



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

Rapport descriptif de l'enquête organisationnelle pour la région de Montréal

Septembre 2012

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

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

RAPPORT DESCRIPTIF DE L'ENQUÊTE ORGANISATIONNELLE POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ

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

ET

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

SEPTEMBRE 2012



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

AUTEURS

Raynald Pineault^{1,2,3}, Audrey Couture^{1,2}, Alexandre Prud'homme^{1,2}, Sylvie Provost^{1,2,3}, Roxane Borgès Da Silva^{1,2,8}, Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}, Pierre Tousignant^{1,2,3}

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnatrice de projet

Audrey Couture^{1,2}

Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}, Raynald Pineault^{1,2,3}, Pierre Tousignant^{1,2,3}

Cochercheurs et professionnels de recherche

Sylvie Provost^{1,2,3}, Roxane Borgès Da Silva^{1,2,4}, Alexandre Prud'homme^{1,2}, Brigitte Simard^{1,2}, Odette Lemoine^{1,2}, Marjolaine Hamel^{1,2}, Dominique Grimard^{1,2}, Michel Fournier^{1,8}, Danièle Roberge^{5,6}, Mylaine Breton^{5,6}, Jean-Louis Denis⁷, Marie-Dominique Beaulieu^{3,8}, Debbie Feldman^{1,2,8}, Paul Lamarche⁸, Jeannie Haggerty^{4,9}, Josée Côté^{3,8}

Codécideurs

Denis A. Roy², Mylène Drouin¹, Louis Côté¹⁰, François Goulet¹²

Comité consultatif

Richard Lessard¹, Ginette Côté¹³, Pierre Bergeron², Yolaine Galarneau¹³, Frédéric Abergel¹⁰, Louise Quesnel¹¹, Jean Rodrigue¹¹, Diane Watson¹⁴, Brian Hutchison¹⁵, Frederick Burge¹⁶, William Hogg¹⁷, Greg Webster¹⁸, Suzanne Durand¹⁹, Patricia Caris¹³ et Serge Dulude²⁰

Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis¹

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

² Institut national de santé publique du Québec

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

⁴ Université McGill

⁵ Centre de recherche de l'Hôpital Charles Le Moyne

⁶ Université de Sherbrooke

⁷ École nationale d'administration publique (ÉNAP)

⁸ Université de Montréal

⁹ Centre de recherche du Centre hospitalier de St. Mary

¹⁰ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

¹¹ Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

¹² Collège des médecins du Québec

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

¹⁴ Bureau of health information, New South Wales, Australia

¹⁵ McMaster University

¹⁶ Dalhousie University

¹⁷ Université d'Ottawa

¹⁸ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

¹⁹ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

²⁰ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Organismes subventionnaires et partenaires

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

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

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2012

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-66462-8 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-66463-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2012)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE	V
LISTE DES FIGURES	VII
GLOSSAIRE	XI
LE PROJET ÉVOLUTION ET SES DIFFÉRENTS VOLETS	1
1 BREF RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE	3
2 RÉSULTATS : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CLINIQUES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE ENTRE 2005 ET 2010	5
3 RÉSULTATS : COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES ENTRE 2005 ET 2010 POUR MONTRÉAL ET LES TERRITOIRES DE CSSS	13
3.1 Vision des cliniques médicales	13
3.1.1 Personnes visées par les cliniques médicales	14
3.1.2 Priorité : la continuité des soins ou l'accessibilité des services	14
3.1.3 Importance accordée au travail d'équipe	15
3.1.4 Partage de valeurs communes entre les professionnels	16
3.1.5 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « vision »	17
3.2 Ressources des cliniques médicales	18
3.2.1 Nombre de médecins œuvrant dans les cliniques médicales	18
3.2.2 Rôle de l'infirmière	19
3.2.3 Présence de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble	20
3.2.4 Technologies de l'information	21
3.2.5 Pourcentage des médecins travaillant 26 heures et plus par semaine dans la clinique médicale	22
3.2.6 Partage des ressources entre les médecins	23
3.2.7 Présence d'un plateau technique (radiologie ou prélèvements sanguins) dans le même immeuble	24
3.2.8 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « ressources »	25
3.3 Structure des cliniques médicales	26
3.3.1 Sources de financement	26
3.3.2 Gestion des tâches médico-administratives	27
3.3.3 Coordination des soins entre les professionnels	28
3.3.4 Collaboration avec d'autres cliniques médicales	29
3.3.5 Collaboration des cliniques médicales avec un hôpital	30
3.3.6 Participation à des comités régionaux	31
3.3.7 Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « structure »	32
3.4 Pratiques des cliniques médicales	33
3.4.1 Couverture temporelle le soir et la fin de semaine	33
3.4.2 Disponibilité en situations urgentes pour les patients réguliers	34
3.4.3 Participation à un réseau d'accessibilité médicale	35

3.4.4	Mode de consultation	36
3.4.5	Temps réservé aux consultations.....	37
3.4.6	Étendue des services offerts	38
3.4.7	Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques	40
3.4.8	Partage d'activités cliniques entre les médecins	41
3.4.9	Mécanismes et activités de maintien et d'évaluation de la compétence	42
3.4.10	Score de conformité à l'idéal-type pour la dimension « pratiques »	43
4	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	45
	RÉFÉRENCES	47
	ANNEXE.....	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Évolution du nombre de cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montréal, de 2005 à 2010.....	5
Tableau 2	Évolution du nombre de médecins ETP en première ligne, par territoire de CSSS, Montréal, de 2005 à 2010	6
Tableau 3	Répartition des cliniques médicales ayant fermé entre 2005 et 2010 selon la cause de la fermeture, par territoire de CSSS, Montréal.....	7
Tableau 4	Répartition des cliniques médicales ayant fermé entre 2005 et 2010 selon leur type en 2005, par territoire de CSSS, Montréal	8
Tableau 5	Répartition des cliniques médicales ayant ouvert entre 2005 et 2010 selon leur type en 2010, par territoire de CSSS, Montréal	8
Tableau 6	Répartition des cliniques médicales selon leur type, par territoire de CSSS, Montréal 2005 et 2010	10

LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE

Tableau A1	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon les personnes qu'elles visent à rejoindre, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010.....	51
Tableau A2	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon ce qu'elles priorisent entre la continuité des soins et l'accessibilité des services, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	52
Tableau A3	Répartition des cliniques des cliniques médicales de première ligne selon le degré d'importance que les médecins omnipraticiens accordent au travail d'équipe, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	53
Tableau A4	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage de valeurs communes entre les professionnels de la clinique, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	54
Tableau A5	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de médecins omnipraticiens qui les composent, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	55
Tableau A6	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le rôle de leur infirmière, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	56
Tableau A7	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la présence de médecins spécialistes et/ou d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010.....	57
Tableau A8	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de technologies de l'information dont elles disposent, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	58
Tableau A9	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la proportion de médecins omnipraticiens qui y travaillent 26 heures ou plus/semaine, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	59
Tableau A10	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage des ressources entre les médecins omnipraticiens, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	60
Tableau A11	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la présence d'un plateau technique de radiologie ou de prélèvements sanguins dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010.....	61
Tableau A12	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur type de source de financement, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010.....	62
Tableau A13	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon la personne qui assume les tâches médico-administratives, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	63
Tableau A14	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le type de coordination des soins entre les professionnels, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	64

Tableau A15	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	65
Tableau A16	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de collaboration avec un hôpital, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	66
Tableau A17	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de participation des médecins omnipraticiens à des comités régionaux, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	67
Tableau A18	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur couverture temporelle le soir et la fin de semaine, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	68
Tableau A19	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur disponibilité dans des situations urgentes pour leurs patients réguliers, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	69
Tableau A20	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon leur participation à un réseau d'accessibilité médicale, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	70
Tableau A21	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le mode de consultation qui y est prédominant, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	71
Tableau A22	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le temps qu'elles réservent aux consultations, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	72
Tableau A23	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon l'étendue de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs qui y est disponible, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	73
Tableau A24	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon qu'elles offrent des services de prise en charge systématique ou non pour les personnes atteintes de maladies chroniques, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	74
Tableau A25	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le degré de partage des activités cliniques entre les médecins omnipraticiens, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	75
Tableau A26	Répartition des cliniques médicales de première ligne selon le nombre de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence, par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	76
Tableau A27	Score moyen de conformité à l'idéal-type (sur 100) des cliniques médicales de première ligne, par dimension et par territoire de CSSS, Montréal, 2005 et 2010	77

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution du nombre total de cliniques médicales accréditées GMF et CR entre 2003 et 2010, Montréal.....	10
Figure 2	Répartition des cliniques médicales GMF ou CR possédant le double statut (GMF et CR), Montréal, 2010.....	11
Figure 3	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui visent à rejoindre la population de leur territoire, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	14
Figure 4	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui priorisent la continuité des soins, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	15
Figure 5	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui accordent une importance élevée au travail d'équipe, par territoire de CSSS, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	16
Figure 6	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage de valeurs communes entre les professionnels de la clinique, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	17
Figure 7	Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « vision » (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées).....	18
Figure 8	Pourcentage du nombre (non pondéré) de cliniques médicales comptant deux médecins ou plus, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	19
Figure 9	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant au moins une infirmière avec un rôle élargi, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	20
Figure 10	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où il y a des médecins spécialistes et d'autres professionnels dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	21
Figure 11	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'au moins deux technologies de l'information, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	22
Figure 12	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où tous les médecins y travaillent au moins 26 heures par semaine, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	23
Figure 13	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage des ressources entre les médecins, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	24
Figure 14	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'un plateau technique de radiologie dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	25
Figure 15	Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « ressources » (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées).....	26

Figure 16	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales dont la source de financement des dépenses de fonctionnement provient à la fois des médecins et d'un budget public, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	27
Figure 17	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où un gestionnaire administratif assume les tâches médico-administratives, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	28
Figure 18	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où la coordination des soins entre les professionnels est réalisée selon des protocoles préétablis ou lors de discussion de cas, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	29
Figure 19	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	30
Figure 20	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de collaboration avec un hôpital, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	31
Figure 21	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de participation des médecins à des comités régionaux, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	32
Figure 22	Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « structure » (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées)	33
Figure 23	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une couverture temporelle élevée le soir et la fin de semaine, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	34
Figure 24	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une disponibilité élevée pour des situations urgentes à leurs patients réguliers, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	35
Figure 25	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui participent à un réseau d'accessibilité médicale, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	36
Figure 26	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent un mode de consultation mixte, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	37
Figure 27	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où le temps réservé aux consultations est long, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	38
Figure 28	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une grande étendue de services diagnostiques, préventifs et thérapeutiques, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	39
Figure 29	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent des services de prise en charge systématique aux personnes atteintes de maladies chroniques, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	40

Figure 30	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage des activités cliniques entre les médecins, par territoire de CSSS, Montréal, 2010	41
Figure 31	Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'un nombre élevé de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence, par territoire de CSSS, Montréal, 2010.....	43
Figure 32	Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « pratiques » (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées).....	44
Figure 33	Score moyen de conformité à l'idéal-type (global) des cliniques médicales (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées)	46

GLOSSAIRE

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

LE PROJET ÉVOLUTION ET SES DIFFÉRENTS VOLETS

Au début de 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé, une équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, a mené une étude dans les deux régions les plus peuplées du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de première ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins rapportée par les populations de ces deux régions (Pineault *et al.*, 2009). Une deuxième étude a été entreprise en 2010. Son but est de comprendre l'évolution des modèles organisationnels de première ligne et leur performance relative à travers le processus de réforme (de 2005 à 2010) et d'évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel, associés à la transformation des modèles d'organisations de première ligne et à leur performance (Levesque *et al.*, 2010). Plus spécifiquement, les objectifs du projet *Évolution* sont :

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

Cette étude de 2010 consiste donc en trois enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées. D'abord, une enquête populationnelle a été menée auprès d'un échantillon d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population de deux régions peuplées du Québec. Cette enquête évalue l'affiliation des patients aux organisations de première ligne, leur niveau d'utilisation des services, divers attributs de leur expérience de soins, les services préventifs reçus, ainsi que la perception de besoins non comblés. Puis, une enquête auprès des organisations de première ligne évalue les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et leurs caractéristiques de pratique clinique. Cette information a servi à développer une taxonomie des organisations en utilisant une approche mixte d'analyse factorielle et de classification ascendante hiérarchique. Les données des enquêtes populationnelle et organisationnelle sont liées grâce à l'identification de la source habituelle de soins des répondants à l'enquête populationnelle. Enfin, une troisième enquête consiste à apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de première ligne évoluent.

Le présent rapport porte sur les résultats de l'enquête organisationnelle dans la région de Montréal seulement. Nous présentons d'abord un bref rappel des éléments méthodologiques, en référence au *Rapport méthodologique de l'enquête organisationnelle à Montréal et en Montérégie* déjà paru (Prud'homme et al., 2012). Ensuite, nous traçons le portrait de l'évolution des cliniques médicales de première ligne¹, de 2005 à 2010, des ouvertures, des fermetures et de l'émergence des Groupes de médecine de famille (GMF) et des Cliniques-réseau (CR). La majeure partie du rapport consiste en la présentation de comparaisons des données de 2005 et de 2010 pour 26 indicateurs répartis selon les dimensions de vision, ressources, structure et pratiques, pour l'ensemble de la région et par territoire de CSSS².

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

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

1 BREF RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE

Rappelons que l'enquête postale auprès des 385 cliniques médicales de première ligne de Montréal s'est déroulée de mars à septembre 2010. Le taux de réponse est de 59,7 % pour Montréal, variant de 51,7 % à 73,9 % entre les 12 CSSS (Prud'homme *et al.*, 2012). L'enquête de 2005 auprès des 440 cliniques médicales de première ligne avait obtenu un taux de réponse de 66,1 % pour la région, variant de 47,1 % à 84,6 % entre les CSSS (Hamel *et al.*, 2007).

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

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

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

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

2 RÉSULTATS : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CLINIQUES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE ENTRE 2005 ET 2010³

Le nombre de cliniques médicales de première ligne a diminué de 49 entre 2005 et 2010, passant de 434 à 385. Cette baisse est due à des fermetures (89), qui sont en partie compensées par des ouvertures (40) (tableau 1). Les pertes les plus lourdes ont été enregistrées dans les CSSS de la Montagne (23) et de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (10). Cependant, dans le CSSS de la Montagne, l'ouverture de 15 nouvelles cliniques a considérablement réduit la perte nette (8). Les mouvements migratoires des cliniques entre CSSS de la région demeurent marginaux (7) et ont donc peu contribué aux variations observées. Lorsque ces chiffres sont exprimés en termes du nombre de médecins ETP, les pertes sont moins considérables, passant de 49 cliniques à 22 médecins ETP (tableau 2).

Tableau 1 Évolution du nombre de cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montréal, de 2005 à 2010

Territoire de CSSS	Nombre total de cliniques médicales en 2005*	Entre 2005 et 2010 fermetures / ouvertures départs / arrivées suite à un déménagement		Nombre total de cliniques médicales en 2010**	Solde net
de l'Ouest-de-l'Île	33	4 / 3 (-1)	0 / 0 (0)	32	-1
de Dorval-Lachine-LaSalle	28	6 / 1 (-5)	0 / 0 (0)	23	-5
du Sud-Ouest–Verdun	23	2 / 0 (-2)	0 / 0 (0)	21	-2
de la Pointe-de-l'Île	26	4 / 1 (-3)	0 / 0 (0)	23	-3
Lucille-Teasdale	36	8 / 2 (-6)	0 / 1 (+1)	31	-5
de St-Léonard et St-Michel	22	5 / 2 (-3)	0 / 0 (0)	19	-3
de la Montagne	84	23 / 15 (-8)	3 / 3 (0)	76	-8
Cavendish	31	5 / 4 (-1)	2 / 3 (+1)	31	0
Jeanne-Mance	52	7 / 4 (-3)	1 / 0 (-1)	48	-4
de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent	30	10 / 3 (-7)	0 / 0 (0)	23	-7
du Cœur-de-l'Île	31	8 / 1 (-7)	1 / 0 (-1)	23	-8
d'Achues et Montréal-Nord	38	7 / 4 (-3)	0 / 0 (0)	35	-3
Montréal	434	89 / 40 (-49)	s.o.	385	-49

* En date du 22 avril 2005.

** En date du 29 mars 2010.

³ Cette section présente des données non pondérées.

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

Territoire de CSSS	Nombre total de médecins ETP en 2005*	Nombre total de médecins ETP en 2010**	Solde net
de l'Ouest-de-l'Île	143	121	-22
de Dorval-Lachine-LaSalle	72	69	-3
du Sud-Ouest–Verdun	120	109	-11
de la Pointe-de-l'Île	115	113	-2
Lucille-Teasdale	190	151	-39
de St-Léonard et St-Michel	79	69	-10
de la Montagne	336	302	-34
Cavendish	78	114	36
Jeanne-Mance	201	240	39
de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent	120	123	3
du Cœur-de-l'Île	90	77	-13
d'Achuntsic et Montréal-Nord	102	136	34
Montréal	1646	1624	-22

* En date du 22 avril 2005.

** En date du 29 mars 2010.

Les raisons principales de fermeture sont, dans l'ordre, la fusion avec une autre clinique médicale (34,8 %) la retraite de médecins ou l'abandon de la pratique (32,6 %), le décès de médecins (27,0 %) ou le déménagement de la clinique à l'extérieur de Montréal (5,6 %) (tableau 3). Ces raisons de fermeture affectent les CSSS de façon inégale. Ainsi, 37,5 % des pertes du CSSS Lucille-Teasdale proviennent de la retraite ou de l'abandon de la pratique ou du décès des médecins, contre 85,7 % pour le CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord (tableau 3). Les petits nombres empêchent des comparaisons valides entre les CSSS.

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

Territoire de CSSS	Fusion avec une autre clinique	Retraite ou abandon	Décès	Déménagement à l'extérieur de Montréal
de l'Ouest-de-l'Île (n = 4)	25,0 %	25,0 %	25,0 %	25,0 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 6)	50,0 %	33,3 %	16,7 %	0,0 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 2)	50,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 4)	50,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %
Lucille-Teasdale (n = 8)	62,5 %	37,5 %	0,0 %	0,0 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 5)	20,0 %	40,0 %	40,0 %	0,0 %
de la Montagne (n = 23)	30,4 %	30,4 %	30,4 %	8,7 %
Cavendish (n = 5)	60,0 %	0,0 %	40,0 %	0,0 %
Jeanne-Mance (n = 7)	28,6 %	42,9 %	28,6 %	0,0 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 10)	30,0 %	50,0 %	10,0 %	10,0 %
du Cœur-de-l'Île (n = 8)	25,0 %	25,0 %	37,5 %	12,5 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 7)	14,3 %	57,1 %	28,6 %	0,0 %
Montréal (n = 89)	34,8 %	32,6 %	27,0 %	5,6 %

La grande majorité des cliniques qui ont fermé étaient des cliniques médicales solo (non GMF, non CR) (79,8 %), et à un degré moindre des cliniques médicales de groupe (non GMF, non CR) (19,1 %). On constate qu'à une exception près, aucune clinique médicale de type GMF, UMF ou CLSC n'a fermé (tableau 4). En contrepartie, les ouvertures de nouvelles cliniques ont touché en très grande majorité les cliniques médicales de groupe (non GMF, non CR) (50,0 %) et solo (non GMF, non CR) (42,5 %) (tableau 5).

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

Territoire de CSSS	GMF	CLSC ou UMF (non GMF, non CR)	Clinique médicale de groupe (non GMF, non CR)	Clinique médicale solo (non GMF, non CR)
de l'Ouest-de-l'Île (n = 4)	0,0 %	0,0 %	25,0 %	75,0 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 6)	0,0 %	0,0 %	16,7 %	83,3 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 2)	0,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 4)	0,0 %	0,0 %	25,0 %	75,0 %
Lucille-Teasdale (n = 8)	0,0 %	12,5 %	37,5 %	50,0 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 5)	0,0 %	0,0 %	20,0 %	80,0 %
de la Montagne (n = 23)	0,0 %	0,0 %	8,7 %	91,3 %
Cavendish (n = 5)	0,0 %	0,0 %	20,0 %	80,0 %
Jeanne-Mance (n = 7)	0,0 %	0,0 %	14,3 %	85,7 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 10)	0,0 %	0,0 %	10,0 %	90,0 %
du Coeur-de-l'Île (n = 8)	0,0 %	0,0 %	37,5 %	62,5 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 7)	0,0 %	0,0 %	14,3 %	85,7 %
Montréal (n = 89)	0,0 %	1,1 %	19,1 %	79,8 %

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

Territoire de CSSS	GMF-CR	GMF	CR	CLSC ou UMF (non GMF, non CR)	Clinique médicale de groupe (non GMF, non CR)	Clinique médicale solo (non GMF, non CR)
de l'Ouest-de-l'Île (n = 3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 0)	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
de la Pointe-de-l'Île (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
Lucille-Teasdale (n = 2)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 2)	0,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %
de la Montagne (n = 15)	0,0 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %	53,3 %	40,0 %
Cavendish (n = 4)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %
Jeanne-Mance (n = 4)	0,0 %	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	75,0 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	66,7 %	33,3 %
du Coeur-de-l'Île (n = 1)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 4)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %
Montréal (n = 40)	0,0 %	5,0 %	2,5 %	0,0 %	50,0 %	42,5 %

On note, entre 2005 et 2010, une augmentation de l'importance relative des cliniques médicales GMF (de 3,5 % à 8,1 %) de même que l'apparition de CR (de 0,0 % à 4,9 %) et de GMF-CR (de 0,0 % à 3,6 %) et une baisse de l'importance relative des autres types de

cliniques (tableau 6). On observe également une croissance plus rapide de l'apparition de GMF que de CR, surtout depuis 2007 (figure 1).

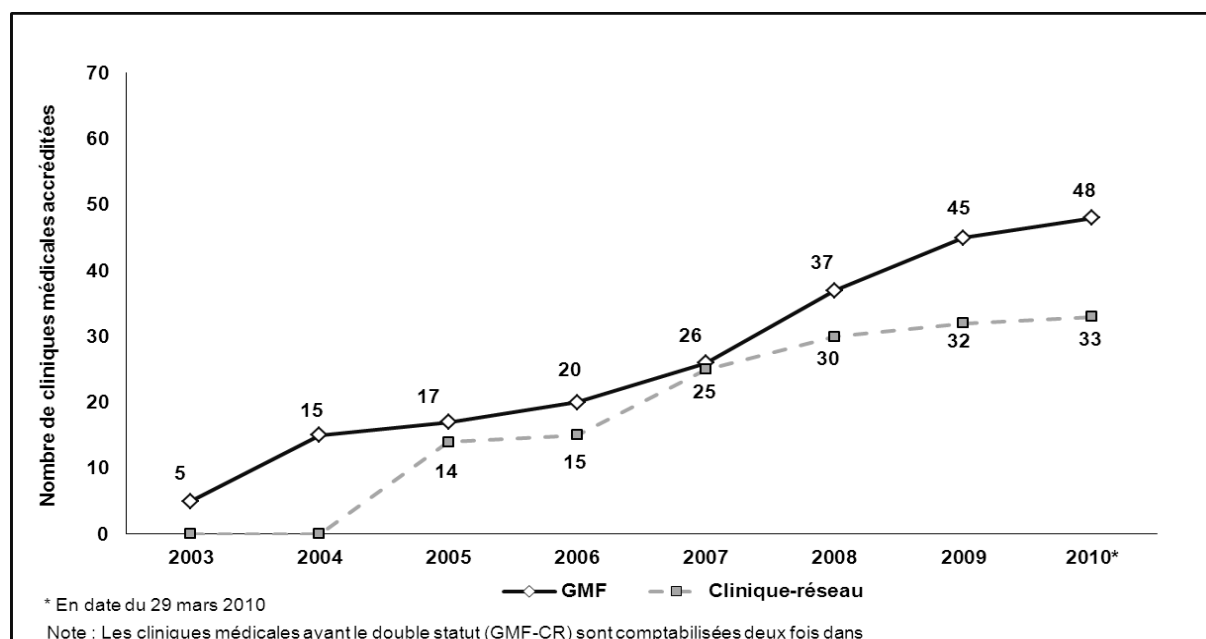
L'implantation des GMF et des CR s'est faite de façon inégale dans la région. Pour ce qui est des GMF, leur implantation a progressé entre 2005 et 2010 surtout dans les CSSS d'Ahuntsic et Montréal Nord (de 5,3 % à 22,9 %), de Dorval-Lachine-LaSalle (de 0,0 % à 13,0 %) et de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (de 0,0 % à 13,0 %). Quant aux CR, une implantation a été amorcée dans neuf CSSS et plus particulièrement dans les CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (13,0 %), de St-Léonard et St-Michel (10,5 %) et Lucille-Teasdale (9,7 %). Enfin, la création de GMF-CR s'est concentrée dans plus de la moitié des CSSS (tableau 6). Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun (19,0 %) s'est particulièrement prévalu de cette formule mixte, et à un degré moindre, les CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (8,7 %), Cavendish (6,5 %), de l'Ouest-de-l'Île (6,3 %), Jeanne-Mance (4,2 %), Lucille-Teasdale (3,2 %) et de la Montagne (1,3 %).

En 2010, on constate que tous les CSSS de la région disposent de GMF, de CR ou de GMF-CR, mais à des degrés variables (tableau 6). Les CSSS les moins pourvus à cet égard sont du Cœur-de-l'Île (4,3 %), Cavendish (6,5 %) et de l'Ouest-de-l'Île (9,4 %). Les mieux pourvus sont les CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (34,7 %), du Sud-Ouest–Verdun (28,5 %) et d'Ahuntsic et Montréal-Nord (25,8 %). Pour l'ensemble de la région, en 2010, ces types de cliniques comptent pour 16,6 % de toutes les cliniques médicales. Les cliniques GMF sont présentes dans huit CSSS, les CR dans neuf et les GMF-CR dans sept.

En ce qui concerne les autres formes de cliniques médicales, on note pour la région que le nombre de CLSC ou d'UMF (non GMF, non CR) est demeuré stable. Par ailleurs, on observe une baisse relative du pourcentage des cliniques médicales (non GMF, non CR), surtout des cliniques médicales solo. Il convient de souligner le faible pourcentage de ces dernières dans le CSSS du Sud-Ouest–Verdun (de 17,4 % à 14,3 %) et sa diminution marquée dans les CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (de 50,0 % à 26,1 %) et de la Pointe-de-l'Île (de 34,6 % à 17,4 %).

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	GMF-CR		GMF		CR		CLSC ou UMF (non GMF, non CR)		Clinique médicale de groupe (non GMF, non CR)		Clinique médicale solo (non GMF, non CR)	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	0,0 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,1 %	6,1 %	6,3 %	39,4 %	34,4 %	54,5 %	50,0 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	13,0 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	8,7 %	46,4 %	47,8 %	46,4 %	30,4 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	0,0 %	19,0 %	17,4 %	9,5 %	0,0 %	0,0 %	13,0 %	14,3 %	52,2 %	42,9 %	17,4 %	14,3 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	0,0 %	0,0 %	7,7 %	8,7 %	0,0 %	8,7 %	11,5 %	13,0 %	46,2 %	52,2 %	34,6 %	17,4 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	0,0 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,7 %	11,1 %	9,7 %	58,3 %	35,5 %	30,6 %	41,9 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	10,5 %	9,1 %	5,3 %	40,9 %	31,6 %	50,0 %	47,4 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	0,0 %	1,3 %	2,4 %	7,9 %	0,0 %	5,3 %	3,6 %	2,6 %	39,3 %	42,1 %	54,8 %	40,8 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	0,0 %	6,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,5 %	6,5 %	41,9 %	45,2 %	51,6 %	41,9 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	0,0 %	4,2 %	9,6 %	12,5 %	0,0 %	4,2 %	1,9 %	2,1 %	53,8 %	43,8 %	34,6 %	33,3 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	0,0 %	8,7 %	0,0 %	13,0 %	0,0 %	13,0 %	10,0 %	8,7 %	40,0 %	30,4 %	50,0 %	26,1 %
du Cœur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	6,5 %	8,7 %	58,1 %	60,9 %	35,5 %	26,1 %
d'Achunsiac et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	0,0 %	0,0 %	5,3 %	22,9 %	0,0 %	2,9 %	5,3 %	5,7 %	47,4 %	28,6 %	42,1 %	40,0 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	0,0 %	3,6 %	3,5 %	8,1 %	0,0 %	4,9 %	6,7 %	6,5 %	46,5 %	41,0 %	43,3 %	35,8 %

**Figure 1 Évolution du nombre total de cliniques médicales accréditées GMF et CR entre 2003 et 2010, Montréal**

À noter qu'en 2010 le tiers des GMF, et près de 50,0 % des CR ont un double statut (GMF-CR), si on inclut les sites principaux et les sites affiliés (figure 2). Les effectifs trop petits ne permettent pas de comparaisons valides entre les CSSS.

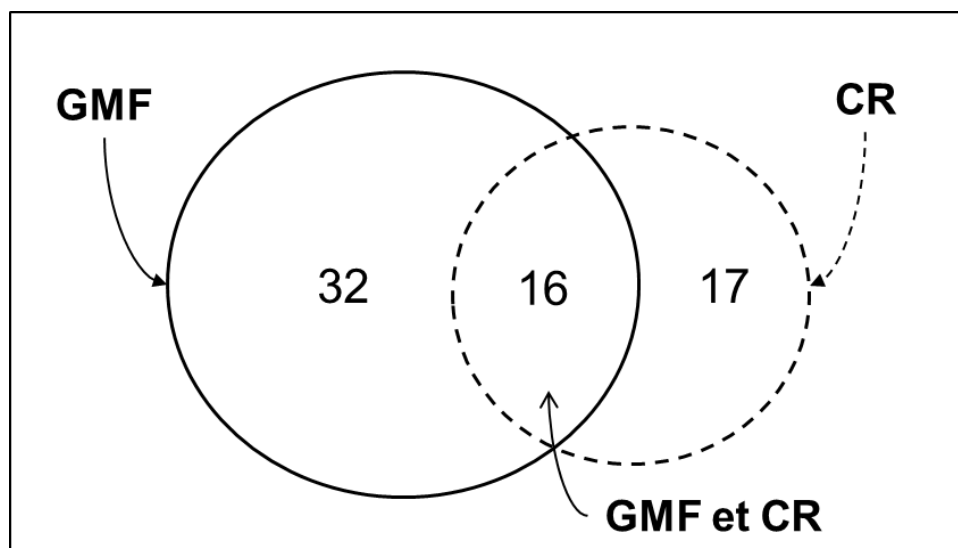


Figure 2 Répartition des cliniques médicales GMF ou CR possédant le double statut (GMF et CR), Montréal, 2010

3 RÉSULTATS : COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES ENTRE 2005 ET 2010 POUR MONTRÉAL ET LES TERRITOIRES DE CSSS⁴

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

Les données sont présentées de façon similaire pour tous les indicateurs. En premier lieu, nous comparons les données de 2005 et de 2010 pour l'ensemble de la région. Ensuite, nous les examinons pour les 12 CSSS, en portant une attention particulière à ceux où les différences sont les plus importantes entre 2005 et 2010. Enfin, nous en analysons la variabilité entre les CSSS en 2010.

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

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

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

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

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

3.1 VISION DES CLINIQUES MÉDICALES

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

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

3.1.1 Personnes visées par les cliniques médicales

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

À Montréal, le pourcentage des cliniques médicales qui visent à rejoindre la population a fléchi entre 2005 et 2010, passant de 26,6 % à 18,5 %. Inversement, le pourcentage des cliniques qui ciblent leur clientèle a augmenté de 38,9 % à 46,3 % (tableau A1 en annexe).

La diminution de cette vision populationnelle se retrouve dans six CSSS et on observe une augmentation dans deux CSSS (du Cœur-de-l'Île et de la Pointe-de-l'Île). Ce dernier affiche une augmentation marquée, passant de 33,3 % à 46,0 % des cliniques médicales qui ciblent la population du territoire. En 2010, il existe une variabilité relativement importante entre les CSSS, allant de 11,4 % dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent à 46,0 % dans le CSSS de la Pointe-de-l'Île (figure 3).

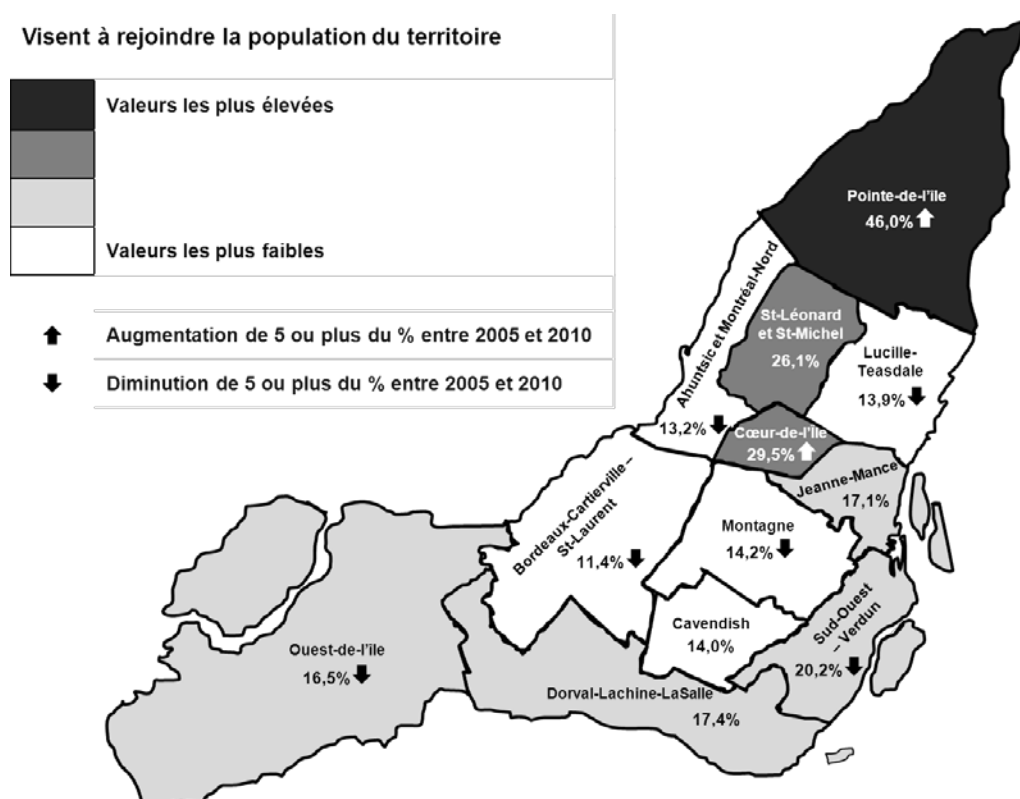


Figure 3 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui visent à rejoindre la population de leur territoire, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

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

Dans la région de Montréal, le pourcentage des cliniques médicales qui accordent une priorité à la continuité plutôt qu'à l'accessibilité a légèrement diminué (de 72,2 % à 69,1 %) entre 2005 et 2010 (tableau A2 en annexe).

La baisse affecte six CSSS et est la plus marquée dans les CSSS Cavendish (de 81,8 % à 59,6 %), de St-Léonard et St-Michel (de 78,8 % à 60,0 %) et Jeanne-Mance (de 76,6 % à 59,6 %). Trois CSSS affichent une augmentation, la plus importante étant dans le CSSS de l'Ouest-de-l'Île, qui passe de 42,0 % à 71,1 % des cliniques médicales qui accordent une priorité à la continuité. En 2010, il existe une grande variabilité entre les CSSS, allant de 42,9 % pour le plus bas (CSSS de la Pointe-de-l'Île) à 91,2 % pour le plus haut (CSSS d'Achatsic et Montréal-Nord) (figure 4).

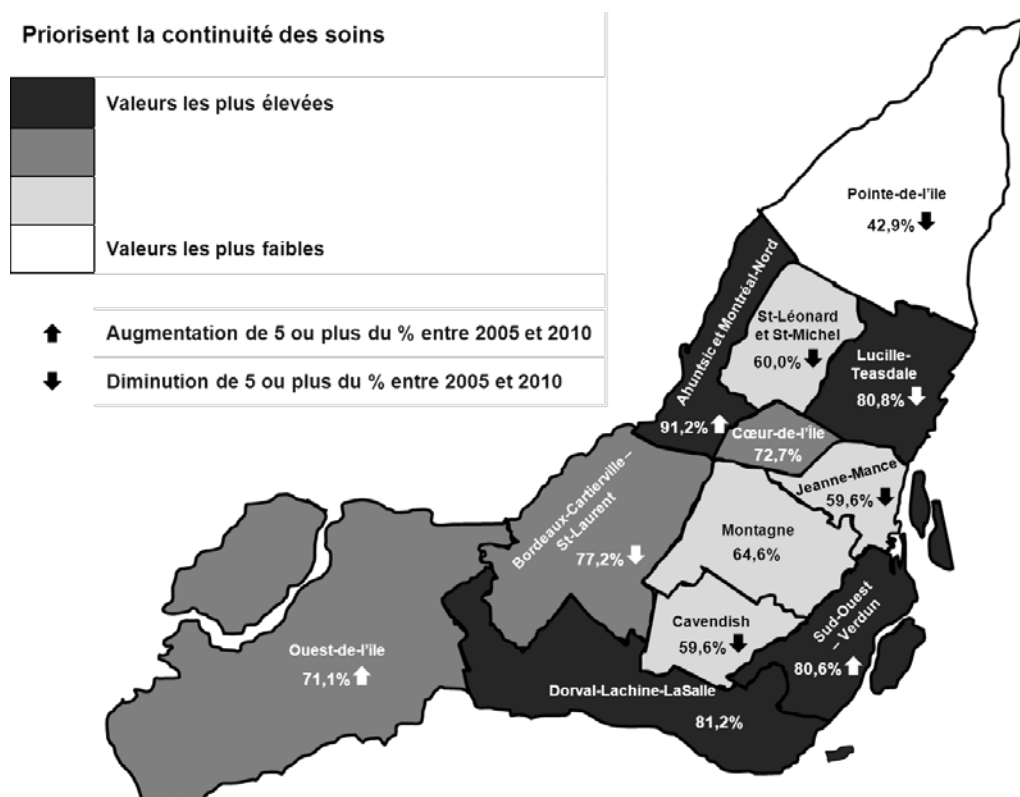


Figure 4 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui priorisent la continuité des soins, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.1.3 Importance accordée au travail d'équipe

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

Le pourcentage des cliniques médicales qui accordent une importance plus grande au travail d'équipe s'est très légèrement accru entre 2005 et 2010 à Montréal, passant de 56,1 % à 58,1 % (tableau A3 en annexe).

Les CSSS se sont comportés différemment dans le temps, quatre affichant une baisse et quatre une hausse du pourcentage. On note en particulier une baisse appréciable dans les CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 68,4 % à 28,6 %) et du Cœur-de-l'Île (de 49,4 % à 23,4 %). À l'inverse, on observe une hausse appréciable dans les CSSS de St-Léonard et St-Michel (de 32,5 % à 73,9 %) et du Sud-Ouest-Verdun (de 42,5 % à 73,4 %). En conséquence, la variabilité entre les CSSS est grande en 2010, allant de 23,4 % pour le plus bas (CSSS du Cœur-de-l'Île) à 76,2 % pour le plus haut (CSSS Jeanne-Mance) (figure 5).

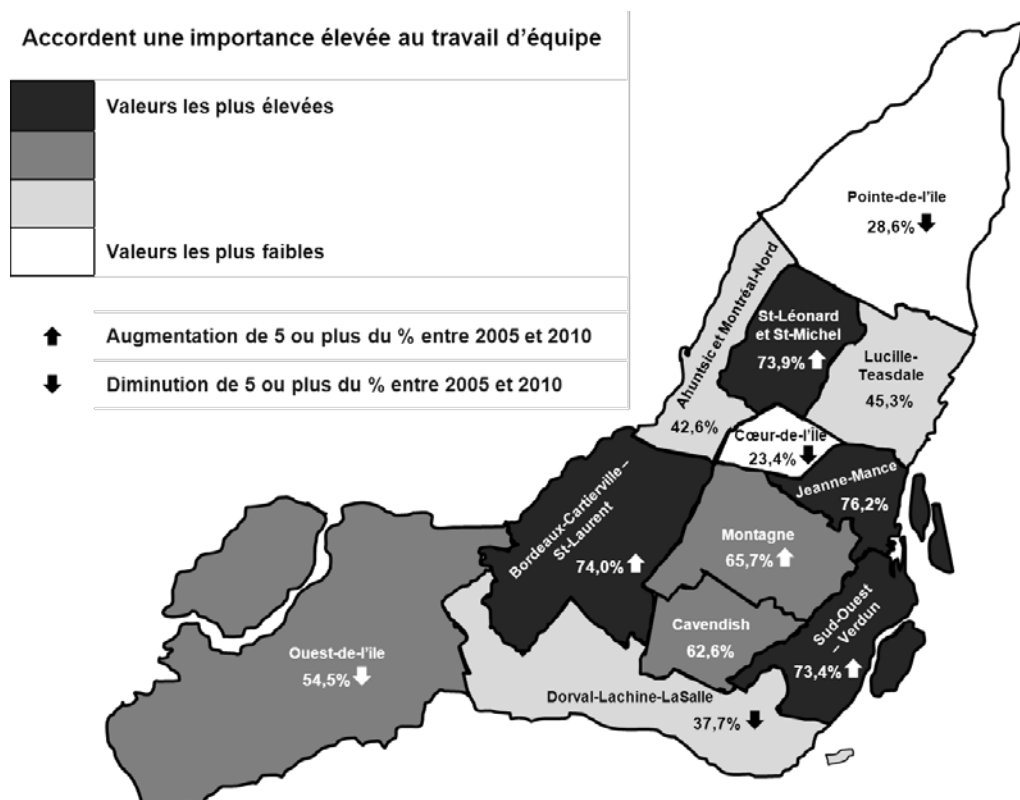


Figure 5 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui accordent une importance élevée au travail d'équipe, par territoire de CSSS, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.1.4 Partage de valeurs communes entre les professionnels

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

Le pourcentage des cliniques médicales où le partage de valeurs communes entre les professionnels est élevé a légèrement augmenté de 2005 à 2010, de 44,6 % à 48,2 % (tableau A4 en annexe).

La plupart des CSSS ont cheminé dans cette direction (6 sur 12). L'augmentation a été plus marquée pour les CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 19,0 % à 48,7 %) et du Cœur-de-l'Île (de 22,5 % à 50,0 %). Parmi les CSSS dont le pourcentage a diminué, le CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent est celui qui a affiché la baisse la plus importante (de 74,2 % à 50,8 %). On note une certaine variabilité entre les CSSS en 2010, le pourcentage le plus faible étant celui du CSSS Lucille-Teasdale (31,3 %) et le plus élevé, celui du CSSS du Sud-Ouest–Verdun (68,8 %) (figure 6).

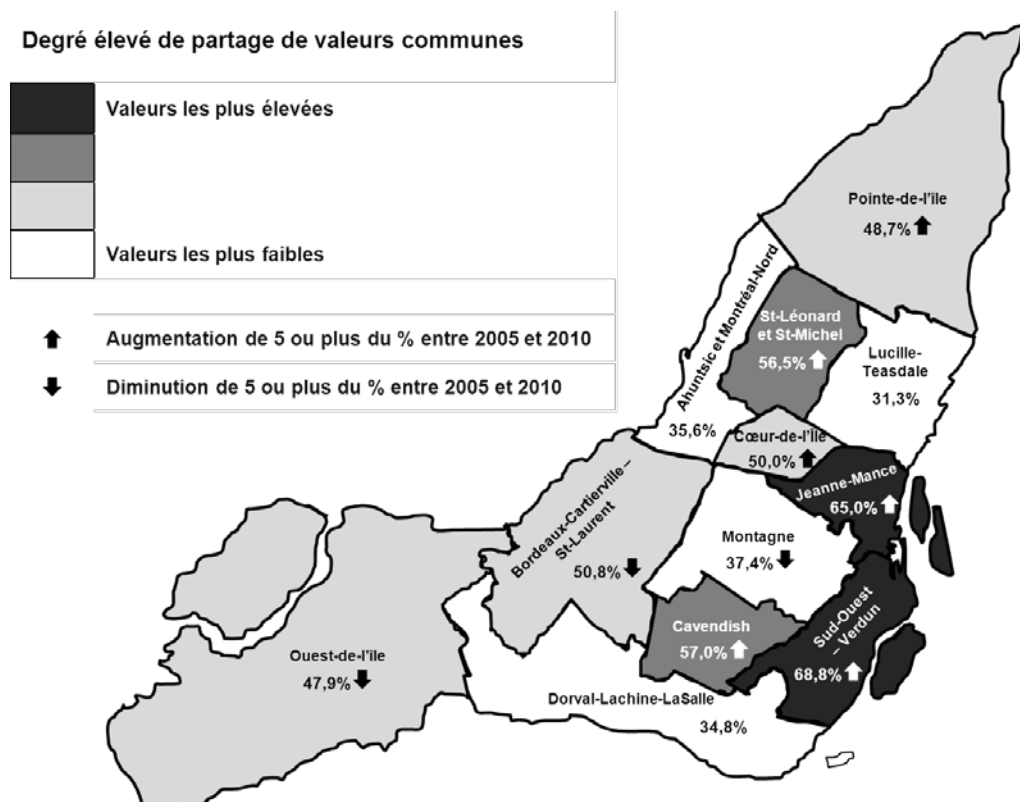


Figure 6 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage de valeurs communes entre les professionnels de la clinique, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

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

En ce qui concerne la dimension « vision », on observe une légère diminution du score moyen des cliniques dans la région de 2005 à 2010 (de 63,6 à 62,5) (tableau A27 en annexe).

Seulement trois des 12 CSSS augmentent leur score, le gain le plus important étant au CSSS du Sud-Ouest–Verdun (de 65,6 à 70,7). Parmi les quatre CSSS où on observe une diminution, la plus importante se retrouve au CSSS Lucille-Teasdale (de 66,7 à 59,0) En

2010, les variations entre les CSSS sont relativement marquées, allant de 56,7 au CSSS de la Pointe-de-l'Île à 70,7 au CSSS du Sud-Ouest-Verdun (figure 7).

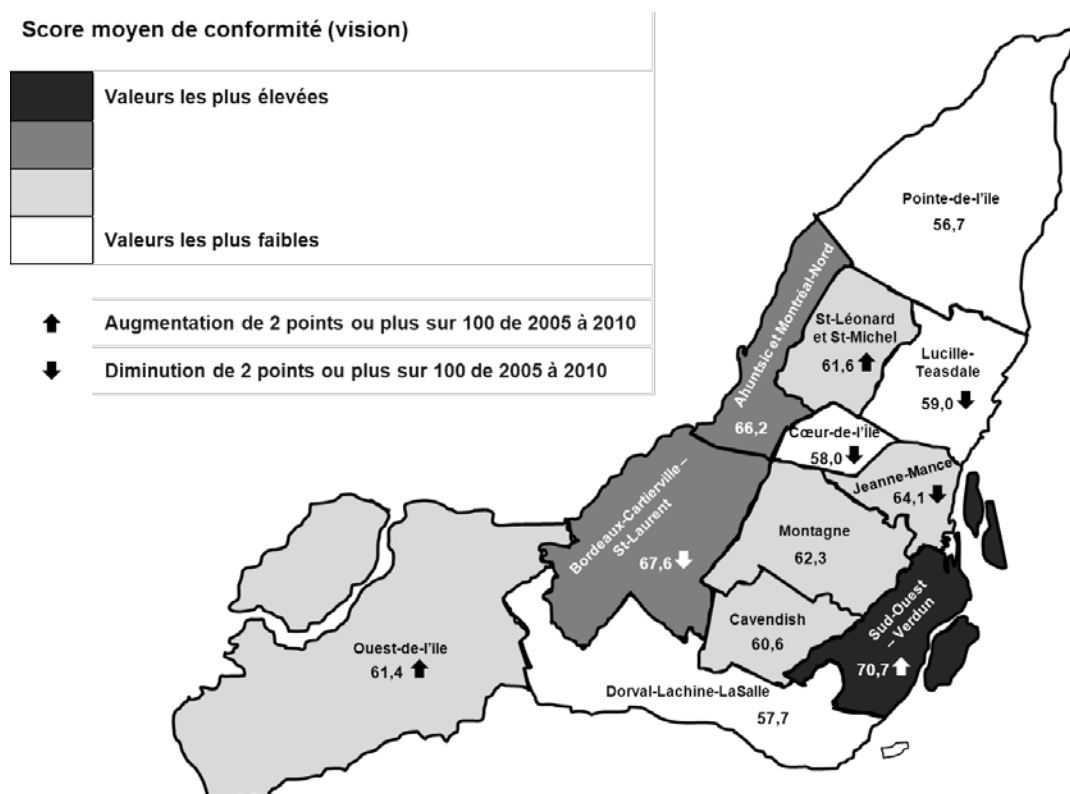


Figure 7 Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « vision » (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées)

3.2 RESSOURCES DES CLINIQUES MÉDICALES

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

3.2.1 Nombre de médecins œuvrant dans les cliniques médicales

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

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales comptant deux médecins ou plus a augmenté de 6,7 %, passant de 56,2 % des cliniques médicales en 2005 à 62,9 % en 2010. Cette augmentation est principalement due aux petites cliniques de deux à trois médecins, dont le pourcentage est passé de 19,6 % à 23,5 % entre 2005 et 2010 (tableau A5 en annexe).

L'augmentation du pourcentage des pratiques de groupe s'observe dans six des 12 CSSS et de façon plus importante dans les CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent, où le pourcentage est passé de 50,0 % à 73,9 % et de la Pointe-de-l'Île (de 61,5 % à 78,3 %). Un seul CSSS a vu son pourcentage diminuer : Lucille-Teasdale (de 69,4 % à 58,1 %). La situation dans les autres CSSS reste relativement stable. La variabilité entre les CSSS est grande en 2010. Elle va de 47,4 % dans le CSSS de St-Léonard et St-Michel à 85,7 % dans le CSSS du Sud-Ouest–Verdun (figure 8).

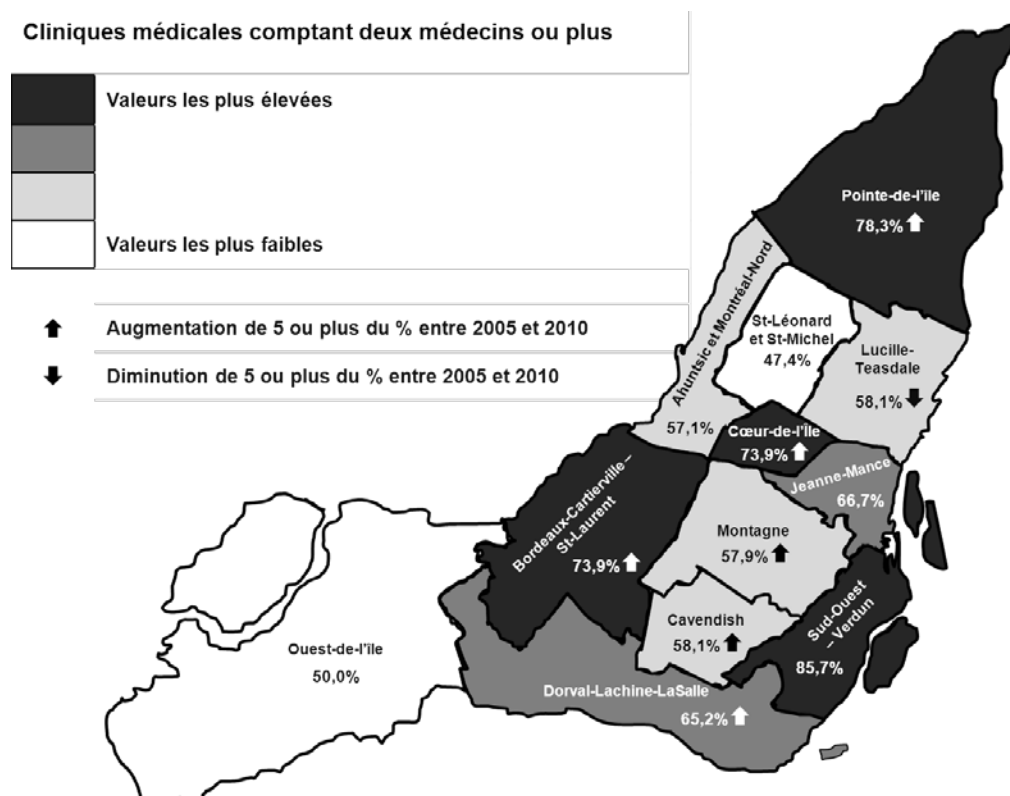


Figure 8 Pourcentage du nombre (non pondéré) de cliniques médicales comptant deux médecins ou plus, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.2.2 Rôle de l'infirmière

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

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales où l'infirmière joue un rôle élargi a augmenté de 37,9 % à 54,6 % entre 2005 et 2010 (tableau A6 en annexe).

L'augmentation a touché dix CSSS. Les hausses les plus importantes se retrouvent dans les CSSS Lucille-Teasdale (de 17,9 % à 55,6 %), Cavendish (de 15,4 % à 52,2 %) et de l'Ouest-de-l'Île (de 28,9 % à 61,2 %). Seul le CSSS du Sud-Ouest–Verdun a subi une baisse,

passant de 60,8 % à 53,7 %. Par ailleurs, les différences entre les CSSS demeurent relativement importantes en 2010, alors que le pourcentage le plus faible se retrouve au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (33,8 %) et le plus élevé au CSSS de la Montagne (66,0 %) (figure 9).

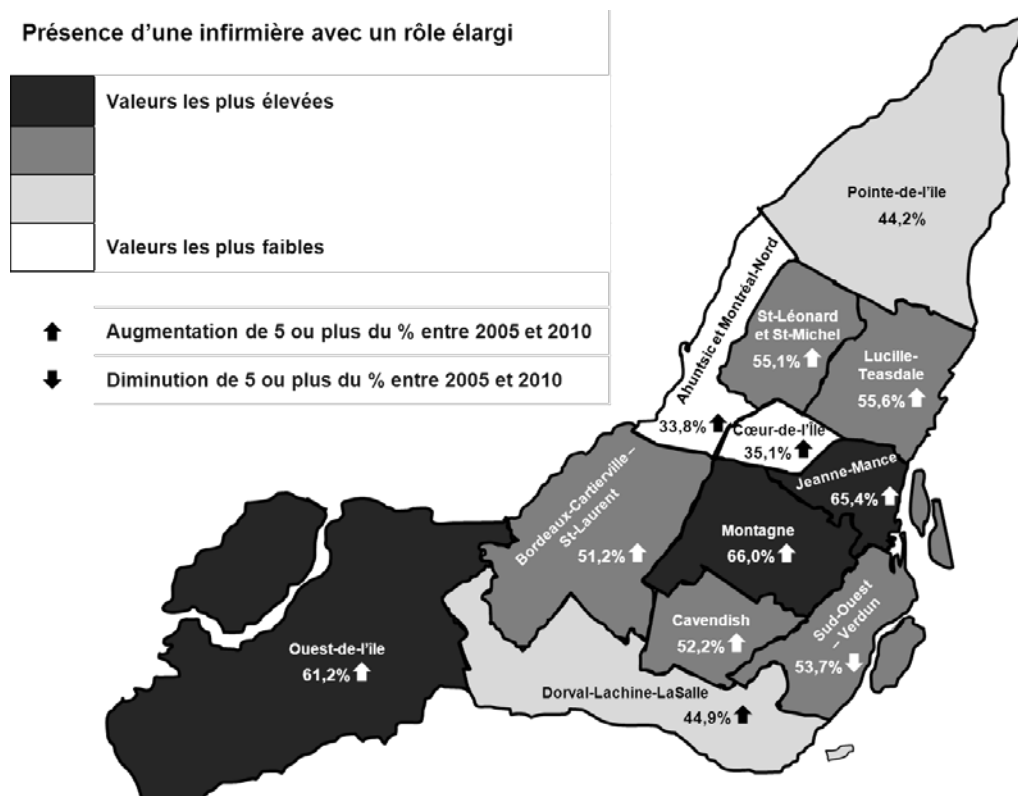


Figure 9 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant au moins une infirmière avec un rôle élargi, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

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

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales qui présentent une telle situation a diminué de 60,9 % à 55,2 % entre 2005 et 2010 (tableau A7 en annexe).

La diminution a touché sept CSSS, alors que deux CSSS ont affiché une hausse et trois sont demeurés stables. Les diminutions les plus importantes se retrouvent aux CSSS de la Pointe-de-l'île (de 59,6 % à 37,7 %) et Lucille-Teasdale (de 77,9 % à 62,3 %). L'augmentation la plus importante a été au CSSS Cavendish (de 37,7 % à 53,5 %). La variabilité entre les CSSS est élevée en 2010, le pourcentage le plus bas se retrouvant au

CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (24,4 %) et le plus élevé au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle (72,5 %) (figure 10).

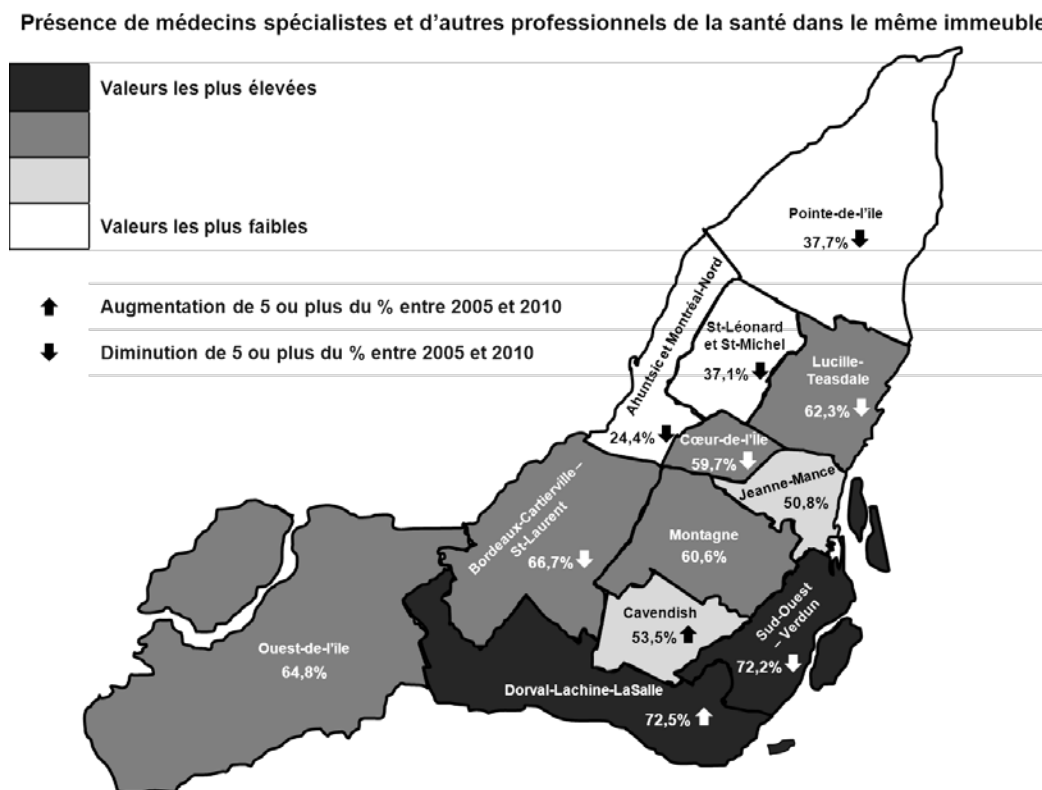


Figure 10 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où il y a des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.2.4 Technologies de l'information

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

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales qui disposent de deux technologies ou plus a considérablement augmenté de 2005 à 2010, passant de 23,4 % à 47,6 % (tableau A8 en annexe).

Cette augmentation a touché tous les CSSS, sans exception. Les progrès les plus importants ont été enregistrés aux CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (de 31,7 % à 75,6 %), du Cœur-de-l'île (de 0,0 % à 42,9 %) et de St-Léonard et St-Michel (de 0,0 % à 33,3 %). Les variations entre les CSSS en 2010 demeurent toutefois importantes, le pourcentage le plus élevé se retrouvant au CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (75,6 %) et le plus faible au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (27,2 %) (figure 11).

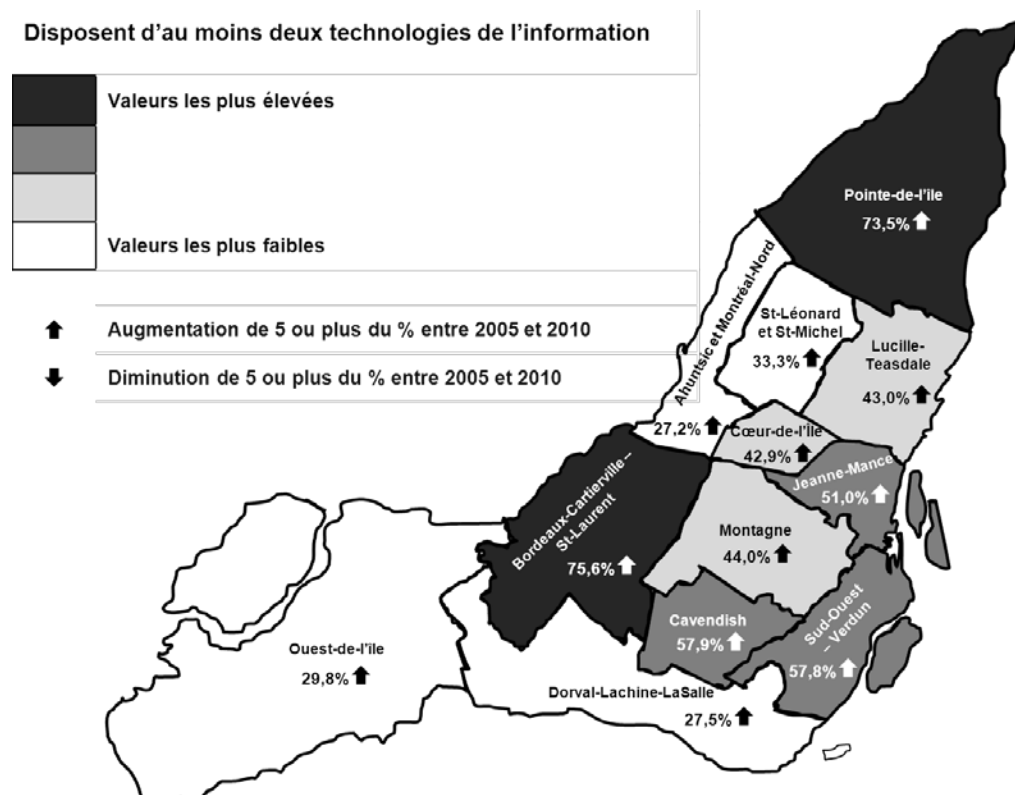


Figure 11 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'au moins deux technologies de l'information, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

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

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques médicales où tous les médecins consacrent 26 heures et plus par semaine à des activités à la clinique a légèrement augmenté, passant de 17,0 % à 21,6 % entre 2005 et 2010 (tableau A9 en annexe).

Cette augmentation pour la région s'est traduite, au niveau des CSSS, par une augmentation dans cinq CSSS, une stabilité dans six et une diminution dans un seul d'entre eux. Parmi les augmentations les plus importantes, on note celles des CSSS de l'Ouest-de-l'Île (de 13,3 % à 36,9 %) et Lucille-Teasdale (de 8,9 % à 21,7 %). Les différences entre les CSSS demeurent relativement importantes en 2010. Le CSSS de l'Ouest-de-l'Île présente le pourcentage le plus élevé (36,9 %), alors que le CSSS du Sud-Ouest-Verdun présente le pourcentage le plus faible (11,1 %) (figure 12).

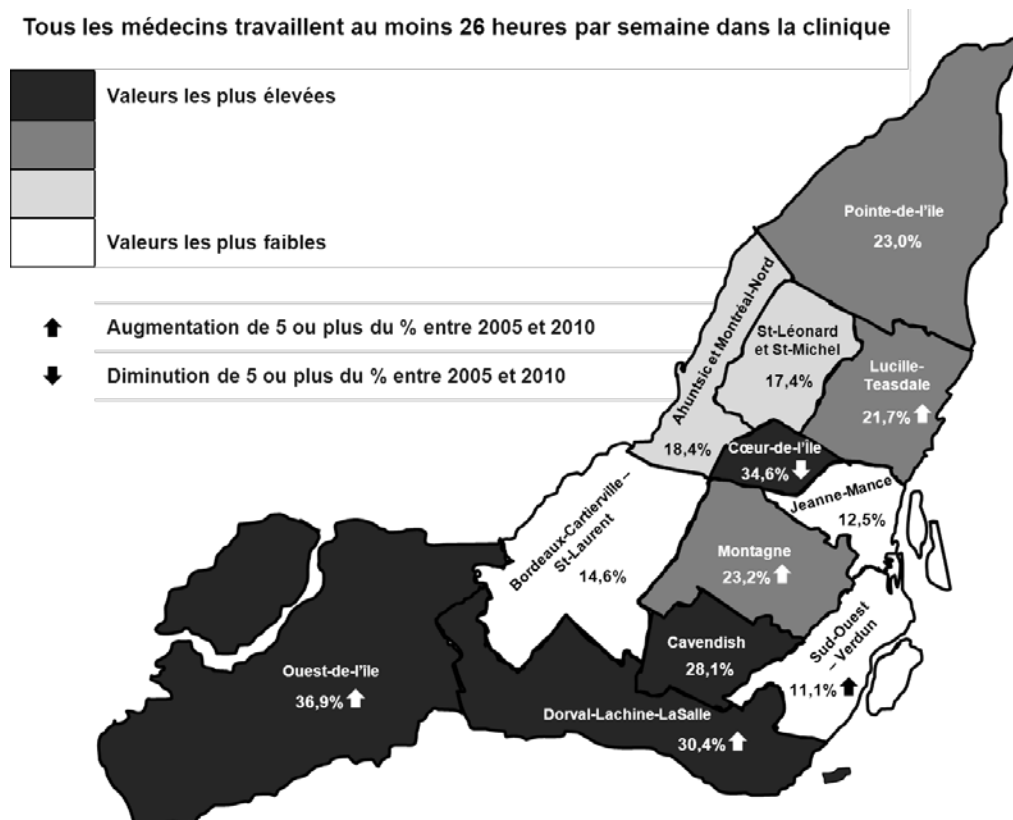


Figure 12 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où tous les médecins y travaillent au moins 26 heures par semaine, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.2.6 Partage des ressources entre les médecins

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

Pour la région, le pourcentage des cliniques médicales ayant un niveau élevé de partage des ressources a légèrement augmenté de 2005 à 2010, passant de 48,4 % à 51,4 % (tableau A10 en annexe).

Parmi les CSSS de la région, sept affichent une hausse, alors que trois affichent une baisse et deux demeurent stables. Les hausses sont importantes pour les CSSS du Cœur-de-l'Île (de 15,6 % à 33,3 %) et d'Ahuntsic et Montréal-Nord (de 46,1 % à 62,5 %). Les augmentations pour les autres CSSS demeurent plus modestes, de même que les diminutions pour les trois CSSS touchés par une baisse. Les variations entre les CSSS en 2010 sont relativement importantes. Le pourcentage le plus faible se retrouve au CSSS de l'Ouest-de-l'Île (32,8 %), alors que le plus élevé se retrouve au CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (68,0 %) (figure 13).

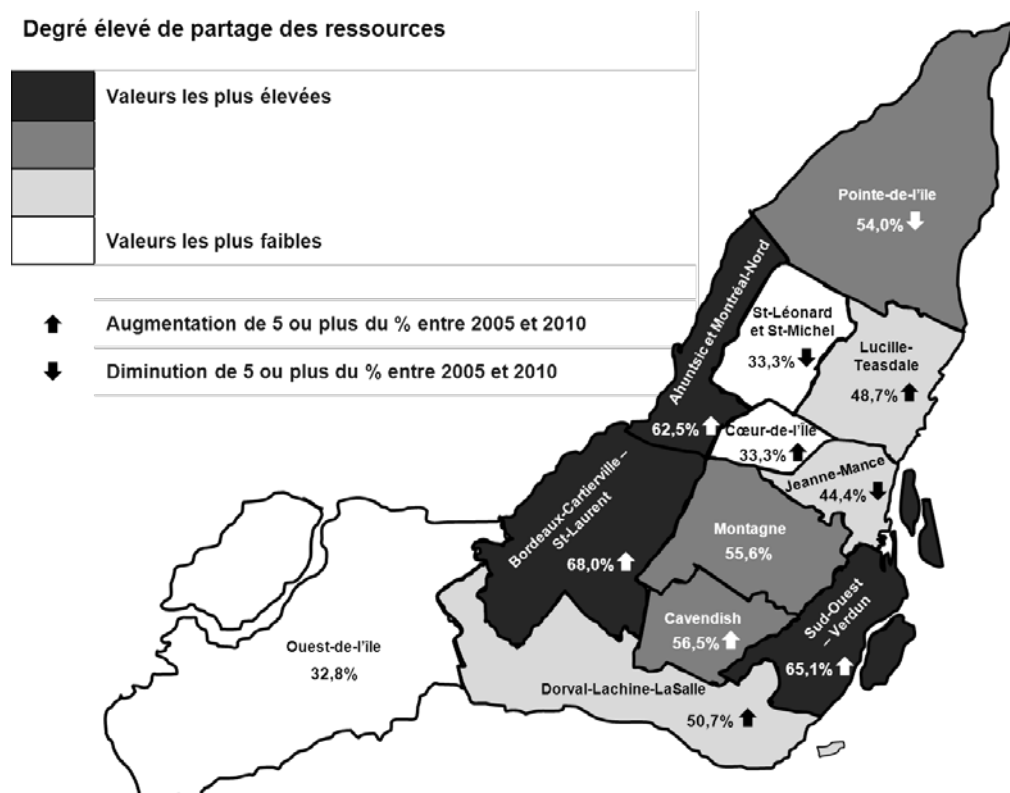


Figure 13 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage des ressources entre les médecins, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

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

Pour la région, le pourcentage des cliniques médicales qui disposent d'un service de radiologie avec ou sans prélèvements sanguins dans le même immeuble a légèrement augmenté, passant de 19,4 % à 22,8 % entre 2005 et 2010 (tableau A11 en annexe).

Six CSSS ont vu leur pourcentage augmenter et trois l'ont vu diminuer. Les augmentations les plus importantes se retrouvent aux CSSS Cavendish (de 3,8 % à 32,5 %) et de Dorval-Lachine-LaSalle (de 0,0 % à 14,7 %). On note des diminutions importantes aux CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 29,6 % à 7,1 %), du Cœur-de-l'Île (de 14,4 % à 0,0 %) et d'Achuntsic et Montréal-Nord (de 21,8 % à 9,5 %). Les variations entre les CSSS en 2010 sont importantes. Toutefois, on observe même un CSSS où aucune clinique ne dispose d'équipements radiologiques dans l'immeuble où il se trouve. Il s'agit du CSSS du Cœur-de-l'Île. Toutefois, le pourcentage des cliniques qui disposent de tels équipements en 2010 reste faible dans

l'ensemble, le plus élevé étant de 47,3 % au CSSS Lucille-Teasdale et le plus faible de 0,0 % au CSSS Cœur-de-l'Île (figure 14).

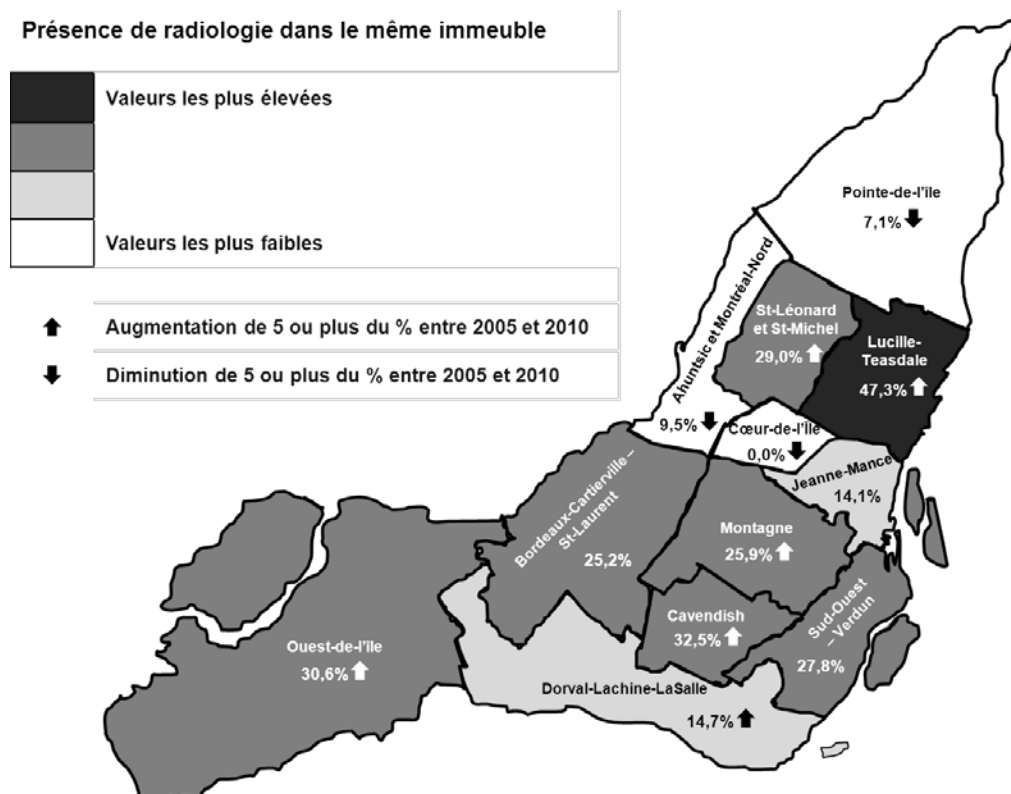


Figure 14 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'un plateau technique de radiologie dans le même immeuble, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

Le score moyen de cet indice en ce qui concerne la dimension « ressources » a augmenté de 54,2 à 59,4 pour l'ensemble de la région entre 2005 et 2010 (tableau A27 en annexe).

L'augmentation est notée dans tous les CSSS de la région à l'exception des CSSS du Sud-Ouest-Verdun, de la Pointe-de-l'Île et d'Ahuntsic et Montréal-Nord, où le score est resté stable. L'augmentation la plus forte s'observe dans le CSSS Cavendish (de 44,7 à 60,9). On observe également des écarts entre les CSSS pour 2010, allant de 47,6 dans le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord à 66,2 dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent. (figure 15).

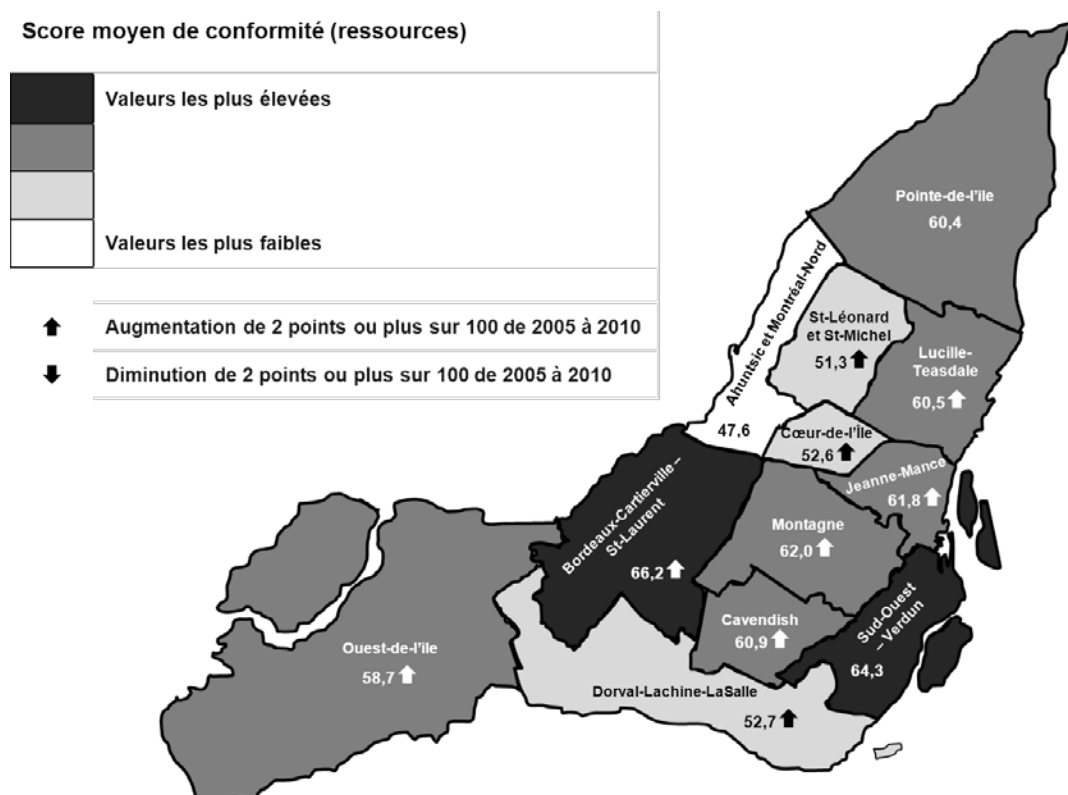


Figure 15 Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « ressources » (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées)

3.3 STRUCTURE DES CLINIQUES MÉDICALES

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

3.3.1 Sources de financement

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

Pour la région, le pourcentage des cliniques médicales bénéficiant d'une source de financement mixte a fortement augmenté de 2005 à 2010, passant de 1,3 % à 32,4 % (tableau A12 en annexe).

Cette augmentation a touché tous les CSSS sans exception. Les augmentations sont les plus importantes dans les CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (de 2,0 % à 55,9 %), de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (de 0,0 % à 48,0 %) et Lucille-Teasdale (de 0,0 % à 41,7 %). Ces augmentations s'expliquent par l'implantation des GMF et des CR dans ces CSSS. En 2010, on retrouve donc des différences importantes entre les CSSS à ce chapitre, allant de 10,0 % dans le CSSS de St-Léonard et St-Michel à 55,9 % dans le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (figure 16).

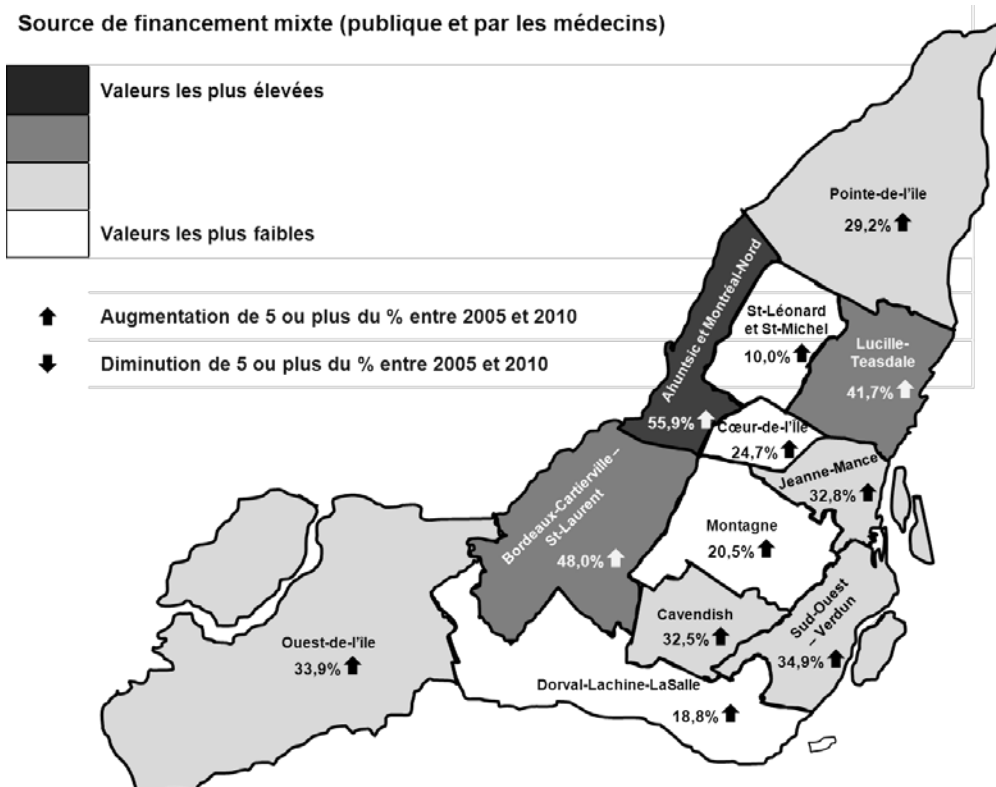


Figure 16 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales dont la source de financement des dépenses de fonctionnement provient à la fois des médecins et d'un budget public, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.3.2 Gestion des tâches médico-administratives

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

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage de cette modalité a augmenté de façon notable entre 2005 et 2010, passant de 26,4 % à 40,7 % (tableau A13 en annexe).

La majorité des CSSS (7 sur 12) affichent une augmentation, les plus importantes étant dans les CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (de 0,0 % à 45,5 %), Jeanne-Mance (de 22,4 % à 52,9 %) et du Cœur-de-l'Île (de 3,3 % à 26,9 %). Un seul CSSS a subi une baisse de 30,4 % 21,7 %. Il s'agit du CSSS de St-Léonard et St-Michel. Les quatre autres CSSS sont demeurés stables. Les différences entre les CSSS en 2010 sont importantes. Le pourcentage le plus faible se retrouve au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle (16,2 %) et le plus haut au CSSS Jeanne-Mance (52,9 %) (figure 17).

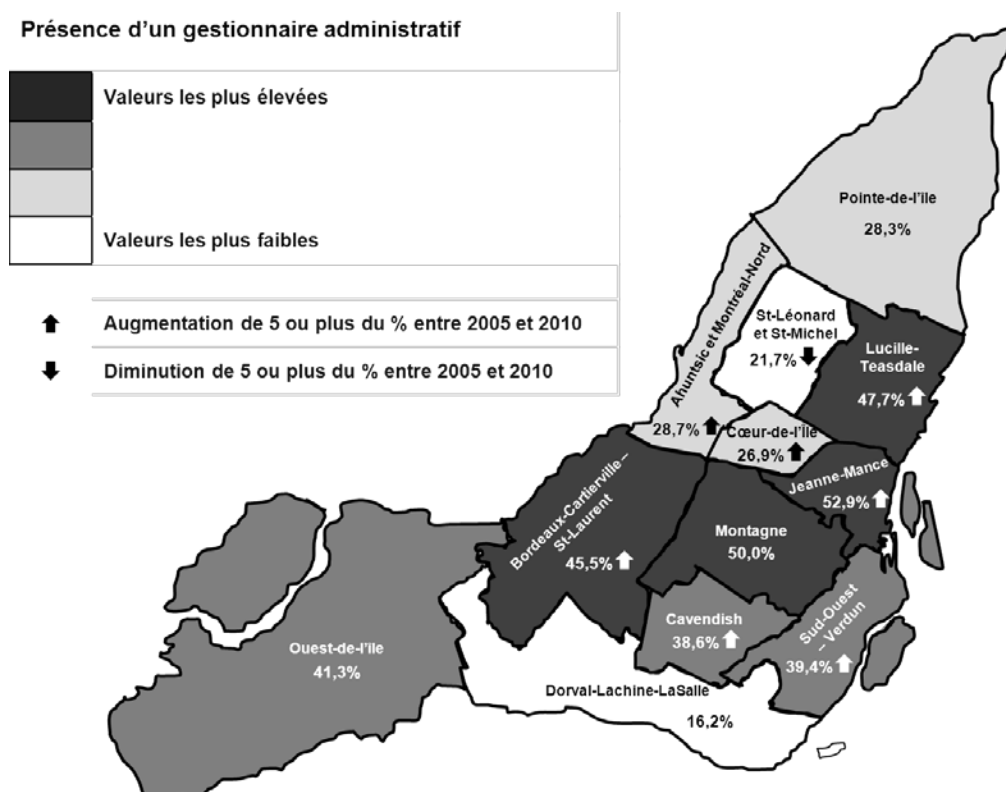


Figure 17 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où un gestionnaire administratif assume les tâches médico-administratives, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.3.3 Coordination des soins entre les professionnels

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

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques où la coordination des soins entre les professionnels se fait selon des protocoles préétablis ou lors de discussion de cas a légèrement augmenté entre 2005 et 2010, de 32,4 % à 37,1 % (tableau A14 en annexe).

Cette augmentation se retrouve dans six CSSS. L'augmentation la plus élevée se retrouve au CSSS de l'Ouest-de-l'Île (de 16,1 % à 44,3 %), alors que la diminution la plus importante se retrouve au CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 58,3 % à 35,7 %). En 2010, il existe une importante variabilité entre les CSSS de la région. Le pourcentage le plus faible de cliniques où la coordination se fait selon des protocoles préétablis ou lors de discussions de cas est au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle (15,9 %) et le plus élevé au CSSS du Sud-Ouest-Verdun (60,6 %) (figure 18).

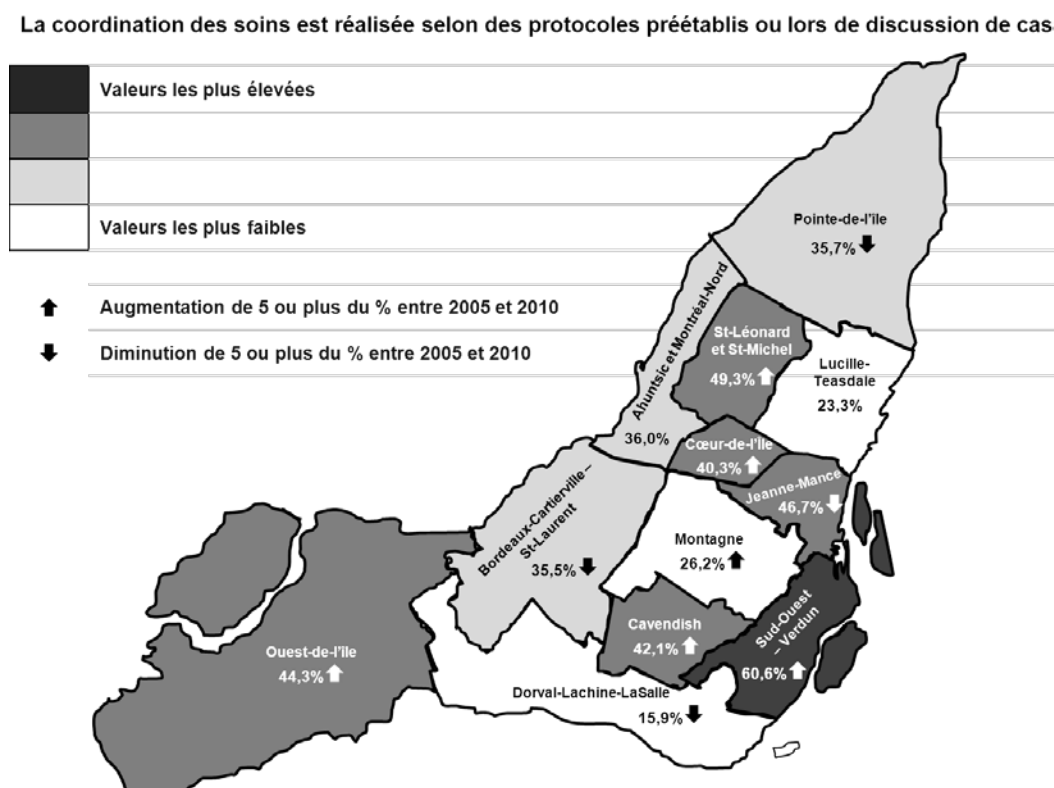


Figure 18 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où la coordination des soins entre les professionnels est réalisée selon des protocoles préétablis ou lors de discussion de cas, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.3.4 Collaboration avec d'autres cliniques médicales

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

caractéristique sur quatre) ou aucune collaboration. Nous retenons aux fins d'illustration dans ce rapport la première modalité.

Pour la région, le pourcentage des cliniques ayant un degré de collaboration élevé avec les autres cliniques de première ligne a légèrement augmenté de 21,2 % à 26,1 % entre 2005 et 2010 (tableau A15 en annexe).

Parmi les CSSS, cinq affichent des augmentations, cinq des diminutions et deux demeurent stables. Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun a le plus augmenté, passant de 12,5 % à 42,2 %, suivi du CSSS d'Achunsiac et Montréal-Nord qui est passé de 6,9 % à 27,9 %. Par ailleurs, le CSSS de la Pointe-de-l'Île affiche la plus grande diminution (de 33,9 % à 19,5 %). En 2010, les variations entre les CSSS sont importantes, le plus faible pourcentage se retrouvant au CSSS Lucille-Teasdale (2,6 %) et les plus élevés, aux CSSS du Sud-Ouest–Verdun (42,2 %) et Jeanne-Mance (42,1 %) (figure 19).

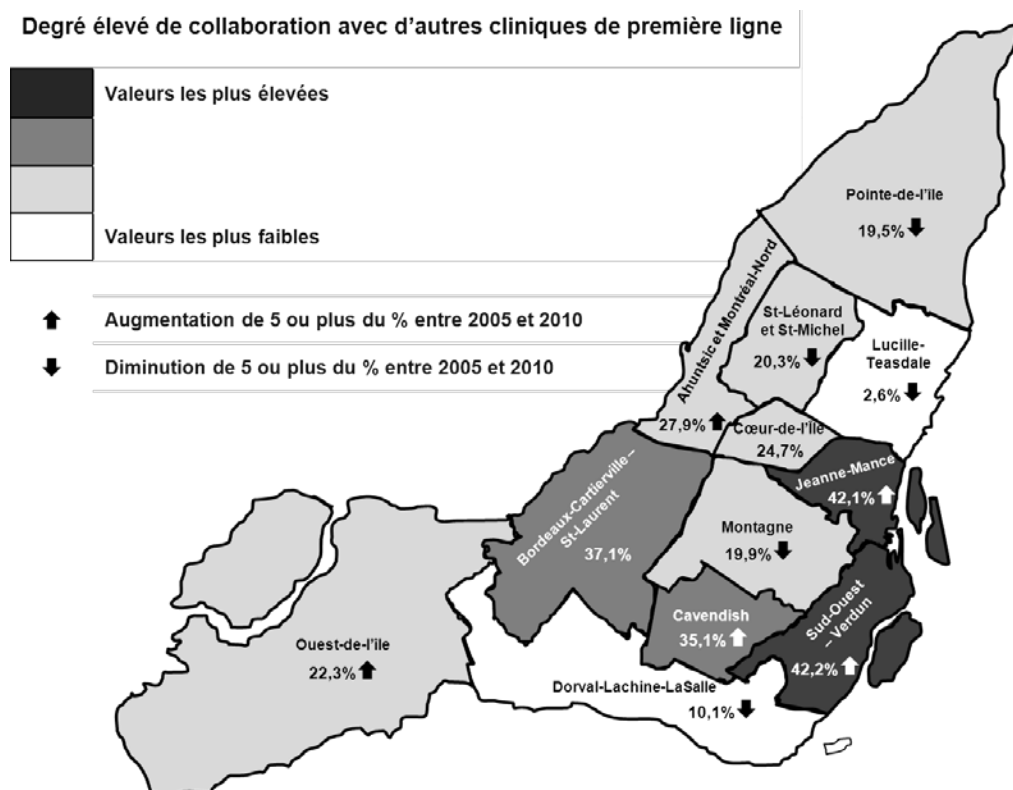


Figure 19 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de collaboration avec d'autres cliniques médicales de première ligne, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.3.5 Collaboration des cliniques médicales avec un hôpital

Cet indicateur mesure le degré de collaboration d'une clinique avec un hôpital pour planifier l'offre de services, avoir accès à un plateau technique, échanger des ressources ou assurer le suivi de patients hospitalisés. Les cliniques se sont vues attribuer l'une des trois modalités selon leur degré de collaboration avec un hôpital : élevé (deux caractéristiques ou plus sur

quatre), moyen (une caractéristique sur quatre) ou aucune collaboration. Nous avons retenu, aux fins d'illustration dans ce rapport, la modalité « élevée ».

Pour l'ensemble de la région, on note une très légère diminution du pourcentage des cliniques qui ont un degré de collaboration élevé avec un hôpital, passant de 24,8 % à 22,4 % entre 2005 et 2010 (tableau A16 en annexe).

Parmi les CSSS, quatre ont augmenté à ce chapitre, quatre ont diminué et quatre sont demeurés stables. La baisse la plus importante est observée dans le CSSS de la Montagne (de 38,6 % à 16,2 %). L'augmentation la plus importante se retrouve dans le CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 4,4 % à 25,0 %). Une importante variabilité est observée en 2010 entre les CSSS, le pourcentage le plus élevé se retrouvant au CSSS du Sud-Ouest-Verdun (51,9 %) et le plus faible au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle (5,8 %) (figure 20).

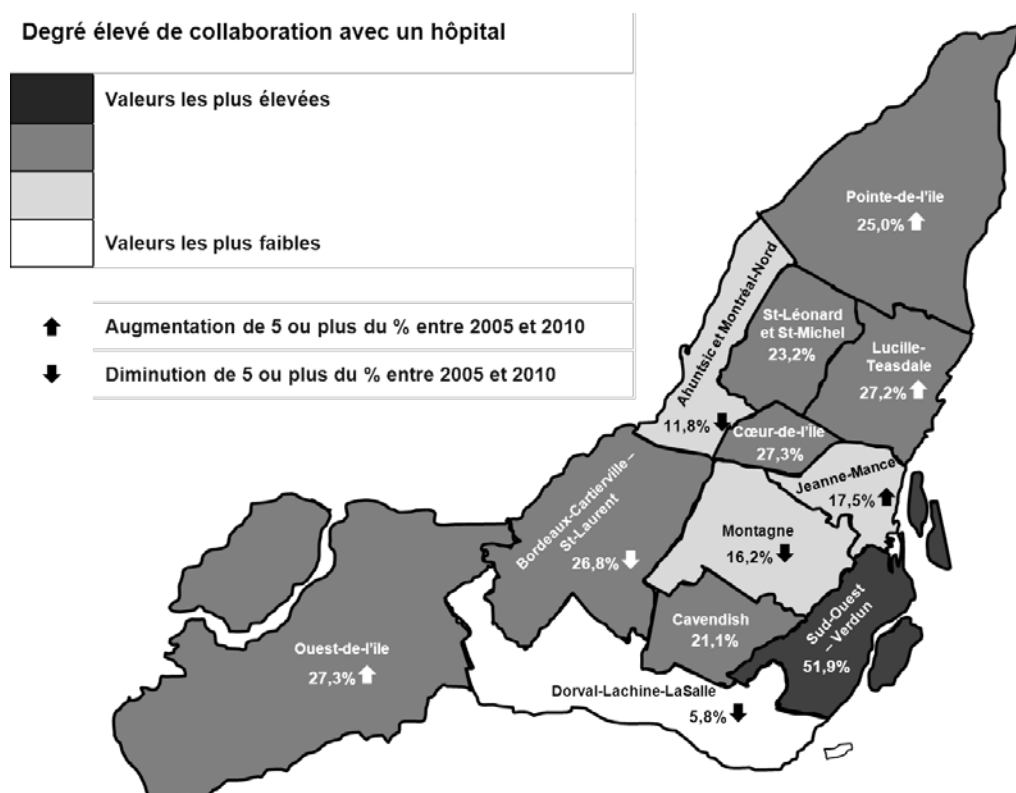


Figure 20 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de collaboration avec un hôpital, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.3.6 Participation à des comités régionaux

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

quatre) ou aucune participation. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous retenons la première de ces modalités.

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques où il existe une participation élevée de médecins à des comités régionaux a augmenté modestement entre 2005 et 2010 de 33,2 % à 39,1 % (tableau A17 en annexe).

Cette augmentation touche la majorité des CSSS (7 sur 12), alors que trois CSSS ont subi une baisse et deux CSSS sont demeurés stables. L'augmentation la plus importante se retrouve au CSSS de St-Léonard et St-Michel (de 15,2 % à 45,7 %) et la diminution la plus marquée, au CSSS de l'Ouest-de-l'Île (de 52,8 % à 37,2 %). En 2010, les variations sont relativement importantes entre les CSSS, allant de 28,6 % pour le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle à 50,9 % pour le CSSS du Sud-Ouest-Verdun (figure 21).

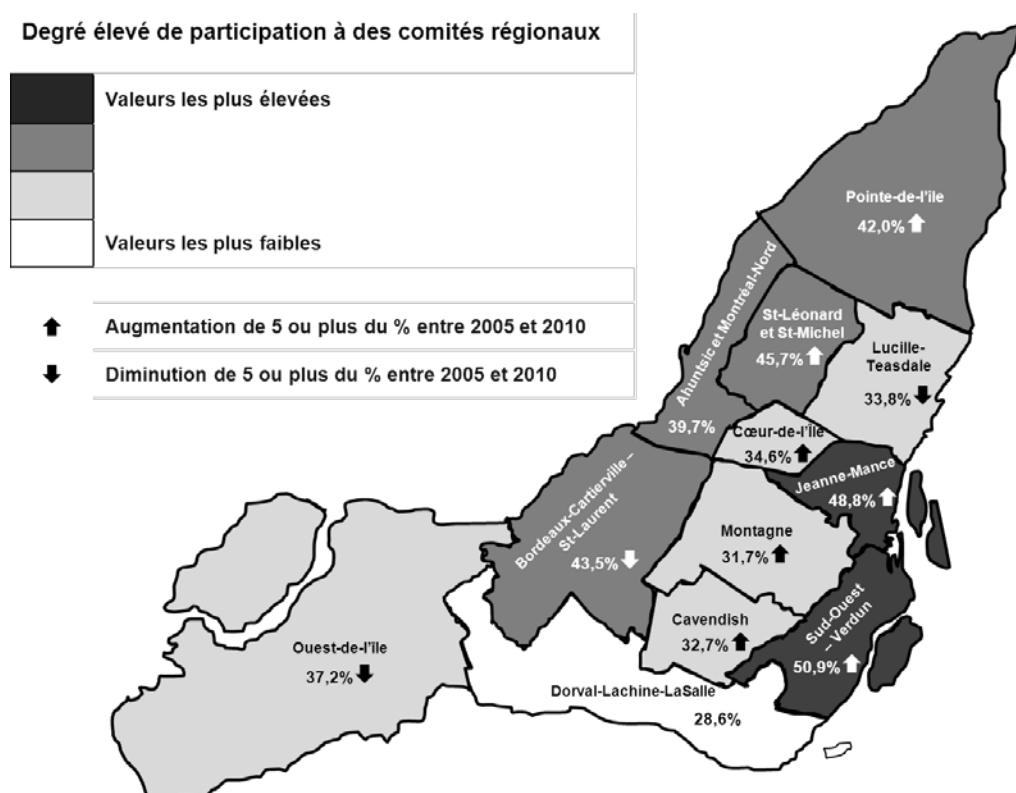


Figure 21 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de participation des médecins à des comités régionaux, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

Le score moyen de conformité à l'idéal-type pour la dimension « structure » a considérablement augmenté dans la région entre 2005 et 2010, passant de 41,4 à 50,4 (tableau A27 en annexe).

Cette augmentation a touché tous les CSSS à l'exception des CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle et de la Montagne, qui sont restés stables. Les augmentations les plus importantes s'observent dans les CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (de 34,6 à 52,2), Cavendish (de 34,8 à 49,1), du Cœur-de-l'Île (de 30,8 à 44,4) et Jeanne-Mance (de 45,3 à 58,8). Il existe en 2010 des différences importantes entre les CSSS. Le score moyen varie de 32,7 au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle à 62,0 au CSSS du Sud-Ouest-Verdun (figure 22).

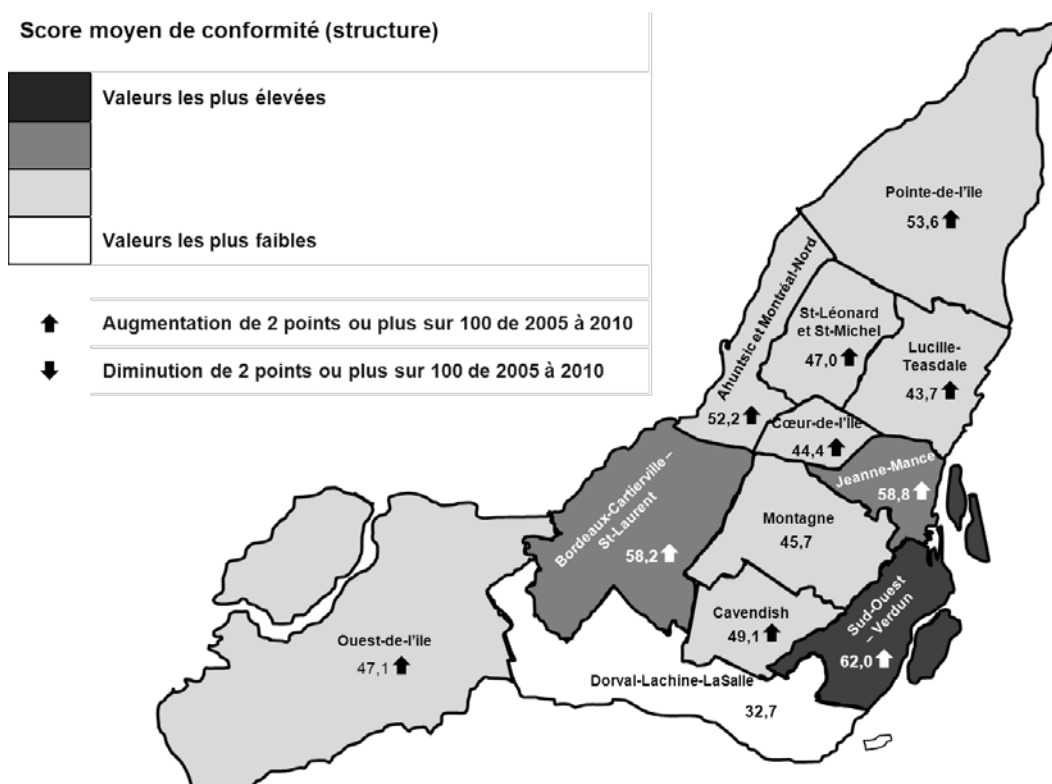


Figure 22 Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « structure » (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées)

3.4 PRATIQUES DES CLINIQUES MÉDICALES

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

3.4.1 Couverture temporelle le soir et la fin de semaine

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

rendez-vous, le soir ou les fins de semaine. Nous retenons aux fins d'illustration dans ce rapport la modalité « élevée ».

Dans la région, le pourcentage des cliniques offrant une couverture temporelle élevée a augmenté entre 2005 et 2010 de 23,9 % à 28,9 % (tableau A18 en annexe).

Cette augmentation s'étend à six CSSS, les plus importantes étant dans les CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (de 3,3 % à 29,0 %) et Jeanne-Mance (de 23,0 % à 50,4 %). Deux CSSS sont affectés par des diminutions, soit les CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 19,3 % à 6,2 %) et le CSSS Cavendish (de 30,8 % à 4,4 %). Les quatre autres CSSS demeurent stables. Les variations entre les CSSS en 2010 sont considérables, allant de 4,4 % au CSSS Cavendish à 53,0 % au CSSS Lucille-Teasdale (figure 23).

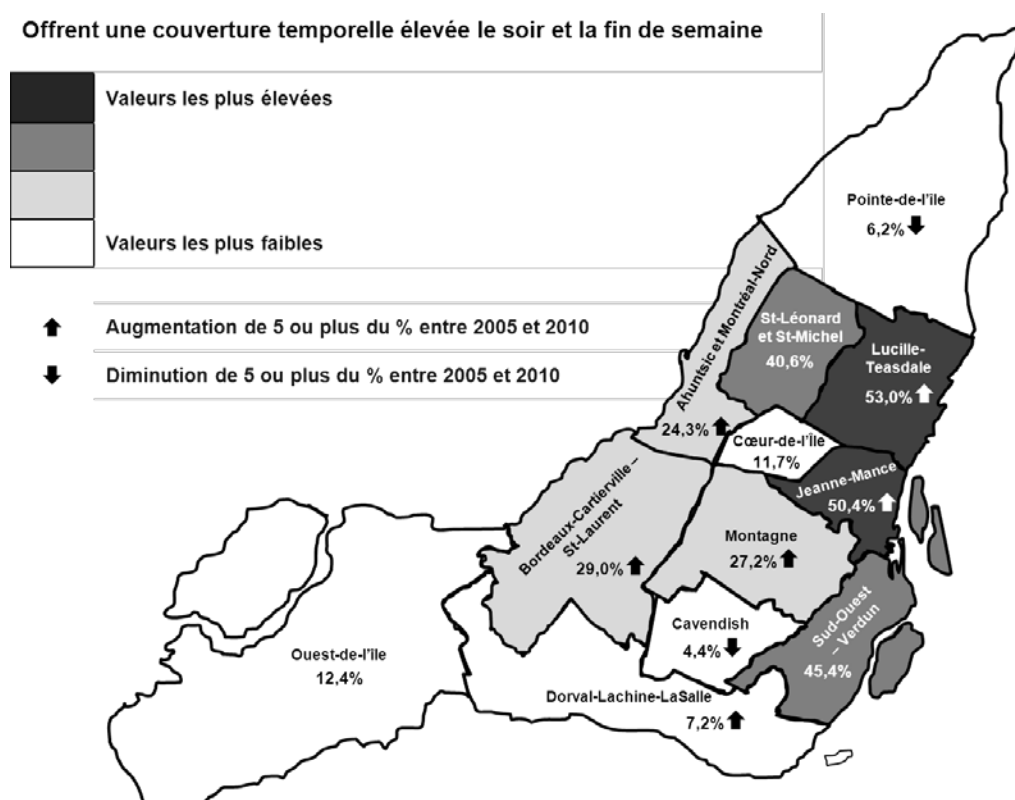


Figure 23 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une couverture temporelle élevée le soir et la fin de semaine, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.4.2 Disponibilité en situations urgentes pour les patients réguliers

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

appliquée et « aucune disponibilité » lorsqu'aucune ne s'applique. Aux fins d'illustration dans ce rapport, nous présentons la modalité « élevée ».

Dans l'ensemble de la région, on note une très légère augmentation entre 2005 et 2010 du pourcentage des cliniques qui offrent une disponibilité élevée pour leurs patients réguliers en cas d'urgence, de 9,2 % à 11,4 % (tableau A19 en annexe).

L'augmentation du pourcentage ne touche que trois CSSS, la plus importante étant au CSSS du Sud-Ouest–Verdun (de 5,0 % à 35,8 %). Deux CSSS enregistrent une baisse, la plus forte étant au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle, qui passe de 15,3 % à 1,4 %. Enfin, sept CSSS restent stables. Dans l'ensemble des CSSS, le pourcentage des cliniques ayant une disponibilité élevée en 2010 est variable d'un CSSS à l'autre. Par exemple, quatre CSSS ont un pourcentage inférieur à 2,0 %, alors que le CSSS du Sud-Ouest–Verdun affiche le pourcentage le plus élevé à 35,8 % (figure 24).

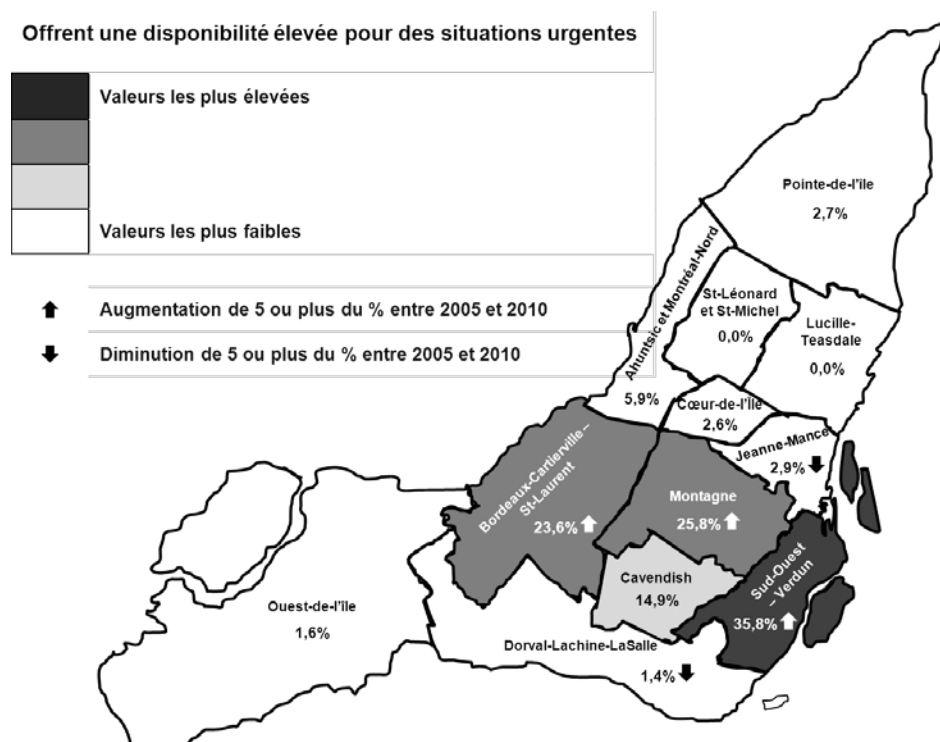


Figure 24 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une disponibilité élevée pour des situations urgentes à leurs patients réguliers, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.4.3 Participation à un réseau d'accessibilité médicale

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

Dans la région, le pourcentage des CSSS où les cliniques offrent un tel service a augmenté de 8,2 % à 30,3 % (tableau A20 en annexe).

À l'exception des CSSS de St-Léonard et St-Michel, dont le pourcentage est passé de 17,7 % à 1,4 % et du CSSS de la Montagne qui est demeuré stable, tous les CSSS ont enregistré une augmentation à ce chapitre. Le gain le plus important est observé au CSSS Jeanne-Mance (de 4,0 % à 51,7 %). En 2010, on observe donc une grande variabilité entre les CSSS. Les pourcentages les plus élevés se retrouvent aux CSSS Jeanne-Mance (51,7 %) et de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (51,2 %) et le plus faible au CSSS de St-Léonard et St-Michel (1,4 %) (figure 25).

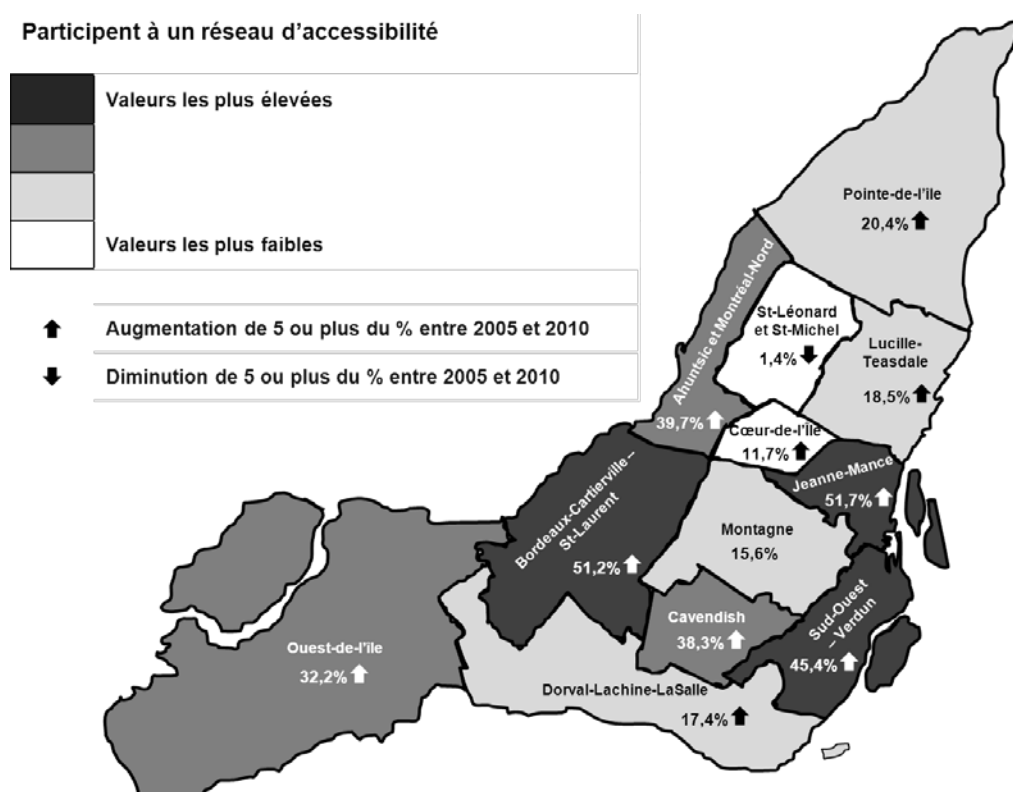


Figure 25 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui participent à un réseau d'accessibilité médicale, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.4.4 Mode de consultation

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

Dans la région, le pourcentage des cliniques dont le mode de consultation est mixte est passé de 26,6 % en 2005 à 35,7 % en 2010 (tableau A21 en annexe).

L'augmentation a touché la majorité des CSSS (8 sur 12), les plus importantes étant aux CSSS du Cœur-de-l'Île (de 1,1 % à 28,2 %) et Lucille-Teasdale (de 27,4 % à 53,6 %). Deux CSSS enregistrent une diminution, la plus forte se retrouve au CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 35,7 % à 22,3 %). On note en 2010 une variabilité relativement importante entre les CSSS, alors que le pourcentage le plus faible des cliniques ayant un mode de consultation mixte est de 19,0 % dans le CSSS de l'Ouest-de-l'Île et le plus élevé de 53,6 % dans le CSSS Lucille-Teasdale (figure 26).

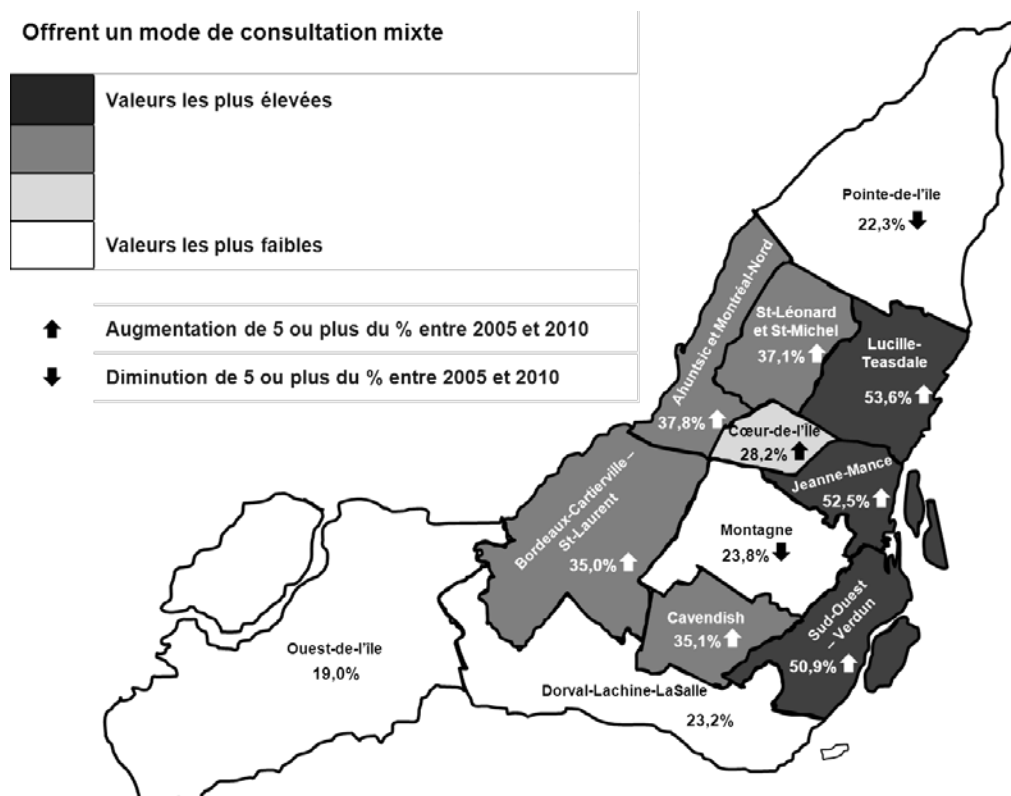


Figure 26 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent un mode de consultation mixte, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.4.5 Temps réservé aux consultations

Cet indicateur mesure pour chaque clinique la durée moyenne des consultations d'évaluation d'un nouveau cas, de suivi ou d'urgence. Trois modalités ont été définies selon le temps moyen des consultations pour chaque clinique : long, moyen et court. Pour se retrouver dans la modalité « long », le temps réservé à une consultation d'évaluation d'un nouveau cas devait être de plus de 30 minutes et la consultation de suivi ou d'urgence de plus de 20 minutes. La modalité « court » regroupe les cliniques où la durée d'une consultation d'évaluation d'un nouveau cas devait être de moins de 20 minutes et la consultation de suivi ou d'urgence de moins de 10 minutes. Les autres cliniques se retrouvent dans la modalité « moyen ». Nous retenons la modalité « long » aux fins d'illustration dans ce rapport.

Dans l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques dont le temps réservé aux consultations est long a augmenté entre 2005 et 2010, de 37,4 % à 47,8 % (tableau A22 en annexe).

L'augmentation du pourcentage de la modalité « long » touche dix CSSS, alors que deux demeurent stables. Les augmentations les plus importantes se retrouvent dans les CSSS de St-Léonard et St-Michel (de 32,9 % à 68,1 %) et du Sud-Ouest-Verdun (de 31,1 % à 61,5 %). En 2010, il existe une importante variabilité entre les CSSS à ce chapitre. Les pourcentages les plus bas se retrouvent aux CSSS d'Ahunztic et Montréal-Nord (30,4 %) et Lucile-Teasdale (30,5 %) et le plus élevé au CSSS de St-Léonard et St-Michel (68,1 %) (figure 27).

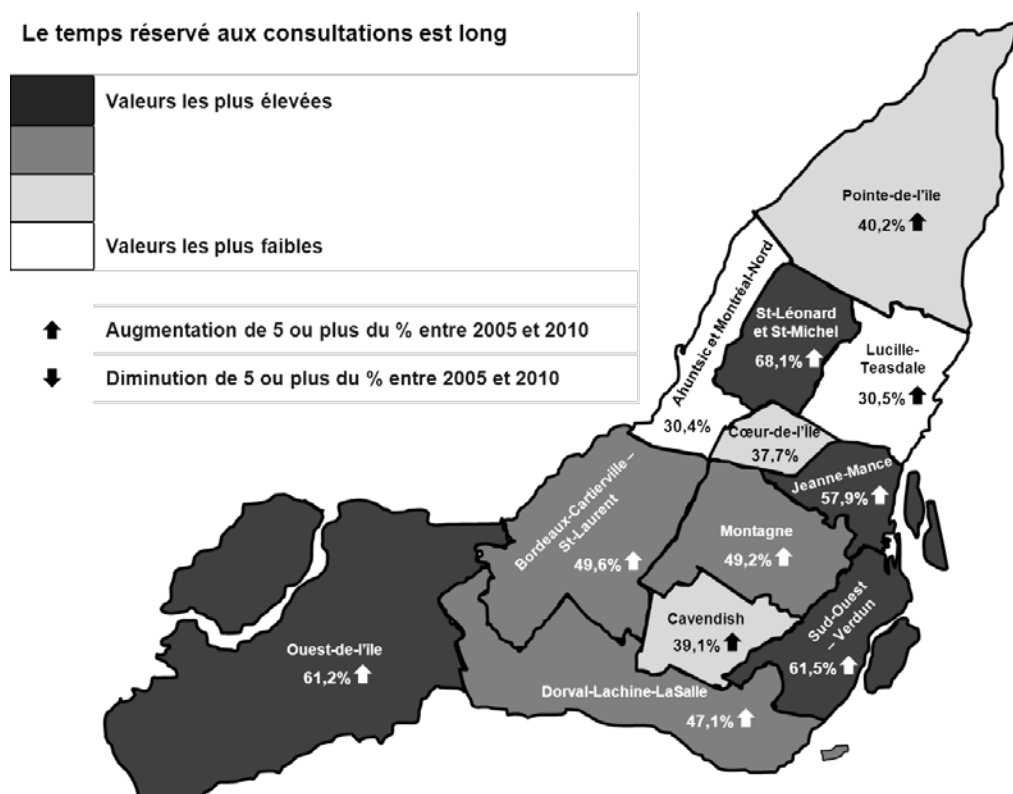


Figure 27 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales où le temps réservé aux consultations est long, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.4.6 Étendue des services offerts

Cet indicateur mesure l'étendue des services offerts, soit la disponibilité des services de radiologie, de spirométrie et de prélèvements sanguins dans l'immeuble, la fourniture de services préventifs (vaccination contre la grippe saisonnière) et de services diagnostiques et curatifs (streptest, biopsie, insertion de stérilet, sutures, infiltrations et frottis cervical). Sur la base de ces différents services offerts, trois modalités ont été définies : grande (8 services ou plus sur 10), moyenne (3 à 7 services sur 10) et faible ou aucun de ces services

(2 services ou moins sur 10). Aux fins d'illustration dans ce rapport, la modalité « grande » a été retenue.

Pour l'ensemble de la région, on observe entre 2005 et 2010 une diminution de près de 10,0 % des cliniques offrant une grande étendue de services de 35,6 % à 26,5 %. Cette diminution s'est faite aux bénéfices de la modalité « moyenne » qui augmente de 57,2 % à 65,9 % pendant la même période (tableau A23 en annexe).

La diminution touche huit CSSS de la région, les plus importantes étant aux CSSS de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (de 46,7 % à 30,1 %) et de la Pointe-de-l'Île (de 35,7 % à 19,6 %). Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun est le seul qui a vu son pourcentage augmenter (de 46,7 % à 56,9 %). Les trois autres CSSS sont demeurés stables. En 2010, la variabilité entre les CSSS à ce chapitre est importante. Le pourcentage le plus faible des cliniques offrant une grande étendue de services se retrouve au CSSS du Cœur-de-l'Île (0,0 %) et le plus élevé au CSSS du Sud-Ouest–Verdun (56,9 %) (figure 28).

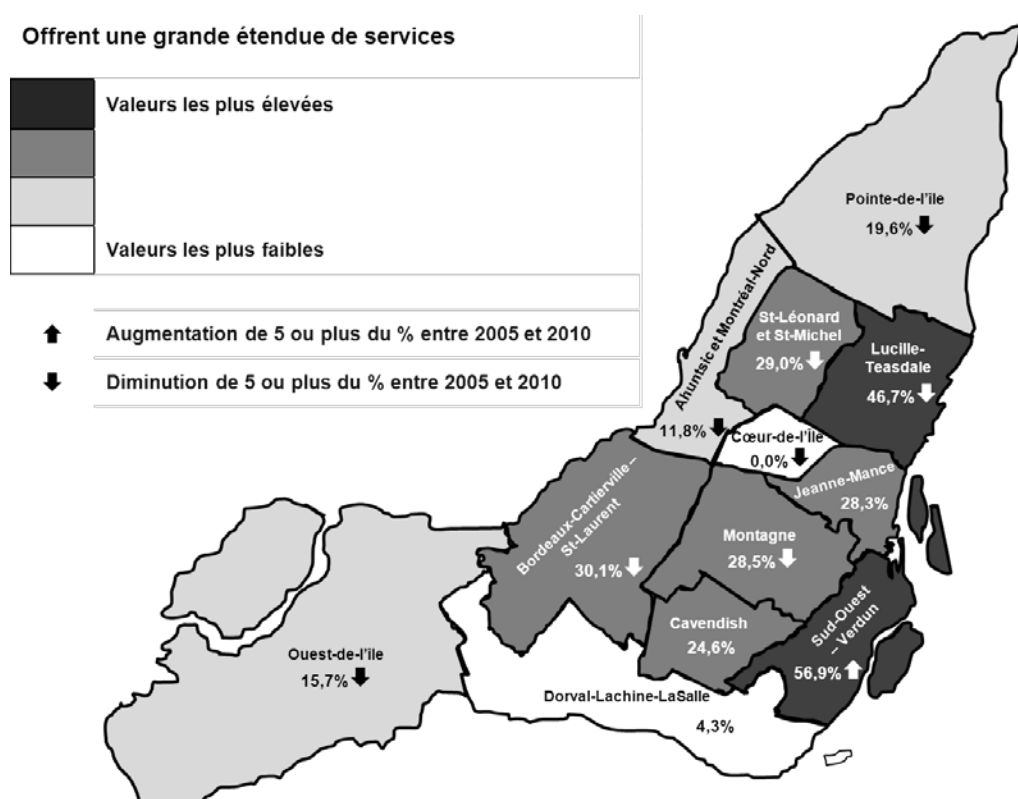


Figure 28 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent une grande étendue de services diagnostiques, préventifs et thérapeutiques, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.4.7 Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques

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

Pour l'ensemble de la région, le pourcentage des cliniques qui déclarent offrir des services de prise en charge pour au moins une des maladies chroniques ciblées a légèrement diminué entre 2005 et 2010 (de 88,2 % à 84,9 %). Soulignons toutefois que le pourcentage reste très élevé et que la diminution est relativement peu importante (tableau A24 en annexe).

Parmi les CSSS, on note une diminution dans quatre d'entre eux, de manière plus importante dans les CSSS Lucille-Teasdale (de 88,4 % à 59,6 %) et de St-Léonard et St-Michel (de 96,3 % à 76,8 %). L'augmentation reste modeste dans quatre CSSS et le pourcentage, stable dans quatre CSSS. En 2010, dans la région, le pourcentage des cliniques qui offrent des services de prise en charge systématique aux personnes atteintes de maladies chroniques est très élevé et on observe une variabilité, allant de 59,6 % au CSSS Lucille-Teasdale à 98,5 % au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (figure 29).

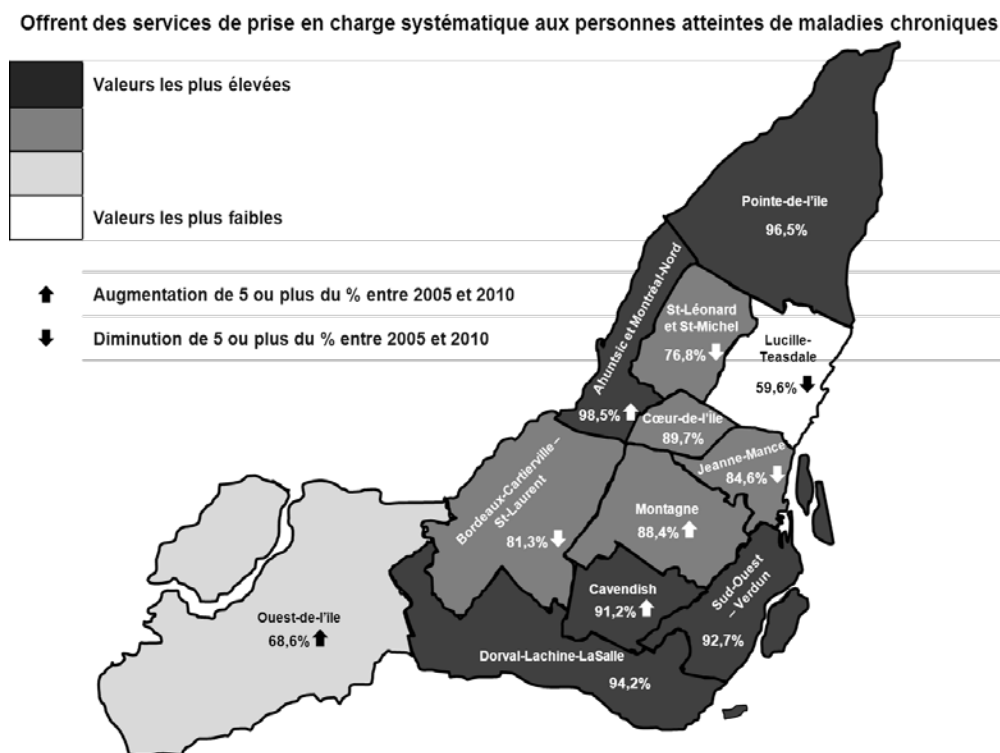


Figure 29 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui offrent des services de prise en charge systématique aux personnes atteintes de maladies chroniques, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

3.4.8 Partage d'activités cliniques entre les médecins

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

De façon générale dans la région, on observe de 2005 à 2010 une diminution du pourcentage des cliniques où le partage de ces activités cliniques est élevé (de 66,4 % à 54,0 %) (tableau A25 en annexe).

Cette tendance affecte tous les CSSS, à l'exception du CSSS du Cœur-de-l'Île où le pourcentage augmente légèrement de 35,6 % à 42,3 % et les CSSS de la Montagne et Cavendish, dont les pourcentages restent stables. Dans tous les autres CSSS, les pourcentages ont diminué, la plus importante baisse se retrouvant dans le CSSS du Sud-Ouest-Verdun (de 69,2 % à 42,2 %). La variabilité entre CSSS en 2010 est importante, allant de 31,4 % pour le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle à 67,5 % pour le CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (figure 30).

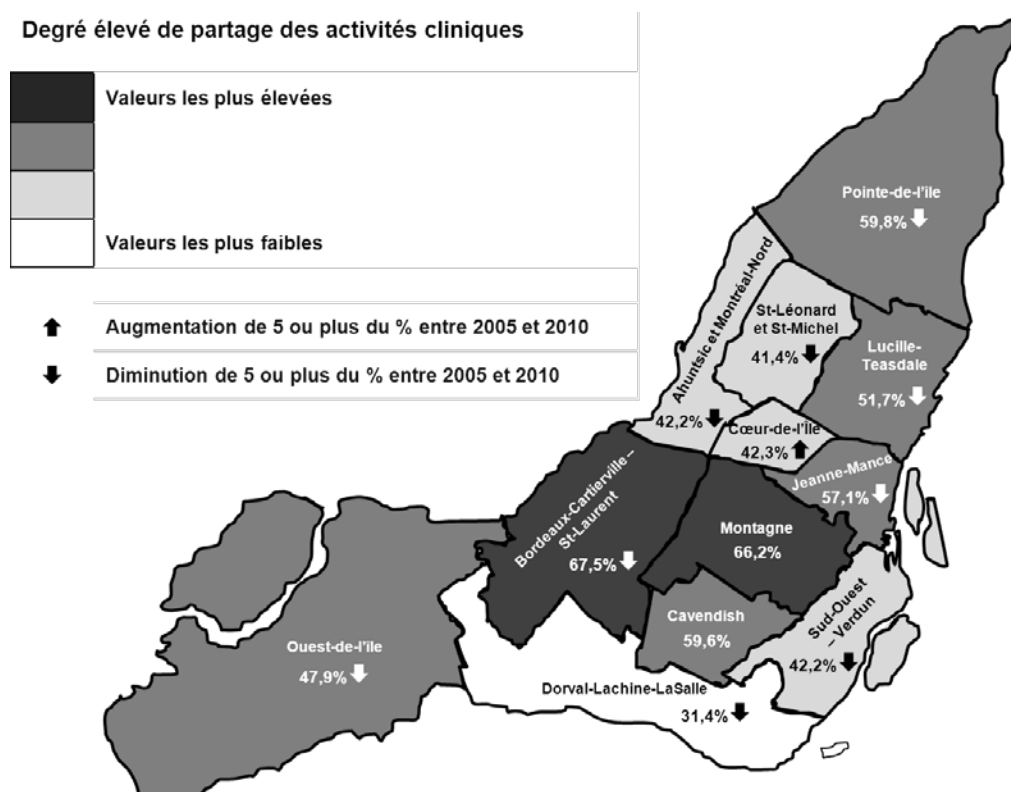


Figure 30 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales ayant un degré élevé de partage des activités cliniques entre les médecins, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

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

Dans l'ensemble de la région, on observe de 2005 à 2010, une diminution du pourcentage des cliniques offrant un degré élevé de présence de ces mécanismes et activités (de 40,4 % à 33,0 %) (tableau A26 en annexe).

Cette baisse affecte quatre des 12 CSSS, les plus importantes se retrouvant aux CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 71,1 % à 39,8 %), Lucille-Teasdale (de 39,7 % à 10,7 %) et de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (de 64,2 % à 38,7 %). Parmi les CSSS où on note une augmentation du pourcentage des cliniques où ces activités existent à un degré élevé, la plus importante se retrouve au CSSS du Sud-Ouest–Verdun (de 26,7 % à 41,7 %). Cinq CSSS conservent un niveau stable. La variabilité entre CSSS demeure importante alors que les pourcentages les plus faibles de cliniques rapportant un degré élevé de ces activités se retrouvent aux CSSS Lucille-Teasdale (10,7 %) et du Cœur-de-l'Île (10,3 %). Le pourcentage le plus élevé se retrouve au CSSS de l'Ouest-de-l'Île (46,3 %) (figure 31).

Le nombre de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence est élevée

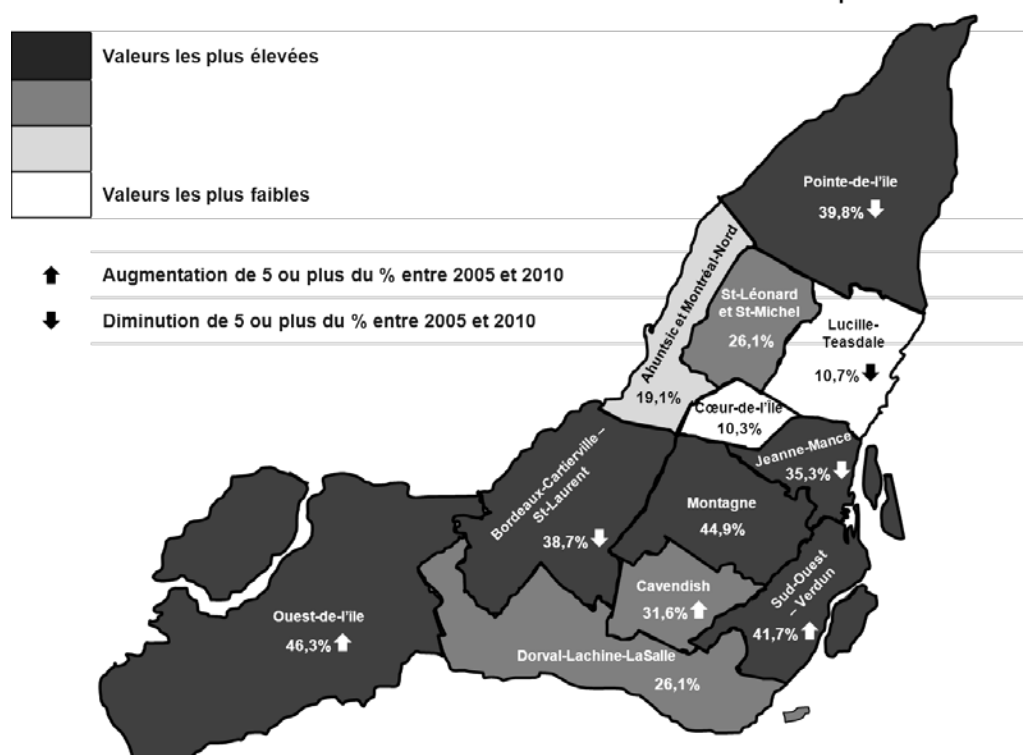


Figure 31 Pourcentage du nombre (pondéré) de cliniques médicales qui disposent d'un nombre élevé de mécanismes et d'activités de maintien et d'évaluation de la compétence, par territoire de CSSS, Montréal, 2010

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

Le score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques pour la dimension « pratiques » a légèrement augmenté dans la région entre 2005 et 2010 (de 55,6 à 57,4), de façon moins importante cependant que l'augmentation rapportée pour les dimensions « ressources » et « structure » (tableau A27 en annexe).

Cette augmentation a touché six des 12 CSSS. Les CSSS qui ont enregistré les plus fortes hausses sont les CSSS Cavendish (de 48,8 à 58,1), Jeanne-Mance (de 56,6 à 63,9) et du Sud-Ouest-Verdun (de 59,8 à 67,0). Trois CSSS ont enregistré une baisse, la plus importante étant au CSSS de la Pointe-de-l'Île (de 59,9 à 53,0). Enfin, pour trois CSSS le score moyen de conformité à l'idéal-type reste inchangé. La variabilité entre les CSSS à ce chapitre demeure importante en 2010 alors que le score moyen le plus élevé revient aux cliniques du CSSS du Sud-Ouest-Verdun (67,0) et le plus faible à celles du CSSS du Cœur-de-l'Île (47,7) (figure 32).

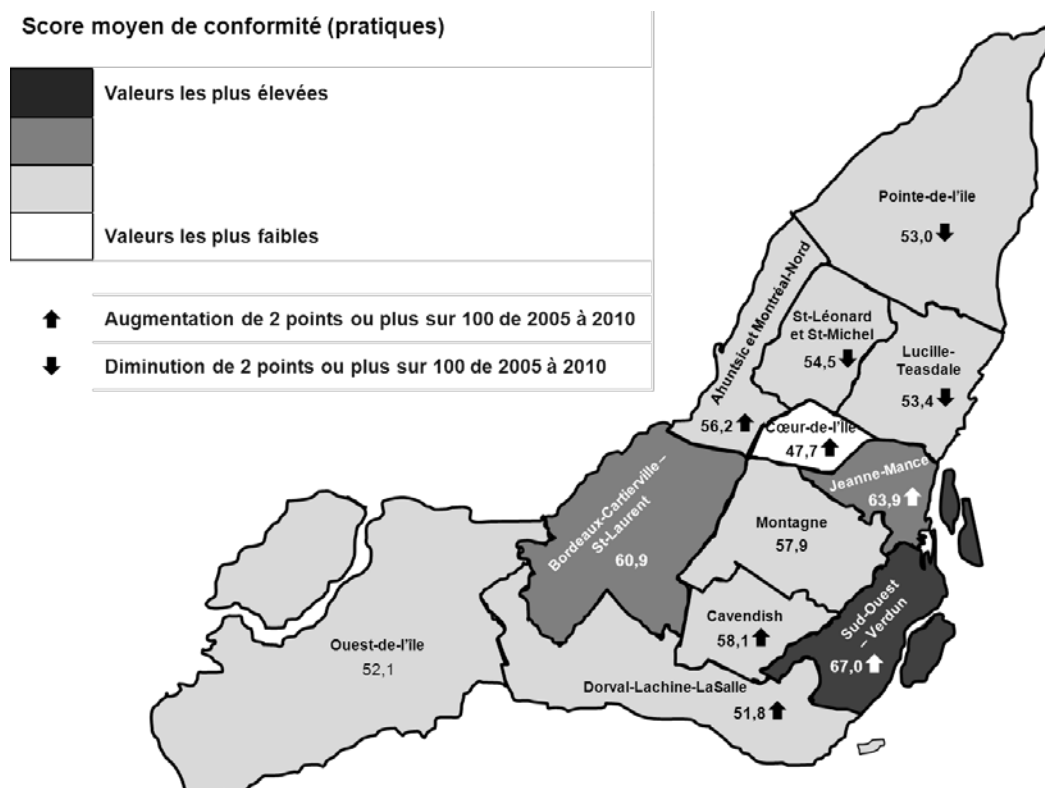


Figure 32 Score moyen de conformité à l'idéal-type des cliniques médicales pour la dimension « pratiques » (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées)

4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Pour l'ensemble de la région et des indicateurs considérés, on note entre 2005 et 2010, une augmentation modeste du score global de conformité à l'idéal-type de 53,2 à 57,1 (tableau A27 en annexe).

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

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

L'amélioration du score global de conformité observée au niveau de la région est généralisée dans l'ensemble des CSSS, à l'exception des trois CSSS, où la situation demeure stable. Pour tous les autres CSSS, la situation s'améliore de façon passablement équivalente. Néanmoins, la variabilité entre les CSSS en 2010 demeure importante, le score de conformité allant de 48,6 pour le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle à 65,7 pour le CSSS du Sud-Ouest–Verdun (figure 33).

En 2010, un CSSS émerge parmi les autres à cause de sa performance supérieure : le CSSS du Sud-Ouest–Verdun. Suivent de près les CSSS Jeanne-Mance et de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent. Deux CSSS font face à une situation plus défavorable : les CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle et du Cœur-de-l'Île. Les sept autres CSSS, bien qu'ils se situent au-dessus de ces deux CSSS, demeurent dans une catégorie moins performante que les trois premiers. Bref, sur les 12 CSSS de Montréal, en 2010, trois se situent dans des catégories plus performantes et neuf dans de moins performantes.

La figure 33 illustre trois catégories de CSSS :

1. les CSSS moins performants en 2010, qui se sont cependant améliorés depuis 2005. Ce sont les CSSS de l'Ouest-de-l'Île, de Dorval-Lachine-LaSalle, de St-Léonard et St-Michel, Cavendish, Cœur-de-l'Île et Ahuntsic et Montréal-Nord;
2. les CSSS moins performants en 2010, qui ne se sont pas améliorés depuis 2005. Ce sont les CSSS de la Pointe-de-l'île, Lucille-Teasdale et de la Montagne;
3. les CSSS les plus performants en 2010 et qui se sont améliorés depuis 2005. Ce sont les CSSS du Sud-Ouest–Verdun, Jeanne-Mance et de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent. À noter qu'aucun des CSSS performants en 2010 n'est resté stable ou ne s'est détérioré depuis 2005.

Cette variabilité que nous avons relevée entre les CSSS tout au long de ce rapport est certainement la caractéristique marquante de la région de Montréal. Loin d'être homogène, la région présente des écarts importants au niveau de ses CSSS en ce qui a trait à la vision, aux ressources, aux structures et aux pratiques de leurs cliniques médicales de première ligne. La question qu'il convient de poser au terme de ce rapport est de savoir dans quelle mesure ces inégalités organisationnelles se traduisent par des inégalités de résultats en termes d'expérience de soins, d'utilisation de services et de besoins de services non comblés. C'est à ces questions que tâchent de répondre les analyses qui se poursuivent dans le cadre de la présente étude.

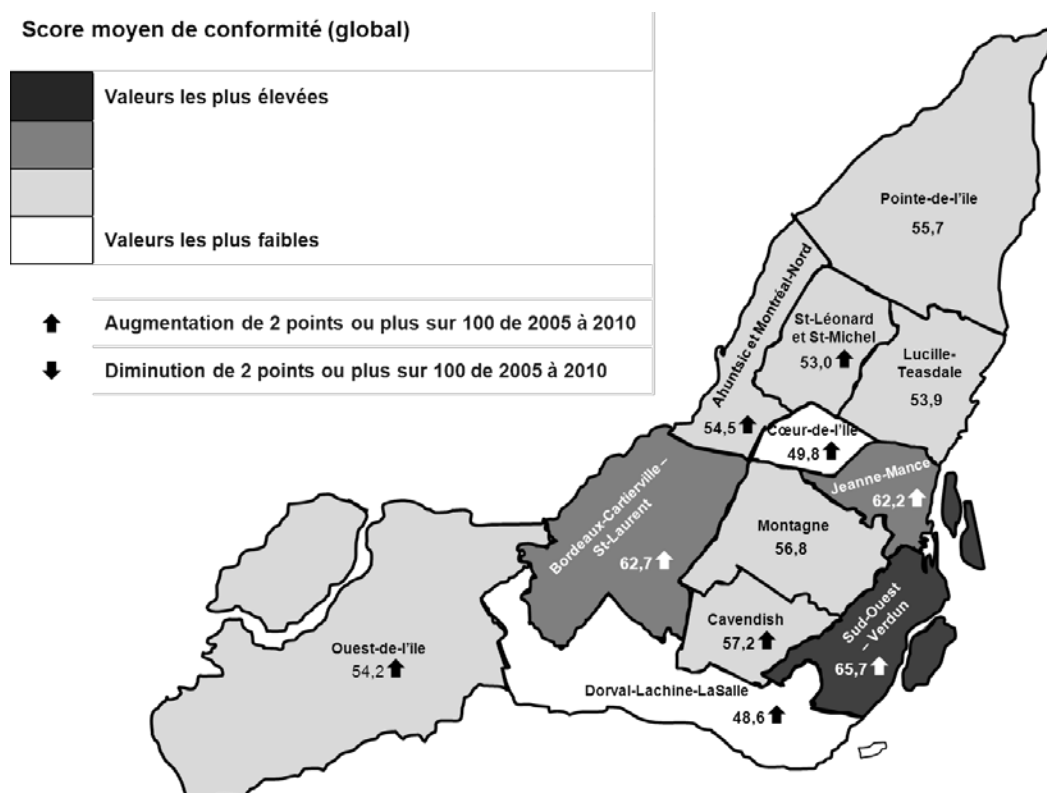


Figure 33 Score moyen de conformité à l'idéal-type (global) des cliniques médicales (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées)

RÉFÉRENCES

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

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

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

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

ANNEXE

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	La population du territoire		La clientèle de la clinique		Tous les individus qui se présentent	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	27,3 %	16,5 %	35,7 %	48,8 %	37,1 %	34,7 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	22,2 %	17,4 %	38,9 %	46,4 %	38,9 %	36,2 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	29,2 %	20,2 %	39,2 %	38,5 %	31,7 %	41,3 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	33,3 %	46,0 %	25,4 %	22,1 %	41,2 %	31,9 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	24,3 %	13,9 %	37,0 %	31,8 %	38,6 %	54,3 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	30,4 %	26,1 %	20,3 %	34,8 %	49,4 %	39,1 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	29,8 %	14,2 %	44,9 %	64,9 %	25,3 %	20,9 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	17,9 %	14,0 %	50,0 %	46,5 %	32,1 %	39,5 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	20,9 %	17,1 %	33,8 %	37,1 %	45,3 %	45,8 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	23,3 %	11,4 %	40,0 %	51,2 %	36,7 %	37,4 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	24,4 %	29,5 %	43,3 %	34,6 %	32,2 %	35,9 %
d'Achunsi et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	32,7 %	13,2 %	52,5 %	69,1 %	14,9 %	17,6 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	26,6 %	18,5 %	38,9 %	46,3 %	34,5 %	35,3 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	La continuité des soins		L'accessibilité des services	
	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	42,0 %	71,1 %	58,0 %	28,9 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	76,4 %	81,2 %	23,6 %	18,8 %
du Sud-Ouest–Verdun (n = 23) (n = 21)	66,7 %	80,6 %	33,3 %	19,4 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	50,9 %	42,9 %	49,1 %	57,1 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	92,1 %	80,8 %	7,9 %	19,2 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	78,8 %	60,0 %	21,2 %	40,0 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	68,5 %	64,6 %	31,5 %	35,4 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	81,8 %	59,6 %	18,2 %	40,4 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	76,6 %	59,6 %	23,4 %	40,4 %
de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (n = 30) (n = 23)	82,5 %	77,2 %	17,5 %	22,8 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	74,4 %	72,7 %	25,6 %	27,3 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	81,4 %	91,2 %	18,6 %	8,8 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	72,2 %	69,1 %	27,8 %	30,9 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevé		Moyen		Aucune importance	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	64,3 %	54,5 %	21,0 %	28,1 %	14,7 %	17,4 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	44,4 %	37,7 %	36,1 %	31,9 %	19,4 %	30,4 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	42,5 %	73,4 %	54,2 %	21,1 %	3,3 %	5,5 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	68,4 %	28,6 %	21,9 %	56,2 %	9,6 %	15,2 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	49,5 %	45,3 %	43,2 %	42,0 %	7,4 %	12,7 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	32,5 %	73,9 %	52,5 %	8,7 %	15,0 %	17,4 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	54,6 %	65,7 %	29,1 %	19,1 %	16,3 %	15,2 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	58,4 %	62,6 %	18,2 %	21,7 %	23,4 %	15,7 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	74,0 %	76,2 %	16,0 %	13,3 %	10,0 %	10,4 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	68,3 %	74,0 %	17,5 %	20,3 %	14,2 %	5,7 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	49,4 %	23,4 %	32,6 %	46,8 %	18,0 %	29,9 %
d'Achunsi et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	45,1 %	42,6 %	33,3 %	44,9 %	21,6 %	12,5 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	56,1 %	58,1 %	30,3 %	27,6 %	13,6 %	14,3 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevé		Moyen		Aucun partage	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	62,9 %	47,9 %	22,4 %	34,7 %	14,7 %	17,4 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	38,4 %	34,8 %	37,0 %	40,6 %	24,7 %	24,6 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	60,0 %	68,8 %	36,7 %	21,1 %	3,3 %	10,1 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	19,0 %	48,7 %	67,2 %	42,5 %	13,8 %	8,8 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	28,4 %	31,3 %	64,2 %	56,0 %	7,4 %	12,7 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	43,0 %	56,5 %	30,4 %	17,4 %	26,6 %	26,1 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	49,6 %	37,4 %	34,1 %	49,7 %	16,3 %	12,9 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	36,4 %	57,0 %	40,3 %	29,8 %	23,4 %	13,2 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	46,8 %	65,0 %	43,3 %	27,1 %	10,0 %	7,9 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	74,2 %	50,8 %	11,7 %	43,4 %	14,2 %	5,7 %
du Cœur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	22,5 %	50,0 %	61,8 %	32,1 %	15,7 %	17,9 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	35,6 %	35,6 %	42,6 %	51,9 %	21,8 %	12,6 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	44,6 %	48,2 %	40,8 %	39,1 %	14,6 %	12,8 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	10 médecins ou plus		4 à 9 médecins		2 à 3 médecins		1 médecin	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	15,2 %	15,6 %	15,2 %	12,5 %	15,2 %	21,9 %	54,5 %	50,0 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	3,6 %	0,0 %	28,6 %	39,1 %	21,4 %	26,1 %	46,4 %	34,8 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	21,7 %	19,0 %	34,8 %	33,3 %	26,1 %	33,3 %	17,4 %	14,3 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	19,2 %	21,7 %	23,1 %	34,8 %	19,2 %	21,7 %	38,5 %	21,7 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	19,4 %	19,4 %	27,8 %	22,6 %	22,2 %	16,1 %	30,6 %	41,9 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	13,6 %	15,8 %	22,7 %	26,3 %	13,6 %	5,3 %	50,0 %	52,6 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	16,7 %	15,8 %	14,3 %	17,1 %	14,3 %	25,0 %	54,8 %	42,1 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	6,5 %	6,5 %	25,8 %	32,3 %	16,1 %	19,4 %	51,6 %	41,9 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	17,3 %	14,6 %	28,8 %	29,2 %	19,2 %	22,9 %	34,6 %	33,3 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	20,0 %	26,1 %	10,0 %	26,1 %	20,0 %	21,7 %	50,0 %	26,1 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	12,9 %	8,7 %	25,8 %	26,1 %	25,8 %	39,1 %	35,5 %	26,1 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	5,3 %	11,4 %	21,1 %	20,0 %	28,9 %	25,7 %	44,7 %	42,9 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	14,5 %	14,5 %	22,1 %	24,9 %	19,6 %	23,5 %	43,8 %	37,1 %

* Données non pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Infirmière avec rôle élargi		Infirmière avec rôle traditionnel		Pas d'infirmière dans la clinique	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	28,9 %	61,2 %	27,5 %	1,7 %	43,7 %	37,2 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	31,0 %	44,9 %	1,4 %	0,0 %	67,6 %	55,1 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	60,8 %	53,7 %	13,3 %	19,4 %	25,8 %	26,9 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	39,5 %	44,2 %	5,3 %	18,6 %	55,3 %	37,2 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	17,9 %	55,6 %	27,4 %	0,0 %	54,7 %	44,4 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	27,8 %	55,1 %	19,0 %	8,7 %	53,2 %	36,2 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	58,6 %	66,0 %	10,7 %	6,6 %	30,7 %	27,4 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	15,4 %	52,2 %	9,0 %	5,2 %	75,6 %	42,6 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	41,5 %	65,4 %	18,0 %	12,1 %	40,5 %	22,5 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	41,7 %	51,2 %	25,0 %	20,3 %	33,3 %	28,5 %
du Cœur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	22,2 %	35,1 %	0,0 %	3,9 %	77,8 %	61,0 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	22,3 %	33,8 %	12,6 %	0,7 %	65,0 %	65,4 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	37,9 %	54,6 %	15,3 %	8,3 %	46,9 %	37,1 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Médecins spécialistes et autres professionnels de la santé		Médecins spécialistes ou autres professionnels de la santé		Aucun médecin spécialiste ou autre professionnel de la santé	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	68,5 %	64,8 %	12,6 %	23,8 %	18,9 %	11,5 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	62,5 %	72,5 %	23,6 %	10,1 %	13,9 %	17,4 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	77,5 %	72,2 %	10,8 %	13,9 %	11,7 %	13,9 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	59,6 %	37,7 %	28,9 %	37,7 %	11,4 %	24,6 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	77,9 %	62,3 %	7,4 %	27,8 %	14,7 %	9,9 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	47,5 %	37,1 %	21,2 %	22,9 %	31,2 %	40,0 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	58,6 %	60,6 %	25,9 %	23,5 %	15,5 %	15,9 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	37,7 %	53,5 %	42,9 %	20,2 %	19,5 %	26,3 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	46,8 %	50,8 %	38,8 %	40,0 %	14,4 %	9,2 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	74,8 %	66,7 %	16,8 %	20,3 %	8,4 %	13,0 %
du Cœur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	71,9 %	59,7 %	20,2 %	20,8 %	7,9 %	19,5 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	36,6 %	24,4 %	44,6 %	43,0 %	18,8 %	32,6 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	60,9 %	55,2 %	23,9 %	27,1 %	15,2 %	17,7 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Deux technologies de l'information ou plus		Une technologie de l'information		Aucune technologie de l'information	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	2,1 %	29,8 %	39,2 %	49,6 %	58,7 %	20,7 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	7,0 %	27,5 %	59,2 %	33,3 %	33,8 %	39,1 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	43,3 %	57,8 %	44,2 %	33,9 %	12,5 %	8,3 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	49,6 %	73,5 %	20,9 %	18,6 %	29,6 %	8,0 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	21,2 %	43,0 %	38,1 %	30,5 %	40,7 %	26,5 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	0,0 %	33,3 %	64,6 %	46,4 %	35,4 %	20,3 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	31,2 %	44,0 %	51,6 %	38,1 %	17,2 %	17,9 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	28,6 %	57,9 %	44,2 %	28,9 %	27,3 %	13,2 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	23,9 %	51,0 %	53,2 %	38,2 %	22,9 %	10,8 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	31,7 %	75,6 %	48,3 %	13,0 %	20,0 %	11,4 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	0,0 %	42,9 %	44,9 %	31,2 %	55,1 %	26,0 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	14,7 %	27,2 %	38,2 %	45,6 %	47,1 %	27,2 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	23,4 %	47,6 %	45,6 %	34,5 %	30,9 %	17,8 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Tous les médecins		50 % à 99 % des médecins		Moins de 50 % des médecins	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	13,3 %	36,9 %	38,5 %	3,3 %	48,3 %	59,8 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	22,5 %	30,4 %	21,1 %	10,1 %	56,3 %	59,4 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	3,3 %	11,1 %	43,3 %	26,9 %	53,3 %	62,0 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	22,6 %	23,0 %	50,4 %	31,0 %	27,0 %	46,0 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	8,9 %	21,7 %	38,4 %	17,8 %	52,6 %	60,5 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	15,2 %	17,4 %	21,5 %	29,0 %	63,3 %	53,6 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	15,8 %	23,2 %	22,6 %	26,8 %	61,6 %	50,0 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	25,6 %	28,1 %	16,7 %	35,1 %	57,7 %	36,8 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	15,9 %	12,5 %	33,8 %	45,0 %	50,2 %	42,5 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	18,5 %	14,6 %	34,5 %	32,5 %	47,1 %	52,8 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	41,1 %	34,6 %	23,3 %	19,2 %	35,6 %	46,2 %
d'Achunsi et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	21,6 %	18,4 %	44,1 %	41,2 %	34,3 %	40,4 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	17,0 %	21,6 %	32,5 %	28,4 %	50,5 %	50,0 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevé		Moyen		Aucun partage	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	32,2 %	32,8 %	41,3 %	41,0 %	26,6 %	26,2 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	43,7 %	50,7 %	26,8 %	34,8 %	29,6 %	14,5 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	56,3 %	65,1 %	40,3 %	29,4 %	3,4 %	5,5 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	63,5 %	54,0 %	23,5 %	38,1 %	13,0 %	8,0 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	38,6 %	48,7 %	42,9 %	31,3 %	18,5 %	20,0 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	44,3 %	33,3 %	40,5 %	49,3 %	15,2 %	17,4 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	55,7 %	55,6 %	23,2 %	31,5 %	21,1 %	12,9 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	44,9 %	56,5 %	28,2 %	26,1 %	26,9 %	17,4 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	56,2 %	44,4 %	31,8 %	46,9 %	11,9 %	8,7 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	61,7 %	68,0 %	24,2 %	20,5 %	14,2 %	11,5 %
du Cœur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	15,6 %	33,3 %	44,4 %	56,4 %	40,0 %	10,3 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	46,1 %	62,5 %	30,4 %	20,6 %	23,5 %	16,9 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	48,4 %	51,4 %	32,3 %	34,8 %	19,4 %	13,8 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Radiologie avec ou sans prélèvements sanguins		Prélèvements sanguins seulement		Aucun de ces services	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	18,9 %	30,6 %	66,4 %	43,0 %	14,7 %	26,4 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	0,0 %	14,7 %	56,3 %	36,8 %	43,7 %	48,5 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	28,3 %	27,8 %	45,0 %	39,8 %	26,7 %	32,4 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	29,6 %	7,1 %	24,3 %	52,2 %	46,1 %	40,7 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	35,3 %	47,3 %	29,5 %	18,0 %	35,3 %	34,7 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	17,7 %	29,0 %	38,0 %	24,6 %	44,3 %	46,4 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	13,7 %	25,9 %	51,5 %	39,2 %	34,8 %	34,9 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	3,8 %	32,5 %	50,0 %	43,0 %	46,2 %	24,6 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	13,0 %	14,1 %	62,0 %	49,0 %	25,0 %	36,9 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	26,9 %	25,2 %	42,0 %	56,9 %	31,1 %	17,9 %
du Cœur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	14,4 %	0,0 %	37,8 %	58,4 %	47,8 %	41,6 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	21,8 %	9,5 %	33,7 %	35,0 %	44,6 %	55,5 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	19,4 %	22,8 %	46,1 %	41,3 %	34,6 %	35,9 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Source de financement publique seulement		Source de financement mixte (publique et par les médecins)		Source de financement uniquement par les médecins	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	14,7 %	15,7 %	0,0 %	33,9 %	85,3 %	50,4 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	15,3 %	11,6 %	0,0 %	18,8 %	84,7 %	69,6 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	32,2 %	35,8 %	9,9 %	34,9 %	57,9 %	29,4 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	32,5 %	26,5 %	7,0 %	29,2 %	60,5 %	44,2 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	16,8 %	11,9 %	0,0 %	41,7 %	83,2 %	46,4 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	27,8 %	37,1 %	0,0 %	10,0 %	72,2 %	52,9 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	25,6 %	26,5 %	0,0 %	20,5 %	74,4 %	53,0 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	15,4 %	11,4 %	0,0 %	32,5 %	84,6 %	56,1 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	28,0 %	32,8 %	0,0 %	32,8 %	72,0 %	34,4 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	32,5 %	24,4 %	0,0 %	48,0 %	67,5 %	27,6 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	22,2 %	22,1 %	0,0 %	24,7 %	77,8 %	53,2 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	14,9 %	12,5 %	2,0 %	55,9 %	83,2 %	31,6 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	23,7 %	23,1 %	1,3 %	32,4 %	74,9 %	44,5 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Un gestionnaire administratif avec ou sans médecin		Les médecins seulement		Aucun responsable	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	38,5 %	41,3 %	39,9 %	30,6 %	21,7 %	28,1 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	18,3 %	16,2 %	43,7 %	50,0 %	38,0 %	33,8 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	20,8 %	39,4 %	65,0 %	40,4 %	14,2 %	20,2 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	27,8 %	28,3 %	55,7 %	48,7 %	16,5 %	23,0 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	27,5 %	47,7 %	59,8 %	36,4 %	12,7 %	15,9 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	30,4 %	21,7 %	51,9 %	60,9 %	17,7 %	17,4 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	45,2 %	50,0 %	33,3 %	30,8 %	21,4 %	19,2 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	28,2 %	38,6 %	37,2 %	43,0 %	34,6 %	18,4 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	22,4 %	52,9 %	55,7 %	33,3 %	21,9 %	13,8 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	0,0 %	45,5 %	80,8 %	41,5 %	19,2 %	13,0 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	3,3 %	26,9 %	47,8 %	44,9 %	48,9 %	28,2 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	10,8 %	28,7 %	56,9 %	50,0 %	32,4 %	21,3 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	26,4 %	40,7 %	50,8 %	39,6 %	22,8 %	19,7 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Selon des protocoles préétablis ou lors de discussion de cas		Par des échanges informels seulement		Peu ou pas de coordination des soins	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	16,1 %	44,3 %	54,5 %	32,0 %	29,4 %	23,8 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	25,4 %	15,9 %	46,5 %	59,4 %	28,2 %	24,6 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	40,0 %	60,6 %	44,2 %	25,7 %	15,8 %	13,8 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	58,3 %	35,7 %	26,1 %	53,6 %	15,7 %	10,7 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	27,5 %	23,3 %	54,0 %	48,0 %	18,5 %	28,7 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	26,6 %	49,3 %	39,2 %	15,9 %	34,2 %	34,8 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	14,9 %	26,2 %	62,5 %	57,1 %	22,6 %	16,6 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	28,2 %	42,1 %	43,6 %	44,7 %	28,2 %	13,2 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	54,7 %	46,7 %	31,3 %	37,1 %	13,9 %	16,2 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	54,2 %	35,5 %	31,7 %	49,2 %	14,2 %	15,3 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	25,8 %	40,3 %	43,8 %	31,2 %	30,3 %	28,6 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	33,0 %	36,0 %	35,0 %	44,9 %	32,0 %	19,1 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	32,4 %	37,1 %	45,4 %	43,7 %	22,1 %	19,2 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevé		Moyen		Aucune collaboration	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	9,8 %	22,3 %	22,4 %	15,7 %	67,8 %	62,0 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	15,3 %	10,1 %	13,9 %	24,6 %	70,8 %	65,2 %
du Sud-Ouest–Verdun (n = 23) (n = 21)	12,5 %	42,2 %	42,5 %	10,1 %	45,0 %	47,7 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	33,9 %	19,5 %	33,0 %	46,9 %	33,0 %	33,6 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	7,9 %	2,6 %	30,5 %	13,2 %	61,6 %	84,1 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	30,0 %	20,3 %	7,5 %	31,9 %	62,5 %	47,8 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	27,4 %	19,9 %	21,1 %	13,2 %	51,5 %	66,9 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	29,5 %	35,1 %	16,7 %	2,6 %	53,8 %	62,3 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	24,0 %	42,1 %	42,0 %	25,0 %	34,0 %	32,9 %
de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (n = 30) (n = 23)	34,2 %	37,1 %	18,3 %	25,0 %	47,5 %	37,9 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	22,2 %	24,7 %	20,0 %	22,1 %	57,8 %	53,2 %
d'Achunsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	6,9 %	27,9 %	41,6 %	25,7 %	51,5 %	46,3 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	21,2 %	26,1 %	27,1 %	20,2 %	51,7 %	53,8 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevé		Moyen		Aucune collaboration	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	16,1 %	27,3 %	15,4 %	28,1 %	68,5 %	44,6 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	18,1 %	5,8 %	26,4 %	31,9 %	55,6 %	62,3 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	51,2 %	51,9 %	12,4 %	11,1 %	36,4 %	37,0 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	4,4 %	25,0 %	54,4 %	47,3 %	41,2 %	27,7 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	22,2 %	27,2 %	17,5 %	18,5 %	60,3 %	54,3 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	20,0 %	23,2 %	10,0 %	31,9 %	70,0 %	44,9 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	38,6 %	16,2 %	43,6 %	45,0 %	17,8 %	38,7 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	16,7 %	21,1 %	32,1 %	47,4 %	51,3 %	31,6 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	10,0 %	17,5 %	39,5 %	39,2 %	50,5 %	43,3 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	35,8 %	26,8 %	14,2 %	40,7 %	50,0 %	32,5 %
du Cœur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	24,7 %	27,3 %	11,2 %	10,4 %	64,0 %	62,3 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	18,6 %	11,8 %	21,6 %	52,2 %	59,8 %	36,0 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	24,8 %	22,4 %	27,9 %	36,0 %	47,3 %	41,6 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevé		Moyen		Aucune participation	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	52,8 %	37,2 %	0,7 %	17,4 %	46,5 %	45,5 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	26,4 %	28,6 %	19,4 %	11,4 %	54,2 %	60,0 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	37,0 %	50,9 %	27,7 %	23,1 %	35,3 %	25,9 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	27,2 %	42,0 %	43,9 %	33,9 %	28,9 %	24,1 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	38,9 %	33,8 %	17,4 %	31,8 %	43,7 %	34,4 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	15,2 %	45,7 %	17,7 %	8,6 %	67,1 %	45,7 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	24,4 %	31,7 %	18,2 %	20,1 %	57,4 %	48,2 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	14,3 %	32,7 %	24,7 %	24,8 %	61,0 %	42,5 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	39,3 %	48,8 %	16,4 %	22,9 %	44,3 %	28,3 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	53,3 %	43,5 %	20,8 %	18,5 %	25,8 %	37,9 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	16,7 %	34,6 %	20,0 %	24,4 %	63,3 %	41,0 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	38,2 %	39,7 %	9,8 %	27,9 %	52,0 %	32,4 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	33,2 %	39,1 %	18,9 %	22,8 %	47,9 %	38,2 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevée		Moyenne		Aucune	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	14,7 %	12,4 %	62,2 %	57,0 %	23,1 %	30,6 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	0,0 %	7,2 %	62,0 %	40,6 %	38,0 %	52,2 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	44,2 %	45,4 %	42,5 %	22,2 %	13,3 %	32,4 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	19,3 %	6,2 %	67,5 %	44,2 %	13,2 %	49,6 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	47,1 %	53,0 %	40,2 %	22,5 %	12,7 %	24,5 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	43,0 %	40,6 %	45,6 %	36,2 %	11,4 %	23,2 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	21,1 %	27,2 %	44,8 %	36,8 %	34,1 %	36,1 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	30,8 %	4,4 %	19,2 %	58,8 %	50,0 %	36,8 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	23,0 %	50,4 %	54,5 %	25,4 %	22,5 %	24,2 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	3,3 %	29,0 %	85,8 %	42,7 %	10,8 %	28,2 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	7,8 %	11,7 %	78,9 %	63,6 %	13,3 %	24,7 %
d'Achuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	15,7 %	24,3 %	68,6 %	54,4 %	15,7 %	21,3 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	23,6 %	28,9 %	54,3 %	39,7 %	22,2 %	31,3 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevée		Moyenne		Aucune disponibilité	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	1,4 %	1,6 %	90,1 %	74,6 %	8,5 %	23,8 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	15,3 %	1,4 %	83,3 %	98,6 %	1,4 %	0,0 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	5,0 %	35,8 %	95,0 %	61,5 %	0,0 %	2,8 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	1,8 %	2,7 %	96,5 %	96,4 %	1,8 %	0,9 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	2,1 %	0,0 %	93,7 %	87,4 %	4,2 %	12,6 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	2,5 %	0,0 %	97,5 %	91,4 %	0,0 %	8,6 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	20,2 %	25,8 %	79,2 %	69,2 %	0,6 %	5,0 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	10,3 %	14,9 %	82,1 %	82,5 %	7,7 %	2,6 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	10,0 %	2,9 %	88,0 %	94,2 %	2,0 %	2,9 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	14,2 %	23,6 %	85,8 %	67,5 %	0,0 %	8,9 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	4,4 %	2,6 %	82,2 %	77,9 %	13,3 %	19,5 %
d'Achunsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	6,9 %	5,9 %	93,1 %	89,7 %	0,0 %	4,4 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	9,2 %	11,4 %	87,9 %	81,5 %	2,9 %	7,1 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Participe à un réseau d'accessibilité médicale		Ne participe pas à un réseau d'accessibilité médicale	
	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	0,0 %	32,2 %	100,0 %	67,8 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	0,0 %	17,4 %	100,0 %	82,6 %
du Sud-Ouest–Verdun (n = 23) (n = 21)	7,5 %	45,4 %	92,5 %	54,6 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	13,2 %	20,4 %	86,8 %	79,6 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	2,1 %	18,5 %	97,9 %	81,5 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	17,7 %	1,4 %	82,3 %	98,6 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	15,5 %	15,6 %	84,5 %	84,4 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	9,0 %	38,3 %	91,0 %	61,7 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	4,0 %	51,7 %	96,0 %	48,3 %
de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (n = 30) (n = 23)	20,8 %	51,2 %	79,2 %	48,8 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	0,0 %	11,7 %	100,0 %	88,3 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	1,0 %	39,7 %	99,0 %	60,3 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	8,2 %	30,3 %	91,8 %	69,7 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Mixte		Plus de rendez-vous		Plus de sans rendez-vous	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	16,1 %	19,0 %	44,8 %	54,5 %	39,2 %	26,4 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	25,0 %	23,2 %	55,6 %	60,9 %	19,4 %	15,9 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	32,5 %	50,9 %	58,3 %	44,4 %	9,2 %	4,6 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	35,7 %	22,3 %	23,5 %	40,2 %	40,9 %	37,5 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	27,4 %	53,6 %	47,4 %	39,1 %	25,3 %	7,3 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	27,8 %	37,1 %	38,0 %	60,0 %	34,2 %	2,9 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	29,4 %	23,8 %	55,2 %	61,3 %	15,4 %	14,9 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	18,2 %	35,1 %	57,1 %	51,8 %	24,7 %	13,2 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	37,3 %	52,5 %	43,3 %	38,8 %	19,4 %	8,8 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	25,0 %	35,0 %	48,3 %	38,2 %	26,7 %	26,8 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	1,1 %	28,2 %	58,4 %	41,0 %	40,4 %	30,8 %
d'Achunsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	23,5 %	37,8 %	52,0 %	60,7 %	24,5 %	1,5 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	26,6 %	35,7 %	48,7 %	49,3 %	24,7 %	15,0 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Long		Moyen		Court	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	55,6 %	61,2 %	34,5 %	17,4 %	9,9 %	21,5 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	38,9 %	47,1 %	33,3 %	34,3 %	27,8 %	18,6 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	31,1 %	61,5 %	29,4 %	29,4 %	39,5 %	9,2 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	25,2 %	40,2 %	49,6 %	17,0 %	25,2 %	42,9 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	22,6 %	30,5 %	33,7 %	21,2 %	43,7 %	48,3 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	32,9 %	68,1 %	25,3 %	4,3 %	41,8 %	27,5 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	41,7 %	49,2 %	30,7 %	27,6 %	27,7 %	23,3 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	30,8 %	39,1 %	35,9 %	40,9 %	33,3 %	20,0 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	43,5 %	57,9 %	15,0 %	12,9 %	41,5 %	29,2 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	40,8 %	49,6 %	18,3 %	11,4 %	40,8 %	39,0 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	42,2 %	37,7 %	30,0 %	11,7 %	27,8 %	50,6 %
d'Ahuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	33,3 %	30,4 %	24,5 %	12,6 %	42,2 %	57,0 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	37,4 %	47,8 %	29,5 %	20,5 %	33,2 %	31,8 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Grande		Moyenne		Faible ou aucun de ces services	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	37,3 %	15,7 %	60,6 %	81,8 %	2,1 %	2,5 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	2,8 %	4,3 %	87,5 %	91,4 %	9,7 %	4,3 %
du Sud-Ouest–Verdun (n = 23) (n = 21)	46,7 %	56,9 %	51,7 %	33,9 %	1,7 %	9,2 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	35,7 %	19,6 %	60,0 %	67,9 %	4,3 %	12,5 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	54,2 %	46,7 %	43,2 %	47,4 %	2,6 %	5,9 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	34,2 %	29,0 %	50,6 %	59,4 %	15,2 %	11,6 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	42,0 %	28,5 %	50,3 %	62,9 %	7,7 %	8,6 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	21,8 %	24,6 %	61,5 %	68,4 %	16,7 %	7,0 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	29,5 %	28,3 %	59,5 %	62,9 %	11,0 %	8,8 %
de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (n = 30) (n = 23)	46,7 %	30,1 %	46,7 %	65,0 %	6,7 %	4,9 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	9,0 %	0,0 %	80,9 %	90,9 %	10,1 %	9,1 %
d'Achunsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	21,6 %	11,8 %	71,6 %	83,1 %	6,9 %	5,1 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	35,6 %	26,5 %	57,2 %	65,9 %	7,2 %	7,5 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Offre des services de prise en charge systématique		N'offre pas de services de prise en charge systématique	
	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	60,8 %	68,6 %	39,2 %	31,4 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	91,7 %	94,2 %	8,3 %	5,8 %
du Sud-Ouest–Verdun (n = 23) (n = 21)	96,7 %	92,7 %	3,3 %	7,3 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	99,1 %	96,5 %	0,9 %	3,5 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	88,4 %	59,6 %	11,6 %	40,4 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	96,3 %	76,8 %	3,8 %	23,2 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	83,0 %	88,4 %	17,0 %	11,6 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	80,8 %	91,2 %	19,2 %	8,8 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	94,5 %	84,6 %	5,5 %	15,4 %
de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (n = 30) (n = 23)	97,5 %	81,3 %	2,5 %	18,7 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	89,9 %	89,7 %	10,1 %	10,3 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	93,1 %	98,5 %	6,9 %	1,5 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	88,2 %	84,9 %	11,8 %	15,1 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevé		Moyen		Aucun partage	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	58,3 %	47,9 %	21,5 %	18,2 %	20,1 %	33,9 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	54,2 %	31,4 %	19,4 %	50,0 %	26,4 %	18,6 %
du Sud-Ouest–Verdun (n = 23) (n = 21)	69,2 %	42,2 %	25,0 %	34,9 %	5,8 %	22,9 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	80,0 %	59,8 %	7,0 %	29,5 %	13,0 %	10,7 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	69,5 %	51,7 %	23,2 %	18,5 %	7,4 %	29,8 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	62,5 %	41,4 %	22,5 %	32,9 %	15,0 %	25,7 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	68,8 %	66,2 %	13,6 %	14,2 %	17,5 %	19,5 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	62,3 %	59,6 %	14,3 %	21,1 %	23,4 %	19,3 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	71,1 %	57,1 %	16,4 %	27,5 %	12,4 %	15,4 %
de Bordeaux-Cartierville–St-Laurent (n = 30) (n = 23)	81,5 %	67,5 %	0,8 %	21,1 %	17,6 %	11,4 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	35,6 %	42,3 %	28,9 %	37,2 %	35,6 %	20,5 %
d'Ahuntsic et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	60,8 %	42,2 %	15,7 %	36,3 %	23,5 %	21,5 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	66,4 %	54,0 %	16,9 %	25,6 %	16,7 %	20,4 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Élevé		Moyen		Aucune de ces activités	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	38,5 %	46,3 %	39,9 %	24,0 %	21,7 %	29,8 %
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	28,2 %	26,1 %	39,4 %	52,2 %	32,4 %	21,7 %
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	26,7 %	41,7 %	55,0 %	35,2 %	18,3 %	23,1 %
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	71,1 %	39,8 %	11,4 %	46,0 %	17,5 %	14,2 %
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	39,7 %	10,7 %	48,1 %	76,7 %	12,2 %	12,7 %
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	27,5 %	26,1 %	51,3 %	56,5 %	21,3 %	17,4 %
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	47,8 %	44,9 %	28,5 %	30,6 %	23,7 %	24,6 %
Cavendish (n = 31) (n = 31)	24,4 %	31,6 %	30,8 %	46,5 %	44,9 %	21,9 %
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	45,0 %	35,3 %	25,5 %	46,9 %	29,5 %	17,8 %
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	64,2 %	38,7 %	20,0 %	37,9 %	15,8 %	23,4 %
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	10,1 %	10,3 %	40,4 %	65,4 %	49,4 %	24,4 %
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	22,5 %	19,1 %	45,1 %	54,4 %	32,4 %	26,5 %
Montréal (n = 434) (n = 385)	40,4 %	33,0 %	34,9 %	45,5 %	24,7 %	21,5 %

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

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

Territoire de CSSS (n ²⁰⁰⁵) (n ²⁰¹⁰)	Vision		Ressources		Structure		Pratiques		Score de conformité global	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
de l'Ouest-de-l'Île (n = 28) (n = 32)	58,9	61,4	50,9	58,7	35,7	47,1	51,1	52,1	48,7	54,2
de Dorval-Lachine-LaSalle (n = 28) (n = 23)	59,2	57,7	45,4	52,7	32,2	32,7	49,4	51,8	45,9	48,6
du Sud-Ouest-Verdun (n = 23) (n = 21)	65,6	70,7	64,7	64,3	49,8	62,0	59,8	67,0	59,7	65,7
de la Pointe-de-l'Île (n = 26) (n = 23)	57,2	56,7	59,9	60,4	49,6	53,6	59,9	53,0	57,1	55,7
Lucille-Teasdale (n = 36) (n = 31)	66,7	59,0	53,8	60,5	38,4	43,7	57,6	53,4	53,5	53,9
de St-Léonard et St-Michel (n = 22) (n = 19)	59,1	61,6	46,3	51,3	35,7	47,0	56,7	54,5	49,4	53,0
de la Montagne (n = 84) (n = 76)	64,2	62,3	57,3	62,0	44,3	45,7	57,8	57,9	55,5	56,8
Cavendish (n = 31) (n = 31)	62,0	60,6	44,7	60,9	34,8	49,1	48,8	58,1	46,5	57,2
Jeanne-Mance (n = 52) (n = 48)	66,3	64,1	55,9	61,8	45,3	58,8	56,6	63,9	55,3	62,2
de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (n = 30) (n = 23)	70,9	67,6	61,2	66,2	48,8	58,2	60,7	60,9	59,7	62,7
du Coeur-de-l'Île (n = 31) (n = 23)	60,0	58,0	45,0	52,6	30,8	44,4	44,5	47,7	43,9	49,8
d'Achets et Montréal-Nord (n = 38) (n = 35)	65,0	66,2	46,0	47,6	34,6	52,2	51,5	56,2	48,2	54,5
Montréal (n = 434) (n = 385)	63,6	62,5	54,2	59,4	41,4	50,4	55,6	57,4	53,2	57,1

* Données pondérées par le nombre de médecins ETP.

