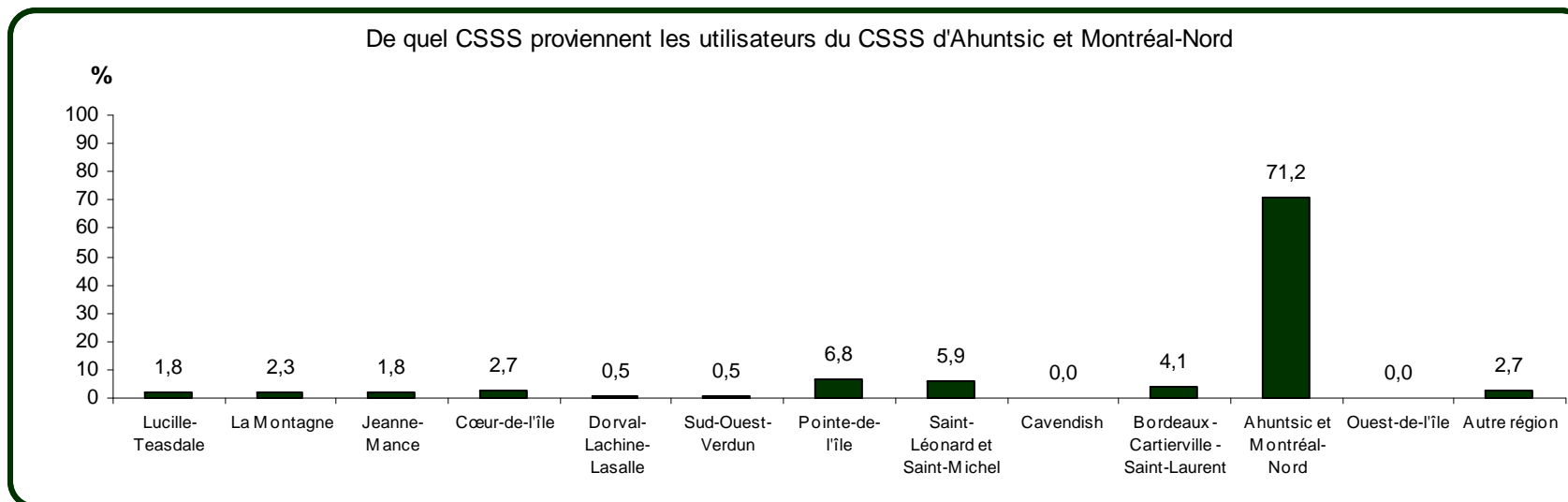
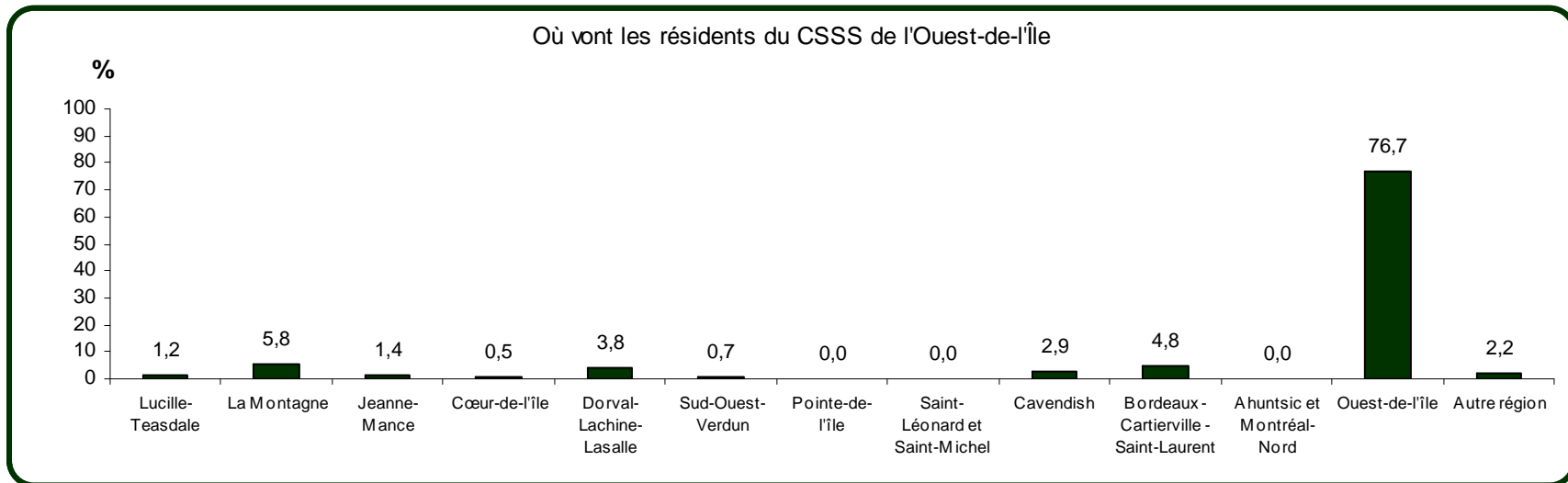
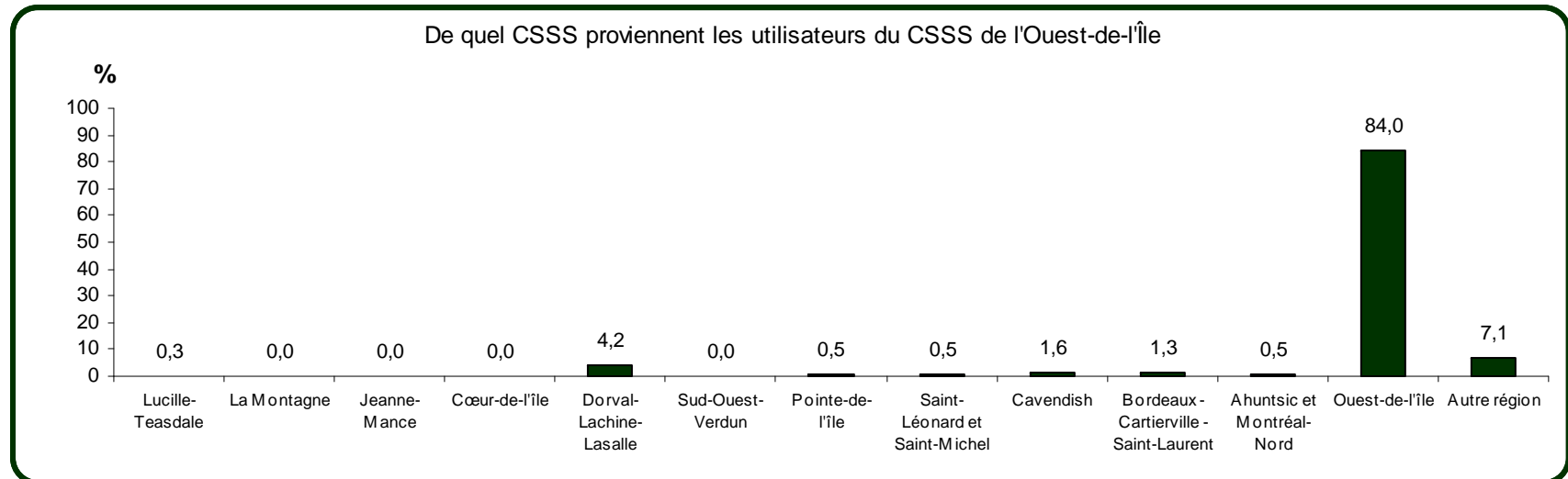


Figure C22 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire d'Ahuntsic et Montréal-Nord



N = 6 630; avec pondération

Figure C23 : Affiliation des résidents du territoire de l'Ouest-de-l'Île**Figure C24 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île**

N = 6 630; avec pondération

Figure C25 : Affiliation des résidents du territoire de Jardins-Roussillon

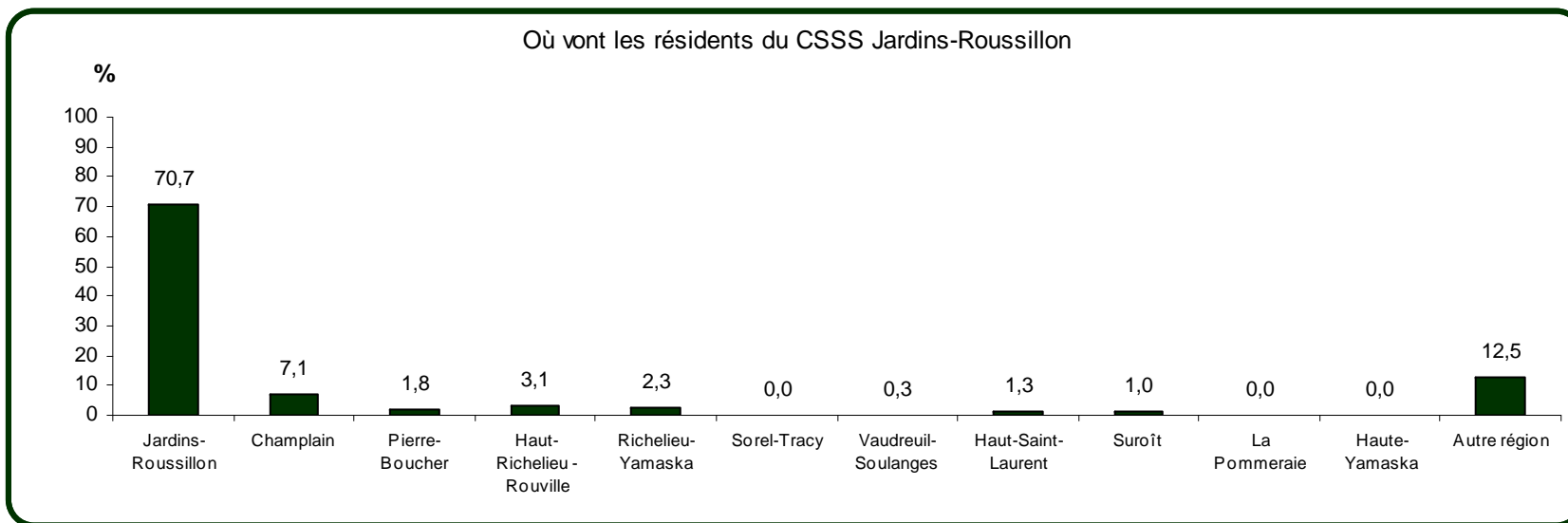
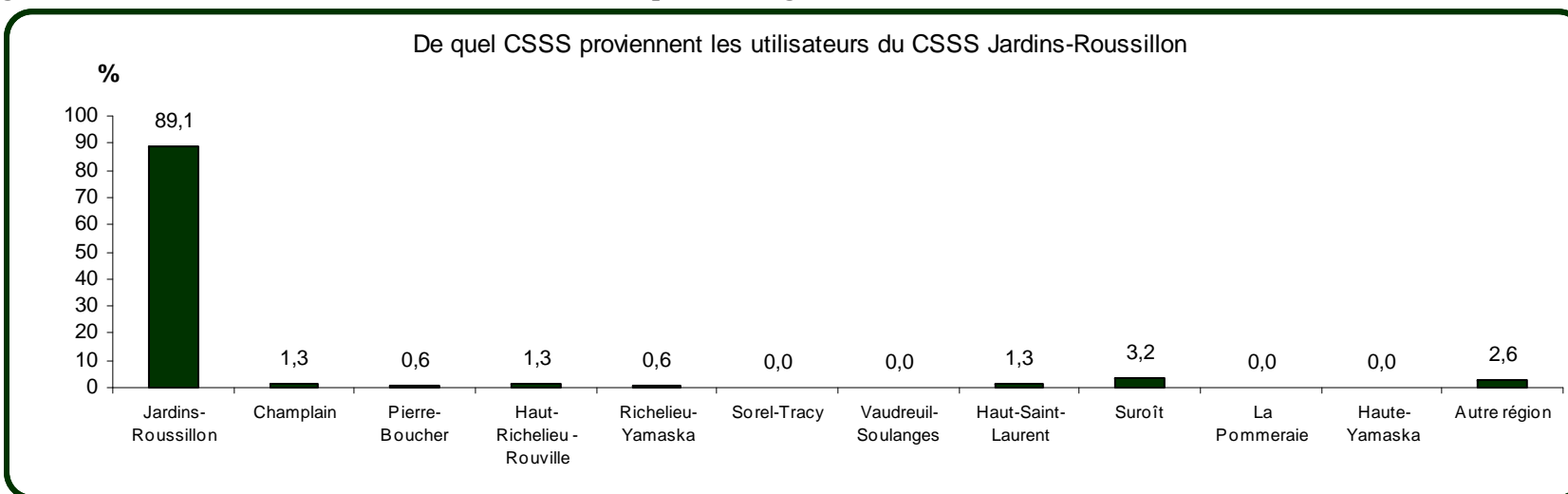


Figure C26 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Jardins-Roussillon



N = 6 630; avec pondération

Figure C27 : Affiliation des résidents du territoire de Champlain

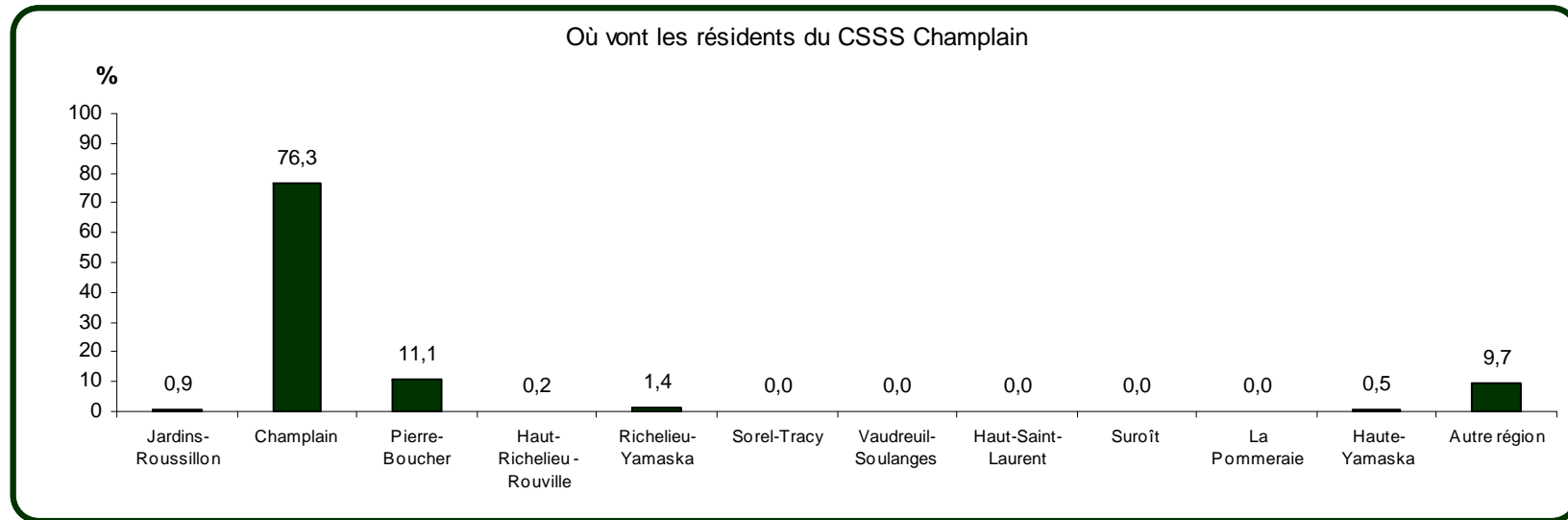
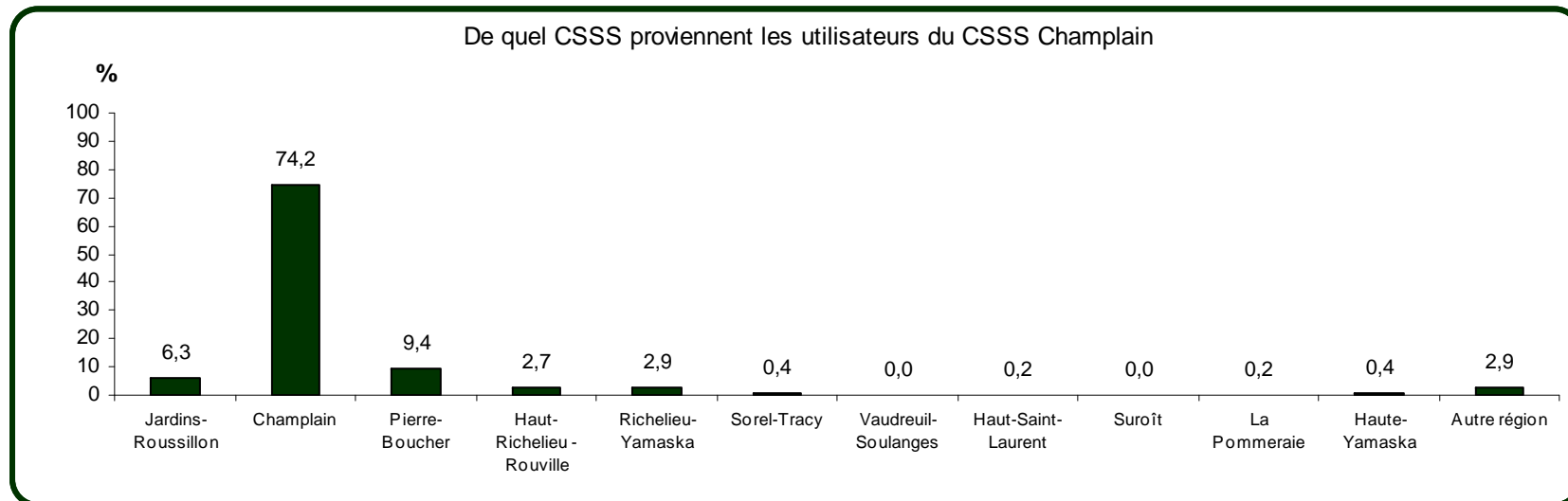


Figure C28 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Champlain



N = 6 630; avec pondération

Figure C29 : Affiliation des résidents du territoire de Pierre-Boucher

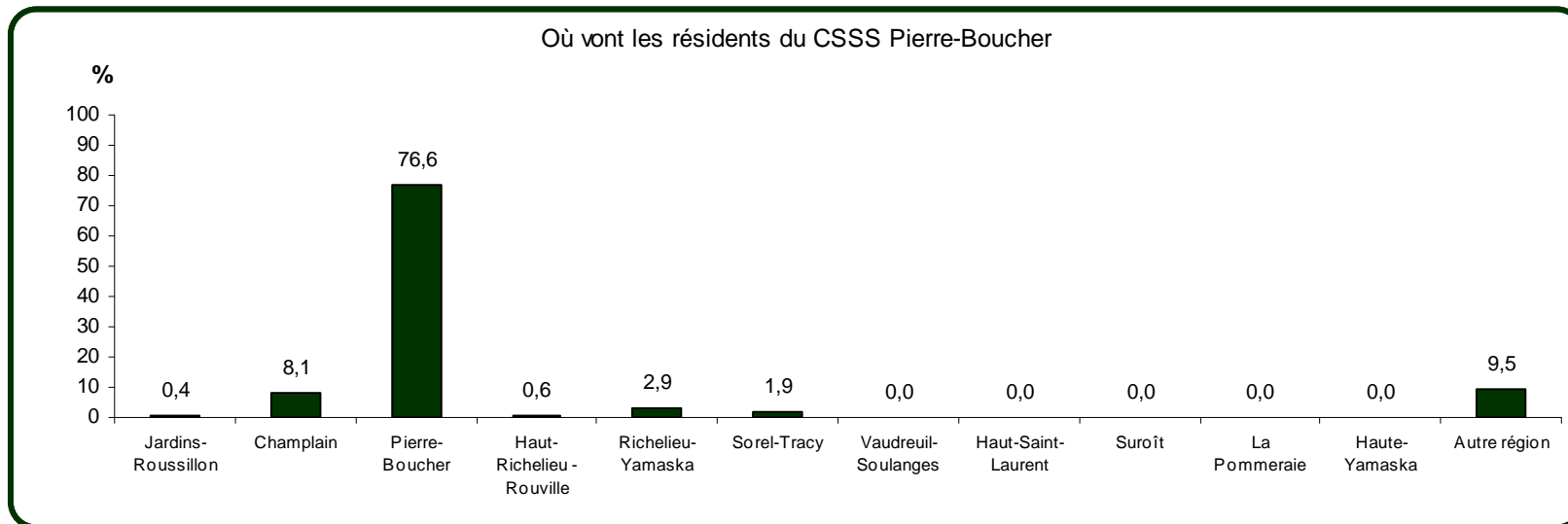
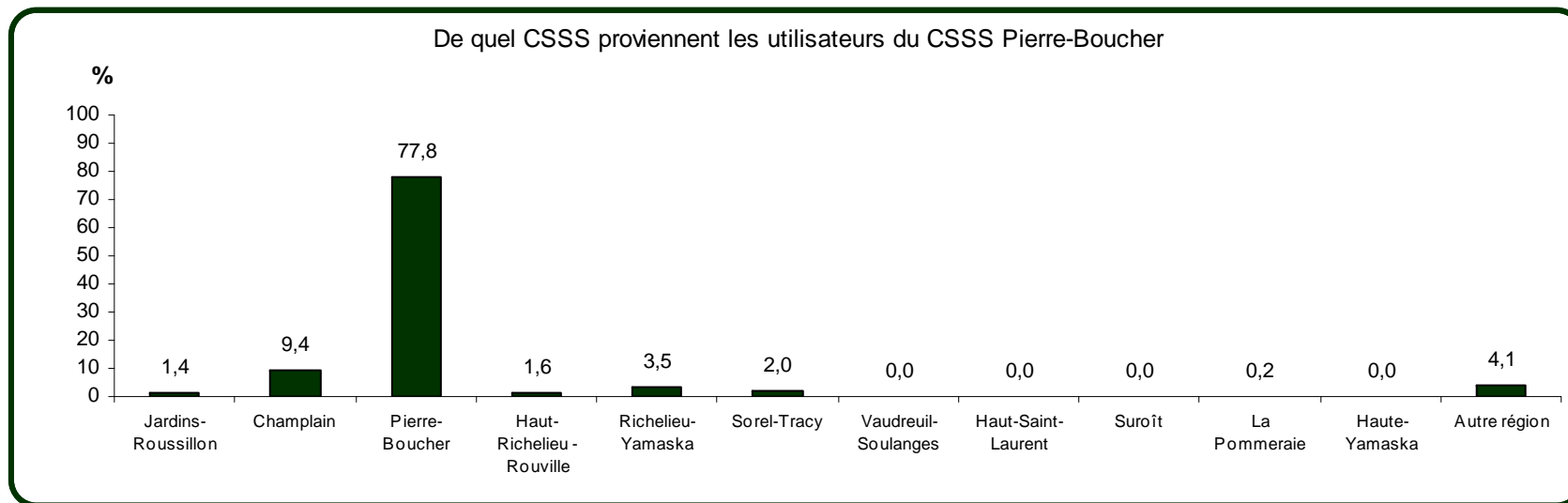
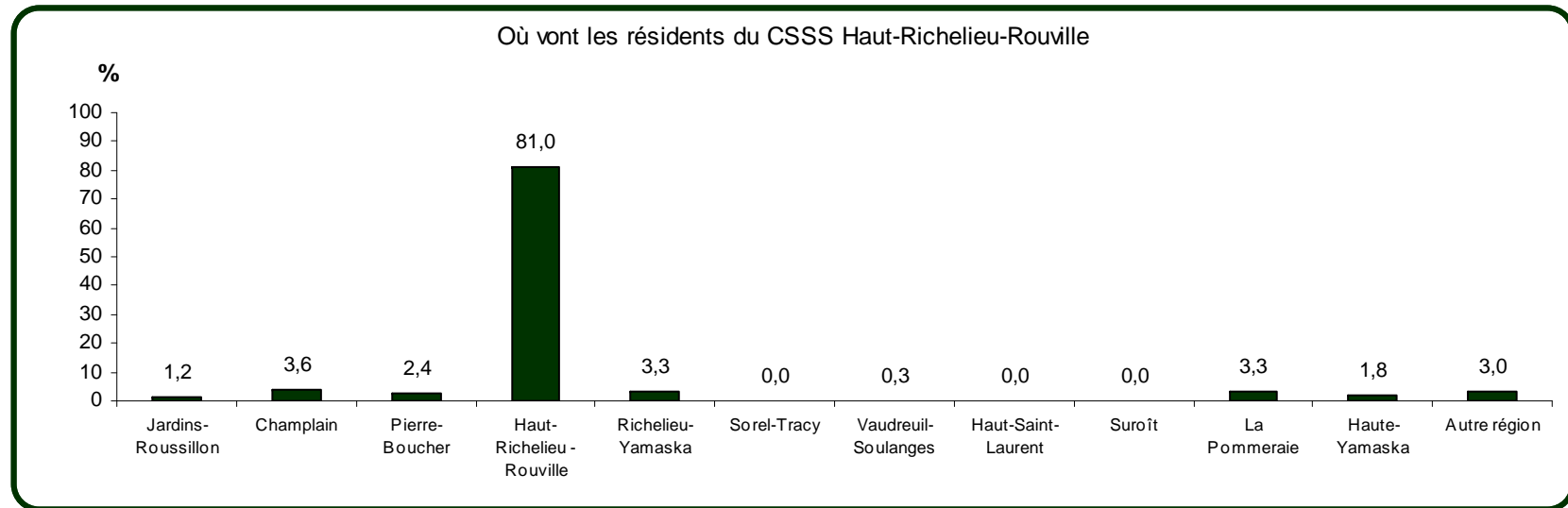
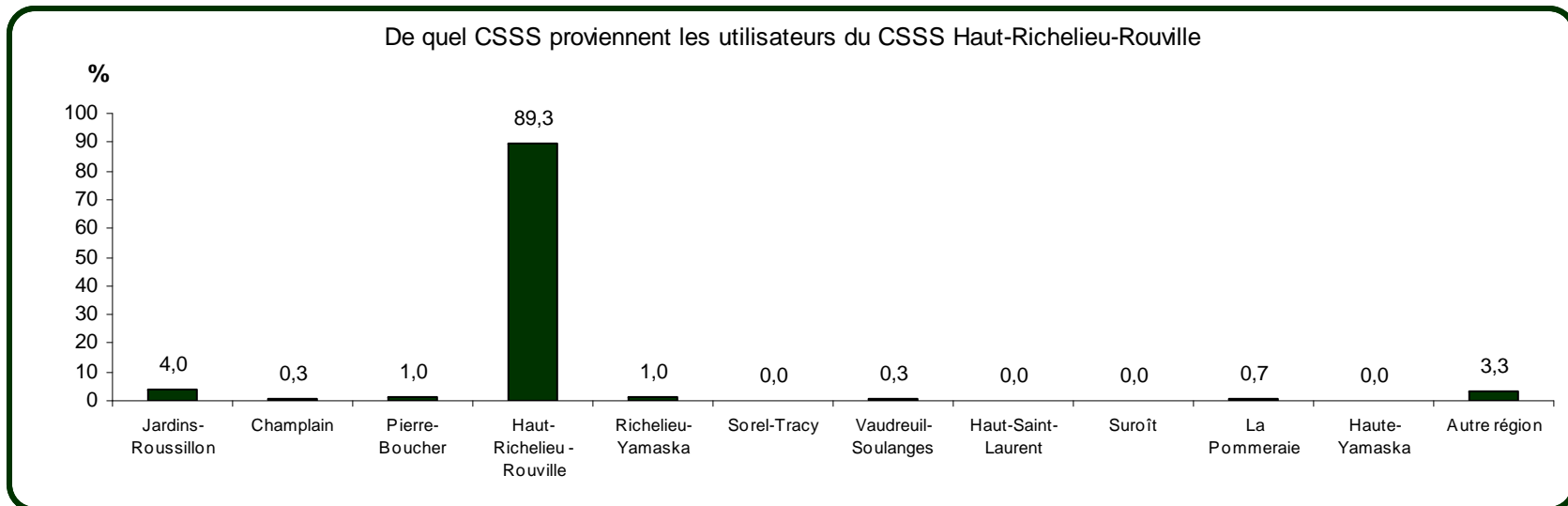


Figure C30 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Pierre-Boucher



N = 6 630; avec pondération

Figure C31 : Affiliation des résidents du territoire du Haut-Richelieu-Rouville**Figure C32 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Haut-Richelieu-Rouville**

N = 6 630; avec pondération

Figure C33 : Affiliation des résidents du territoire de Richelieu-Yamaska

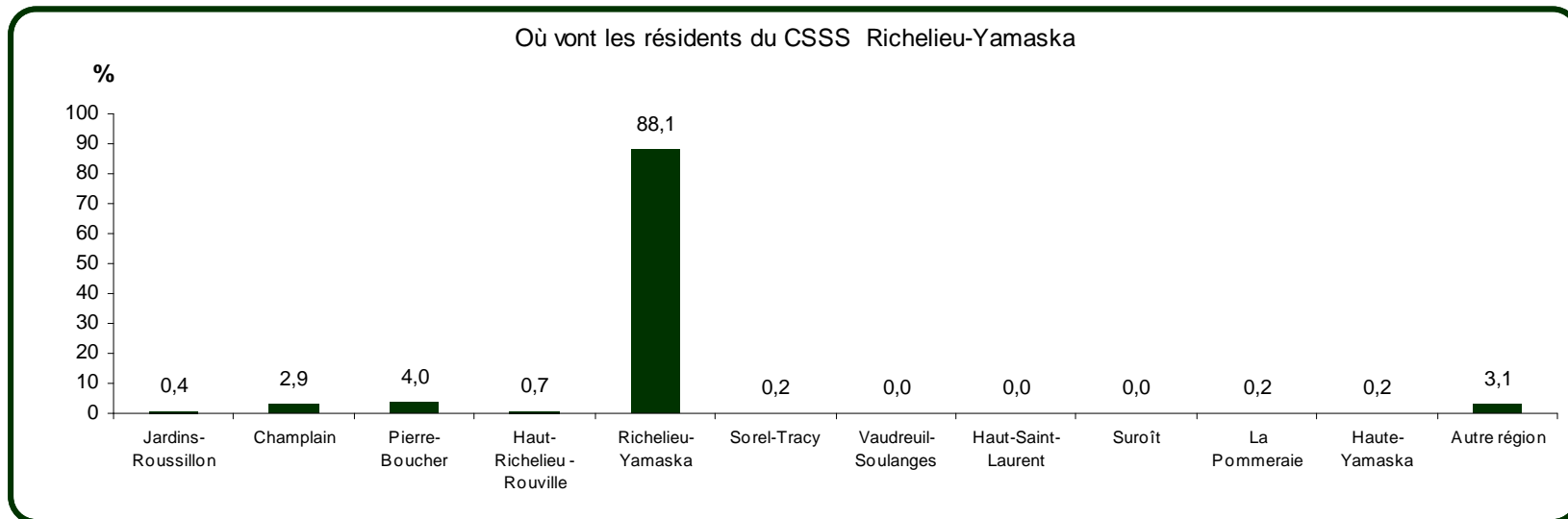
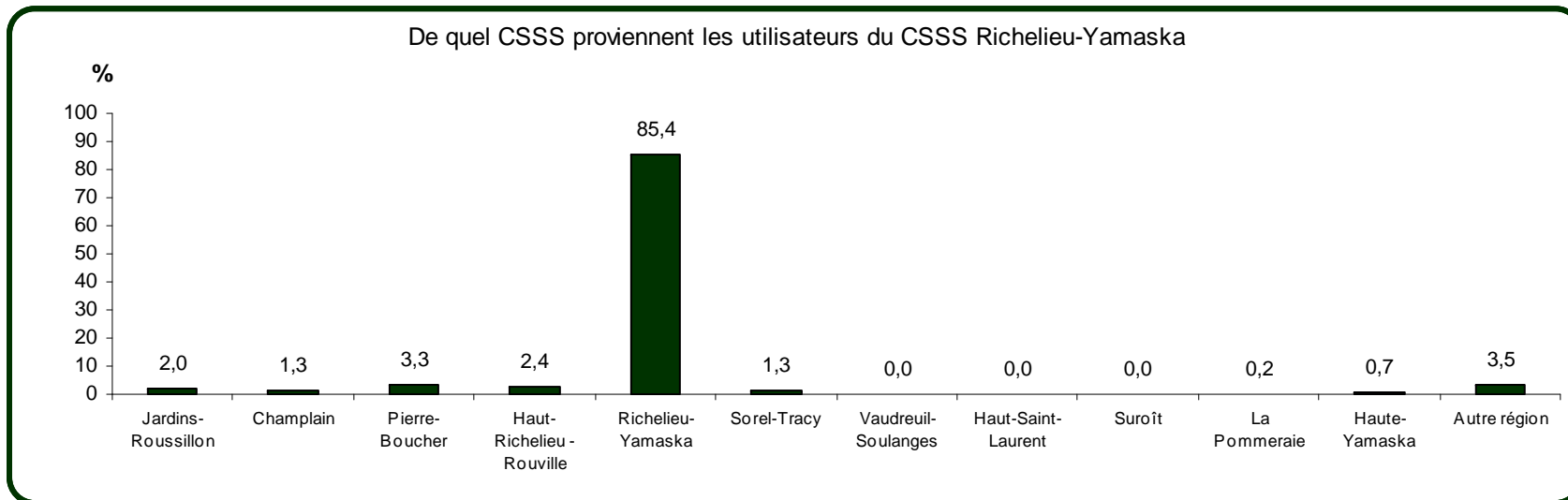


Figure C34 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Richelieu-Yamaska



N = 6 630; avec pondération

Figure C35 : Affiliation des résidents du territoire de Sorel-Tracy

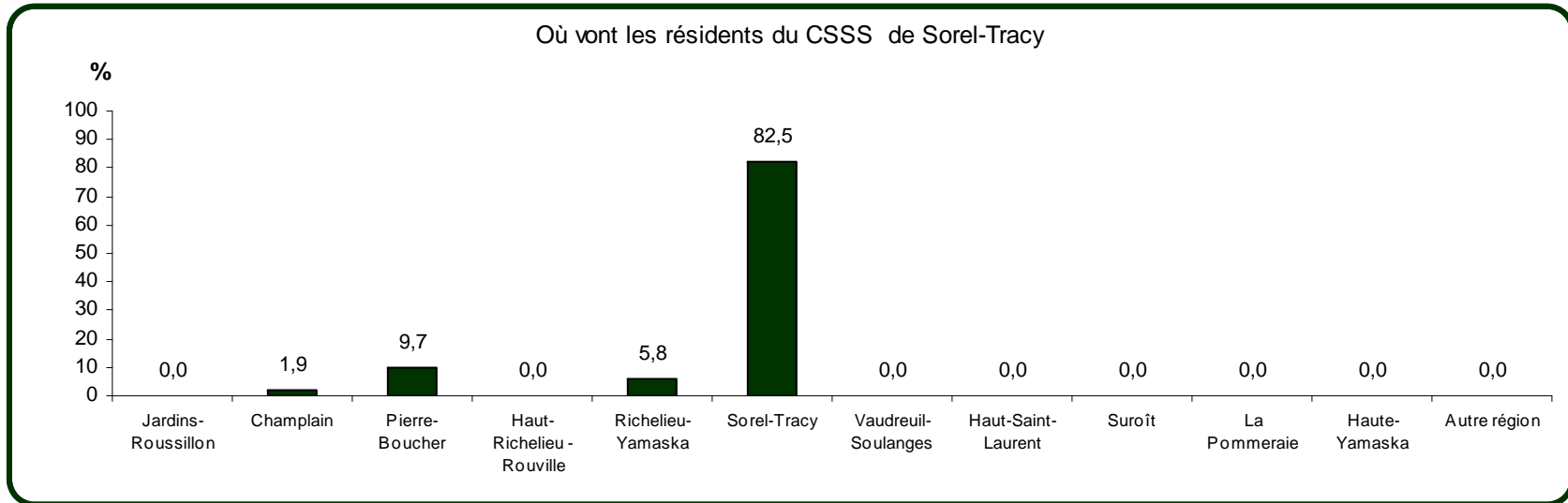
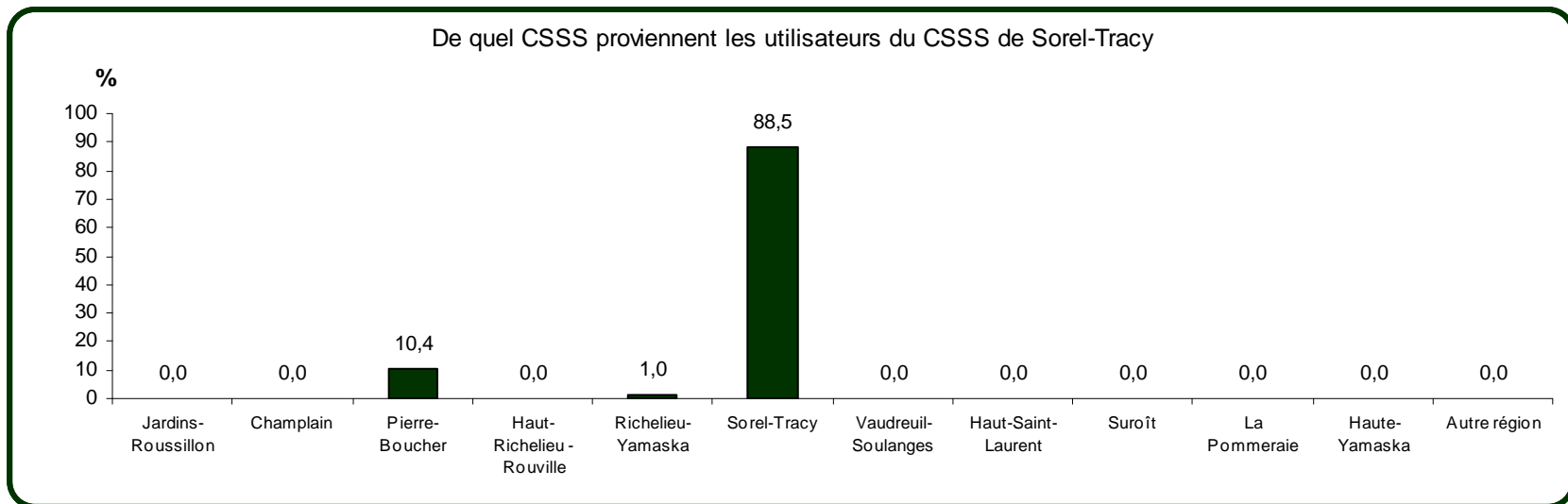


Figure C36 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Sorel-Tracy



N = 6 630; avec pondération

Figure C37 : Affiliation des résidents du territoire de Vaudreuil-Soulanges

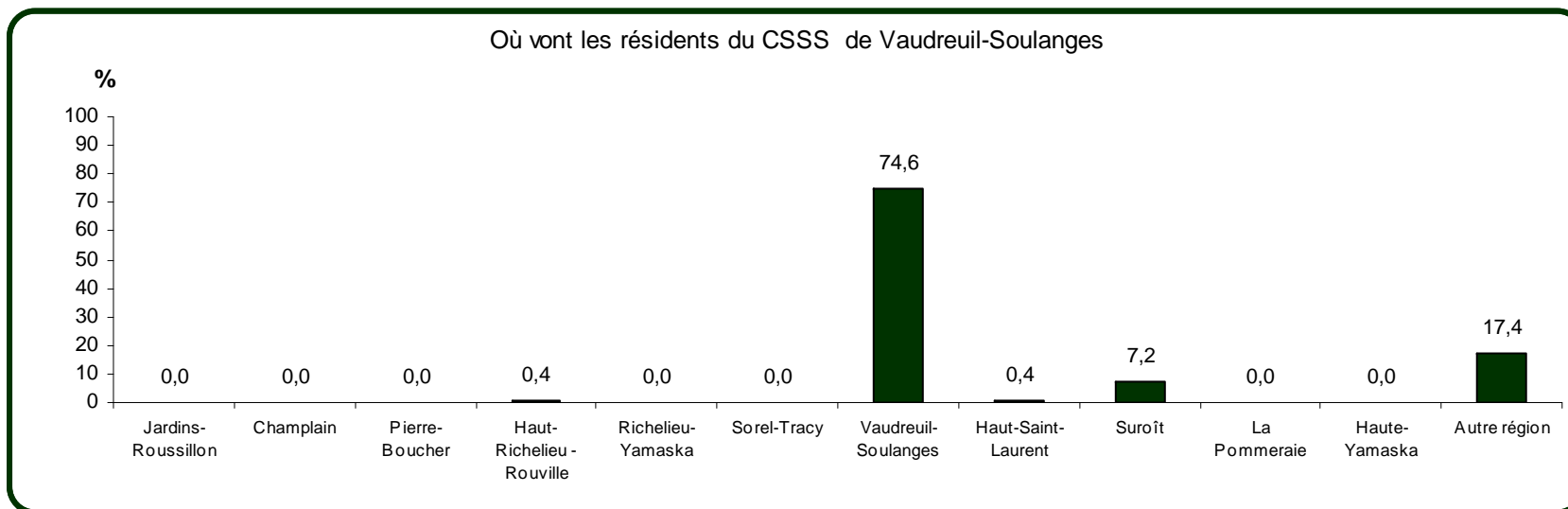
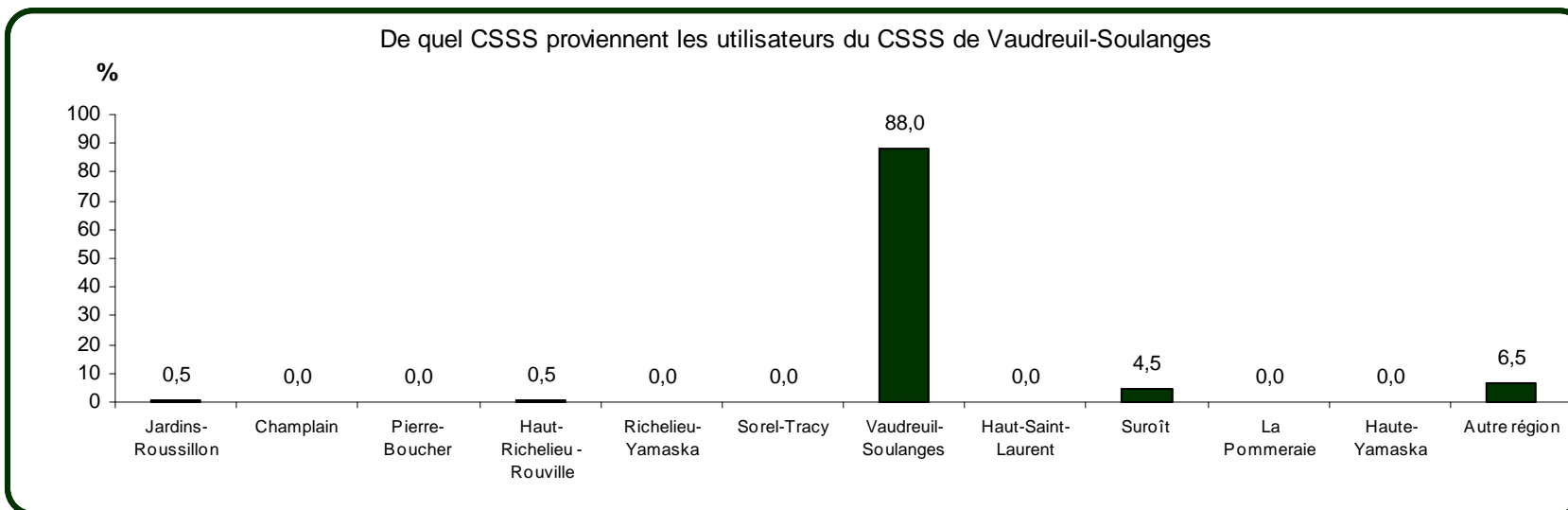


Figure C38 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges



N = 6 630; avec pondération

Figure C39 : Affiliation des résidents du territoire du Haut-Saint-Laurent

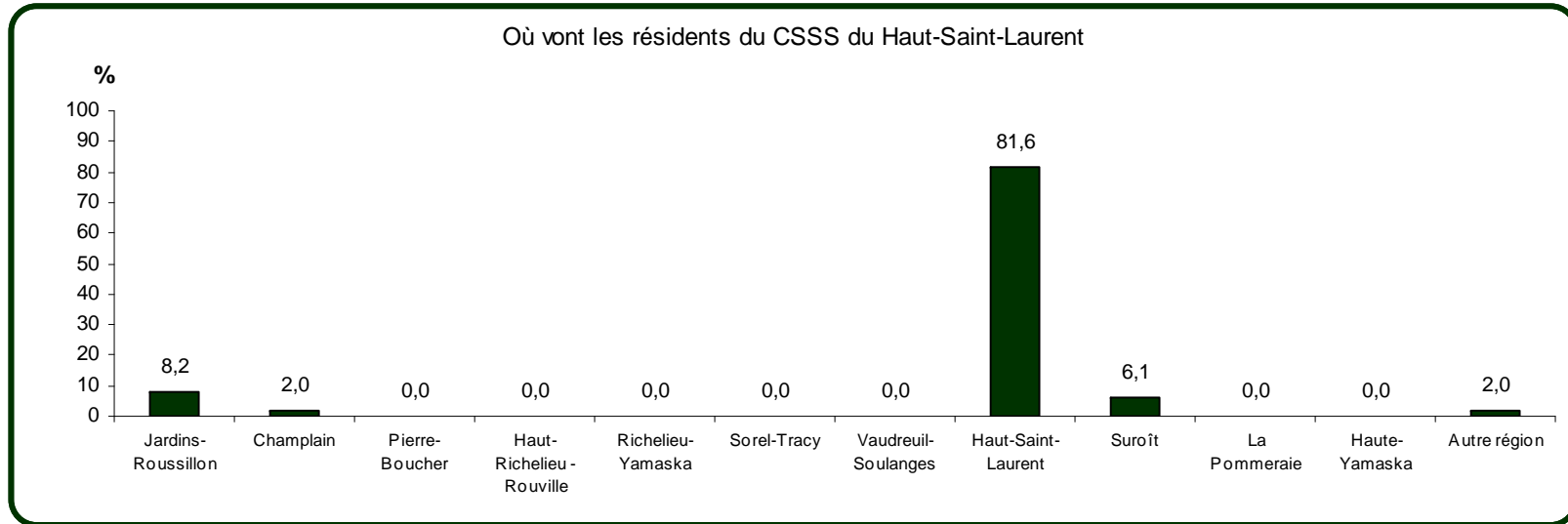
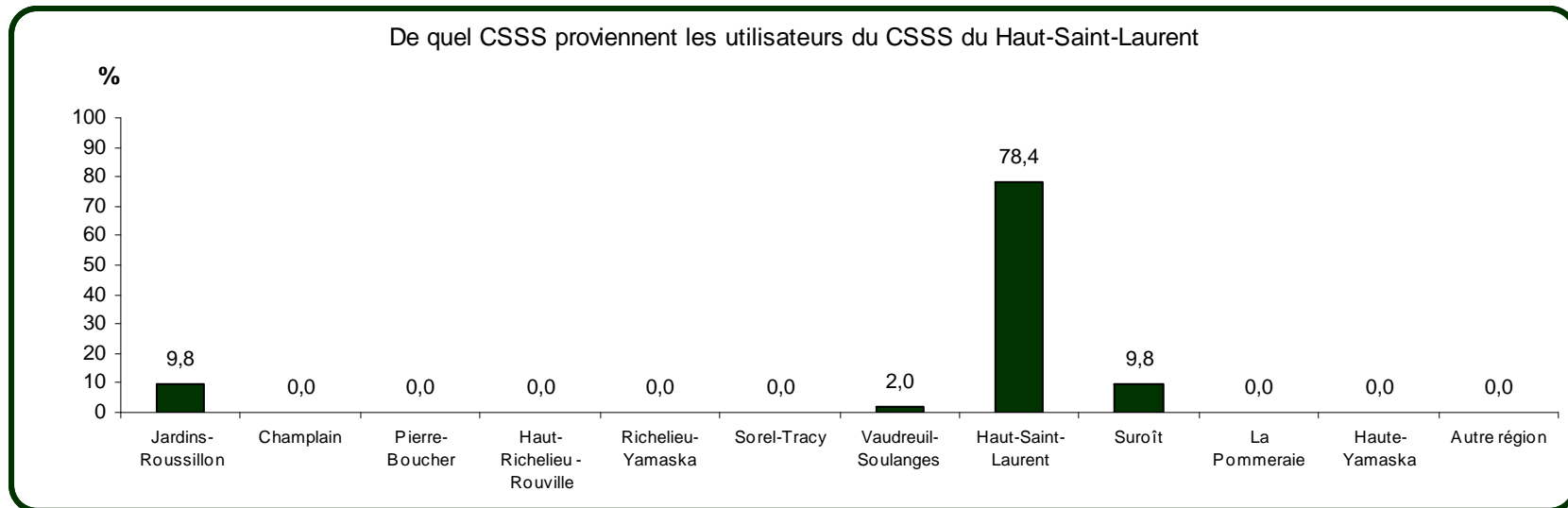


Figure C40 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Haut-Saint-Laurent



N = 6 630; avec pondération

Figure C41 : Affiliation des résidents du territoire du Suroît

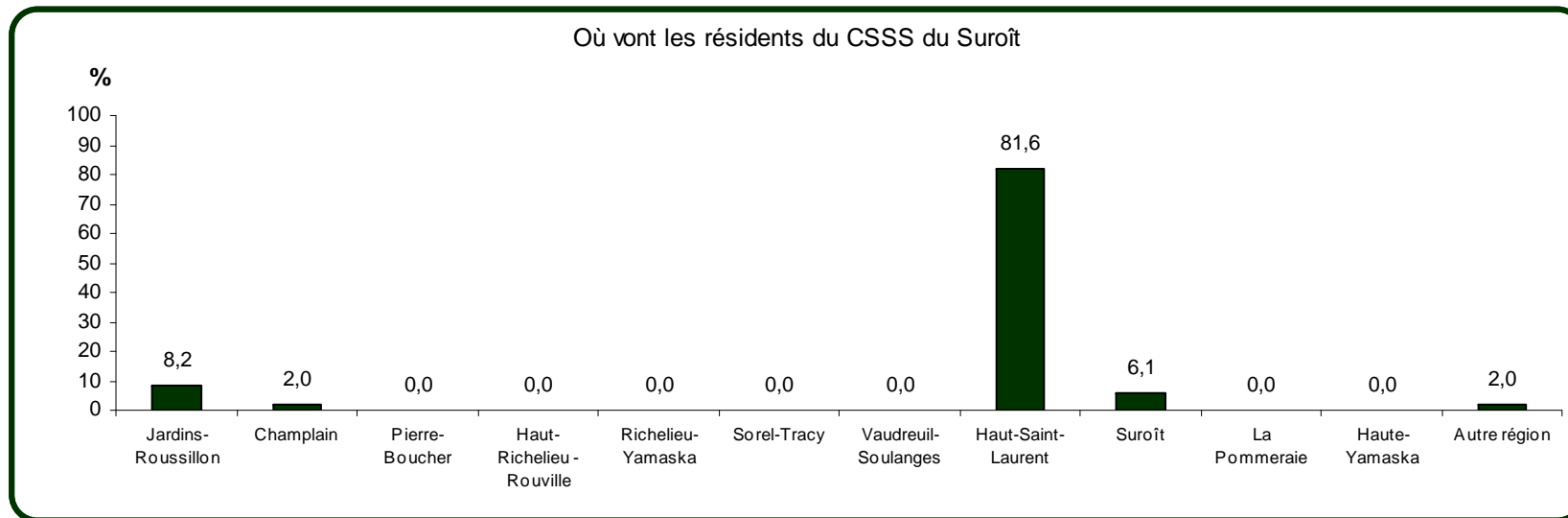
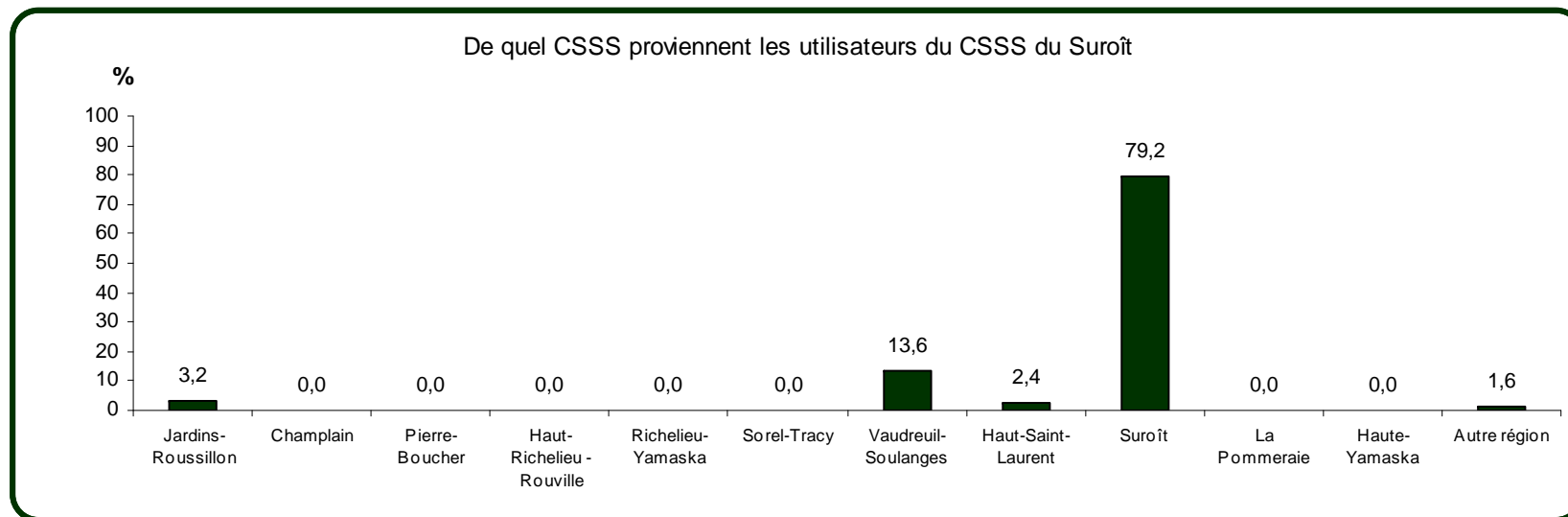


Figure C42 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire du Suroît



N = 6 630; avec pondération

Figure C43 : Affiliation des résidents du territoire de La Pommeraie

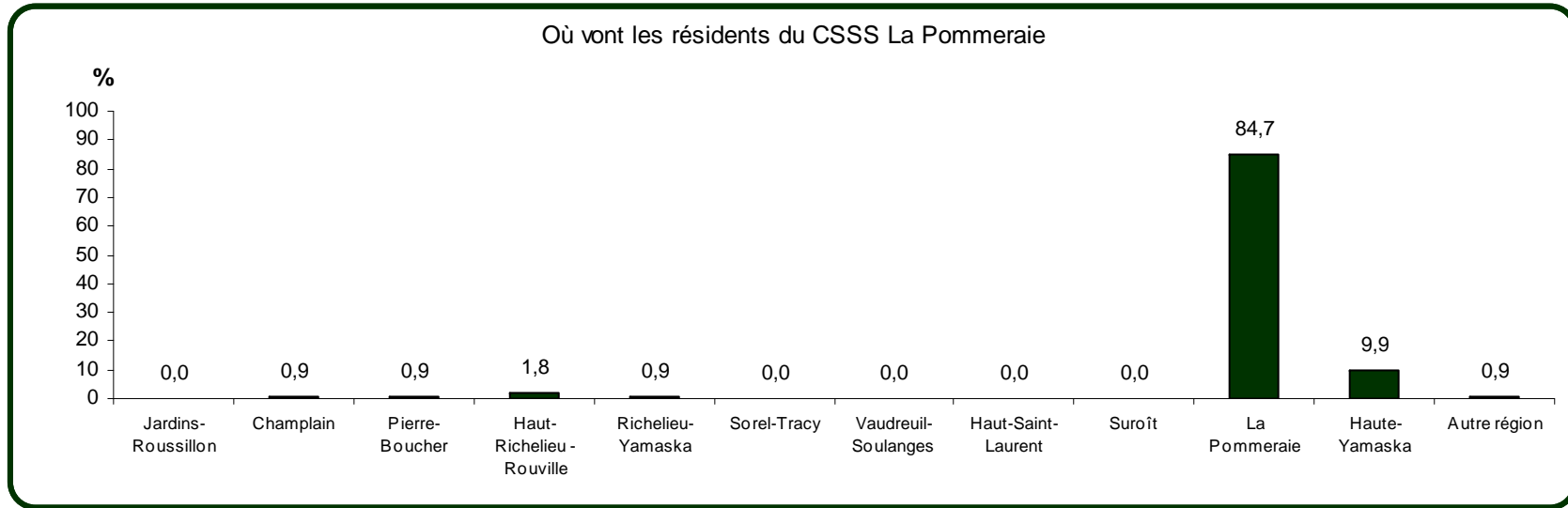
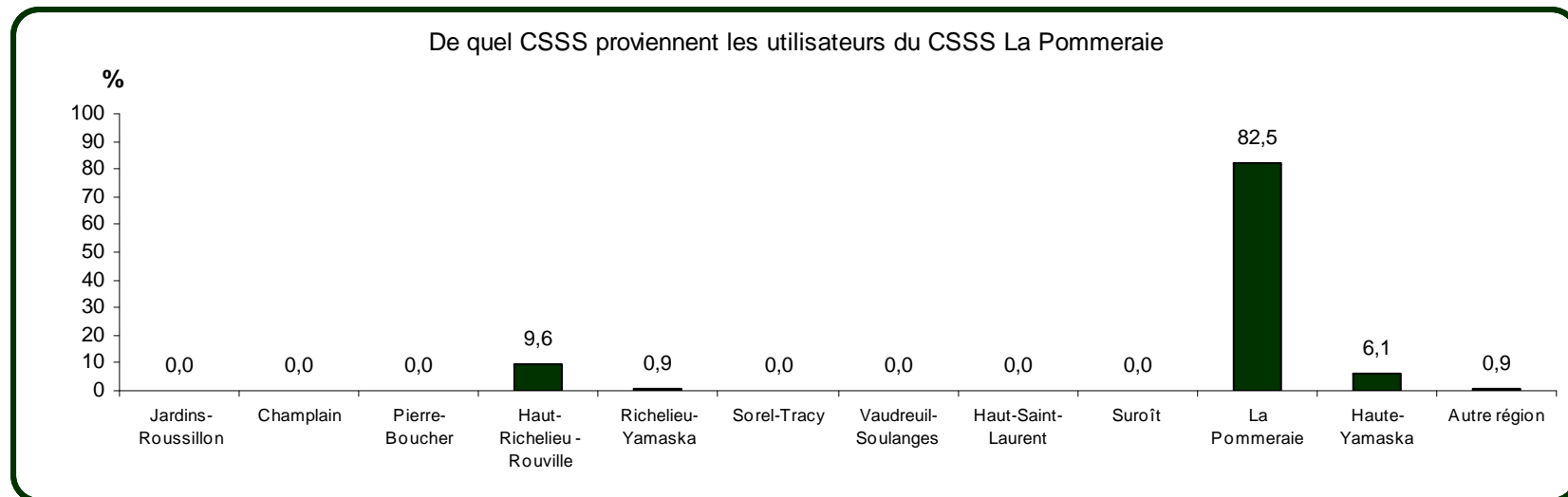


Figure C44 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de La Pommeraie



N = 6 630; avec pondération

Figure C45 : Affiliation des résidents du territoire de la Haute-Yamaska

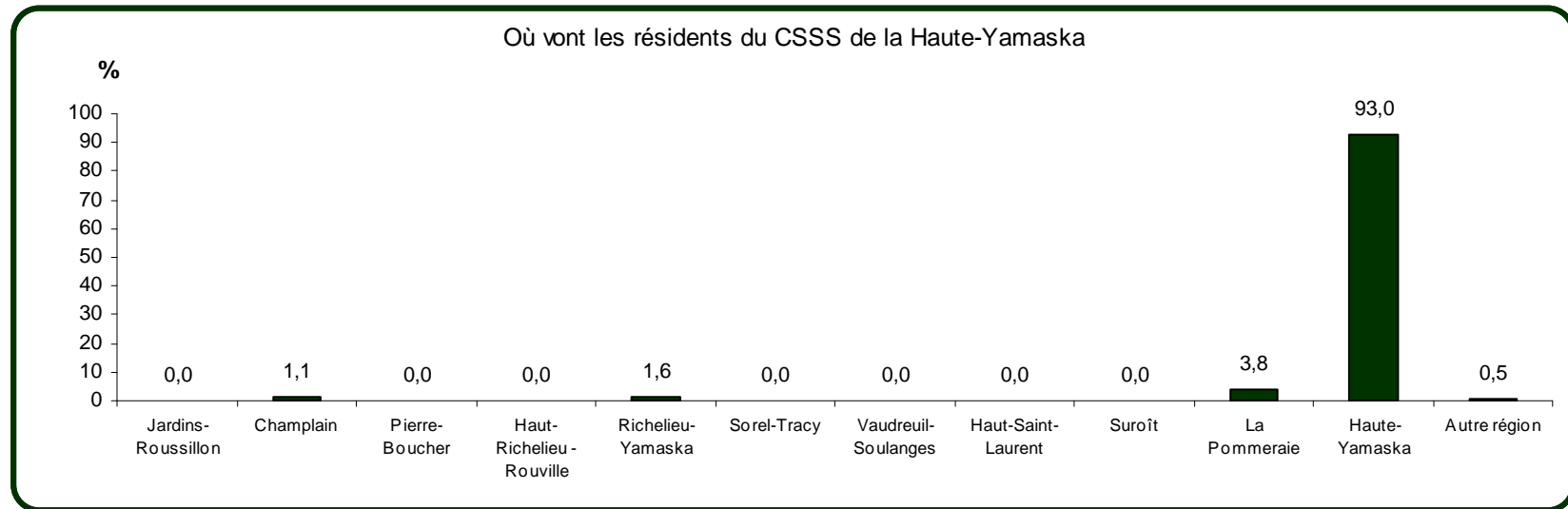
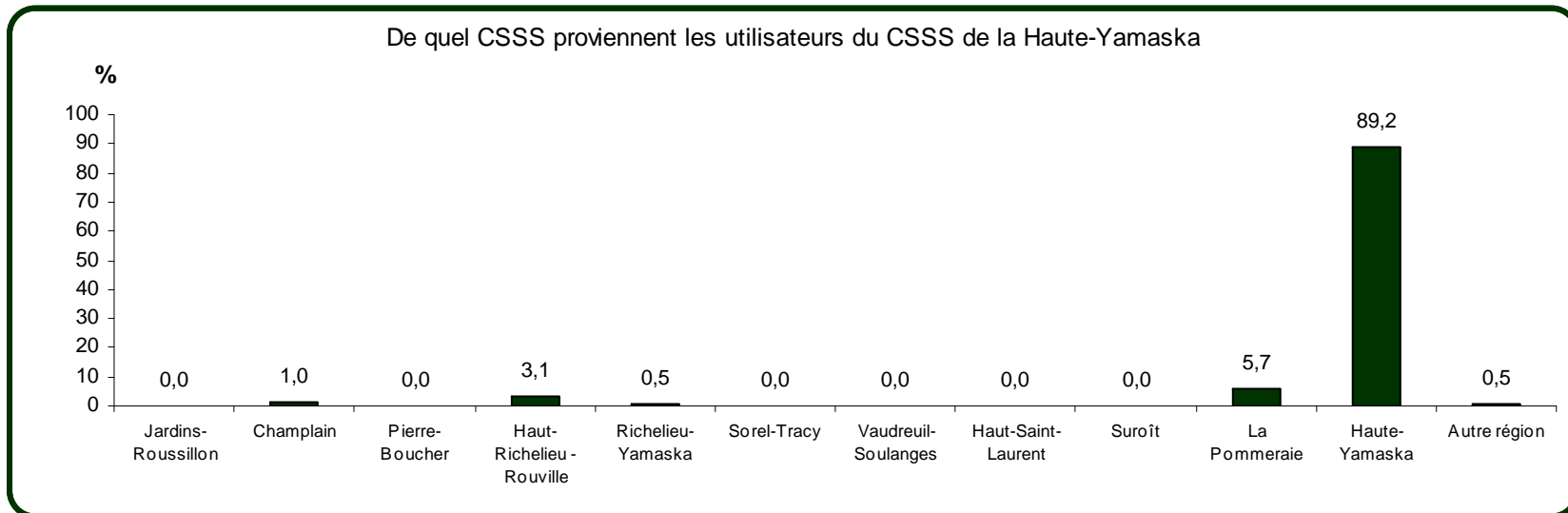


Figure C46 : Provenance des utilisateurs des services de première ligne situés sur le territoire de la Haute-Yamaska



N = 6 630; avec pondération

ANNEXE D : LISTE ET DÉFINITIONS DES VARIABLES

VARIABLE	DÉFINITIONS/MÉTHODES DE CALCUL
Organisations éligibles	Cabinets privés, cliniques médicales, cliniques médicales d'un CLSC, UMF offrant des services médicaux généraux (omnipraticiens); ont été exclus les cliniques fermées, les bureaux de médecins décédés ou ne travaillant plus et les cliniques « spécialisées » (services offerts seulement par des médecins spécialistes ou professionnels de la santé non médecins; problèmes de santé spécifiques comme la phlébologie, l'esthétique...). Les groupes de médecins de famille sont considérés comme des structures faisant partie des cliniques médicales.
Taux de réponse selon la taille	Informations provenant de la question 1a) du questionnaire et des informations obtenues à la pré-enquête <ul style="list-style-type: none"> • Petite organisation (1 à 3 omnipraticiens) • Moyenne organisation (4 à 9 omnipraticiens) • Grande organisation (10 omnipraticiens et plus)
Médecins-ETP (MDs-ETP)	Informations provenant des questions A1a et A1b du questionnaire et des informations obtenues à la pré-enquête pour les organisations non répondantes; le nombre de MDs-ETP a été calculé à partir du nombre de médecins omnipraticiens par organisation de première ligne et du nombre d'heures travaillées par semaine dans l'organisation. <ul style="list-style-type: none"> • MDs-ETP : nombre de médecins omnipraticiens de première ligne en équivalent temps plein • Ratio 1 MD-ETP / pop : 1 médecin omnipraticien équivalent temps plein/nombre d'habitants • Ratio MDs-ETP / 100 000 habitants : nombre de médecins omnipraticiens de première ligne en équivalent temps plein / 100 000 habitants <p>La règle suivante a été utilisée : ≥ 26 heures/semaine travaillées à la clinique = 1 ETP. L'estimation pour les cliniques non répondantes a été faite en appliquant les valeurs régionales obtenues : nombre MDs-ETP / nombre MD. Le rapport est de 0,69 à Montréal et de 0,77 en Montérégie. Les valeurs obtenues prennent en compte les affiliations multiples des médecins en première ligne (en CLSC et en cabinet). Elles ont de plus été majorées de 20 % pour prendre en compte les autres activités cliniques réalisées en établissement (urgence, centres d'hébergement, etc.).</p>
Nombre de cliniques médicales	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total de cliniques médicales de première ligne (privée et publique) • Nombre de cliniques médicales de première ligne en CLSC; ont été exclus les CLSC n'offrant pas de services médicaux (consultation d'omnipraticien); les points de services des CLSC de la Montérégie ont été considérés comme des entités distinctes, la plupart étant composés d'équipes médicales différentes et desservant des populations différentes. • Nombre de cliniques médicales de première ligne comportant des médecins faisant partie d'un GMF (sites principaux) • Nombre de cliniques médicales de première ligne comportant des médecins faisant partie d'un GMF (sites affiliés) • Nombre d'UMF

VARIABLE	DÉFINITIONS/MÉTHODES DE CALCUL
Personnes que votre clinique vise à rejoindre (V2)	Informations provenant des questions A6a et C1 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Population du territoire • Clientèle régulière de la clinique • Tout individu
Ce qui est priorisé dans la clinique (V3)	Informations provenant de la question C7 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Continuité • Accessibilité
Partage des valeurs communes quant à la mission et aux objectifs de la clinique (C5d)	Informations provenant de la question C5d; les organisations « solo » ont été placées dans la catégorie inférieure (Très en désaccord) <ul style="list-style-type: none"> • Très en accord (4)
Il est important pour les médecins omnipraticiens de la clinique de travailler en équipe (C5e)	Informations provenant de la question C5e du questionnaire; les organisations « solo » ont été placées dans la catégorie inférieure (Très en désaccord) <ul style="list-style-type: none"> • Très en accord (4)
La clinique est une entreprise dont la rentabilité est importante (C5a)	Informations provenant de la question C5a du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Très en accord (4)
Taille des cliniques médicales (taille_4)	Informations provenant de la questions A1a du questionnaire et des informations obtenues à la pré-enquête pour les organisations non répondantes. <ul style="list-style-type: none"> • 1 omnipraticien • 2-3 omnipraticiens • 4 à 9 omnipraticiens • 10 omnipraticiens et plus
Nombre de médecins équivalent temps plein dans la clinique (mdtpr4)	Informations provenant des questions A1a et A1b du questionnaire et des informations obtenues à la pré-enquête; le nombre de MDs-ETP a été calculé à partir du nombre de médecins omnipraticiens par organisation de première ligne et du nombre d'heures travaillées par semaine dans l'organisation. La règle suivante a été utilisée : ≥ 26 heures/semaine travaillées à la clinique = 1 ETP <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 1 ETP • 2-3 ETP • 4-6 ETP • 7 ETP
Implication des médecins dans la clinique (implication)	Informations provenant des questions A1a et A1b du questionnaire; cette variable exprime le degré d'implication des médecins dans la clinique. Elle est calculée par la proportion de MDs-ETP sur le nombre total de médecins X 100. <ul style="list-style-type: none"> • Élevé : plus de 91 %.
Ancienneté des médecins dans la clinique (Tous/La plupart) (A1C)	Informations provenant des questions A1c et A1b du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • > 5 ans (4) : Tous ou la plupart des médecins

VARIABLE	DÉFINITIONS/MÉTHODES DE CALCUL
Principal mode rémunération (A2)	Informations provenant de la question A2 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • À l'acte (1) • Au temps (2; 3) • Mixte (4)
Présence d'infirmière dans la clinique (A1dr2)	Informations provenant de la question A1 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui
Rôle de l'infirmière (PB)	Informations provenant de la question B20 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Rôle élargi (novateur) : suivi systématique de certaines clientèles (e); liaison et coordination avec les CLSC, CHSLD, CH et autres cliniques (f); participation aux décisions cliniques (h).
Ressources professionnelles sur place (Même immeuble) (D6_9_r)	Informations provenant des questions D6 et D9 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Médecins spécialistes + professionnels de la santé non médecins • Médecins spécialistes (seulement) • Professionnels de la santé non médecins (seulement)
Plateau technique sur place (A9_r)	Informations provenant des questions A9a et A9b du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Prélèvement + radiologie • Prélèvement (seulement) • Radiologie (seulement)
Technologie de l'information (Ti) disponible (r6r)	Informations provenant de la question A8 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Moyen/élevé ($\geq 3Ti$)
Organisation Solo et Groupe (groupe2)	Informations provenant de la question A1a du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Solo : un médecin par organisation • Groupe : plus d'un médecin par organisation
Présence d'un médecin responsable ou désigné (a3_r)	Informations provenant des questions A3a, A3b, A3e et A3f du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui
Partage des ressources entre les omnipraticiens (S6)	Informations provenant de la question A4 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup
Partage des activités cliniques entre les omnipraticiens (a5r)	Informations provenant de la question A5 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup
Structure de coordination entre les professionnels de la clinique : coordination intra informelle et formelle (s7)	Informations provenant de la question B21 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Formelle • Informelle
Participation des médecins à des comités régionaux (SA)	Informations provenant de la question B 30 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui
Participation à un réseau d'accessibilité / à un système régional de garde (P3)	Informations provenant de la question B28 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Oui

VARIABLE	DÉFINITIONS/MÉTHODES DE CALCUL
Affiliations organisationnelles (B19countr)	Informations provenant de la question B19 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Première ligne : cliniques médicales ou CLSC
Affiliations organisationnelles (b18countr)	Informations provenant des questions B18a, B18 b, B18c du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Centre hospitalier
Entente de collaboration première ligne (colltab)	Informations provenant de la question B26 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration totale (1,2). Existence d'ententes de collaboration formelle ou informelle avec d'autres cliniques de première ligne ou CLSC (intra et extra-territoires de CSSS)
Partenaires / collaboration première ligne (colltab)	Informations provenant des questions B26 et B27 a, b du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Intra-territoire : Existence d'ententes de collaboration formelle ou informelle avec d'autres cliniques de première ligne ou CLSC situés sur le même territoire de CSSS • Extra-territoire : Existence d'ententes de collaboration formelle ou informelle avec d'autres cliniques de première ligne ou CLSC situés sur d'autres territoires de CSSS
Entente de collaboration Centre hospitalier (colltc)	Informations provenant de la question B26 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration totale (3) : Existence d'ententes de collaboration formelle ou informelle avec un ou des hôpitaux (intra et extra-territoires de CSSS)
Partenaires / collaboration Centre hospitalier (colltc)	Informations provenant des questions B26 et B27c du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Intra-territoire : Existence d'ententes de collaboration formelle ou informelle avec un ou des hôpitaux situés sur le même territoire de CSSS • Extra-territoire : Existence d'ententes de collaboration formelle ou informelle avec un ou des hôpitaux situés sur d'autres territoires de CSSS
Couverture temporelle (P1)	Informations provenant des questions D1d, D1e, D1f, D1g du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Élevée : Services en soirée et fin de semaine • Faible : Services sur semaine seulement
Système de garde sur appel (B3)	Informations provenant de la question B36 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients réguliers de la clinique (a, b, c) • Pour les personnes qui n'ont pas de dossiers à la clinique (d) : toutes les personnes se présentant à la clinique (peu importe leur affiliation)
Mode consultation (PZ)	Informations provenant de la question B2 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Majoritairement sans rendez-vous : 51-100 % des consultations sans rendez-vous • Mixte : 26-50 % sans rendez-vous • Majoritairement sur rendez-vous : 0-25 % consultations sans rendez-vous
Lieux de consultation (b11ar)	Informations provenant de la question B11a du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • À domicile

VARIABLE	DÉFINITIONS/MÉTHODES DE CALCUL
Continuum des services offerts (P7)	Informations provenant des questions B13 et B14 du questionnaire : Exprime l'étendue de la gamme de services offerts, considérant 4 types de services : (1) dépistage; (2) prévention; (3) services diagnostiques et thérapeutiques; (4) soins palliatifs <ul style="list-style-type: none"> • Très étendue : 3 ou 4 types de services offerts • Étendue : 2 types de services offerts • Restreinte : 1 type de services offerts
Prise en charge des maladies chroniques (P9)	Informations provenant de la question B12 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Toujours (4)
Soutien pour la prise de R.V. auprès des spécialistes (PA)	Informations provenant de la question B23 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • + de soutien (2, 3, ou 4)
Références/ Plateau technique sur place (radiologie ou prélèvement) (A9r2)	Informations provenant des questions A9a et A9b du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Clinique 1^{re} ligne ou CLSC (2) • Centres hospitaliers (3)
Références/ Médecins spécialistes (Toujours/ souvent) (b22br2)	Informations provenant de la question B22 du questionnaire <ul style="list-style-type: none"> • Bureaux privés • Centres hospitaliers • Urgence de l'hôpital
Proportion de la population selon les sources habituelles de soins (qb1fin_rec)	Informations provenant des résultats de l'enquête populationnelle (Levesque JF, Pineault R, 2007) <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'utilisation (2 ans) • Première ligne • Urgence CH • Cliniques spécialisées, spécialistes, clinique externe CH • Autres
Indices de dépendance	<ul style="list-style-type: none"> • De la population (IDP) : Nombre de personnes ayant identifié leur source habituelle de soins de 1^{re} ligne sur leur territoire de résidence / Nombre personnes (utilisateurs) résidant sur le territoire X 100 • Des ressources (IDR) : Nombre de personnes ayant identifié leur source habituelle de soins sur leur territoire de résidence / Nombre de personnes (utilisateurs) identifiant leur source habituelle de soins de 1^{re} ligne sur le territoire X 100. <p>Les valeurs d'IDP et d'IDRR ont été calculées à partir des données provenant de l'enquête populationnelle (Levesque, Pineault, Simard et al., 2007). Une pondération à 3 niveaux a été appliquée aux données : (1) sélection des adultes dans le ménage; (2) stratification par territoire de CSSS; (3) distribution représentative d'âge et de sexe par territoire de CSSS.</p> <p>Les territoires des CSSS ont été regroupés selon les distributions autour des valeurs médianes d'IDP et d'IDR.</p>

ANNEXE E : QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL

**L'accessibilité et la continuité des services de santé :
Une étude sur la première ligne au Québec**

Questionnaire organisationnel Clinique médicale de première ligne

Avril 2006

Institut national de santé publique du Québec
Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoynes

AUTEURS

Raynald Pineault^{1,2,3}
Marjolaine Hamel^{1,2}
Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}
Danièle Roberge^{4,5}
Paul Lamarche⁶
Jeannie Haggerty⁵

SOUTIEN TECHNIQUE À LA RECHERCHE

Léonarda Da Silva^{1,2}

COLLABORATION

L'équipe de chercheurs et de collaborateurs associés à la réalisation du projet de recherche
Les médecins DRMG/ Montréal-Montérégie
Les membres des comités des Départements régionaux de médecine générale de Montréal et de la Montérégie

ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES

Le projet de recherche bénéficie d'une subvention de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Il bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne (GRÉAS 1) et du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU).

Ce projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de la Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Ce document est disponible sur le site internet de la Direction de santé publique (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html)

IMPRESSION ET DISTRIBUTION

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Reproduction autorisé à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006)

¹ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
² Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
³ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
⁴ Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné
⁵ Université de Sherbrooke
⁶ Université de Montréal



L'accessibilité et la continuité des services de santé

Une étude sur la première ligne au Québec

QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL

CLINIQUE MÉDICALE DE PREMIÈRE LIGNE

1. Adresse de la clinique

Si nécessaire, veuillez faire les corrections.



Nom de la clinique

No civique

Nom de la rue

No de bureau

Ville



Province

Code postal

Téléphone

Poste téléphonique

Télécopieur

2. Identification du médecin répondant au questionnaire *(si différent de celui identifié sur l'étiquette des coordonnées)*.

Nom :

Prénom :

Adresse courriel :

Fonction :

₁ Chef d'équipe/Directeur médical

₂ Médecin responsable

₃ Membre de l'équipe d'omnipraticiens

₀₅ Autres → Précisez :

CONSIGNES

Ce questionnaire porte sur l'**organisation des services de santé de première ligne** offerts dans les cabinets et les cliniques médicales, les polycliniques et les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Un questionnaire est envoyé à chaque clinique ou adresse clinique.

QUI DOIT RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE ?

Ce questionnaire doit être répondu par le **médecin le plus familier avec la façon dont la clinique est organisée et fonctionne** : souvent il s'agit du médecin-responsable. C'est pour cette raison que le questionnaire ne doit pas être répondu par chacun des médecins dans les cliniques, même si, à certains endroits, les médecins travaillent peu ou pas ensemble.

L'utilisation de l'expression «**médecin solo**» se rapporte à la situation où un seul médecin travaille à un endroit, ce médecin devant répondre pour lui-même.

COMMENT RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE ?

L'utilisation de l'expression «**votre clinique**» se rapporte strictement à l'équipe médicale de première ligne (médecins omnipraticiens et infirmières) dont vous faites partie ou, vous-même, si vous êtes le seul médecin de la clinique, c'est à dire un «**médecin solo**». Les réponses doivent autant que possible refléter les vues et les pratiques de l'équipe médicale de première ligne (médecins omnipraticiens et infirmières).

Vous devez encoder ou cocher un choix de réponse par question sauf pour les questions qui ont une directive spécifique (ex: Cochez tout ce qui s'applique).

Certaines questions ne s'appliquent qu'en partie à la situation des «**médecins solos**». Il faut répondre à ces questions selon les directives données.

COMPOSANTES DU QUESTIONNAIRE

Section A : Ressources et structure organisationnelle

Section B : Services, pratiques et collaboration interorganisationnelle

Section C : Vision/Système de représentation et de valeurs

Section D : Emplacement de la clinique

Le genre masculin employé dans le texte sert à identifier aussi bien les femmes que les hommes. Il permet à la fois d'alléger le texte et de renforcer l'anonymat des informateurs et des informatrices à la source des données.

If you prefer to receive this questionnaire in English please contact:

Ce questionnaire porte sur l'organisation des services de première ligne offerts par votre équipe médicale (médecin(s) ou infirmière(s)) ou, vous-même, si vous êtes le seul médecin de la clinique (solo). L'expression « votre clinique » se rapporte strictement à cette équipe ou à vous-même si vous êtes un « médecin solo ». Un questionnaire est envoyé à chaque clinique ou adresse civique.

Section A : Ressources et structure organisationnelle

1. a) Combien de médecins omnipraticiens au total travaillent dans votre clinique ?

b) Précisez, selon les catégories suivantes, combien de médecins omnipraticiens travaillent dans votre clinique.

- a) Moins de 10 heures **par semaine** :
- b) De 10 à 25 heures **par semaine** :
- c) De 26 à 40 heures **par semaine** :
- d) Plus de 40 heures **par semaine** :

c) Combien de ces médecins omnipraticiens travaillent depuis plus de 5 ans dans votre clinique ?

- ₁ Aucun
- ₂ Un seul
- ₃ Certains
- ₄ Tous ou la plupart

d) Combien d'infirmières travaillent dans votre clinique ?

2. Quel est le **principal** mode de rémunération du ou des médecin(s) omnipraticien(s) pour les activités réalisées dans votre clinique ? **Choisissez une seule réponse.**

- ₁ À l'acte
- ₂ À forfait (*vacation*)
- ₃ À honoraires fixes
- ₄ Selon un mode mixte



Note : Si vous êtes un « médecin solo » → passez à la question 6.

3. Dans votre clinique, qui ... **Encerclez un seul choix par énoncé.**

	Un médecin responsable ou désigné	Le groupe de médecins collectivement	Gestionnaire administratif	Ne s'applique pas dans notre clinique
a) planifie les listes de garde, les plages horaires, les vacances, etc. ?	1	2	4	97
b) organise les réunions de discussions de cas ?	1	2	4	97
c) assure le recrutement des médecins et l'attribution des privilèges de pratique ?	1	2	4	97
d) assure l'évaluation de la qualité de l'acte médical ?	1	2	4	97
e) organise les activités de formation médicale continue ?	1	2	4	97
f) représente la clinique sur des comités ?	1	2	4	97

4. Combien de médecins omnipraticiens de votre clinique partagent...

	Tous/La plupart	Certains	Aucun
a) les locaux (<i>bureaux ou salles d'examens</i>) ?	3	2	1
b) les dépenses de fonctionnement de la clinique ?	3	2	1
c) le personnel de soutien (<i>secrétaire et réceptionniste</i>) ?	3	2	1
d) le système de gestion de rendez-vous ?	3	2	1
e) le système de dossiers ou d'archives ?	3	2	1
f) la mise en commune des revenus (<i>pooling</i>) ?	3	2	1

5. Combien de médecins omnipraticiens de votre clinique partagent...

	Tous/La plupart	Certains	Aucun
a) la couverture des plages de consultation sans rendez-vous ?	3	2	1
b) la couverture des plages de consultation sur rendez-vous ?	3	2	1
c) la couverture des soins hospitaliers pour les patients de la clinique ?	3	2	1
d) le suivi des patients ?	3	2	1
e) le remplacement d'un médecin lorsqu'il est absent ?	3	2	1

6. Dans quelle mesure le ou les médecin(s) omnipraticien(s) de votre clinique se sentent-ils responsables envers...

	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout
a) la population du quartier, du village ou du territoire où se trouve la clinique ?	4	3	2	1
b) la clientèle de la clinique ?	4	3	2	1
c) la RAMQ ?	4	3	2	1
d) le Collège des médecins ?	4	3	2	1
e) les collègues de travail ?	4	3	2	1
f) les gestionnaires de la clinique ?	4	3	2	1

7. Est-ce que les fonds servant à financer les dépenses de fonctionnement de votre clinique et les locaux proviennent...

- a) de frais facturés aux médecins ou de la contribution des médecins ? ₁ Oui ₂ Non
- b) d'entreprises privées (*compagnies, pharmacies, dons, fondation, etc.*) ? ₁ Oui ₂ Non
- c) de frais chargés aux patients (*ex: frais d'ouverture ou gestion des dossiers*) ? ₁ Oui ₂ Non
- d) d'un budget de fonctionnement d'établissement (*CLSC, CH, etc.*) ? ₁ Oui ₂ Non

8. Dans votre clinique, disposez-vous...

- a) d'un logiciel informatique pour la gestion des rendez-vous ? ₁ Oui ₂ Non
- b) de dossiers patients informatisés ? ₁ Oui ₂ Non
- c) d'un accès Internet (*Web*) pour les médecins ? ₁ Oui ₂ Non
- d) d'un accès au réseau de télécommunication sociosanitaire (*RTSS*) ? ₁ Oui ₂ Non
- e) d'un système de prise de rendez-vous sur Internet (*Web*) pour les patients ? ₁ Oui ₂ Non
- f) d'un prescripteur électronique pour transmettre les prescriptions aux pharmacies ? ₁ Oui ₂ Non

9. Dans votre clinique, où dirigez-vous les patients pour les services suivants : Encerlez tout ce qui s'applique.

	Sur place	Dans une autre clinique de première ligne	Dans un CLSC	Dans un laboratoire privé/Clinique privée de radiologie	Dans un hôpital
a) Les prélèvements	1	2	3	4	5
b) La radiologie	1	2	3	4	5
c) Les analyses de laboratoire	1	2	3	4	5

Section B : Services, pratiques et collaboration interorganisationnelle

1. Dans votre clinique,

- a) y a-t-il une ou des personnes préposées à l'accueil des patients ? ₁ Oui ₂ Non
- b) y a-t-il une ou des personnes préposées à la gestion des dossiers médicaux (*ouverture de dossiers, archivage, etc.*) ? ₁ Oui ₂ Non
- c) les patients peuvent-ils laisser un message sur un répondeur téléphonique et être rappelés par un médecin ou une infirmière ? ₁ Oui ₂ Non
- d) offrez-vous des services **sur rendez-vous** la fin de semaine (*samedi ou dimanche*) ? ₁ Oui ₂ Non
- e) offrez-vous des services **sans rendez-vous** la fin de semaine (*samedi ou dimanche*) ? ₁ Oui ₂ Non
- f) offrez-vous des services **sur rendez-vous** en soirée sur semaine (*après 18h*) ? ₁ Oui ₂ Non
- g) offrez-vous des services **sans rendez-vous** en soirée sur semaine (*après 18h*) ? ₁ Oui ₂ Non
- h) offrez-vous des services la nuit (*entre minuit et 8h*) ? ₁ Oui ₂ Non
- i) en dehors des heures d'ouverture, orientez-vous les patients vers une autre clinique disponible ? ₁ Oui ₂ Non
- j) avez-vous une politique concernant l'acceptation de **nouveaux patients** ? ₁ Oui ₂ Non
- k) avez-vous une liste d'attente pour accepter de **nouveaux patients** ? ₁ Oui ₂ Non

2. Les consultations sans rendez-vous représentent quelle proportion de l'ensemble des consultations offertes à la clinique ?

- ₁ 0 %
- ₂ 1 à 25 %
- ₃ 26 à 50 %
- ₄ 51 à 75 %
- ₅ 76 à 100 %

3. Dans votre clinique, y a-t-il un système de garde sur appel en dehors des heures d'ouverture pour...

- a) les patients vulnérables ? ₁ Oui ₂ Non
- b) les patients réguliers de la clinique ? ₁ Oui ₂ Non
- c) les personnes qui ont un dossier à la clinique ? ₁ Oui ₂ Non
- d) les personnes qui n'ont pas de dossier à la clinique ? ₁ Oui ₂ Non

4. Précisez, pour chaque type de clientèle, s'il est possible pour une personne qui est malade de communiquer par téléphone avec un médecin ou une infirmière, lorsque la clinique est ouverte.

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
a) Les patients vulnérables	4	3	2	1
b) Les patients réguliers de la clinique	4	3	2	1
c) Les personnes qui ont un dossier à la clinique	4	3	2	1
d) Les personnes qui n'ont pas de dossier à la clinique	4	3	2	1

5. Précisez, pour chaque type de clientèle, si les patients qui présentent un problème aigu (*cas urgent*) peuvent voir un médecin dans des temps réservés ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
a) Les patients vulnérables	4	3	2	1
b) Les patients réguliers de la clinique	4	3	2	1
c) Les personnes qui ont un dossier à la clinique	4	3	2	1
d) Les personnes qui n'ont pas de dossier à la clinique	4	3	2	1

6. Dans votre clinique, lorsqu'un patient présente un problème, peut-il être vu entre deux rendez-vous ?

- 4 Toujours
 3 Souvent
 2 Parfois
 1 Jamais

7. Dans votre clinique, quel est le délai moyen (*en semaines*) pour voir un médecin sur rendez-vous ? _____

8. Votre clinique confirme-t-elle les rendez-vous auprès des patients quelques jours avant la date du rendez-vous ?

- 4 Toujours
 3 Souvent
 2 Parfois
 1 Jamais

9. Dans votre clinique, lors de la prise de rendez-vous, combien de temps est réservé aux visites pour examen complet ou évaluation d'un nouveau cas ? Cochez un seul choix.

- 1 Moins de 10 minutes 4 20 minutes
 2 10 minutes 5 30 minutes
 3 15 minutes 6 Plus de 30 minutes

10. Dans votre clinique, lors de la prise de rendez-vous, combien de temps est réservé aux visites pour le suivi ou les consultations d'urgences ? Cochez un seul choix.

- 1 Moins de 10 minutes 4 20 minutes
 2 10 minutes 5 30 minutes
 3 15 minutes 6 Plus de 30 minutes

11. Dans votre clinique, dans quelle mesure offrez-vous les services suivants :

	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout
a) Des soins et des services médicaux ou infirmiers au domicile des patients	4	3	2	1
b) Des soins et des services médicaux ou infirmiers en foyer pour personnes âgées, centre d'accueil ou centre d'hébergement	4	3	2	1
c) Des soins palliatifs	4	3	2	1
d) Des soins intrahospitaliers	4	3	2	1
e) Des soins obstétricaux	4	3	2	1

12. Dans votre clinique, offrez-vous des services particuliers de prise en charge et de suivi systématique pour les patients atteints de maladie chronique (MPOC, diabète, etc.) ?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Jamais

13. Les procédures diagnostiques et thérapeutiques suivantes sont-elles disponibles sur place ?

- | | | |
|---|---|---|
| a) Interprétation d'ECG | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| b) Glycémie capillaire et cholestérol capillaire | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| c) Aspiration à l'aiguille | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| d) Strep-test | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| e) Biopsie cutanée | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| f) Interprétation d'examen radiologiques simples | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| g) Insertion d'un stérilet | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| h) Injection/Aspiration musculosquelettique | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| i) Plâtre/Attelle | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| j) Suture/Chirurgie mineure | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| k) Spirométrie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| l) Médecine alternative (<i>acupuncture, chiropractie, ostéopathie, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

14. Les services préventifs suivants font-ils partie des pratiques cliniques usuelles de votre clinique ?

Dépistage

- | | | |
|---|---|---|
| a) Identification des problèmes d'alcool et de drogue | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| b) Dépistage de l'hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| c) Examen clinique des seins | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| d) Mammographie chez les femmes | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| e) Frottis cervical (<i>Pap test</i>) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| f) Dépistage postnatal | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| g) GAIAC/Coloscopie/Colonoscopie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| h) Ostéoporose | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

Prévention

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| i) Vaccination des enfants | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| j) Vaccination contre la grippe | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

Counselling, éducation et enseignement

- | | | |
|---|---|---|
| k) Cessation du tabagisme | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| l) Maintien d'un poids santé | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| m) Sexualité sans risque | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| n) Prévention des chutes chez les personnes âgées | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

15. Des dépliants ou de l'information écrite sont-ils mis à la disposition des patients de votre clinique sur les sujets suivants :

- | | | |
|--|---|---|
| a) Les façons de maintenir une bonne santé et de prévenir l'apparition de maladies | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| b) Les façons de traiter et de contrôler les maladies chroniques | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

16. Dans votre clinique, les services sont offerts dans quelles langues ? Cochez tout ce qui s'applique.

₁ Français

₂ Anglais

₈₅ Autres langues → **Précisez :** _____

17. Dans votre clinique, combien de médecins omnipraticiens concentrent la majeure partie de leurs activités dans les champs de pratique particuliers suivants : ? Si vous êtes un « médecin solo » encerclez, dans la dernière colonne, vos champs de pratique particulier.

	Tous/La plupart	Certains	Aucun	Pour médecin solo
a) Santé des femmes et accouchements	4	3	2	96
b) Santé mentale	4	3	2	96
c) Gériatrie	4	3	2	96
d) Soins aux enfants et aux adolescents	4	3	2	96
e) Chirurgie mineure	4	3	2	96
f) Chirurgie esthétique et traitement des varices	4	3	2	96
g) Obésité	4	3	2	96
h) Maladies chroniques (<i>diabète, MPOC, etc.</i>)	4	3	2	96
i) Médecine industrielle	4	3	2	96
j) Médecine sportive	4	3	2	96
k) Santé voyage	4	3	2	96
l) Prévention, counselling et dépistage	4	3	2	96
m) Médecine alternative (<i>acupuncture, chiropractie, ostéopathie, etc.</i>)	4	3	2	96
n) Autres → Précisez : ↓	4	3	2	96
.....				

18. En plus des soins offerts dans votre clinique, combien de médecins omnipraticiens fournissent les services suivants : Si vous êtes un « médecin solo » encerclez, dans la dernière colonne, les services que vous offrez.

	Tous/La plupart	Certains	Aucun	Pour médecin solo
a) Services médicaux dans un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou d'un autre établissement de santé ?	4	3	2	96
b) Services médicaux dans les unités de soins de courte durée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ?	4	3	2	96
c) Services médicaux dispensés dans un centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ?	4	3	2	96
d) Services médicaux dispensés dans un programme de soutien à domicile d'un CLSC ?	4	3	2	96
e) Services médicaux obstétricaux dans un centre hospitalier ?	4	3	2	96
f) Service médicaux de première ligne auprès de clientèles vulnérables , à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement de santé ?	4	3	2	96
g) Autres activités identifiées par le Département régional de médecine générale (DRMG) ?	4	3	2	96

19. Combien de médecins omnipraticiens de votre clinique ont des activités dans les autres milieux de pratique suivants : *Si vous êtes un « médecin solo » encerclez, dans la dernière colonne, les activités que vous réalisez dans d'autres milieux de pratiques.*

	Tous/La plupart	Certains	Aucun	Pour médecin solo
a) Cliniques médicales privées	3	2	1	96
b) Centre local de services communautaires (CLSC)	3	2	1	96

20. Quels sont les rôles et les fonctions des infirmières qui font partie de votre équipe médicale ? *Cochez tout ce qui s'applique.*

- a Il n'y a pas d'infirmière dans notre équipe → **Passez à la question suivante**
 f Liaison et coordination avec les CLSC, CHSLD, CH et autres cliniques
 b Triage des patients au sans rendez-vous
 g Soutien aux activités cliniques des médecins (*tension, pesée, injections, etc.*)
 c Activités de prévention, promotion et dépistage
 h Participation aux décisions cliniques
 d Enseignement aux patients
 i Autres → **Précisez :** _____
 e Suivi systématique de certaines clientèles



Note : Si vous êtes un « médecin solo » → passez à la question 22.

21. Comment se fait la coordination des soins entre les professionnels de la clinique ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
a) Par des échanges informels ou ponctuels	4	3	2	1
b) Selon des protocoles de suivi pré-établis pour des clientèles ou des problèmes particuliers	4	3	2	1
c) Lors de réunions de discussion de cas (<i>réunions statutaires</i>)	4	3	2	1
d) Lors de sessions de formation médicale continue	4	3	2	1

Collaboration interorganisationnelle

22. Vers quels endroits les patients sont-ils dirigés pour voir des spécialistes ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
a) Vers les bureaux privés de spécialistes	4	3	2	1
b) Vers les hôpitaux ou les cliniques externes des hôpitaux	4	3	2	1
c) Vers les urgences des hôpitaux	4	3	2	1

23. En général, les rendez-vous auprès des spécialistes sont pris par...

- 1 Les patients
 2 Le personnel de soutien
 3 L'infirmière
 4 Le médecin

24. Dans votre clinique, réfère-t-on des patients à des réseaux de services ciblant spécifiquement des clientèles particulières ?

- 1 Oui
 2 Non → **Passez à la question 26**

25. Quels sont ces réseaux de services ? Cochez tout ce qui s'applique.

- a Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
- b Réseau MPOC
- c Réseau de services intégrés pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale
- d Réseau sur l'asthme
- e Réseau de services jeunesse
- f Réseau de services diabète
- g Réseau de services cancer
- h Réseau de services pour les maladies cardio-vasculaires
- i Autres → **Précisez :** _____

26. Dans votre clinique, avez-vous des ententes de collaboration, formelles ou informelles, avec d'autres cliniques médicales de première ligne, des CLSC ou des hôpitaux pour... Cochez tout ce qui s'applique.

	Oui, avec une ou des cliniques médicales de première ligne	Oui, avec un ou des CLSC	Oui, avec un ou des hôpitaux	NON
a) planifier l'offre de services (<i>activités de garde, heures d'ouverture, services sans rendez-vous, etc.</i>) ?	1	2	3	4
b) avoir accès au plateau technique (<i>ex : radiologie, laboratoire</i>) ?	1	2	3	4
c) échanger des ressources (<i>ex : prêt de services professionnels</i>) ?	1	2	3	4
d) référer ou transférer des patients à des omnipraticiens, des spécialistes ou d'autres professionnels ?	1	2	3	4
e) assurer le suivi de patients hospitalisés ou vus à la clinique ?	1	2	3	4
f) Autres → Précisez : ↓	1	2	3	4
.....				

27. Si vous avez répondu « oui » à l'un ou l'autre des choix de la question précédente, identifiez...

a) la ou les principales cliniques de première ligne avec lesquelles vous avez des ententes :

b) le ou les principaux CLSC avec lesquels vous avez des ententes :

c) le ou les principaux hôpitaux avec lesquels vous avez des ententes :

28. Votre clinique, participe-t-elle à un Réseau d'accessibilité médicale pour assurer la coordination des heures d'ouverture de votre clinique avec celles d'autres cliniques (soirs, fin de semaine, etc.) ?

- ₁ Oui
₂ Non

29. Le ou les médecin(s) omnipraticien(s) de votre clinique participent-ils à un système régional de garde en disponibilité pour les patients vulnérables ?

- ₁ Oui
₂ Non

30. Dans votre clinique, combien de médecins omnipraticiens participent aux activités suivantes : Si vous êtes un « médecin solo » encerclez dans la dernière colonne le type de participation.

	Tous/La plupart	Certains	Aucun	Pour médecin solo
a) Participation à des comités locaux du Département régional de médecine générale (DRMG)	3	2	1	96
b) Participation à des comités d'implantation des GMF	3	2	1	96
c) Participation à des comités sur les mesures de désengorgement des urgences	3	2	1	96
d) Participation à des comités sur le projet clinique du Centre de santé et de services sociaux (CSSS)	3	2	1	96
e) Autres ➔ Précisez : ↓	3	2	1	96
.....				

Section C : Vision / système de représentation et de valeurs

1. Quelle catégorie représente le mieux les personnes que votre clinique vise à rejoindre ? Cochez un seul choix.

- ₁ Toutes les personnes qui ont besoin de services et qui se présentent à la clinique
₂ Les patients réguliers de la clinique ou inscrits à la clinique
₃ La population du quartier, du village ou du territoire desservi par la clinique

2. Votre clinique s'est-elle donné pour mission d'offrir des services à des clientèles particulières (ex : enfants, adolescents, personnes âgées) ?

- ₁ Oui ➔ Quelles clientèles ? _____
₂ Non

3. Votre clinique s'est-elle donné pour mission d'offrir des services à des patients atteints de certaines maladies spécifiques (ex : diabète, MTS, MPOC, etc.) ?

- ₁ Oui ➔ Quels types de problèmes ? _____
₂ Non

4. À l'aide de l'échelle ci-dessous, situez l'importance accordée dans votre clinique à l'atteinte des objectifs suivants : **Encerchez votre choix.**

	Moindre importance					Plus grande importance				
a) L'accessibilité des services offerts par la clinique	1	2	4	5	6	7	8	9	10	
b) La relation continue dans le temps avec les patients	1	2	4	5	6	7	8	9	10	
c) La prestation des services pour les besoins de santé physiques, psychologiques et sociaux des patients	1	2	4	5	6	7	8	9	10	
d) La prestation de services préventifs et de promotion de la santé	1	2	4	5	6	7	8	9	10	
e) La conformité des soins avec les lignes directrices reconnues	1	2	4	5	6	7	8	9	10	
f) Le respect, la courtoisie et la confidentialité	1	2	4	5	6	7	8	9	10	
g) L'équité dans la prestation des soins et l'absence de discrimination à l'égard des personnes	1	2	4	5	6	7	8	9	10	

5. Dites si vous êtes, **très en accord, partiellement en accord, partiellement en désaccord ou très en désaccord**, avec les énoncés suivants :

	Très en accord	Partiellement en accord	Partiellement en désaccord	Très en désaccord
a) Le(s) médecin(s) considère(nt) la clinique comme une entreprise dont la rentabilité est importante	4	3	2	1
b) Il est de la responsabilité du ou des médecin(s) de la clinique de considérer les causes environnementales ou occupationnelles dans l'évaluation des problèmes de santé des patients	4	3	2	1
c) Il est de la responsabilité du ou des médecin(s) de la clinique de considérer les problèmes sociaux dans leurs interventions cliniques (<i>ex : pauvreté, violence, toxicomanie</i>)	4	3	2	1
d) Les professionnels de la clinique partagent des valeurs communes en ce qui a trait à la mission et aux objectifs de la clinique. Si vous êtes un « médecin solo » ➔ Passez à la question 6	4	3	2	1
e) Il est important pour les médecins omnipraticiens de la clinique de travailler en équipe	4	3	2	1

6. Sur les échelles ci-dessous, encerchez le chiffre (**un seul**) qui correspond le mieux à la vision de l'équipe médicale de première ligne de votre clinique à l'égard de... **Si vous êtes un « médecin solo » répondez pour vous-même.**

a) la « responsabilité de la santé »

(1) La santé est une responsabilité individuelle

(2) La santé est une responsabilité collective

5-----4-----3-----2-----1-----0-----1-----2-----3-----4-----5

(1) Responsabilité individuelle : il incombe à chacun de se maintenir en santé ou de faire ce qu'il faut pour recouvrer la santé.

(2) Responsabilité collective : il incombe à la société de mettre en place les conditions qui favorisent le maintien et le recouvrement de la santé.

b) du « droit aux services »

(3) L'accès aux soins est un droit absolu

(4) L'accès aux soins est un droit relatif

5-----4-----3-----2-----1-----0-----1-----2-----3-----4-----5

(3) L'accès aux soins est un droit absolu : tous devraient obtenir le même accès aux soins de santé, selon leurs besoins, quelle que soit leur capacité financière.

(4) L'accès aux soins est un droit relatif : tous devraient obtenir un accès aux soins de santé mais ceux qui en ont la capacité financière pourraient payer pour un meilleur accès aux soins de santé.

7. Choisissez l'énoncé qui correspond le plus à ce qui est priorisé dans votre clinique pour l'organisation des services.

- ₁ Plutôt l'accessibilité des services
- ₂ Plutôt la continuité des soins pour vos patients

Les questions de la section D portent sur l'emplacement de votre clinique de première ligne et sur les autres ressources logeant dans le même immeuble

Section D : Emplacement de la clinique

1. Depuis combien de temps votre clinique existe-t-elle ?

- ₁ Moins de 1 an
- ₂ 1 à 5 ans
- ₃ Plus de 5 ans

2. Où est située votre clinique ?

- ₁ Dans un immeuble dont les médecins sont propriétaires ou actionnaires
- ₂ Dans des bureaux loués dans un immeuble commercial ayant une vocation de santé
- ₃ Dans des bureaux loués dans un immeuble sans vocation particulière
- ₄ À l'intérieur d'une pharmacie
- ₅ Dans un établissement du réseau de la santé (*hôpitaux, CLSC, etc.*)
- ₉₇ Autres → **Précisez :** _____

3. En plus de votre clinique, y a-t-il d'autres équipes médicales de première ligne ou d'autres médecins omnipraticiens qui logent dans cet immeuble ?

- ₁ Oui
- ₂ Non → **Passez à la question 6**

4. Pour ces équipes médicales de première ligne ou ces médecins omnipraticiens, précisez :

Nom du médecin responsable OU d'un médecin pouvant répondre pour l'équipe	Nombre de médecins

5. Le ou les médecin(s) omnipraticien(s) de votre clinique partage(nt)-t-il(s) avec une ou l'autre de ces équipes...

- a) des locaux (*bureaux ou salles d'examen*) ? ₁ Oui ₂ Non
b) des dépenses de fonctionnement de la clinique ? ₁ Oui ₂ Non
c) du personnel du soutien (*secrétaire et réceptionniste*) ? ₁ Oui ₂ Non
d) un système de gestion de rendez-vous ? ₁ Oui ₂ Non
e) un système de dossiers ou d'archives ? ₁ Oui ₂ Non

6. Dans l'immeuble où se situe votre clinique, des services sont-ils offerts par des médecins spécialistes ?

- ₁ Oui
₂ Non → **Passez à la question 9**

7. Quelles sont les spécialités de ces médecins spécialistes ?

8. Le ou les médecin(s) omnipraticien(s) de votre clinique réfère(nt)-t-il(s) des patients à ces médecins spécialistes logés dans l'immeuble ?

- ₁ Oui
₂ Non

9. Dans l'immeuble où se situe votre clinique, des services sont-ils offerts par d'autres professionnels de la santé ?

- ₁ Oui
₂ Non → **FIN DU QUESTIONNAIRE**

10. Quels sont ces types de professionnels de la santé qui offrent des services ?

- _a Pharmaciens _e Travailleurs sociaux
_b Ostéopathes, chiropraticiens, acupuncteurs, etc. _f Organismes communautaires
_c Nutritionnistes _g Autres → **Précisez :** _____

11. Votre équipe médicale de première ligne réfère-t-elle des patients à ces autres professionnels de la santé ?

- ₁ Oui
₂ Non

