

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

Rapport méthodologique de l'analyse des contextes

Décembre 2007

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

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

Rapport méthodologique de l'analyse des contextes

Décembre 2007

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

AUTEURS

Danièle Roberge, Ph. D. ^{1,2}
Raynald Pineault, M.D., Ph. D. ^{3,4,5,6}
Marjolaine Hamel, M. Sc. ^{3,4}
Roxane Borgès Da Silva ^{3,6}
Linda Cazale, Ph. D. ^{1,2}
Jean-Frédéric Levesque, M.D., Ph. D.(c) ^{3,4,5,6}
Diane Ouellet ³

Cartographie

Emmanuelle Huberdeau ³

Édition et mise en page

Nathalie Larocque ¹

Présentation graphique

Alexandre Prud'homme ¹

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

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

© Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine (2007)
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique (2007)
Institut national de santé publique du Québec (2007)
Tous droits réservés

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-923595-03-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-923595-04-7 (version PDF)

¹ Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine

² Université de Sherbrooke

³ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique

⁴ Institut national de santé publique du Québec

⁵ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

⁶ Université de Montréal

REMERCIEMENTS

Collaborateurs

Les auteurs aimeraient remercier Paul Lamarche, Léo-Roch Poirier et Mylaine Breton pour leurs précieuses suggestions aux différentes étapes de la réalisation de ce volet de l'étude. Nos remerciements vont aussi à Lynn Villeneuve pour son appui à la collecte de données administratives. Nous tenons à exprimer notre gratitude à Johanne Fournier, Marc-André Fournier, Lynn Villeneuve et Robert Ste-Marie de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour leur contribution au choix des caractéristiques des contextes. Enfin, nous remercions les directeurs généraux des Centres de santé et de services sociaux et les chefs des Directions régionales de médecine générale de Montréal et de la Montérégie pour leur participation à l'enquête sur les collaborations cliniques.

Organismes subventionnaires

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

RÉSUMÉ

Ce rapport méthodologique sur l'analyse des contextes s'inscrit dans une série de publications sur une vaste recherche intitulée « L'accessibilité et la continuité dans la population : l'influence des modèles d'organisation des services de santé de première ligne » (Pineault et al., 2005). Le document vise à présenter la méthode et les résultats d'un des trois principaux volets de cette recherche, soit celui sur l'analyse des contextes dans lesquels s'inscrivent les cliniques médicales de première ligne des régions de Montréal et de la Montérégie. Les contextes étudiés correspondent aux territoires géographiques des nouvelles structures de gouverne locale que sont les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Au total, 23 territoires de CSSS ont été étudiés, dont 12 dans la région de Montréal et 11 en Montérégie.

L'approche configurationnelle a été privilégiée pour caractériser les territoires de CSSS. Elle soutient que des entités peuvent être circonscrites par un ensemble de caractéristiques cohérentes et qui forment un tout. Le produit est une taxonomie composée d'un nombre limité de groupes. L'homogénéité intragroupe et l'hétérogénéité intergroupes sont recherchées.

La taxonomie a été construite de manière à tenir compte du caractère multidimensionnel des contextes. Les dimensions et les variables retenues pour caractériser les territoires de CSSS sont les besoins de santé de la population, la disponibilité de ressources dans le territoire et le degré de collaboration clinique entre les cliniques de première ligne et entre ces dernières et les hôpitaux. La construction de la taxonomie s'est appuyée principalement sur deux techniques d'analyse exploratoire que sont l'analyse de correspondances multiples (ACM) et la classification ascendante hiérarchique. Le logiciel SPAD (version 6) a été utilisé pour réaliser l'ensemble des analyses.

Le rapport décrit en détail le processus de développement de la taxonomie. Ce processus a conduit à un regroupement des territoires de CSSS en quatre groupes distincts les uns des autres tout en étant chacun relativement homogène. Les territoires de CSSS des groupes 1 et 2 sont majoritairement localisés en Montérégie. Ceux des groupes 3 et 4 sont pour leur part situés sur l'île de Montréal.

De cette étude exploratoire, il ressort que les contextes peuvent être circonscrits par des configurations particulières et cohérentes d'un ensemble d'attributs. La taxonomie développée affiche une bonne validité de contenu tout en se voulant utile à des fins de gestion. Sa reproductibilité (fidélité) dans des régions éloignées mérite d'être vérifiée.

La taxonomie peut être un outil utile pour mieux comprendre les attributs des contextes qui influencent la combinaison de modèles d'organisation de services de première ligne sur des territoires donnés, l'évolution des modèles au fil du temps ainsi que leur performance.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
RÉSUMÉ	ii
INTRODUCTION	1
CONTEXTES ÉTUDIÉS ET PÉRIODE DE RÉFÉRENCE	2
DIMENSIONS ET VARIABLES RETENUES POUR CARACTÉRISER LES TERRITOIRES DE CSSS	4
Choix des dimensions.....	4
Choix des variables et sources de données.....	4
Stratégies de collecte de données des variables caractérisant les populations et les ressources.....	6
Stratégie de collecte de données pour documenter les collaborations cliniques au niveau des territoires de CSSS.....	7
Type d'enquête.....	7
Outil de collecte de données.....	7
Recrutement des participants.....	8
Déroulement des entrevues.....	8
Construction des variables pour la taxonomie.....	9
ANALYSES DES DONNÉES	11
RÉSULTATS	12
Analyse des correspondances multiples et choix du nombre d'axes.....	12
Classification hiérarchique sur facteurs et choix du nombre de groupes.....	13
Description des groupes.....	14
Étiquette des groupes.....	17
Répartition géographique des groupes de territoires de CSSS.....	20
DISCUSSION	21
La solution proposée est-elle valide?.....	21
La Taxonomie est-elle généralisable?.....	23
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE	24

Liste des figures

Figure 1. Territoires de CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie.....	2
Figure 2. Période de référence des trois volets de l'étude et chronologie de la mise en place des CSSS.....	3
Figure 3. Localisation géographique des groupes de territoires de CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie.....	20

Liste des tableaux

Tableau 1. Liste des variables considérées pour caractériser les contextes locaux.....	5
Tableau 2. Variables retenues pour l'analyse.....	10
Tableau 3. Caractéristiques des axes factoriels retenus.....	13
Tableau 4. Caractérisation du groupe 1.....	14
Tableau 5. Caractérisation du groupe 2.....	15
Tableau 6. Caractérisation du groupe 3.....	16
Tableau 7. Caractérisation du groupe 4.....	17
Tableau 8. Comparaison des groupes en fonction de différentes dimensions.....	18

Liste des annexes

Annexe 1 : Portraits régionaux.....	25
Annexe 2 : Questionnaire sur les collaborations cliniques.....	50
Annexe 3 : Données descriptives des variables retenues pour l'analyse de regroupement.....	60
Annexe 4 : Résultats des analyses de regroupement.....	84

INTRODUCTION

L'étude des contextes constitue un des trois volets d'une vaste recherche dont le but vise à circonscrire les modèles d'organisation des services de première ligne et leurs effets sur l'accessibilité des services et la continuité des soins dans les deux régions les plus peuplées au Québec, celles de Montréal et de la Montérégie. La justification de ce volet de l'étude s'appuie sur la reconnaissance dans la littérature organisationnelle que les contextes ou encore les environnements influencent la manière dont les organisations se structurent, fonctionnent et produisent des résultats. Il a, en effet, été observé que non seulement les modèles d'organisation de services de première ligne varient selon les contextes, mais les modèles peuvent bien performer dans un contexte et non dans un autre (Lamarche et al., soumis). Ce volet de l'étude répond aussi à l'intérêt manifesté par les gestionnaires et les décideurs des régions concernées de pouvoir mettre en contexte les résultats de la recherche. Notamment de dresser des portraits territoriaux des ressources de première ligne et de l'expérience de soins dans la population. Les découpages privilégiés sont ceux correspondant aux territoires géographiques des nouvelles structures alors en voie d'implantation, c'est-à-dire les CSSS. Rappelons que ces derniers sont, dans le cadre de la réforme, responsables de la mise en place de réseaux de services intégrant la première ligne et de la santé des populations habitant sur leur territoire.

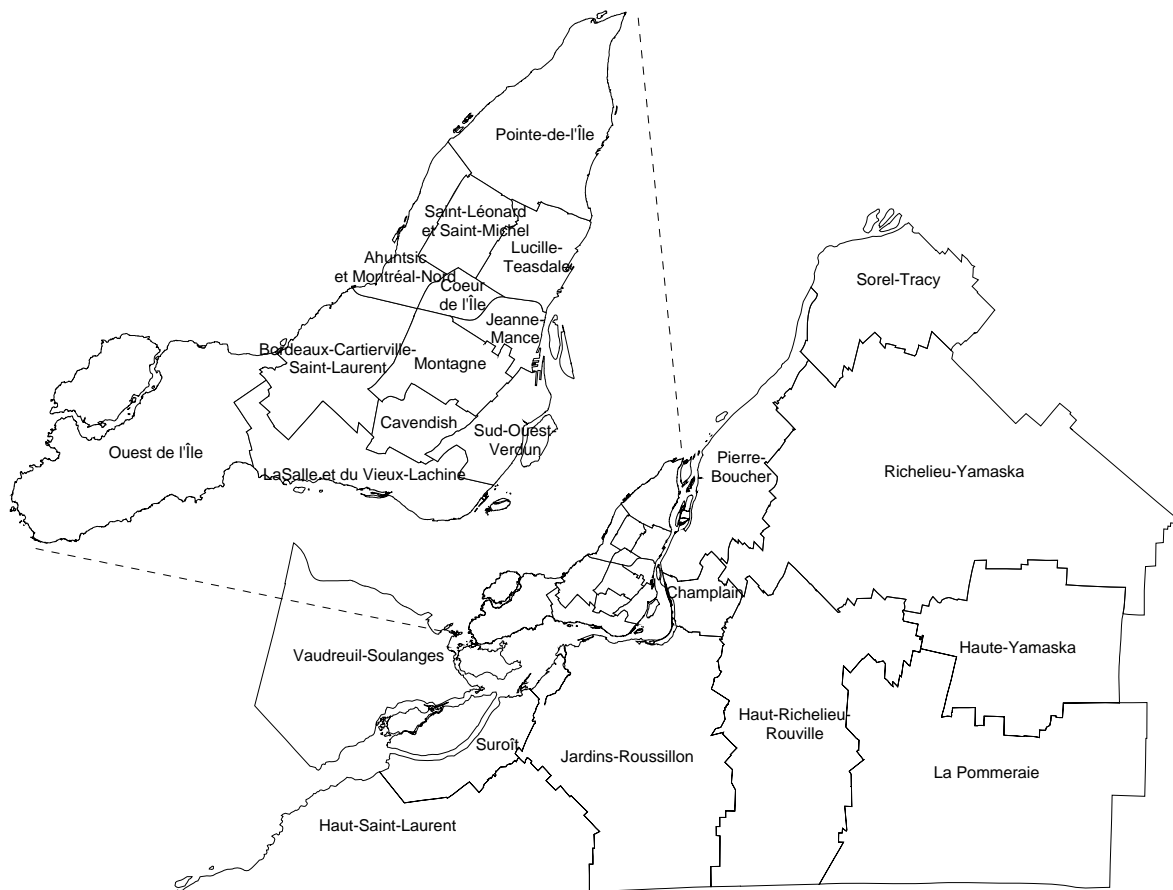
Le nombre limité de cliniques médicales dans certains des territoires de CSSS nous a amenés à devoir regrouper ces derniers. L'approche configurationnelle a été privilégiée pour faire ce regroupement (Meyer et al., 1993; Miller, 1992, 1996). Brièvement, cette approche soutient que des entités (par exemple des organisations, des services, des environnements) peuvent être circonscrites par un ensemble de caractéristiques cohérentes et qui forment un tout. Elle soutient aussi qu'un nombre relativement limité de groupes est possible. Le produit final est le développement d'une taxonomie, c'est-à-dire une classification d'entités en des groupes relativement homogènes.

Le développement d'une taxonomie repose d'abord sur un choix judicieux des caractéristiques à retenir. Elle implique ensuite le recours à des techniques d'analyse statistique appropriées. Ce rapport décrit en un premier temps les territoires de CSSS étudiés et précise la période de référence retenue. Il présente ensuite les dimensions et les variables utilisées pour caractériser les territoires de CSSS ainsi que les stratégies de collecte de données de ces variables. Vient ensuite la description des analyses statistiques employées et du regroupement obtenu. Une discussion des résultats de ce volet de l'étude termine ce rapport. À noter que dans ce texte et dans les annexes qui l'accompagnent, territoire de CSSS et territoire de Réseau local de services (RLS) sont utilisés comme des synonymes.

CONTEXTES ÉTUDIÉS ET PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

Les contextes étudiés dans le cadre de cette étude sont tous les territoires géographiques des CSSS des régions de Montréal (n=12) et de la Montérégie (n=11). La répartition de ces vingt-trois territoires de CSSS est illustrée à la figure 1.

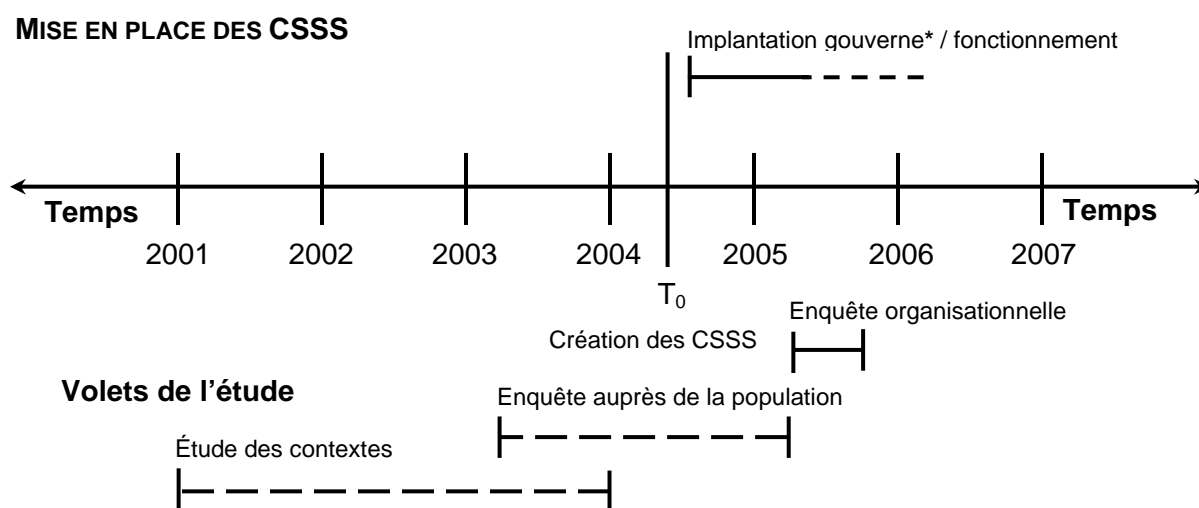
Figure 1. Territoires de CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie



Des différences démographiques importantes caractérisent les territoires de CSSS étudiés (voir les tableaux en annexe 1). Notamment, la densité de population (habitants/km²) dans les territoires de la Montérégie est en général plus faible (moyenne=123,5 habitants/km²) que dans les territoires de l'île de Montréal (moyenne=3761 habitants/km²) et les variations intrarégionales sont importantes. Il en est de même pour la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui passe de 9,4 % au CSSS Jardins-Roussillon à 18,8 % au CSSS Cavendish. Enfin, alors que les territoires de CSSS montréalais sont exclusivement urbains, ceux de la Montérégie se caractérisent par une grande diversité sur le plan de la ruralité et de l'urbanité.

La réalisation de ce volet de l'étude suppose la prise en compte d'une séquence temporelle quant à l'antécédence de l'influence des contextes sur les modèles d'organisation de services de première ligne étudiés et sur les effets de ces modèles dans un territoire donné. Les attributs des contextes doivent donc refléter la situation prévalant avant les périodes de référence des collectes de données qui ont été menées auprès des organisations et de la population. La figure suivante illustre ces périodes et celles correspondant aux phases de la mise en œuvre des CSSS.

Figure 2. Période de référence des trois volets de l'étude et chronologie de la mise en place des CSSS



* Mise en place des équipes de direction

Comme on le voit à la figure 2, le portrait des cliniques médicales de première ligne réalisé dans le cadre de l'enquête organisationnelle est celui existant entre mai et novembre 2005. La période de référence pour l'enquête auprès de la population s'étend de février 2003 à février 2005 de manière à permettre de documenter rétrospectivement, sur une période de deux ans, l'expérience d'utilisation des services de première ligne. La période de référence retenue pour l'étude des contextes s'échelonne de 2001 à 2004. Elle précède celle des deux autres volets de l'étude. Elle correspond au T₀ de l'implantation des CSSS.

DIMENSIONS ET VARIABLES RETENUES POUR CARACTÉRISER LES TERRITOIRES DE CSSS

À partir d'une synthèse des travaux de nombreux auteurs, Scott, Mendel et Pollack (2004) identifient deux grands aspects des contextes ou des environnements qui peuvent influencer la manière dont les organisations se structurent, fonctionnent et produisent les résultats. Ce sont l'environnement matériel et l'environnement institutionnel. Le premier réfère aux facteurs pouvant influencer les intrants, les processus et les extrants des organisations ainsi que leur réseautage. Les principales dimensions de l'environnement matériel sont : 1) la disponibilité des ressources et des technologies; 2) les caractéristiques de la population et 3) les collaborations interorganisationnelles horizontale et verticale. L'environnement institutionnel réfère pour sa part aux constructions symboliques et aux pratiques (routines, rituels) des acteurs et des institutions ainsi qu'au système de gouvernance régularisant ou contrôlant les actions des acteurs. On y retrouve notamment, les normes, les valeurs, l'influence d'individus ou d'associations spécifiques, la composition et la structure de gouverne à différents niveaux.

Choix des dimensions

Compte tenu de l'objectif de ce volet de l'étude et des ressources limitées dont nous disposions, il a été décidé de caractériser l'environnement matériel des territoires de CSSS et ce, sur la base des trois dimensions suivantes : 1) les caractéristiques démographiques et socioéconomiques et les besoins de santé des populations; 2) les ressources disponibles dans le territoire et 3) les collaborations interorganisationnelles, de façon particulière les collaborations cliniques touchant les services de première ligne. Il importe de souligner que plusieurs des composantes de ces dimensions constituent des éléments sur lesquels les gestionnaires et décideurs peuvent agir pour améliorer l'organisation des services sur leur territoire.

Choix des variables et sources de données

Près d'une vingtaine de variables ont été considérées pour caractériser les territoires de CSSS. Le tableau 1 présente, par dimension, les variables, leurs définitions, les périodes de référence et les sources de données utilisées. Les populations et leurs besoins de santé sont décrits par un ensemble de variables, dont la densité de la population par territoire de CSSS, la proportion de personnes âgées et la défavorisation matérielle et sociale. Pour caractériser les ressources sur chacun des territoires de CSSS, les variables se rapportent à la disponibilité des ressources médicales en première ligne et à la disponibilité de ressources spécialisées.

Tableau 1. Liste des variables considérées pour caractériser les contextes locaux

Variables	Définition et période de référence	Source des données
Population (n=8)		
1. Population âgée de 65 ans et plus	Proportion de la population âgée de 65 ans et plus par rapport à la population totale par territoire de CSSS en 2001	Institut de la statistique du Québec (ISQ)
2. Population âgée de 0 à 14 ans	Proportion de la population âgée de 0 à moins de 15 ans par rapport à la population totale par territoire de CSSS en 2001	ISQ
3. Espérance de vie à la naissance	Nombre moyen d'années à vivre à la naissance dans l'hypothèse où les taux de mortalité par âge observés durant une année ou une période déterminée demeurent stables dans le temps, et ce, pour chaque territoire de CSSS	Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
4. Densité de population	Nombre d'habitants au km ² pour chaque territoire de CSSS en 2001	Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
5 et 6. Indice de défavorisation : - dimension matérielle - dimension sociale	L'indice de <u>défavorisation matérielle</u> est composé des dimensions suivantes : scolarité, emploi et revenu. L'indice de <u>défavorisation sociale</u> est composé des dimensions suivantes : état matrimonial, vivre seul et famille monoparentale. Ces indices par territoire de CSSS prennent des valeurs comprises entre 0 (très favorisé) et 100 (très défavorisé) et ont été estimés à partir des données du recensement de 2001	Pampalon et al. (2004), INSPQ
7 et 8. Variabilité de l'indice de défavorisation - dimension matérielle - dimension sociale	La variabilité de chaque indice de défavorisation a été calculée à l'aide du coefficient de variation (écart-type/moyenne). Pour chaque territoire de CSSS, le coefficient de variation est une mesure de dispersion standardisée qui permet de comparer les CSSS entre eux	INSPQ
Ressources (n=7)		
1. Disponibilité de centres hospitaliers par catégories	Nombre de centres hospitaliers de soins de courte durée par territoire de CSSS par catégorie en 2003-04 : centres hospitaliers spécialisés et centres hospitaliers non spécialisés	Haggerty et al.
2. Disponibilité et ratio de lits de soins de courte durée	Nombre et ratio par 1000 habitants des lits de soins de courte durée dressés dans les CHSGS par territoire de CSSS en 2003-04	Les Agences, les rapports financiers (as-471) et statistiques (as-478)
3. Disponibilité de cliniques de 1 ^{re} ligne et ratio par km ²	Nombre de cliniques médicales par territoire de CSSS en 2005 et ratio par km ² des cliniques par territoire de CSSS	Enquête organisationnelle
4. Disponibilité des médecins omnipraticiens ETP	Nombre et ratio par 1000 habitants de médecins omnipraticiens ETP (équivalent temps plein clinique) dans un territoire de CSSS quel que soit le lieu de pratique (CH, cabinet, CLSC et autres) en 2004	Banque CONSOM
5. Disponibilité des médecins spécialistes ETP	Nombre et ratio par 1000 habitants de médecins spécialistes ETP dans un territoire de CSSS quel que soit le lieu de pratique (CH, cabinet, CLSC et autres) en 2004	Banque CONSOM
6. Indice de dépendance de la population (IDP) pour les services médicaux de 1 ^{re} ligne	Rapport entre : Services médicaux de 1 ^{re} ligne (en coûts normalisés) utilisés sur un territoire donné par les résidents de ce territoire/Total des services médicaux de 1 ^{re} ligne (en coûts normalisés) consommés par l'ensemble des résidents du territoire indépendamment du territoire de consommation en 2004	Banque CONSOM
7. Indice de dépendance de la ressource (IDR) pour les services médicaux de 1 ^{re} ligne	Rapport entre : Services médicaux de 1 ^{re} ligne (en coûts normalisés) utilisés sur un territoire donné par les résidents de ce territoire/Total des services médicaux de 1 ^{re} ligne (en coûts normalisés) produits dans ce même territoire en 2004	Banque CONSOM
Collaborations cliniques (n=3)		
1. Entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne d'un territoire	Appréciation pour l'an 2004 du niveau de collaboration clinique entre les services de 1 ^{re} ligne localisés sur un même territoire de CSSS	Enquête auprès des CSSS
2. Entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne et les hôpitaux d'un territoire	Appréciation pour l'an 2004 du niveau de collaboration clinique entre les services de 1 ^{re} ligne et les hôpitaux du territoire localisés sur un même territoire de CSSS le cas échéant	Enquête auprès des CSSS
3. Entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne d'un territoire et les hôpitaux de l'extérieur du territoire	Appréciation pour l'an 2004 du niveau de collaboration clinique entre les services de 1 ^{re} ligne d'un territoire de CSSS et les hôpitaux situés à l'extérieur de ce territoire de CSSS	Enquête auprès des CSSS

Deux variables décrivant l'organisation spatiale des services de première ligne ont également été retenues. Ce sont les indices de dépendance de la population (IDP) et de dépendance des ressources (IDR). Enfin, les collaborations interorganisationnelles ont été mesurées à l'aide de variables caractérisant, à l'échelle d'un territoire donné, les collaborations cliniques horizontale (entre les services de première ligne) et verticale (entre les services de première ligne et les services spécialisés).

Stratégies de collecte de données des variables caractérisant les populations et les ressources

Plusieurs stratégies de collecte de données ont été nécessaires, afin de recueillir l'ensemble des informations jugées pertinentes pour les variables retenues. Tout d'abord, les données caractérisant les populations et les besoins proviennent de la base des données du recensement de 2001 de l'Institut de la statistique du Québec « Projections de population : Selon le territoire de réseau local de services, le sexe et le groupe d'âge, 2001 à 2026 ». Puisque les données des variables de l'espérance de vie et de l'indice de défavorisation étaient disponibles uniquement pour les territoires de CLSC et non de CSSS, une demande a été faite auprès de l'INSPQ. Ce sont des collaborateurs de l'INSPQ qui ont fait le traitement des données de ces deux variables.

Pour la dimension des ressources, différentes sources de données ont été utilisées, notamment les sites Internet des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS), les rapports financiers et statistiques des établissements (as-471 et as-478), de même que le « Répertoire des établissements du MSSS ». Sauf exception, les données disponibles sont celles de l'année 2003-04. Les données de l'année 2005, quant aux nombres de cliniques de première ligne, proviennent de la recension des organisations de première ligne à Montréal et en Montérégie qui a été réalisée dans le cadre de l'étude principale (Pineault et al., 2006).

Les données relatives à l'organisation spatiale des services médicaux de première ligne proviennent de la banque de données CONSOM pour l'année 2004. Cette banque est alimentée du fichier des services professionnels rémunérés à l'acte, excluant ainsi les services des médecins à salaire. Les services médicaux rémunérés à l'acte étant prédominants (Trahan et al., 1999), il en résulte que les informations issues de la banque CONSOM couvrent la plus grande part de la consommation et de la production des services médicaux de première ligne dans chacune des deux régions étudiées.

Stratégie de collecte de données pour documenter les collaborations cliniques au niveau des territoires de CSSS

L'objectif était de documenter, pour chacun des contextes, les degrés de collaboration clinique existant entre les services médicaux de première ligne et entre ces derniers et les hôpitaux avant la création des CSSS.

- Type d'enquête

Les informations concernant les collaborations cliniques ont été obtenues à l'aide d'une enquête téléphonique auprès des directeurs généraux de chacun des CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie au cours de l'hiver 2006.

- Outil de collecte de données

Trois questionnaires adaptés aux réalités territoriales des CSSS ont été développés. Ils correspondaient aux situations suivantes : 1) lorsqu'il n'y a qu'un seul hôpital de soins généraux et spécialisés sur le territoire; 2) lorsque plus d'un hôpital est localisé sur le territoire étudié et 3) lorsqu'il n'y a aucun hôpital sur le territoire. Une section traitant des collaborations intraterritoriales était alors retranchée du questionnaire. On trouvera le questionnaire type à l'annexe 2.

La construction du questionnaire s'inspire largement des travaux d'Alter et Hage (1993) qui suggèrent divers aspects de la nature des collaborations cliniques à considérer. Chaque questionnaire comprend trois principales sections. La section A porte sur les collaborations cliniques à l'intérieur du territoire de CSSS. Cette section se subdivise en deux parties. La première cherche à documenter le degré de collaboration clinique entre les services de première ligne. En deuxième lieu, les questions portent sur l'intensité des collaborations cliniques entre les services de première ligne et les hôpitaux du territoire le cas échéant. La section B porte essentiellement sur le degré de collaboration clinique entre les services de première ligne du territoire et les hôpitaux situés à l'extérieur du territoire. Les sections A et B comprennent des items portant sur des aspects spécifiques des collaborations cliniques (par exemple, sur le degré de collaboration existant pour accéder aux plateaux techniques ou pour assurer le suivi des patients hospitalisés) et des items d'appréciation du degré de collaboration entre les entités cliniques. Pour l'ensemble de ces items, une échelle à quatre choix de réponse a été utilisée allant d'un degré de collaboration élevé à faible. La section C comporte des questions visant à documenter la date de la mise en place de l'équipe de direction ainsi que la présence (ou non) de fusions d'établissements au sein du territoire avant la création officielle du CSSS.

- Recrutement des participants

Les directeurs généraux des CSSS sont apparus des informateurs clés à privilégier pour ce volet de l'étude. En effet, et tel que confirmé par ces derniers, les directeurs généraux de CSSS ont dû, dès leur mise en poste, établir un état de situation des collaborations cliniques existantes dans leur territoire respectif.

Les vingt-trois directeurs généraux ont d'abord été sollicités pour participer à l'enquête par l'équipe de recherche lors de leur rencontre régionale mensuelle. Après une présentation des objectifs de l'étude et des consignes d'usage, les directeurs de CSSS ont reçu une version du questionnaire adaptée à leur contexte qu'ils étaient invités à consulter avant une entrevue téléphonique. Le moment de l'entrevue a été fixé par la suite à leur convenance.

Tous les directeurs généraux ont accepté de collaborer à l'enquête. Préalablement à l'entrevue téléphonique et en vue d'assurer la fiabilité des informations transmises, les directeurs généraux nouvellement en poste ont été invités à consulter des gestionnaires cliniciens de leur CSSS ou à désigner un informateur clé apte à apprécier les niveaux de collaboration clinique prévalant avant la création du CSSS. Treize directeurs généraux et dix répondants cliniques, majoritairement les directeurs des affaires médicales, ont participé aux entrevues téléphoniques.

- Déroulement des entrevues

Les entrevues téléphoniques, d'une durée moyenne de vingt minutes, ont été réalisées par deux membres de l'équipe de recherche. Elles commençaient avec un rappel des objectifs de l'enquête et avec une vérification des établissements fusionnés pour former le CSSS et des hôpitaux situés sur le territoire. Les participants étaient ensuite invités à transmettre leurs choix de réponse aux interviewers et à commenter leurs choix. Toutes les informations fournies lors des entrevues ont été consignées aux questionnaires.

Construction des variables pour la taxonomie

Telles que vues à la section *Choix des variables et sources de données*, près de vingt variables réparties en trois dimensions ont d'abord été considérées et documentées pour caractériser les contextes locaux. La construction d'une taxonomie requiert toutefois un certain équilibre dans le nombre de variables par dimension. Ceci nous a amené à regrouper certaines variables dont la description apparaît au tableau 2. Ce sont :

- un indice combiné de défavorisation matérielle et sociale;
- un indice combiné de la variabilité de la défavorisation matérielle et sociale;
- un score de ressources hospitalières et spécialisées construit à partir de quatre variables. Ce sont le ratio de lits de courte durée par 1000 habitants, le ratio du nombre de médecins équivalent temps plein (ETP) spécialistes par 1000 habitants, le nombre de centres hospitaliers non spécialisés et le nombre de centres hospitaliers spécialisés;
- un indice combiné de dépendance des ressources (IDR) et de la population (IDP) pour les services de première ligne;
- une variable qui caractérise les collaborations cliniques entre les services de première ligne et les hôpitaux situés à l'intérieur et à l'extérieur du territoire.

Par ailleurs, la réalisation des analyses de regroupement nécessite le codage de chacune des variables en un nombre limité de modalités (catégories). En effet, un grand nombre de modalités (particulièrement dans le cas de petits échantillons) entraîne un risque d'obtenir des effectifs faibles avec tous les inconvénients que cela comporte. De plus, il peut faire apparaître des liaisons ponctuelles entre quelques modalités (Escotier et Pagès, 1998).

Le codage a comporté une analyse à la fois quantitative et qualitative des variables. L'analyse quantitative s'est inspirée, entre autres, de l'examen de la distribution des données et de la matrice de corrélation des variables. Par exemple, quelques variables ont été catégorisées en fonction de la répartition des données autour de la moyenne et de l'écart-type. Pour d'autres variables, les modalités ont émergé des données recueillies. C'est le cas notamment pour les collaborations cliniques qui ont été évaluées en fonction de deux degrés (élevé ou faible) par les répondants. Le tableau 2 présente la liste des variables retenues pour l'analyse des regroupements des territoires de CSSS. Il décrit les modalités de chacune des variables ainsi que le nombre de CSSS par modalité. Le nombre de modalités varie entre deux et quatre pour l'ensemble des variables retenues. Le lecteur intéressé pourra consulter l'annexe 3 qui présente les données brutes ainsi que la proposition d'étiquetage pour chacune de ces variables en explicitant les valeurs-seuil délimitant les catégories de chaque modalité.

Tableau 2. Variables retenues pour l'analyse

Dimensions et variables	Modalités et effectifs de csss par modalité	Valeurs-seuil
Caractéristiques de la population (n=6)		
1. Population âgée de 65 ans et plus (%)	1. En deçà de la moyenne (n=4) 2. Autour de la moyenne (n=15) 3. Au-delà de la moyenne (n=4)	1. $\mu - \sigma$ ($X < 11,3$) 2. μ ($11,3 \leq X \leq 16,2$) 3. $\mu + \sigma$ ($X > 16,2$)
2. Population âgée de 0 à 14 ans (%)	1. En deçà de la moyenne (n=3) 2. Autour de la moyenne (n=16) 3. Au-delà de la moyenne (n=4)	1. $\mu - \sigma$ ($X < 14,3$) 2. μ ($14,3 \leq X \leq 19,8$) 3. $\mu + \sigma$ ($X > 19,8$)
3. Densité de population (hab./km ²)	1. Très faible (n=9) 2. Faible (n=6) 3. Élevée (n=6) 4. Très élevée (n=2)	1. $X < 150$ 2. $500 < X < 2520$ 3. $4000 > X < 6600$ 4. $X > 9350$
4. Espérance de vie à la naissance (années)	1. Inférieure à la moyenne et à la médiane (n=4) 2. Autour de la moyenne et de la médiane (n=13) 3. Supérieure à la moyenne et à la médiane (n=6)	1. EVN < 78 ans 2. EVN = 78 ou 79 ans 3. EVN = 80 ans et plus
5. Indice de défavorisation matérielle et sociale	1. Les favorisés (n=8) 2. Les favorisés matériellement (n=4) 3. Les favorisés socialement (n=4) 4. Les défavorisés (n= 7)	1. <u>Favorisés</u> : valeur des indices matériels et social inférieur ou égal à la médiane 2. <u>Favorisés matériellement</u> : valeur de l'indice matériel inférieur ou égal la médiane 3. <u>Favorisés socialement</u> : valeur de l'indice social inférieur ou égal à la médiane 4. <u>Défavorisés</u> : valeur des indices matériel et social supérieur à la médiane
6. Variabilité de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (coefficients de variation)	1. Les homogènes (n=6) 2. Les homogènes matériellement (n=5) 3. Les homogènes socialement (n=5) 4. Les hétérogènes (n=7)	1. <u>Homogènes</u> : coefficients de variation des indices matériel et social inférieurs ou égaux à la médiane 2. <u>Homogènes socialement</u> : coefficients de variation de l'indice social inférieurs ou égaux à la médiane 3. <u>Homogènes matériellement</u> : coefficients de variation de l'indice matériel inférieurs ou égaux à la médiane 4. <u>Hétérogènes</u> : coefficients de variation des indices matériel et social supérieurs à la médiane
Ressources (n=4)		
7. Disponibilité des ressources hospitalières et spécialisées	1. Faible (n=5) 2. Moyenne (n=13) 3. Élevée (n=5)	1. Score = 4 ou 5 2. Score = 6 ou 7 3. Score = 8 ou plus
8. Disponibilité de médecins omnipraticiens ETP (Ratio omnipraticiens par 1000 hab.)	1. Faible (n=8) 2. Moyenne (n=7) 3. Élevée (n=8)	1. $X < 0,80$ 2. $0,80 \leq X \leq 0,90$ 3. $X > 0,90$
9. Disponibilité des cliniques (nombre de cliniques par km2)	1. Faible (n=10) 2. Moyenne (n=6) 3. Élevée (n=7)	1. $X < 0,22$ 2. $0,22 \leq X \leq 0,71$ 3. $X > 0,71$
10. IDP-IDR pour les services médicaux des omnipraticiens en cabinets privés	1. Marché fermé (n=12) 2. Marché mixte (n=5) 3. Marché ouvert (n=6)	1. IDP et IDR supérieurs à leur médiane respective 2. IDP inférieur à la médiane/ IDR supérieur à la médiane 3. IDP et IDR inférieurs à leur médiane respective
Collaborations cliniques (n=2)		
11. Degré de collaboration entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne d'un même territoire de CSSS	1. Faible (n=19) 2. Élevée (n=4)	1. Collaboration faible ou plutôt faible 2. Collaboration élevée ou plutôt élevée
12. Degré de collaboration entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne et les hôpitaux situés dans et à l'extérieur du territoire de CSSS	1. Faible (n=19) 2. Élevée (n=4)	1. Collaboration faible ou plutôt faible 2. Collaboration élevée ou plutôt élevée

Finalement, le choix des variables a été validé auprès d'un groupe de gestionnaires et de professionnels de la Direction de la planification et de l'évaluation des services à l'ASSS de la Montérégie. À la fin de cet exercice, douze variables ont été retenues pour le développement de la taxonomie.

ANALYSES DES DONNÉES

Pour rappel, une taxonomie est une classification d'un ensemble d'entités (organisations, contextes, etc.) en des groupes relativement homogènes. Une fois les décisions prises concernant le choix des dimensions et des variables à retenir, l'analyse des données passe par trois étapes centrales : 1) analyse des correspondances multiples et choix du nombre d'axes; 2) classification hiérarchique sur facteurs et 3) choix du nombre de groupes.

L'ensemble des analyses a été réalisée à l'aide du logiciel SPAD (version 6) (Benzecri et al., 1992; Lebart et al., 2000). La raison principale de l'utilisation de ce logiciel est qu'il intègre les méthodes d'ACM de données nominales et l'analyse de classification hiérarchique automatique. SPAD possède aussi des algorithmes très efficaces et permet un très grand nombre de représentations de données en mode interactif, ce qui est utile pour des analyses exploratoires (Lamarche et al., 2003).

Pour réaliser une taxonomie, il faut préalablement effectuer une analyse factorielle pour explorer la structure des données en étudiant les relations entre les variables et la ressemblance entre les territoires soumis à la classification. Nos variables étant catégorielles, la première étape consiste à réaliser une analyse en composantes principales. Elle implique le choix du nombre d'axes factoriels à conserver pour réaliser la classification. La deuxième étape de l'analyse des données consiste à construire la classification à partir des axes factoriels choisis à l'étape précédente. Sur la base de ces axes factoriels, on procède au regroupement des territoires de façon hiérarchique, c'est-à-dire en regroupant initialement les cas les plus similaires. Le regroupement des territoires se fait par étapes successives, en un nombre de plus en plus restreint de groupes. La troisième étape de l'analyse de données consiste à décider du nombre de groupes qui représente et différencie le mieux la variabilité des caractéristiques des territoires analysés. Plus le nombre de groupes est grand, plus les territoires qu'ils contiennent sont semblables. Par contre, les caractéristiques qui les distinguent sont moins susceptibles d'être théoriquement et empiriquement significatives. À l'inverse, plus le nombre de groupes est petit, plus leurs caractéristiques distinctives sont susceptibles d'être théoriquement et empiriquement significatives, mais moins les territoires qu'ils comprennent sont semblables (Lamarche et al., 2003). Ainsi, ce nombre doit être suffisamment grand pour maintenir l'homogénéité des cas qu'ils comprennent. Il doit aussi être suffisamment petit pour que leurs caractéristiques distinctives soient théoriquement et empiriquement significatives. (Lamarche et al., 2003).

Pour apprécier l'homogénéité des groupes, nous avons utilisé trois indicateurs. Le premier porte sur la distance des territoires au centre de la classe. Plus les territoires du groupe sont proches du centre de gravité de la classe, plus le groupe est homogène. Le deuxième indicateur porte sur le pourcentage des territoires à avoir les modalités dominantes dans la classe. Par exemple, si 100 % des territoires ont les modalités qui constituent les caractéristiques de la classe en question, on peut conclure que la classe est très homogène. Le troisième indicateur nous permet de juger à la fois de l'homogénéité des classes et de la différenciation des classes. Il est composé de l'inertie interclasses et de l'inertie totale et se nomme le quotient. Le quotient se calcule comme suit : inertie (variance) interclasses divisé par l'inertie (variance) totale. Plus le quotient est élevé, plus l'inertie interclasses est grande. Le quotient nous permet de juger des variances interclasses et intraclasse. Notre but étant de maximiser l'inertie interclasses et minimiser l'inertie intraclasse.

RÉSULTATS

Les résultats que nous présentons sont l'aboutissement d'analyses itératives de sensibilité qui nous ont conduits à supprimer deux des variables initialement retenues pour la classification. Nous avons décidé d'enlever la densité de la population, car elle était fortement corrélée avec plusieurs variables. De plus, elle prenait une place prépondérante dans les résultats au point de masquer les effets d'autres variables. Nous avons également décidé d'enlever la variable portant sur la variabilité de l'indice de défavorisation. Les valeurs de cet indice ont donné une distribution avec une étendue faible. L'analyse a montré qu'il n'y avait pas de différence significative de cet indice entre les CSSS. Il n'était donc pas pertinent de conserver cette variable.

Dans cette section, nous allons tout d'abord présenter la description des axes factoriels que nous avons retenus pour l'analyse. Dans un deuxième temps, nous exposons la classification obtenue avec le portrait des groupes. Finalement, à l'aide d'un exercice de comparaison, nous proposons des étiquettes pour ces groupes de territoires.

Analyse des correspondances multiples et choix du nombre d'axes

Les résultats de l'ACM peuvent être consultés à l'annexe 4. Dans notre étude, les trois premiers axes factoriels ont été retenus pour procéder au regroupement des territoires de CSSS. En effet, les trois premiers axes factoriels expliquent 52,51 % de l'inertie, ce qui dans notre cas est acceptable⁷. Par ailleurs, le gain d'information qu'apporte le quatrième axe est apparu moins important que celui apporté par les précédents. Ceci explique notre choix à retenir les trois premiers axes factoriels pour l'analyse.

⁷ La faible part de variance expliquée sur les premiers axes est une caractéristique de l'analyse factorielle des correspondances multiples (qui donne généralement des mesures pessimistes de l'information extraite) (Lebart et al., 2000; Escofier et al., 1998).

Tableau 3. Caractéristiques des axes factoriels retenus

Dimensions	Caractéristiques		
	Axe factoriel 1	Axe factoriel 2	Axe factoriel 3
Variance expliquée (%)	25,67 %	14,48 %	12,06 %
Besoins de santé	– Défavorisation		– % de 65 ans et plus – % de 14 ans et moins
Ressources	– Nombre de cliniques/km ² – Ressources hospitalières et spécialisées	– Ratio omnipraticien/1000 habitants	
Collaborations	– Collaboration horizontale – Collaboration verticale	– Collaboration horizontale – Collaboration verticale	

Le tableau 3 présente les variables qui composent chacun des axes factoriels retenus pour cette analyse (pour plus d'information, consultez l'annexe 4). Le premier axe se caractérise par cinq variables « significatives ». Ces caractéristiques sont celles qui sont les plus susceptibles de différencier les territoires. Elles portent sur la défavorisation de la population, le nombre de cliniques au km², les ressources hospitalières et spécialisées et les collaborations horizontale et verticale entre les services de santé. Trois variables caractérisent le deuxième axe : le nombre d'omnipraticien pour 1000 habitants, et les collaborations horizontale et verticale entre les services de santé. Finalement, le troisième axe se concentre autour de deux variables issues de la dimension besoin de santé : le pourcentage de 65 ans et plus et le pourcentage de 14 ans et moins.

Classification hiérarchique sur facteurs et choix du nombre de groupes

Pour faire suite à la classification hiérarchique, deux solutions de regroupement des territoires de CSSS sont apparues comme intéressantes du point de vue descriptif et synthétique, soit les regroupements en quatre ou six classes. Après analyse qualitative et quantitative de ces deux solutions, il a été décidé de retenir celle du regroupement en quatre groupes de contextes. En effet, comme l'indiquent les graphiques de l'annexe 4, quand on passe de deux à trois groupes, ou même de trois à quatre groupes, le gain de quotient des inerties est d'environ dix-huit points. Par contre, quand on passe de quatre à cinq groupes, le gain chute à cinq points. Cet indicateur a confirmé notre choix de retenir la solution à quatre classes. Cette solution conduit à la production de groupes de contextes qui sont interprétables et cohérents avec les autres volets du projet de recherche.

- Description des groupes

La classification hiérarchique, à partir des trois axes décrits précédemment, a donné une partition des territoires à quatre classes. Nous avons donc obtenu quatre groupes de contexte. La représentation graphique de ces groupes sur les deux premiers axes factoriels peut être consultée à l'annexe 4. Les tableaux suivants décrivent les groupes que nous avons obtenus avec leurs caractéristiques. Les variables en caractères gras correspondent aux variables déterminantes dans la constitution du groupe.

Comme l'indique le tableau 4, les variables déterminantes du groupe 1 sont l'indice de défavorisation matérielle et sociale et l'organisation spatiale des services de première ligne (en caractère gras dans le tableau 4). Pour la presque totalité des territoires de ce groupe, les populations sont favorisées tant aux plans matériel que social. L'organisation spatiale des services de première ligne se caractérise par des marchés fermés. C'est-à-dire que les services médicaux produits sur un territoire donné sont principalement utilisés par les résidents de ce territoire et que la majorité de la population utilise les ressources médicales de première ligne du même territoire. À noter, la faible collaboration clinique entre les services de première ligne et entre les lignes de services dans tous les territoires du groupe 1.

Tableau 4. Caractérisation du groupe 1

Caractéristiques	Groupe 1 (n=8)	
<i>Besoins de santé</i>	<i>Modalité</i>	<i>(%)</i>
% des 65 ans et plus	Faible	(37,5*; 75**)
% des 0 à 14 ans	Fort	(37,5; 75)
Espérance de vie à la naissance	Moyen	(75; 46,15)
Indice de défavorisation matérielle et sociale	Fav. matériellement et socialement	(87,5; 87,5)
<i>Ressources</i>	<i>Modalité</i>	<i>(%)</i>
Ressources hospitalières	Moyen	(87,5; 53,85)
Ressources omnipraticiens	Moyen	(62,5; 71,43)
Ressources cliniques	Faible	(75; 60)
Organisation spatiale des services de première ligne	Marché fermé	(100; 66,67)
<i>Collaborations</i>	<i>Modalité</i>	<i>(%)</i>
Collaboration horizontale	Faible	(100; 42,11)
Collaboration verticale	Faible	(100; 42,11)

* 37,5 % des territoires du groupe 1 ont un % de 65 ans et plus faible

** 75 % des territoires de l'échantillon qui ont la modalité faible pour la variable % de 65 ans et plus sont dans le groupe 1

L'homogénéité de ce groupe peut être qualifiée d'assez bonne. En effet, pour la plupart des variables, la majorité des territoires (75 % et plus) partage la même modalité qui caractérise le groupe. Par ailleurs, la distance des territoires de ce groupe au centre de gravité de la classe varie dans un rapport de 1 sur 7 (0,06 à 0,43) (annexe 4).

Pour le groupe 2 (tableau 5), les variables déterminantes sont l'indice de défavorisation matérielle et sociale, la disponibilité des cliniques de première ligne et les collaborations interorganisationnelles. Les populations de ces territoires sont en général favorisées socialement, mais elles tendent à être défavorisées au plan matériel. Le ratio de cliniques par 1000 habitants est faible et les collaborations cliniques horizontale et verticale sont élevées dans tous les territoires de CSSS de ce groupe. On note aussi que l'organisation spatiale des services de première ligne correspond à des marchés fermés.

Tableau 5. Caractérisation du groupe 2

Caractéristiques	Groupe 2 (n=4)	
<i>Besoins de santé</i>	<i>Modalité</i>	<i>(%)</i>
% des 65 ans et plus	Moyen	(100; 26,62)
% des 0 à 14 ans	Moyen	(75; 18,75)
Espérance de vie à la naissance	Moyen	(75; 23,08)
Indice de défavorisation matérielle et sociale	Fav. socialement et défav. matériellement	(50; 50)
<i>Ressources</i>	<i>Modalité</i>	<i>(%)</i>
Ressources hospitalières	Moyen	(100; 30,77)
Ressources omnipraticiens	Élevé	(50; 25)
Ressources cliniques	Faible	(100; 40)
Organisation spatiale des services de première ligne	Marché fermé	(100; 33,33)
<i>Collaborations</i>	<i>Modalité</i>	<i>(%)</i>
Collaboration horizontale	Élevée	(100; 100)
Collaboration verticale	Élevée	(100; 100)

L'homogénéité de ce groupe peut être qualifiée de très bonne. En effet, pour toutes les variables, sauf pour deux d'entre elles, la même modalité caractérise la majorité des territoires de CSSS (75 % et plus) de ce groupe. Par ailleurs, la distance des territoires de ce groupe au centre de gravité de la classe varie dans un rapport de 1 sur 2,5 (0,06 à 0,15). C'est le groupe le plus homogène de notre classification (annexe 4).

La disponibilité des ressources hospitalières et spécialisées de même que l'organisation spatiale des services de première ligne sont les principales variables qui déterminent le groupe 3 (tableau 6). En effet, une part importante de territoires de CSSS de ce groupe se caractérise par une faible disponibilité de ressources et par des marchés mixtes au niveau de la première ligne, c'est-à-dire qu'ils importent de tels services. Les collaborations cliniques interorganisationnelles sont faibles dans tous les territoires de CSSS de ce groupe.

Tableau 6. Caractérisation du groupe 3

Caractéristiques	Groupe 3 (n=7)	
	Modalité	(%)
Besoins de santé		
% des 65 ans et plus	Fort	(42,86; 75)
% des 0 à 14 ans	Moyen	(100; 43,75)
Espérance de vie à la naissance	Fort	(42,86; 50)
Indice de défavorisation matérielle et sociale	Défav. matériellement et socialement	(57,14; 57,14)
Ressources	Modalité	(%)
Ressources hospitalières	Faible	(57,14; 80)
Ressources omnipraticiens	Faible	(57,14; 50)
Ressources cliniques	Moyen	(57,14; 66,67)
Organisation spatiale des services de première ligne	Marché mixte (importe)	(71,43; 100)
Collaborations	Modalité	(%)
Collaboration horizontale	Faible	(100; 36,84)
Collaboration verticale	Faible	(100; 36,84)

Le groupe 3 est plus ou moins homogène. En effet, pour une part importante des variables (6 sur 10), la proportion de territoires de CSSS de ce groupe ayant la modalité caractérisant la classe est relativement faible, cette proportion se situant autour de 50 %. Aussi, la distance des territoires de ce groupe au centre de gravité de la classe varie dans un rapport de 1 sur 44 (0,01 à 0,44). C'est le groupe le plus hétérogène de notre classification (annexe 4).

Les variables qui caractérisent principalement le groupe 4 sont celles se rapportant à la disponibilité des ressources, à l'organisation spatiale des services et à la proportion de jeunes dans la population (tableau 7). On constate, en effet, que la disponibilité des ressources de première ligne et des ressources hospitalières et spécialisées est élevée sur la majorité des territoires composant ce groupe. Les marchés sont ouverts puisque tous les territoires importent et exportent des services de première ligne. On note que la collaboration clinique entre les services de première ligne et entre les lignes de services est faible.

Tableau 7. Caractérisation du groupe 4

Caractéristiques	Groupe 4 (n=4)	
	Modalité	(%)
Besoins de santé		
% des 65 ans et plus	Faible et fort	(25; 25)
% des 0 à 14 ans	Faible	(75; 100)
Espérance de vie à la naissance	Faible	(50; 50)
Indice de défavorisation matérielle et sociale	Fav.matériellement et défav. socialement	(50; 50)
Ressources	Modalité	(%)
Ressources hospitalières	Fort	(75; 60)
Ressources omnipraticiens	Fort	(100; 50)
Ressources cliniques	Fort	(100; 57,14)
Organisation spatiale des services de première ligne	Marché ouvert (importe/experte)	(100; 66,67)
Collaborations	Modalité	(%)
Collaboration horizontale	Faible	(100; 21,05)
Collaboration verticale	Faible	(100; 21,05)

Pour conclure, l'homogénéité de ce groupe peut être qualifiée de très bonne. En effet, pour la plupart des variables, la même modalité caractérise la majorité des territoires de CSSS (75 % et plus) de ce groupe. Par ailleurs, la distance des territoires de ce groupe au centre de gravité de la classe varie dans un rapport de 1 sur 10 (0,13 à 0,33) (annexe 4).

- Étiquette des groupes

La dernière étape du développement d'une taxonomie consiste à identifier les principales notions sous-jacentes à la classification obtenue et à qualifier les groupes émergents. Trois principales notions ont été retenues pour réaliser cet exercice : l'écart entre les besoins de la population et les ressources disponibles, l'organisation spatiale des services de première ligne (c'est-à-dire l'ouverture ou non des marchés) et le niveau de collaboration clinique. Pour qualifier chacun des groupes de territoires, nous avons réalisé un exercice de comparaison des groupes les uns par rapport aux autres sur chacune des trois notions retenues. Cette étape est de nature qualitative tout en s'appuyant sur les données quantitatives. Chacun des groupes a ensuite été qualifié. Les étiquettes retenues ont été validées auprès d'auditoires variés de chercheurs, gestionnaires et cliniciens du réseau de la santé qui les ont bien accueillies.

L'exercice s'est basé sur les informations contenues au tableau 8. Celui-ci identifie le rang qu'occupe chacun des groupes de territoires de CSSS selon les niveaux de besoins de santé des populations et de ressources disponibles. Les groupes sont ainsi ordonnancés les uns par rapport aux autres : rang 1=élevé; rang 2=plutôt élevé; rang 3=plutôt faible; 4=faible. Le tableau 8 décrit également les autres éléments utilisés pour qualifier les groupes : l'écart besoin-ressources, l'organisation spatiale des services de première ligne et les collaborations cliniques.

Tableau 8. Comparaison des groupes en fonction de différentes dimensions

Dimensions	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
	Pourvu Indépendant	Équilibré coordonné	Dépourvu dépendant	Affluent commerçant
Besoins de santé*	4	2	1	3
Niveau de ressources*	3	2	4	1
Écart besoin-ressources	1	0	-3	2
Organisation spatiale des services de première ligne	marchés fermés	marchés fermés	marchés mixtes (importe)	marchés ouverts (importe/exporte)
Collaborations cliniques	faibles	élevées	faibles	faibles
*Rang 1=élevé; rang 2=plutôt élevé; rang 3=plutôt faible; rang 4=faible				

Groupe 1 : le pourvu indépendant

Les populations des territoires du groupe 1 affichent les besoins de santé les plus faibles (rang 4) comparativement aux populations des autres groupes de CSSS. Ce groupe se démarque notamment par le fait que les populations sont favorisées tant aux plans matériel que social. La disponibilité des ressources hospitalières et spécialisées, de même que la disponibilité d'omnipraticiens se situent approximativement dans la moyenne des autres groupes. L'organisation spatiale des services de première ligne se caractérise par des marchés fermés et la collaboration clinique est faible entre les services de première ligne et entre les lignes de services. Ce groupe peut donc être considéré relativement pourvu en ressources puisque le niveau de ressources disponibles est supérieur au niveau de besoins des populations, bien entendu, relativement aux autres regroupements de territoires de CSSS. Les territoires de ce groupe peuvent être vus comme indépendants, car ils n'importent pas ni n'exportent de services de première ligne (marchés fermés).

Groupe 2 : l'équilibré coordonné

Les besoins des populations desservies par les territoires du groupe 2 sont plutôt élevés et ils se situent au deuxième rang par rapport aux autres groupes. On note que les populations de ces territoires sont en général favorisées socialement, mais elles tendent à être défavorisées au plan matériel. Ce groupe se situe également au deuxième rang en ce qui concerne les disponibilités des ressources hospitalières et spécialisées et de première ligne. Ce groupe se caractérise aussi par une

organisation spatiale des services de première ligne correspondant à des marchés fermés. Enfin, ce groupe est le seul où le degré de collaboration clinique est élevé entre les services de première ligne et entre les lignes de services dans la majorité des territoires. En somme, il semble exister un certain équilibre entre les ressources disponibles et les besoins des populations dans ce groupe de territoires de CSSS, le tout dans un contexte d'autonomie territoriale au plan des services de première ligne. Les services de ces territoires peuvent être qualifiés de coordonnés, ceux-ci étant les seuls à afficher un niveau élevé de collaboration clinique.

Groupe 3 : le dépourvu dépendant

C'est ce groupe qui affiche les besoins de santé les plus importants par rapport aux autres groupes (rang 1). Le groupe 3 se caractérise aussi par une disponibilité plutôt faible de ressources hospitalières et spécialisées et de ressources de première ligne comparativement aux autres groupes (rang 4). L'organisation spatiale des services de première ligne correspond à des marchés mixtes, c'est-à-dire que la majorité des territoires du groupe 3 importent ces types de services. La collaboration clinique entre les services de première ligne et entre les lignes de services est faible. En somme, ce groupe est relativement dépourvu de ressources comparativement au niveau de besoin des populations. Il peut être qualifié de dépendant puisque les CSSS importent des services de première ligne de d'autres territoires.

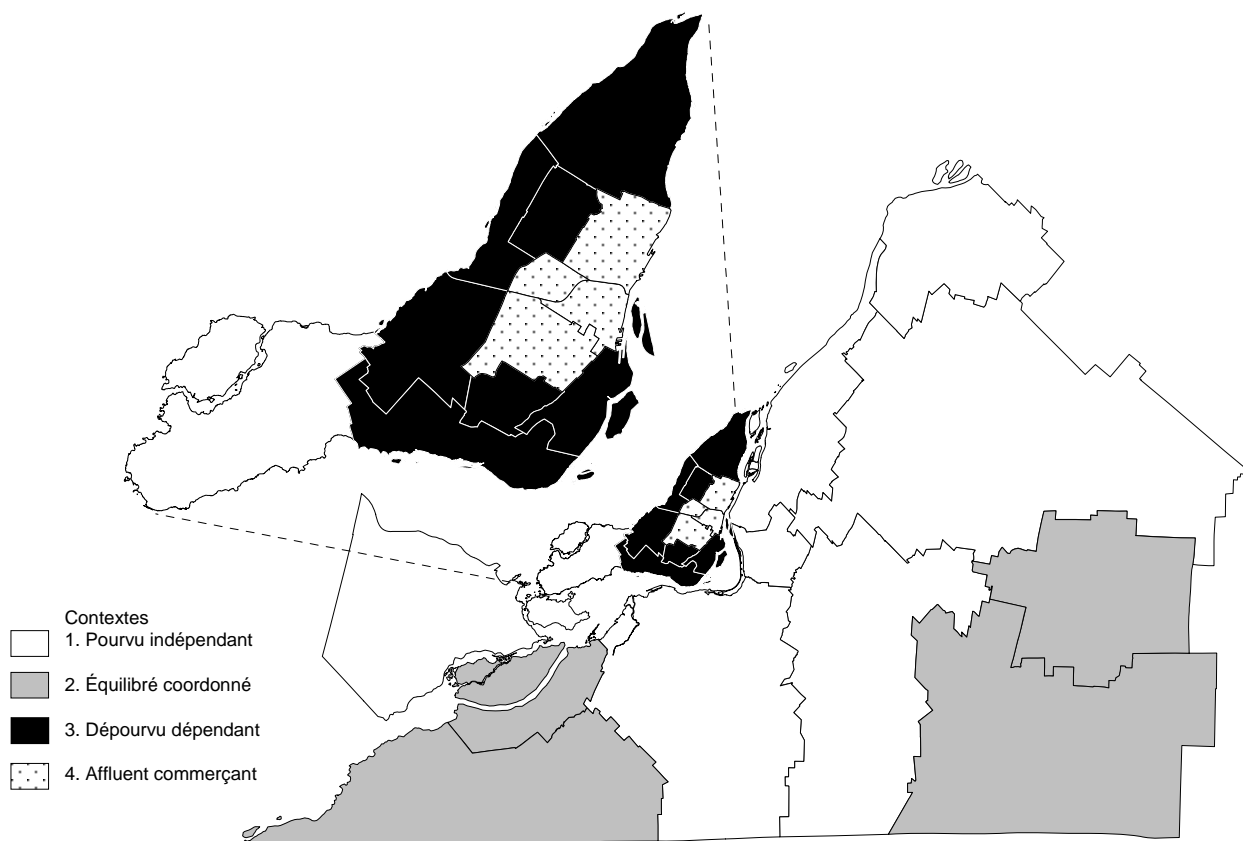
Groupe 4 : l'affluent commerçant

Les besoins de santé des populations desservies par les territoires de ce groupe sont plutôt faibles (rang 3). Comme pour le groupe précédent, on observe toutefois une certaine hétérogénéité sur le plan des besoins de santé des populations entre les territoires du groupe 4. Ce groupe se caractérise par une forte disponibilité des ressources hospitalières et spécialisées et de ressources de première ligne. Il se situe au rang le plus élevé à cet égard (rang 1). L'organisation spatiale des services de première ligne correspond à des marchés ouverts pour la majorité des territoires. En fait, ce groupe de territoires de CSSS est le seul à importer et à exporter les services de première ligne. Là aussi, la collaboration clinique entre les services de première ligne et entre les lignes de services est faible. En résumé, comparativement aux autres groupes de CSSS, il y a affluence de ressources spécialisées et de première ligne dans les territoires du groupe 4. Le niveau de ressources dépasse largement les besoins des populations résidant sur ces territoires. Ce groupe peut être qualifié de commerçant puisqu'il importe et exporte ses services de première ligne.

- Répartition géographique des groupes de territoires de CSSS

La figure suivante illustre la répartition des groupes de territoires de CSSS de la taxonomie dans les régions de Montréal et de la Montérégie.

Figure 3. Localisation géographique des groupes de territoires de CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie



Les territoires de CSSS du groupe 1 (pourvu indépendant) sont majoritairement localisés en Montérégie et ils constituent en quelque sorte la périphérie urbaine de Montréal. Soulignons qu'un territoire de CSSS situé à l'ouest de l'île de Montréal se regroupe avec les autres du groupe 1. Les territoires de CSSS du groupe 2 (équilibré coordonné) se situent dans des secteurs géographiques en partie ou en totalité ruraux de la Montérégie. Les territoires du groupe 4 (affluent commerçant) sont pour leur part localisés au cœur de l'île de Montréal. Enfin, c'est dans la ceinture urbaine de Montréal que se situent les territoires de CSSS du groupe 3 (dépourvu dépendant).

DISCUSSION

Cette étude a cherché à caractériser les territoires géographiques des CSSS localisés dans les régions de Montréal et de la Montérégie. Il en résulte une taxonomie composée de quatre groupes de territoires de CSSS. Cette étude exploratoire est, à notre connaissance, la première à avoir tenté d'identifier à partir d'un ensemble d'attributs, les similitudes et les éléments distinctifs de ces entités géographiques.

Dans cette section, nous discutons des questions suivantes concernant la taxonomie (Bailey, 1994). La solution proposée est-elle valide ou correcte? La taxonomie obtenue peut-elle être généralisable?

La solution proposée est-elle valide?

Bien entendu, la solution proposée dépend de la conception que l'on a du contexte ou de l'environnement. Les bases théoriques spécifiques au contexte des organisations de première ligne étant limitées, nous nous sommes inspirés d'une synthèse récente des travaux sur les contextes organisationnels en général faite par Scott et al. (2004). Pour mémoire, les auteurs identifient deux grands types d'environnements : matériel et institutionnel. Compte tenu des ressources limitées dont nous disposons, les territoires de CSSS ont été caractérisés sous l'angle matériel (exemples : besoins, ressources, réseautage) et non institutionnel (exemples : constructions symboliques des acteurs, système de gouverne). L'inclusion de dimensions institutionnelles pourrait, bien entendu, conduire à une taxonomie de contextes différente. Toutefois, la taxonomie développée a été construite de manière à tenir compte du caractère multidimensionnel de l'environnement (Cannon et St. John, 2007). De plus, diverses mesures ont été prises pour assurer une bonne validité de contenu. Le choix des dimensions s'inspire de la synthèse de Scott et al. (2004). La sélection des variables s'est appuyée plus spécifiquement sur la littérature propre aux organisations de première ligne et elle a fait l'objet d'un processus de consultation auprès de responsables de la planification de tels services oeuvrant dans une des deux Agences régionales collaboratrices à cette étude pour en assurer la pertinence et l'exhaustivité ainsi que leur utilité à des fins de gestion. Il en ressort que les territoires de CSSS peuvent être circonscrits par des configurations particulières de caractéristiques reliées aux besoins de la population, à la disponibilité des ressources spécialisées et de première ligne et à leur organisation spatiale ainsi qu'aux collaborations cliniques. Une certaine cohérence semble exister entre ces dimensions.

Par ailleurs, les erreurs de mesure des variables utilisées peuvent compromettre la qualité de la classification obtenue. Dans la présente étude, la majorité des variables sont issues des données de recensement ou encore de bases de données administratives usuelles. On ne peut exclure que la qualité de ce type de données puisse être affectée par des erreurs de mesure attribuables notamment au traitement et à la codification des informations. Des précautions ont toutefois été prises par l'équipe de recherche pour définir explicitement chacune des variables retenues pour construire la taxonomie et le

cas échéant, pour standardiser l'extraction des informations à partir des bases de données dans les deux régions étudiées. Enfin, les personnes-ressources chargées de rassembler les données pour construire la taxonomie disposent d'une bonne connaissance de ce type d'informations.

Parmi les variables utilisées, seules celles relatives aux degrés de collaboration clinique ont été documentées par le biais d'une enquête spécifique laquelle a été menée par l'équipe de recherche. Nous sommes relativement confiants quant à la fiabilité des informations obtenues dans le cadre de cette enquête. Rappelons qu'il s'agissait de dresser un portrait des collaborations cliniques entre les services de première ligne et entre ces derniers et les hôpitaux avant la création des CSSS. Or, plusieurs des directeurs généraux répondant à cette enquête étaient nouvellement en fonction et disposaient d'une connaissance limitée du fonctionnement des services de première ligne sur leur territoire. Pour assurer un portrait fidèle, il a été demandé aux directeurs généraux de consulter les administrateurs médicaux de leur organisation aptes à fournir les informations recherchées. Tous les répondants ont rapporté avoir procédé à une telle consultation. De plus, la méthode d'entrevue téléphonique privilégiée pour recueillir les données a permis de mieux circonscrire la nature et les niveaux de collaboration clinique existants. Enfin, pour accroître la confiance dans la fiabilité des données ainsi obtenues il a été demandé aux médecins responsables des Directions régionales de médecine générale (DRMG) de chacune des Agences de Montréal et de la Montérégie de qualifier les niveaux de collaboration clinique prévalant entre 2000 et 2004 sur chacun des territoires de CSSS de leur région. L'analyse comparative des résultats ainsi obtenus montre une très bonne concordance dans les évaluations locales et régionales des niveaux de collaboration clinique dans les territoires de CSSS.

La stratégie d'analyse peut affecter la qualité de la classification obtenue, à savoir si elle permet une bonne homogénéité intraclasse et une bonne différence interclasses. La méthodologie utilisée dans cette étude relève des statistiques exploratoires multidimensionnelles. Elle a compris deux grandes étapes qui sont l'ACM et la classification sur facteurs. L'ACM a été utilisée pour étudier les relations existantes entre les individus (territoires), les variables et les modalités des variables. Une attention particulière a été portée au préalable à la transformation des variables numériques ou continues en variables nominales. Le codage qualitatif de toutes les variables a été effectué suivant deux principes : 1) l'existence d'un seuil naturel ou classique et 2) la recherche d'effectifs semblables dans les modalités. Dans le contexte de notre étude, l'ACM s'est avérée une technique particulièrement intéressante en mettant en exergue des liaisons non linéaires entre les variables. L'ACM a aussi mis en lumière les structures de données les plus marquantes (axes factoriels ou facteurs), cohérentes avec le positionnement conceptuel de départ. En plus des indicateurs statistiques associés aux valeurs d'inertie des différents facteurs et à la dispersion des individus et des variables, une large part des décisions, quant au nombre de facteurs à retenir, a été tributaire de l'interprétation des facteurs, tel que recommandé par Lebart, Morineau et Piron (2000) qui accorde une grande importance aux connaissances sur l'objet d'étude.

La technique de classification hiérarchique ascendante s'est avérée une stratégie efficace pour identifier les groupes de partitions pour lesquels la variance interne de chaque classe est minimale et la variance entre les classes est maximale (en procédant par perte d'inertie par agrégation de deux éléments; critère de Ward généralisé). Le nombre de partitions retenu pour la classification finale provient de la confrontation des résultats des analyses statistiques (distances interclasses; quotient d'inertie) à la plausibilité théorique des regroupements.

En terminant, on ne peut toutefois conclure quant à la reproductibilité de la solution obtenue, c'est-à-dire quant à la capacité d'obtenir un nombre similaire de groupes et une composition semblable en ayant recours à des méthodes de réplique usuelles. Ces dernières consistent notamment à appliquer la même méthode d'analyse sur un autre échantillon ou encore à comparer les résultats obtenus sur l'échantillon initial mais qui est fractionné en deux parts égales (Bailey, 1994). La taille relativement petite de notre échantillon ($n=23$) et les moyens limités à notre disposition n'ont pas permis d'apprécier la reproductibilité de la solution obtenue.

La Taxonomie est-elle généralisable?

Seuls les territoires de CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie ont été utilisés pour construire la taxonomie. Ce sont des régions en totalité ou en partie urbaines. On ne sait pas dans quelle mesure la taxonomie proposée pourrait être généralisable à d'autres territoires de CSSS situés dans des régions géographiques à prédominance rurale ou dans les régions éloignées.

CONCLUSION

De cette étude exploratoire, il en ressort que les territoires de CSSS peuvent être circonscrits par des configurations particulières de caractéristiques reliées aux besoins de la population, à la disponibilité des ressources spécialisées et de première ligne et à leur organisation spatiale ainsi qu'aux collaborations cliniques. De plus, une certaine cohérence semble exister entre ces dimensions. La taxonomie proposée sera utilisée pour tracer un portrait de l'organisation des services de première ligne par groupe de territoires de CSSS. Outre son utilité à des fins descriptives, la classification obtenue sera utilisée pour explorer les liens avec les résultats des autres volets de l'étude. Plus spécifiquement, on analysera les relations entre les types de territoires de CSSS et les combinaisons de modèles d'organisation de première ligne ainsi que leurs liens avec l'expérience de soins dans la population. On cherchera aussi à identifier, si des modèles d'organisation de services de première ligne sont plus performants dans un contexte donné et moins dans un autre.

BIBLIOGRAPHIE

Alter C, Hage J. Organizations: Working Together. In: Sage Library of Social Research. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, 1993:342.

Bailey KD. Typologies and Taxonomies: An Introduction to Classification Techniques. Thousand Oaks, CA: Sage: Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 1994.

Benzecri JP, Benzecri F, Maïti GD et al. L'analyse des données en médecine, pharmacologie, physiologie clinique. Paris: Statmatic, 1992.

Cannon AR, St. John CH. Measuring environmental complexity: A theoretical and empirical assessment. *Organizational Research Methods*. 2007; 10(2):296-321.

Escofier B, Pagès J. Analyses factorielles simples et multiples. Objectifs, méthodes et interprétation. 3^e ed. Paris: Dunod, 1998.

Lamarche PA, Haggerty J, Hamel M, Perron M, Gauthier J, Levesque J-F. (2007). Une explication du paradoxe rural-urbain : L'organisation des services de santé de première ligne (article soumis).

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

Lebart L, Morineau A, Piron M. Statistique Exploratoire Multidimensionnelle. Paris: Dunod, 2000.

Meyer AD, Tsui AS, Hinings CR. Configurational approaches to organizational analysis. *Academy of Management Journal*. 1993; 36(6):1175-1195.

Miller D. Configurations de stratégies et de structures : Un pas vers la synthèse. *Gestion*. 1996; 21(1):43-54.

Miller D. Environmental fit versus internal fit. *Organization Science*. 1992; 3(2):159-178.

Pineault R, Foisy L, Hamel M, Simard B, Levesque J-F, Roberge D. Répertoire des cliniques médicales de première ligne de Montréal et de la Montérégie, INSPQ, DSP de Montréal, 2006.

Pineault R, Levesque, J-F, Roberge D, Hamel M, Tousignant P, Beaulne G, Poirier L-R, Raynault M-F, Bénigéri M, Lamarche P, Haggerty J, Hanley J, Bergeron P, Dulude S. L'accessibilité et la continuité dans la population : l'influence des modèles d'organisation des services de santé de première ligne. Projet financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. 2005, FCRSS RC1-1091-05.

Scott WR, Mendel P, Pollack S. Environments and fields: Studying the evolution of a field of medical care organizations. In: Powell WW, Jones DL (eds). *How Institutions Change*. University of Chicago Press, forthcoming: Revised February 2004:2-38.

Trahan L, Bégin P, Demers M, Lafontaine P. Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 1999.

ANNEXE 1 : PORTRAITS RÉGIONAUX

PARTIE I
PORTRAIT RÉGIONAL DE MONTRÉAL

1. Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Taille de la population par RLS de Montréal (2001)

#	RLS de Montréal	Nombre d'habitants
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	209 099
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	134 440
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	132 779
0604	RLS De la Pointe de l'Île	189 024
0605	RLS Lucille-Teasdale	172 567
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	126 882
0607	RLS de la Montagne	224 402
0608	RLS Cavendish	119 320
0609	RLS Jeanne-Mance	140 290
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	128 392
0612	RLS Au cœur de l'Île	111 199
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	164 381
Population total à Montréal		1 852 775 h.

Figure 1 : Taille des RLS de Montréal

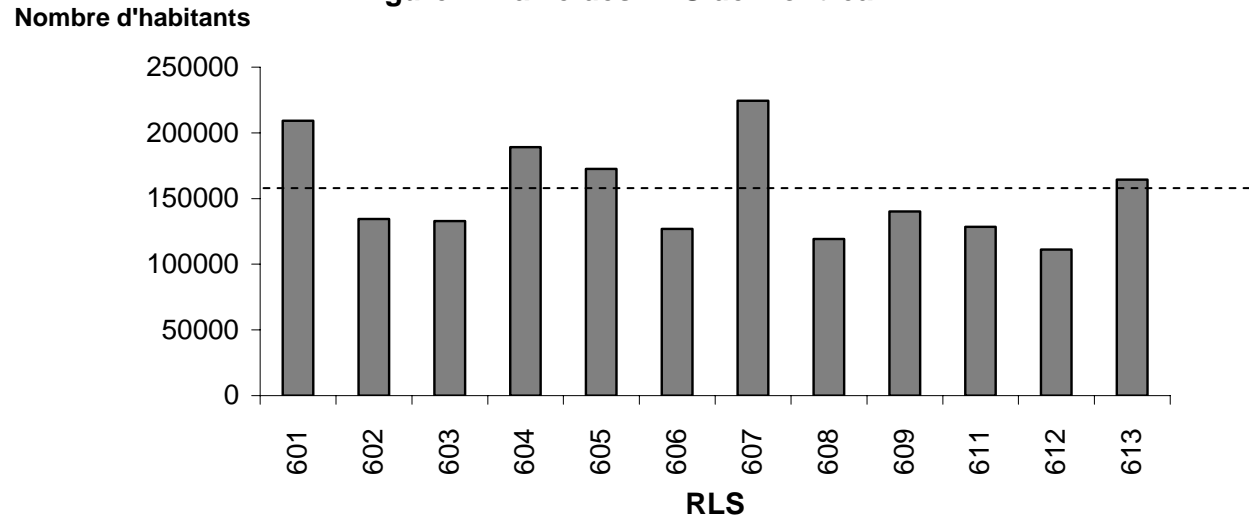


Tableau 2 : Proportion de la population de 0 à 14 ans

#	RLS de Montréal	%
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	20,9
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	15,7
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	15,5
0604	RLS De la Pointe de l'Île	17,1
0605	RLS Lucille-Teasdale	12,8
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	17,9
0607	RLS de la Montagne	15,6
0608	RLS Cavendish	15,8
0609	RLS Jeanne-Mance	9,8
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	16,6
0612	RLS Au cœur de l'Île	13,3
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	16
% des 0 à 14 ans à Montréal		15,8

Tableau 3 : Proportion de la population de 65 ans et plus

#	RLS de Montréal	%
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	11,3
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	16,2
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	14,3
0604	RLS De la Pointe de l'Île	13,9
0605	RLS Lucille-Teasdale	16,9
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	15,5
0607	RLS de la Montagne	14,9
0608	RLS Cavendish	18,8
0609	RLS Jeanne-Mance	10,7
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	18,2
0612	RLS Au cœur de l'Île	13,4
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	17,9
% des 65 ans et plus à Montréal		15,0

Figure 2 : % des 0 à 14 ans et % des 65 ans et plus par RLS de Montréal

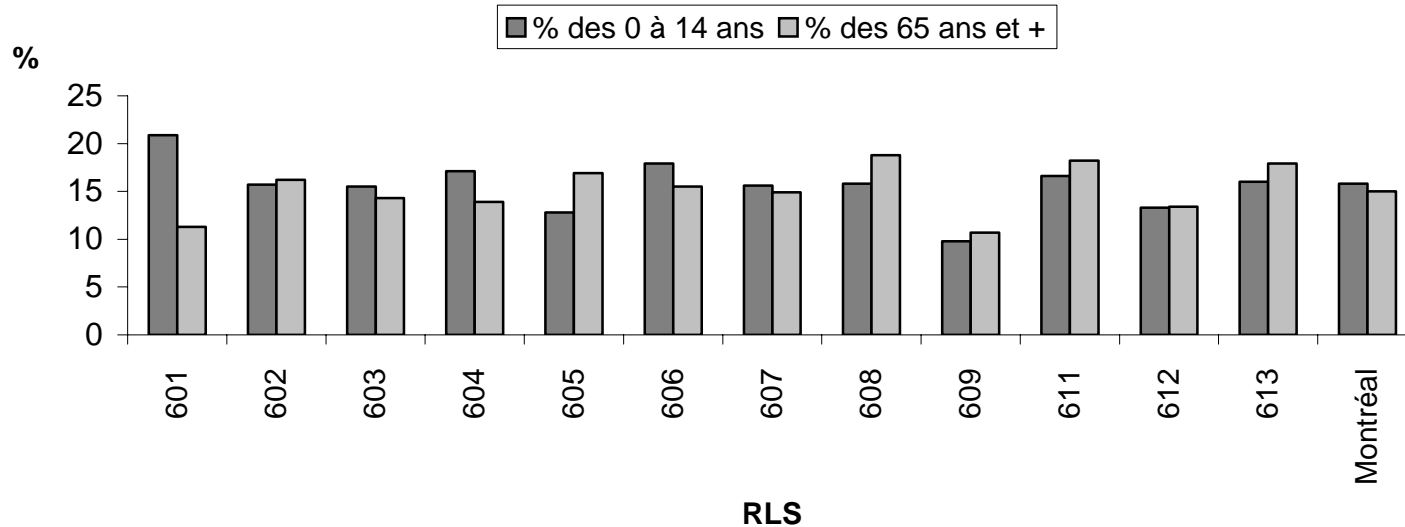


Tableau 4 : Densité de population (habitants par Km²) par RLS de Montréal

#	RLS de Montréal	Nombre d'habitants par Km ²
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	1 620,9
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	2 444,4
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	4 283,2
0604	RLS De la Pointe de l'Île	2 520,3
0605	RLS Lucille-Teasdale	5 950,6
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	5 516,6
0607	RLS de la Montagne	6 600,1
0608	RLS Cavendish	6 280,0
0609	RLS Jeanne-Mance	9 352,7
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	2 422,5
0612	RLS Au cœur de l'Île	11 119,9
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	6 575,2
Densité de population de Montréal		3 761

Figure 3 : Densité de population par RLS de Montréal

Habitants par Km²

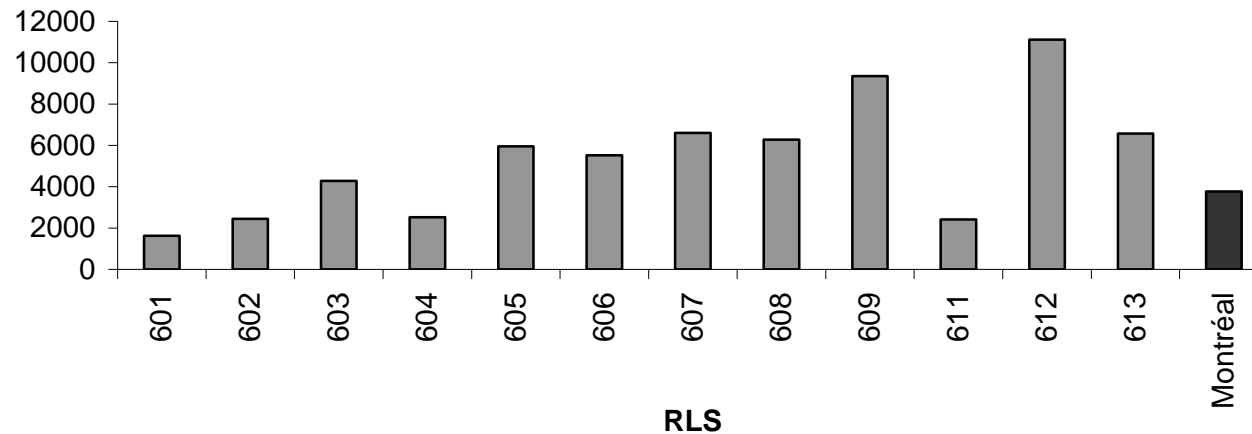


Tableau 5 : Indice de défavorisation et variabilité (centile)

#	RLS de Montréal	Indice de défavorisation		Coefficient de variation		Classification
		matérielle	sociale	matérielle	sociale	Indice de déf.
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	21,47	35,41	1,32	1,33	favorisés
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	46,47	63,95	1,16	1,08	favorisés mat.
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	58,24	80,14	1,14	1,02	défavorisés
0604	RLS De la Pointe de l'Île	51,06	56,46	1,10	1,12	défavorisés
0605	RLS Lucille-Teasdale	49,74	82,46	1,14	1,02	défavorisés
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	73,21	54,63	1,04	1,09	défavorisés
0607	RLS de la Montagne	41,49	61,15	1,37	1,09	favorisés mat.
0608	RLS Cavendish	29,27	61,9	1,36	1,10	favorisés mat.
0609	RLS Jeanne-Mance	37,24	82,81	1,25	1,02	favorisés mat.
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	49,82	50,98	1,17	1,12	favorisés soc.
0612	RLS Au cœur de l'Île	54,68	80,06	1,09	1,01	défavorisés
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	57,02	70,69	1,14	1,05	défavorisés
Moyenne des RLS de Montréal		47,48	65,05	-	-	
Médiane des RLS de Montréal et Montérégie		49,41	53,15	-	-	

Figure 4 : Indice de défavorisation (centile) par RLS de Montréal

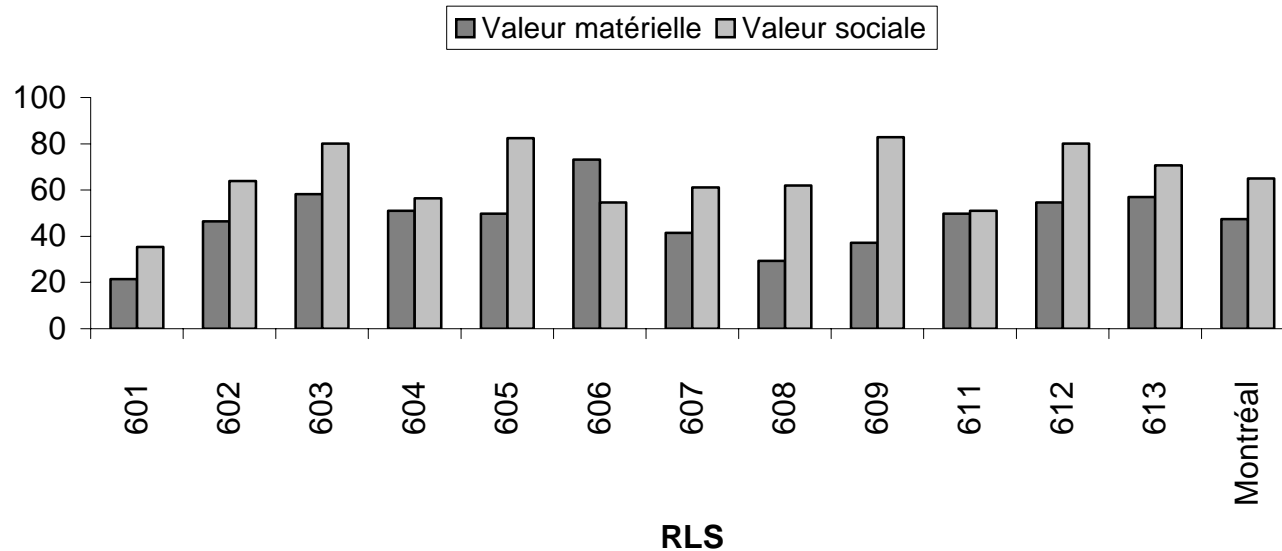
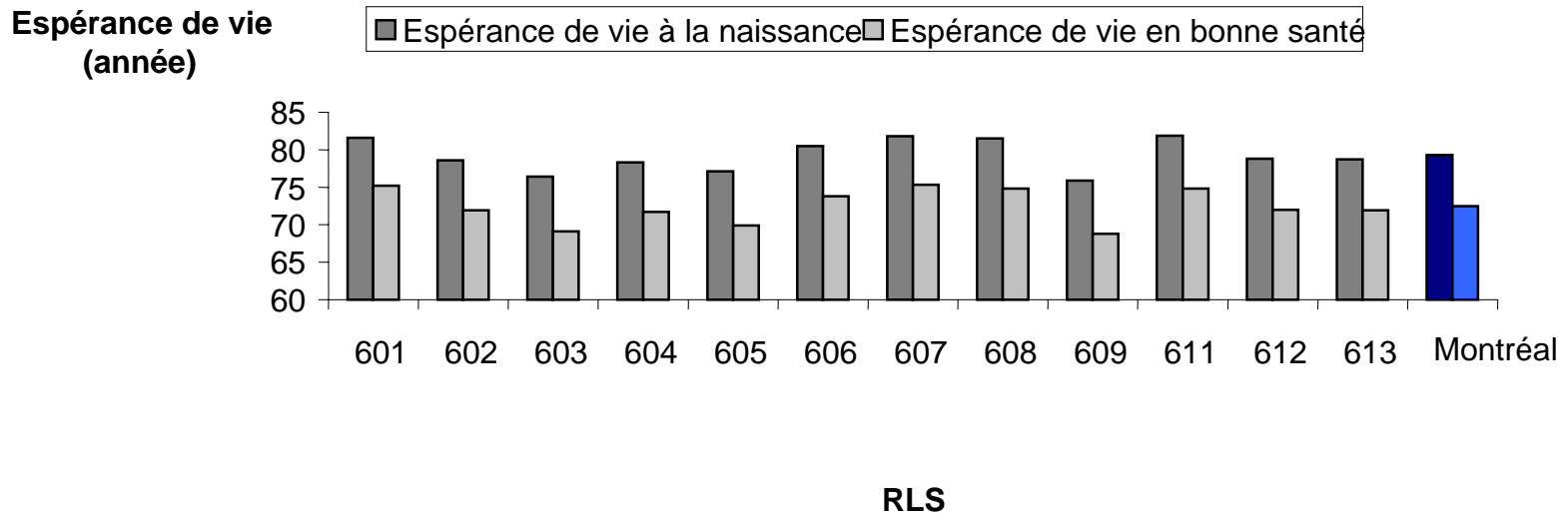


Tableau 6 : Espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé

#	RLS de Montréal	À la naissance (en année)	En bonne santé (en année)
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	81,6	75,2
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	78,6	71,9
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	76,4	69,1
0604	RLS De la Pointe de l'Île	78,3	71,7
0605	RLS Lucille-Teasdale	77,1	69,9
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	80,5	73,8
0607	RLS de la Montagne	81,8	75,3
0608	RLS Cavendish	81,5	74,8
0609	RLS Jeanne-Mance	75,9	68,8
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	81,9	74,8
0612	RLS Au cœur de l'Île	78,8	72,0
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	78,7	71,9
Espérance de vie à Montréal		79,3	72,5

Figure 5: Espérance de vie par RLS de Montréal



2. Caractéristiques des ressources

Tableau 7 : Nombre d'hôpitaux spécialisés et non spécialisés par RLS de Montréal

#	RLS de Montréal	Hôpitaux spécialisés	Hôpitaux non spécialisés
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	0	1
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	0	2
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	0	1
0604	RLS De la Pointe de l'Île	0	0
0605	RLS Lucille-Teasdale	3	0
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	0	0
0607	RLS de la Montagne	6	1
0608	RLS Cavendish	0	0
0609	RLS Jeanne-Mance	3	0
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	1	0
0612	RLS Au cœur de l'Île	1	0
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	0	1
Nombre d'hôpitaux à Montréal		14	6
Moyenne d'hôpitaux par RLS de Montréal		1,2	0,5

**Hôpital spécialisé : Comprend hôpitaux ultra-spécialisés*

Hôpital non spécialisé : Comprend hôpitaux de référence et de proximité

Tableau 8 : Nombre de cliniques de 1^{ère} ligne par Km² par RLS de Montréal

#	RLS de Montréal	Nombre total de cliniques	Nombre de cliniques par Km ²
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	34	0,26
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	28	0,51
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	23	0,74
0604	RLS De la Pointe de l'Île	26	0,35
0605	RLS Lucille-Teasdale	36	1,24
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	22	0,96
0607	RLS de la Montagne	85	2,50
0608	RLS Cavendish	32	1,68
0609	RLS Jeanne-Mance	53	3,53
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	31	0,58
0612	RLS Au cœur de l'Île	32	3,20
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	38	1,24
Nombre de clinique à Montréal		440	-
Moyenne par RLS de Montréal		36,7	-

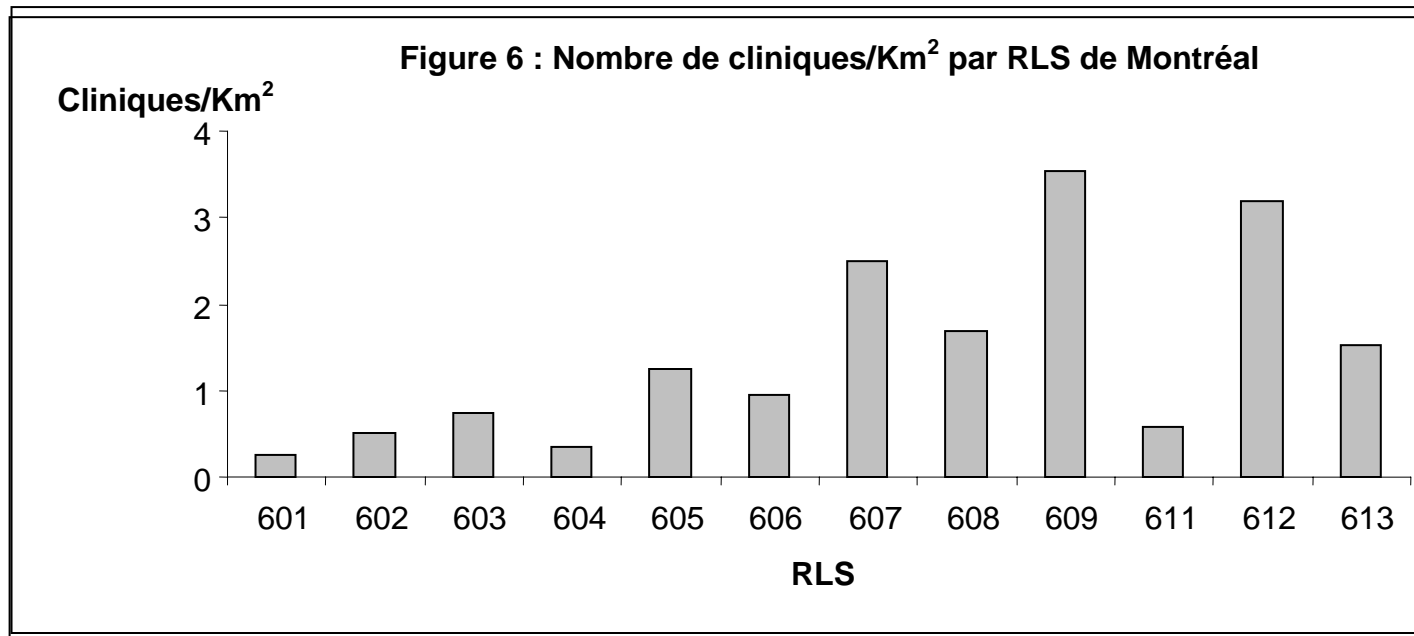


Tableau 9 : Nombre et ratio de lits par RLS de Montréal

#	RLS de Montréal	Lits soins de courte durée	
		Nombre	Ratio/1000 h.
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	207	1
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	234	1,8
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	191	1,5
0604	RLS De la Pointe de l'Île	0	0
0605	RLS Lucille-Teasdale	967	5,7
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	0	0
0607	RLS de la Montagne	2012	9,2
0608	RLS Cavendish	117	1
0609	RLS Jeanne-Mance	965	7,1
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	397	3,2
0612	RLS Au cœur de l'Île	135	1,3
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	125	0,8
Ratio des lits à Montréal		5350	2,9
Moyenne par RLS de Montréal		446	-

Figure 7 : Ratio par 1000 h. de lits soins de courte durée de Montréal

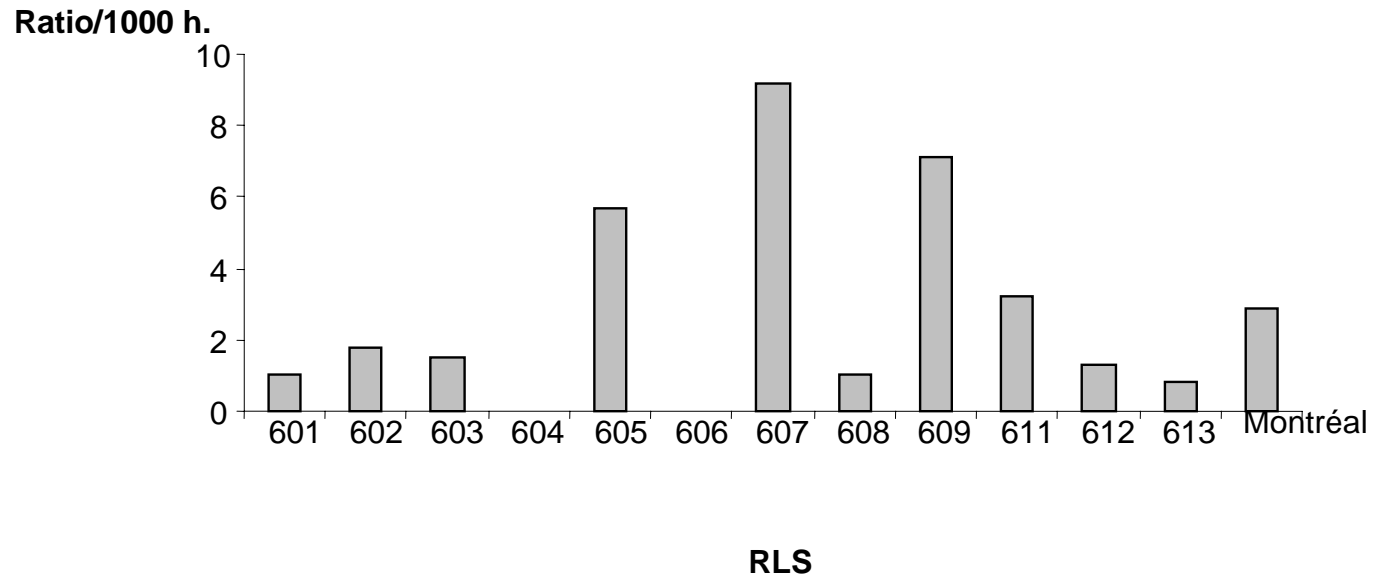


Tableau 10 : Nombre et ratio de médecins par RLS de Montréal

#	RLS de Montréal	Médecins omnipraticiens		Médecins spécialistes	
		Nombre	Ratio/1000 h.	Nombre	Ratio/1000 h.
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	129	0,6	124	0,6
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	89	0,7	77	0,6
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	128	1	108	0,8
0604	RLS De la Pointe de l'Île	97	0,5	52	0,3
0605	RLS Lucille-Teasdale	266	1,5	473	2,8
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	94	0,7	53	0,4
0607	RLS de la Montagne	367	1,6	1270	5,8
0608	RLS Cavendish	72	0,6	49	0,4
0609	RLS Jeanne-Mance	218	1,6	548	3,9
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	130	1	209	1,7
0612	RLS Au cœur de l'Île	119	1,1	90	0,8
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	126	0,8	60	0,4
Nombre et ratio de médecins à Montréal		1835	1,0	3113	1,7
Moyenne par RLS de Montréal		152,9	-	259,4	-

Figure 8 : Ratio d'omnipraticiens et de spécialistes par 1000 h. par RLS de Montréal

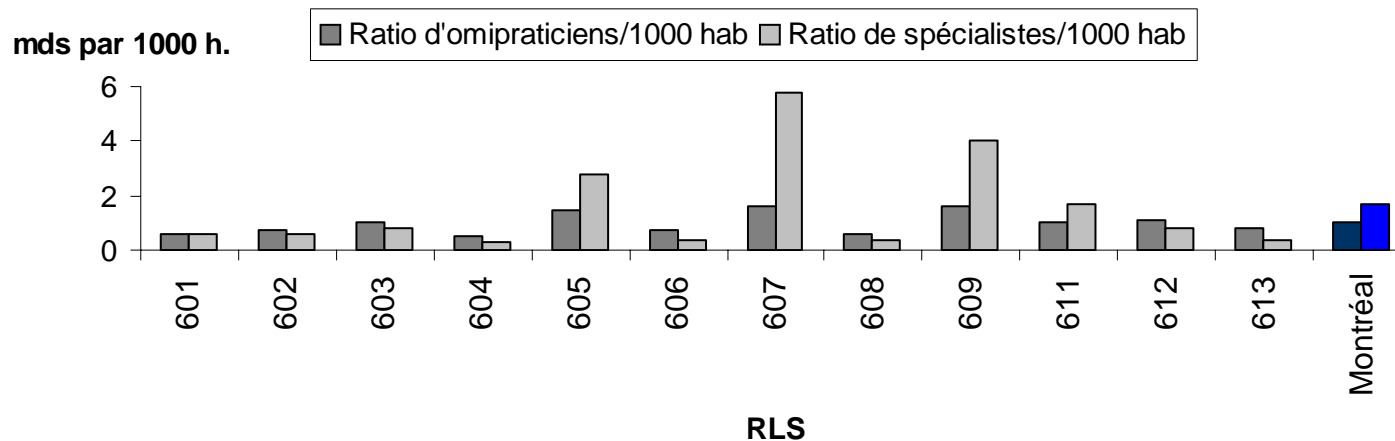
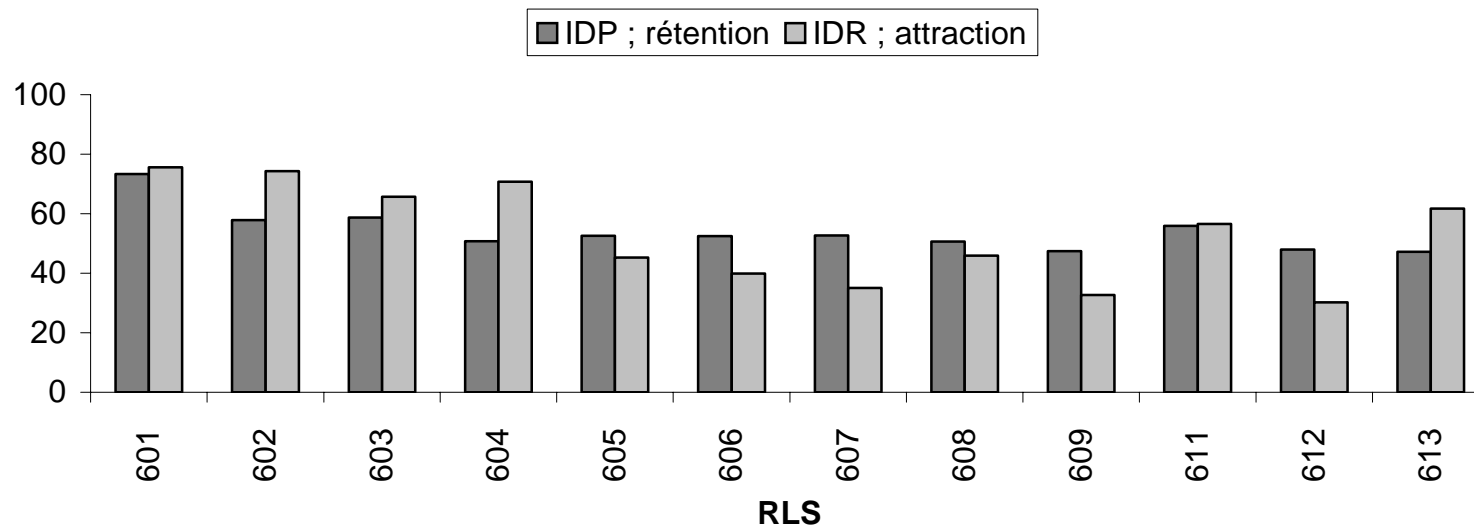


Tableau 11 : IDP : rétention et IDR : attraction par RLS de Montréal

#	RLS de Montréal	IDP; rétention	IDR ;attraction
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	73,3	75,6
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	57,9	74,3
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	58,7	65,7
0604	RLS De la Pointe de l'Île	50,7	70,8
0605	RLS Lucille-Teasdale	52,6	45,3
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	52,5	39,9
0607	RLS de la Montagne	52,7	35,1
0608	RLS Cavendish	50,6	45,9
0609	RLS Jeanne-Mance	47,4	32,7
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	55,9	56,6
0612	RLS Au cœur de l'Île	48	30,2
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	47,2	61,7
Moyenne des indices par RLS de Montréal		53,9	52,8

Figure 9 : IDP: rétention et IDR: attraction par RLS de Montréal

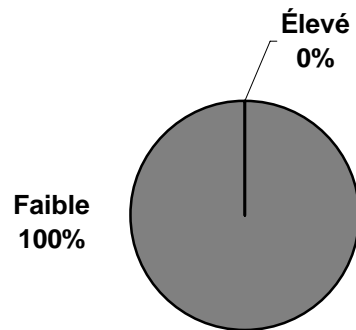


3. Caractéristiques des collaborations cliniques

Tableau 12 : Collaborations entre les services médicaux de 1^{re} ligne d'un même territoire de RLS et entre ces mêmes services et les hôpitaux par RLS de Montréal

#	RLS de Montréal	Collaboration
0601	RLS de l'Ouest de l'Île	Faible
0602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	Faible
0603	RLS Sud-Ouest/Verdun	Faible
0604	RLS De la Pointe de l'Île	Faible
0605	RLS Lucille-Teasdale	Faible
0606	RLS St-Léonard/St-Michel	Faible
0607	RLS de la Montagne	Faible
0608	RLS Cavendish	Faible
0609	RLS Jeanne-Mance	Faible
0611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	Faible
0612	RLS Au cœur de l'Île	Faible
0613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	Faible

Figure 10 : Collaborations entre les services médicaux de 1^{re} ligne de Montréal



PARTIE II
PORTRAIT RÉGIONAL DE LA MONTÉRÉGIE

1. Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Taille de la population par RLS de la Montérégie (2001)

#	RLS de la Montérégie	Nombre d'habitants
1602	RLS du Haut-St-Laurent	24 916
1603	RLS du Suroît	54 624
1604	RLS Jardins-Roussillon	178 147
1605	RLS Champlain	187 661
1606	RLS Pierre-Boucher	232 579
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	153 796
1608	RLS Richelieu-Yamaska	191 329
1609	RLS de Sorel-Tracy	50 998
1610	RLS La Pommeraie	50 380
1611	RLS de la Haute-Yamaska	83 656
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	104 087
Population total en Montérégie		1 312 173 h.
Moyenne des RLS de la Montérégie		119 288 h.

Figure 1 : Taille de la population par RLS de la Montérégie

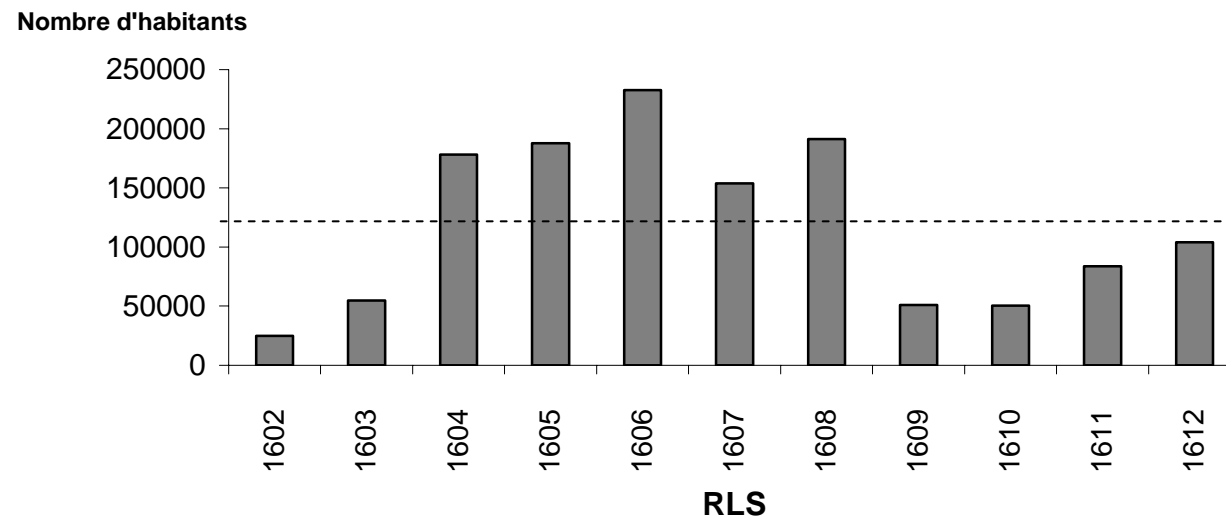


Tableau 2 : Proportion de la population de 0 à 14 ans

#	RLS de la Montérégie	%
1602	RLS du Haut-St-Laurent	20,2
1603	RLS du Suroît	16,5
1604	RLS Jardins-Roussillon	21,9
1605	RLS Champlain	17,4
1606	RLS Pierre-Boucher	18,8
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	19,8
1608	RLS Richelieu-Yamaska	19,1
1609	RLS de Sorel-Tracy	14,3
1610	RLS La Pommeraie	17,6
1611	RLS de la Haute-Yamaska	18,4
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	21,6
% des 0 à 14 ans en Montérégie		19,1

Tableau 3 : Proportion de la population de 65 ans et plus

#	RLS de la Montérégie	%
1602	RLS du Haut-St-Laurent	14,2
1603	RLS du Suroît	15,8
1604	RLS Jardins-Roussillon	9,4
1605	RLS Champlain	11,7
1606	RLS Pierre-Boucher	9,9
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	11,6
1608	RLS Richelieu-Yamaska	11,6
1609	RLS de Sorel-Tracy	15,6
1610	RLS La Pommeraie	15,2
1611	RLS de la Haute-Yamaska	12,2
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	9,6
% des 65 ans et plus en Montérégie		11,4

Figure 2 : % des 0 à 14 ans et % des 65 ans et plus par RLS de la Montérégie

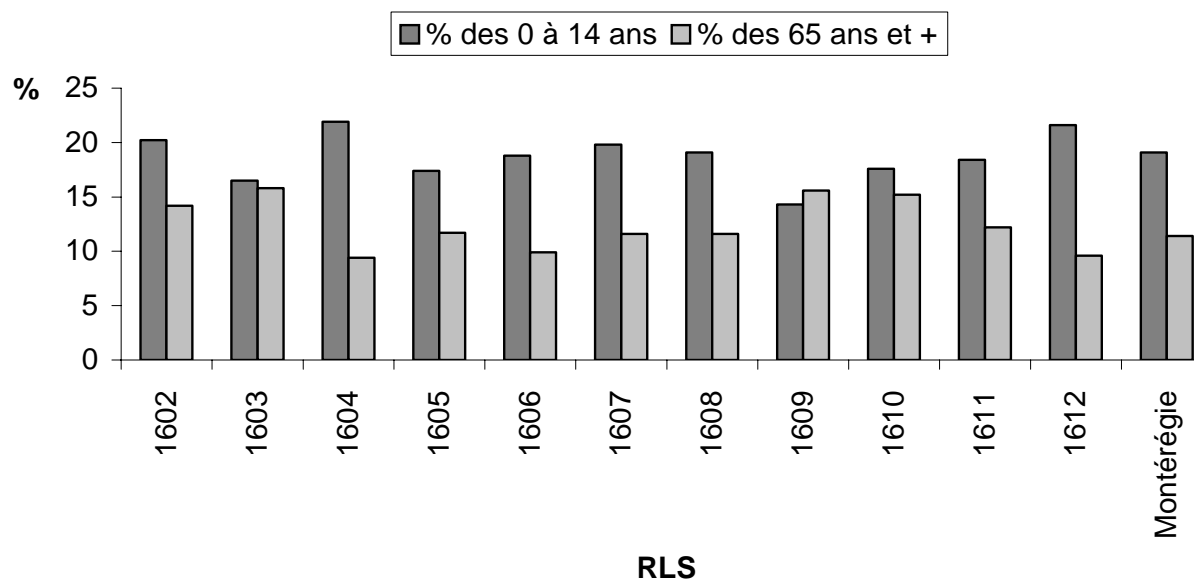


Tableau 4 : Densité de population (habitants par Km²) par RLS de la Montérégie

#	RLS de la Montérégie	Nombre d'habitants par Km ²
1602	RLS du Haut-St-Laurent	21,21
1603	RLS du Suroît	143,37
1604	RLS Jardins-Roussillon	131,77
1605	RLS Champlain	1466,1
1606	RLS Pierre-Boucher	508,93
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	115,81
1608	RLS Richelieu-Yamaska	78,25
1609	RLS de Sorel-Tracy	84,02
1610	RLS La Pommeraie	28,85
1611	RLS de la Haute-Yamaska	99,35
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	117,35
Densité de population en Montérégie		123,5

Figure 3 : Densité de population par RLS de la Montérégie

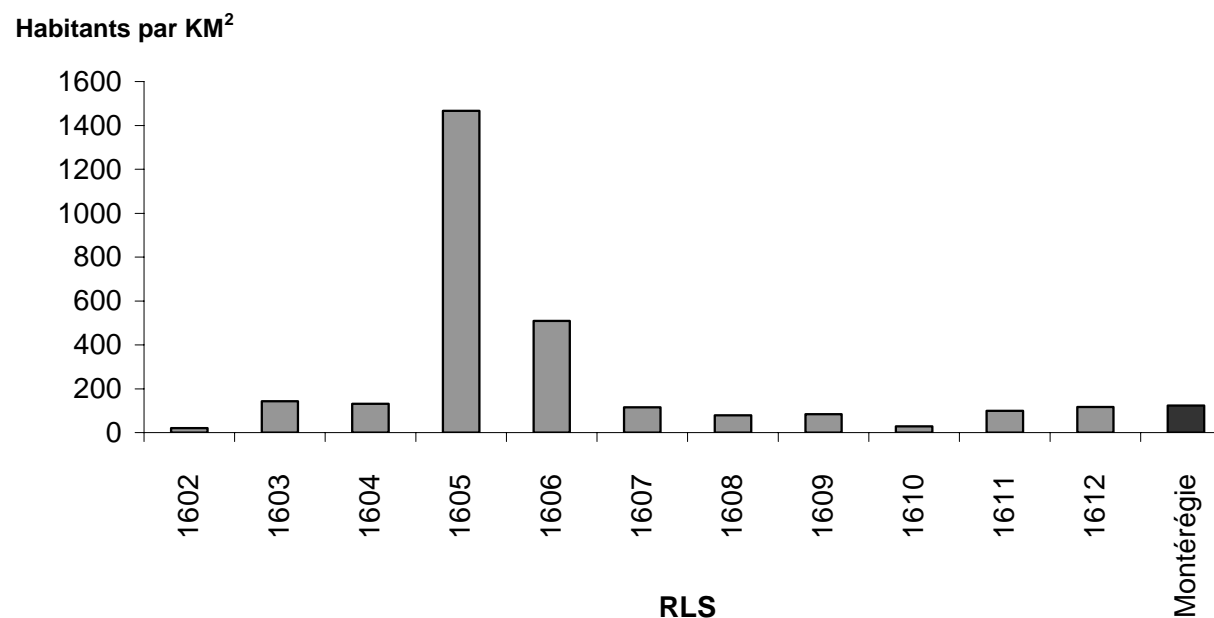


Tableau 5 : Indice de défavorisation et variabilité (centile)

#	RLS de Montréal	Indice de défavorisation		Coefficients de variation		Classification
		matérielle	sociale	matérielle	sociale	Indice de déf.
1602	RLS du Haut-St-Laurent	70,16	42,42	1,01	1,06	favorisés soc.
1603	RLS du Suroît	57,52	57,59	1,05	1,07	défavorisés
1604	RLS Jardins-Roussillon	44,05	40,24	1,12	1,17	favorisés
1605	RLS Champlain	37,79	44,33	1,20	1,22	favorisés
1606	RLS Pierre-Boucher	38,32	51,64	1,26	1,18	favorisés
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	49,41	48,53	1,10	1,14	favorisés
1608	RLS Richelieu-Yamaska	40,84	43,89	1,18	1,18	favorisés
1609	RLS de Sorel-Tracy	60,27	47,34	1,08	1,13	favorisés soc.
1610	RLS La Pommeraie	56,91	50,14	1,04	1,09	favorisés soc.
1611	RLS de la Haute-Yamaska	49,03	53,15	1,11	1,14	favorisés
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	33,41	40,5	1,18	1,17	favorisés
Moyenne des RLS de la Montérégie		48,9	47,3	-	-	
Médiane des RLS de Montréal et Montérégie		49,41	53,15	-	-	

Figure 4 : Indice de défavorisation (centile) par RLS de la Montérégie

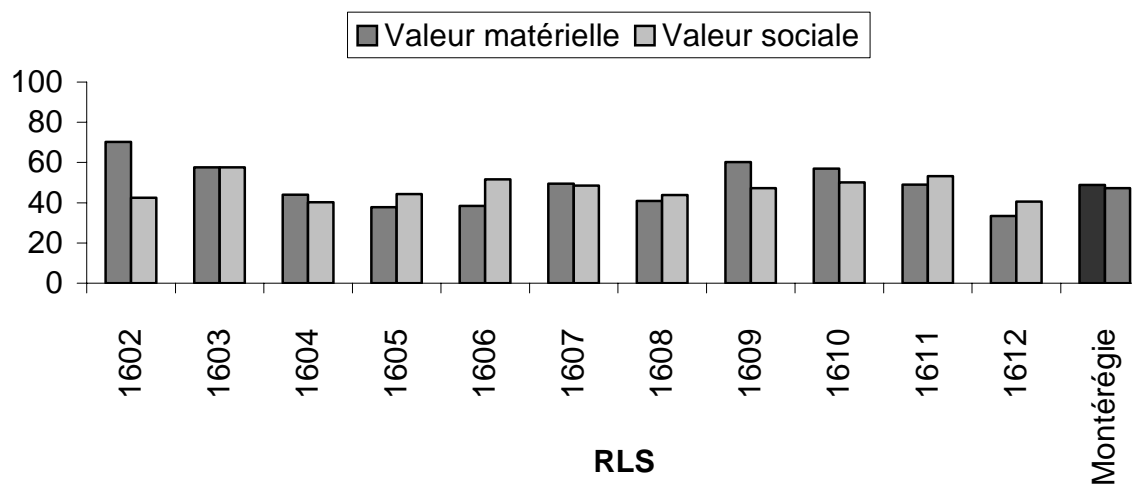
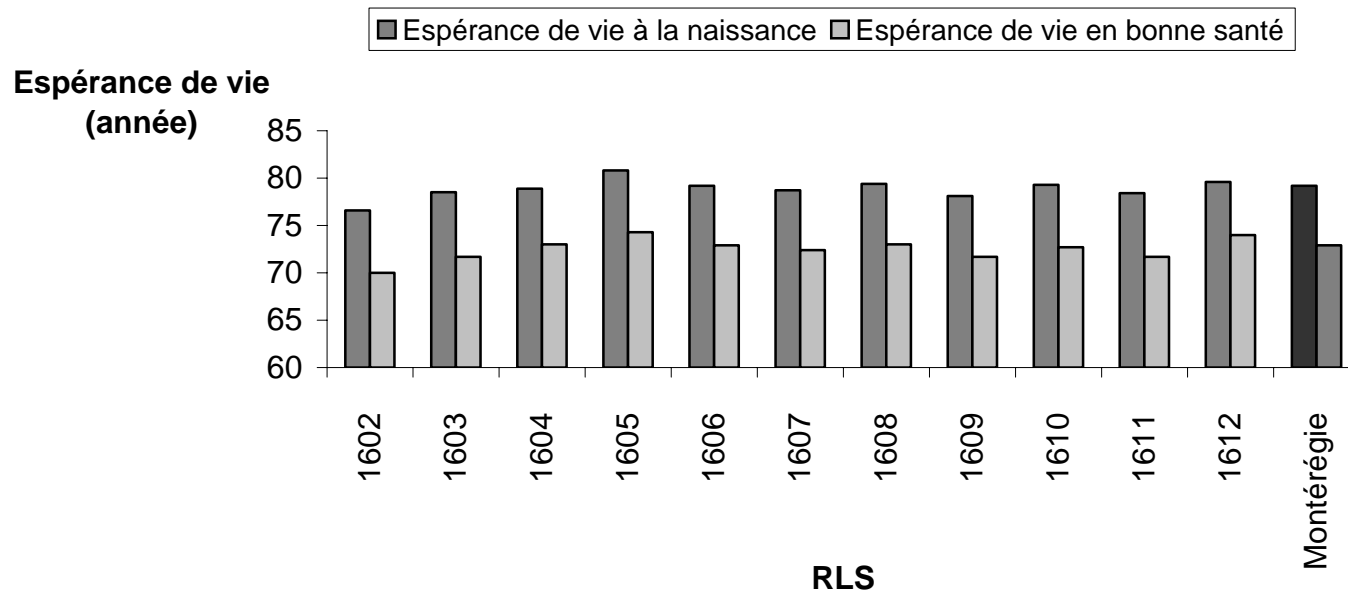


Tableau 6 : Espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé

#	RLS de la Montérégie	À la naissance (en année)	En bonne santé (en année)
1602	RLS du Haut-St-Laurent	76,6	70
1603	RLS du Suroît	78,5	71,7
1604	RLS Jardins-Roussillon	78,9	73
1605	RLS Champlain	80,8	74,3
1606	RLS Pierre-Boucher	79,2	72,9
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	78,7	72,4
1608	RLS Richelieu-Yamaska	79,4	73
1609	RLS de Sorel-Tracy	78,1	71,7
1610	RLS La Pommeraie	79,3	72,7
1611	RLS de la Haute-Yamaska	78,4	71,7
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	79,6	74
Espérance de vie en Montérégie		79,2	72,9

Figure 5 : Espérance de vie par RLS de la Montérégie



2. Caractéristiques des ressources

Tableau 7 : Nombre d'hôpitaux spécialisés et non spécialisés par RLS de la Montérégie

#	RLS de la Montérégie	Hôpitaux spécialisés	Hôpitaux non spécialisés
1602	RLS du Haut-St-Laurent	0	1
1603	RLS du Suroît	0	1
1604	RLS Jardins-Roussillon	0	2
1605	RLS Champlain	1	0
1606	RLS Pierre-Boucher	0	1
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	0	1
1608	RLS Richelieu-Yamaska	0	2
1609	RLS de Sorel-Tracy	0	1
1610	RLS La Pommeraie	0	1
1611	RLS de la Haute-Yamaska	0	1
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	0	0
Nombre d'hôpitaux en Montérégie		1	11
Moyenne d'hôpitaux par RLS de la Montérégie		0,1	1

Tableau 8 : Nombre de cliniques de 1^{ère} ligne par Km² par RLS de la Montérégie

#	RLS de la Montérégie	Nombre total de cliniques	Nombre de cliniques par Km ²
1602	RLS du Haut-St-Laurent	5	0,00
1603	RLS du Suroît	10	0,03
1604	RLS Jardins-Roussillon	26	0,02
1605	RLS Champlain	38	0,30
1606	RLS Pierre-Boucher	44	0,10
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	28	0,02
1608	RLS Richelieu-Yamaska	32	0,01
1609	RLS de Sorel-Tracy	8	0,01
1610	RLS La Pommeraie	10	0,01
1611	RLS de la Haute-Yamaska	12	0,01
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	12	0,01
Nombre de cliniques en Montérégie		225	-
Moyenne par RLS de la Montérégie		20,5	

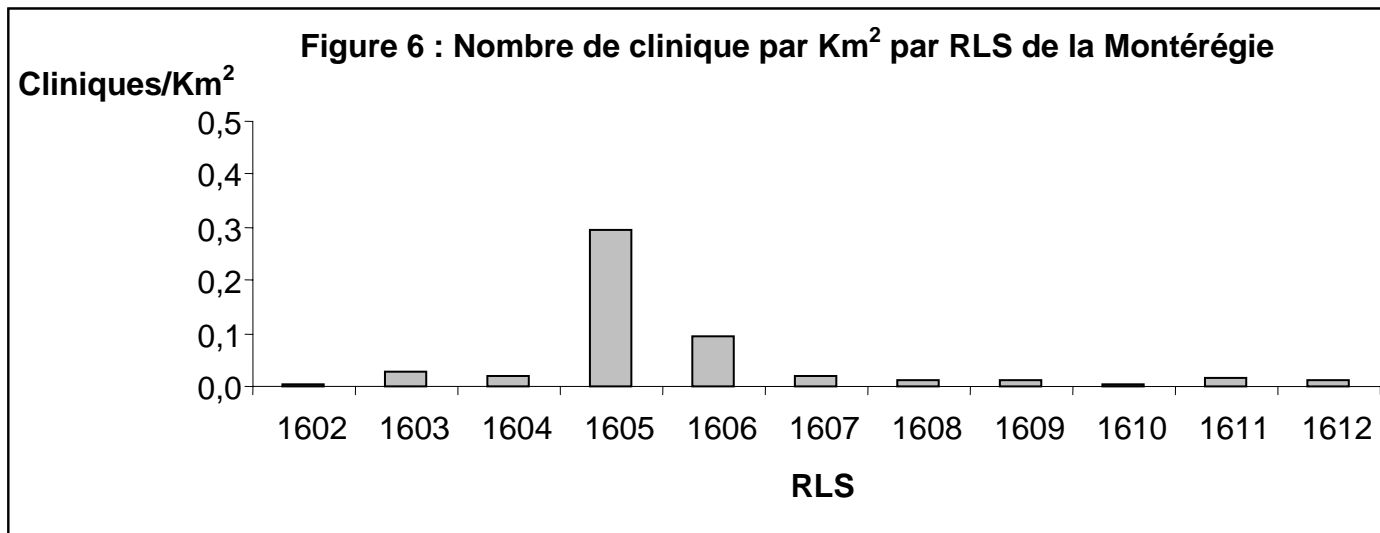


Tableau 9 : Nombre et ratio de lits par RLS de la Montérégie

#	RLS de la Montérégie	Lits soins de courte durée	
		Nombre	Ratio/1000 h.
1602	RLS du Haut-St-Laurent	42	1,7
1603	RLS du Suroît	175	3,2
1604	RLS Jardins-Roussillon	201	1,1
1605	RLS Champlain	335	1,8
1606	RLS Pierre-Boucher	295	1,3
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	267	1,7
1608	RLS Richelieu-Yamaska	202	1,1
1609	RLS de Sorel-Tracy	134	2,6
1610	RLS La Pommeraie	79	1,6
1611	RLS de la Haute-Yamaska	112	1,3
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	0	0
Ratio des lits en Montérégie		1842	1,4
Moyenne par RLS de la Montérégie		167	-

Figure 7 : Ratio par 1000 h. de lits soins de courte durée de la Montérégie

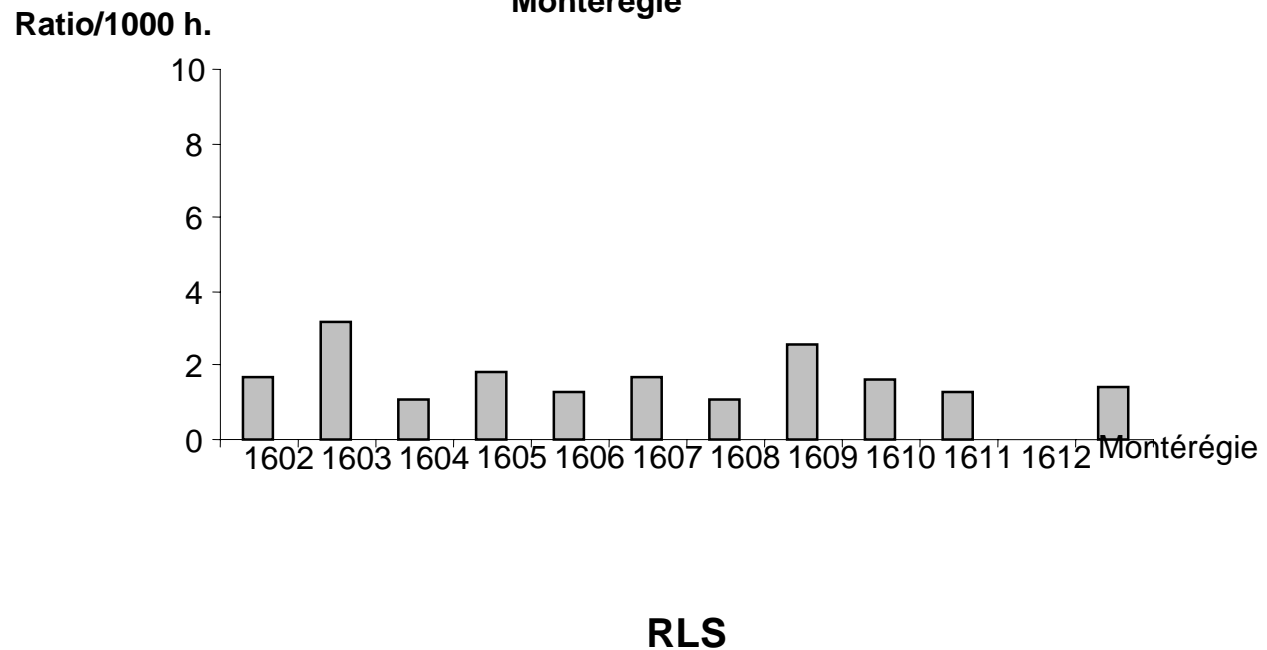


Tableau 10 : Nombre et ratio de médecins par RLS de la Montérégie

#	RLS de la Montérégie	Médecins omnipraticiens		Médecins spécialistes	
		Nombre	Ratio/1000 h.	Nombre	Ratio/1000 h.
1602	RLS du Haut-St-Laurent	18	0,7	4	0,2
1603	RLS du Suroît	65	1,2	65	1,2
1604	RLS Jardins-Roussillon	119	0,7	69	0,4
1605	RLS Champlain	168	0,9	209	1,1
1606	RLS Pierre-Boucher	208	0,9	142	0,6
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	132	0,9	97	0,6
1608	RLS Richelieu-Yamaska	162	0,8	80	0,4
1609	RLS de Sorel-Tracy	45	0,9	44	0,9
1610	RLS La Pommeraie	62	1,2	25	0,5
1611	RLS de la Haute-Yamaska	75	0,9	62	0,7
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	45	0,4	7	0,1
Nombre et ratio de médecins en Montérégie		1099	0,8	804	0,4
Moyenne par RLS de la Montérégie		100	-	73,1	-

Figure 8 : Ratio d'omnipraticiens et de spécialistes par 1000 h. en Montérégie

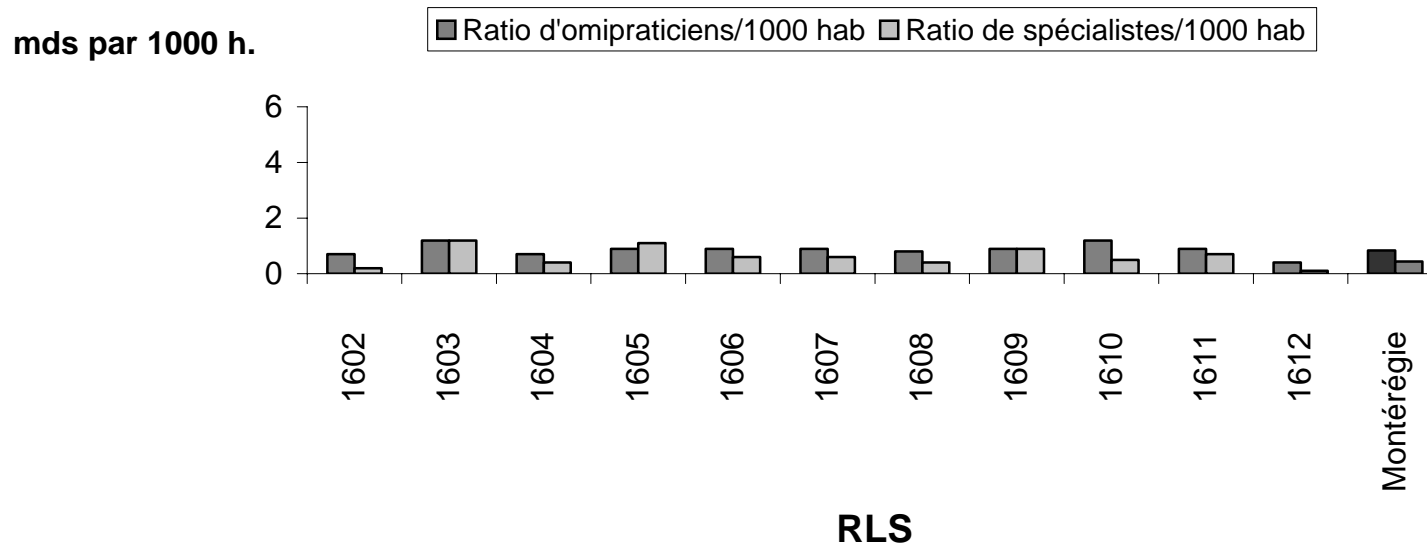
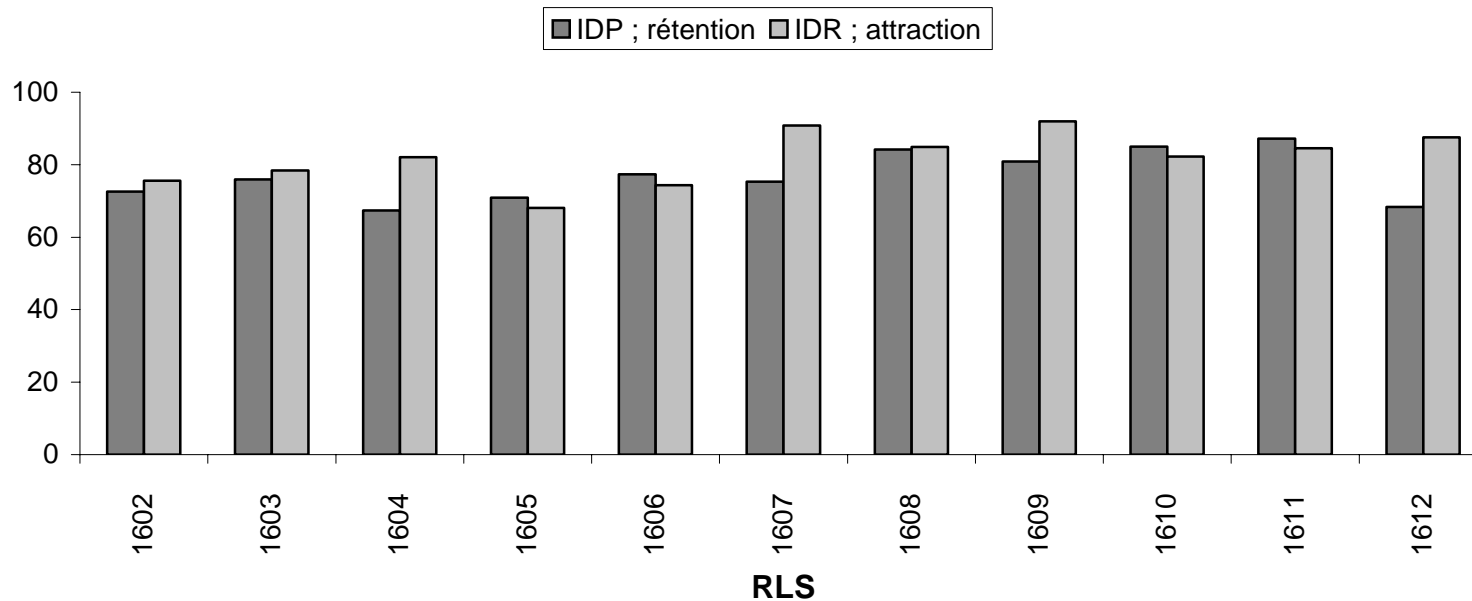


Tableau 11 : IDP : rétention et IDR : attraction par RLS de la Montérégie

#	RLS de la Montérégie	IDP; rétention	IDR ;attraction
1602	RLS du Haut-St-Laurent	72,6	75,6
1603	RLS du Suroît	75,9	78,4
1604	RLS Jardins-Roussillon	67,4	82,1
1605	RLS Champlain	70,9	68,1
1606	RLS Pierre-Boucher	77,3	74,3
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	75,3	90,8
1608	RLS Richelieu-Yamaska	84,2	84,9
1609	RLS de Sorel-Tracy	80,9	92
1610	RLS La Pommeraie	85	82,3
1611	RLS de la Haute-Yamaska	87,2	84,6
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	68,3	87,6
Moyenne des indices par RLS de la Montérégie		76,8	81,9

Figure 9 : IDP:rétention et IDR:attraction par RLS de la Montérégie

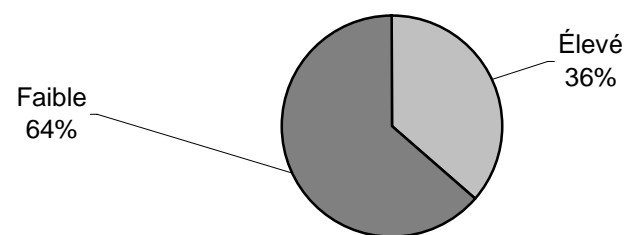


3. Caractéristiques des collaborations cliniques

Tableau 12 : Collaborations entre les services médicaux de 1^{re} ligne d'un même territoire de RLS et entre ces mêmes services et les hôpitaux par RLS de la Montérégie

#	RLS de Montréal	Collaboration
1602	RLS du Haut-St-Laurent	Élevée
1603	RLS du Suroît	Élevée
1604	RLS Jardins-Roussillon	Faible
1605	RLS Champlain	Faible
1606	RLS Pierre-Boucher	Faible
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	Faible
1608	RLS Richelieu-Yamaska	Faible
1609	RLS de Sorel-Tracy	Faible
1610	RLS La Pommeraie	Élevée
1611	RLS de la Haute-Yamaska	Élevée
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	Faible

Figure 10 : Collaborations entre les services médicaux de 1^{re} ligne en Montérégie



ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SUR LES COLLABORATIONS CLINIQUES



L'accessibilité et la continuité des services de santé

Une étude sur la première ligne au Québec

Questionnaire sur les collaborations entre les
services médicaux de première ligne et les hôpitaux

Nom X
Adresse

Identification du gestionnaire du CSSS répondant au questionnaire (si différent de X)

Nom :

Prénom :

Adresse courriel :

Fonction (ou titre):

Date de l'entrevue téléphonique :/...../.....
jour mois année

CONSIGNES

QUEL EST L'OBJECTIF VISÉ PAR CE QUESTIONNAIRE?

Ce questionnaire vise principalement à documenter les collaborations cliniques entre les services médicaux de première ligne et entre ces derniers et les hôpitaux. L'équipe de recherche s'intéresse à la situation prévalant avant la création des réseaux locaux de services (RLS), soit l'**année 2004**.

Par **services médicaux de première ligne**, nous entendons les cabinets de médecin, les polycliniques, les groupes de médecine de famille, les unités de médecine familiale et les CLSC qui offrent des services médicaux généraux.

Par **hôpital**, nous entendons un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Nous vous demandons de considérer les hôpitaux généraux, les hôpitaux à vocation unique (par ex. cardiologie, psychiatrie) et les hôpitaux ayant une vocation universitaire (par ex. un centre hospitalier universitaire, un centre affilié universitaire, un institut). **Sont exclus les hôpitaux pédiatriques.**

QUI DOIT RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE?

Vous-même ou un gestionnaire de votre CSSS peut répondre à ce questionnaire. Le répondant doit avoir une bonne connaissance et une vision d'ensemble des collaborations cliniques avant la création de votre RLS, soit en **2004**.

COMMENT RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE?

Par une entrevue téléphonique de **20 minutes** à la date et à l'heure qui vous conviendra.

Cette entrevue téléphonique se fera avec un chercheur de l'équipe de recherche. Celui-ci contactera votre secrétaire dans les prochains jours pour fixer le moment de l'entrevue téléphonique ou, le cas échéant, connaître le répondant que vous aurez désigné.

Une prélecture du questionnaire est suggérée de manière à disposer de l'ensemble des informations demandées au moment de l'entrevue.

Pour toute information additionnelle dont vous pourriez avoir besoin, n'hésitez pas à contacter _____.

L'utilisation en tout ou en partie de ce questionnaire n'est pas permise sans l'autorisation des auteurs.

SECTION A : COLLABORATIONS CLINIQUES À L'INTÉRIEUR DE VOTRE TERRITOIRE DE RLS

1. Collaborations entre les services médicaux de 1^{re} ligne de votre territoire.

Veillez indiquer si le niveau de collaboration entre les services médicaux de 1^{re} ligne de votre territoire de RLS était, en 2004, élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou faible.

Votre jugement doit se baser sur les collaborations cliniques pour planifier l'offre de services médicaux de 1^{re} ligne et pour assurer aux médecins des services de 1^{re} ligne l'accès rapide à de l'information clinique et aux plateaux techniques.

	Élevé	Plutôt élevé	Plutôt faible	Faible
Niveau global de collaboration entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne de votre territoire avant la création du RLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situation 1 : un hôpital sur le territoire de CSSS

2. Collaborations entre les services médicaux de 1^{re} ligne et l'hôpital de votre territoire.

Veillez indiquer, pour chacun des objectifs de collaboration et globalement, si le niveau de collaboration entre les services médicaux de 1^{re} ligne et l'hôpital de votre territoire était, en 2004, élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou faible.

Objectifs visés par les collaborations	Élevé	Plutôt élevé	Plutôt faible	Faible
a) Faciliter aux médecins des services médicaux de 1 ^{re} ligne l'accès aux plateaux techniques diagnostiques et/ou à la consultation auprès des médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faciliter aux médecins des services médicaux de 1 ^{re} ligne l'accès rapide (via RTSS ou autre) à de l'information clinique tels les résultats d'examens diagnostiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Assurer le suivi de patients hospitalisés ou vus en spécialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau global de collaboration entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne et l'hôpital de votre territoire avant la création du RLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

3. Diriez-vous que des établissements de votre territoire de RLS (hôpital et/ou services médicaux de 1^{re} ligne) démontraient un **leadership** particulier pour initier des collaborations cliniques en 2004?

Oui Non

Si oui, précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

Situation 2 : plus d'un hôpital sur le territoire de CSSS

2. Collaborations entre les services médicaux de 1^{re} ligne et les hôpitaux de votre territoire.

Veillez indiquer, pour chacun des objectifs de collaboration et globalement, si le niveau de collaboration entre les services médicaux de 1^{re} ligne et les hôpitaux de votre territoire était, en 2004, élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou faible.

Objectifs visés par les collaborations	Élevé	Plutôt élevé	Plutôt faible	Faible
a) Faciliter aux médecins des services médicaux de 1 ^{re} ligne l'accès aux plateaux techniques diagnostiques et/ou à la consultation auprès des médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faciliter aux médecins des services médicaux de 1 ^{re} ligne l'accès rapide (via RTSS ou autre) à de l'information clinique tels les résultats d'examens diagnostiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Assurer le suivi de patients hospitalisés ou vus en spécialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau global de collaboration entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne et les hôpitaux de votre territoire avant la création du RLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Avec quels hôpitaux de votre territoire, ces collaborations cliniques étaient-elles les plus importantes en 2004?

Identification des hôpitaux :

.....
.....
.....
.....

4. Diriez-vous que des établissements de votre territoire de RLS (hôpital et/ou services médicaux de 1^{re} ligne) démontraient un **leadership** particulier pour initier des collaborations cliniques en 2004?

Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SECTION B : COLLABORATIONS CLINIQUES AVEC DES HÔPITAUX SITUÉS À L'EXTÉRIEUR DE VOTRE TERRITOIRE DE RLS

1. Collaborations entre les services médicaux de 1^{re} ligne et des hôpitaux de l'extérieur de votre territoire.

Veillez indiquer, pour chacun des objectifs de collaboration et globalement, si le niveau de collaboration entre les services médicaux de 1^{re} ligne de votre territoire de RLS et des hôpitaux de l'extérieur de votre territoire de RLS était, **en 2004**, élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou faible.

Objectifs visés par les collaborations	Élevé	Plutôt élevé	Plutôt faible	Faible
a) Faciliter aux médecins des services médicaux de 1 ^{re} ligne l'accès aux plateaux techniques diagnostiques et/ou à la consultation auprès des médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faciliter aux médecins des services médicaux de 1 ^{re} ligne l'accès rapide (via RTSS ou autre) à de l'information clinique tels les résultats d'examens diagnostiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Assurer le suivi de patients hospitalisés ou vus en spécialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau global de collaboration entre les services médicaux de 1^{re} ligne et des hôpitaux hors territoire avant la création du RLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Avec quels hôpitaux hors territoire, ces collaborations cliniques étaient-elles les plus importantes en 2004?

Identification des hôpitaux :

.....
.....
.....
.....

3. Parmi ces hôpitaux hors territoire et les services médicaux 1^{re} ligne de votre territoire de RLS, diriez-vous que certains de ces établissements démontraient un **leadership** particulier pour initier des collaborations cliniques?

Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

SECTION C : RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

1. Depuis quand l'équipe complète de direction de votre CSSS est-elle en place?

...../...../.....
jour mois année

2. Avant la création officielle de votre CSSS, y avait-il des établissements qui étaient déjà fusionnés administrativement?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer quels établissements ont été fusionnés ainsi que l'année de la fusion.

a) Fusion 1 :

Établissements impliqués :

.....

Année de la fusion :

b) Fusion 2 :

Établissements impliqués :

.....

Année de la fusion :

c) Fusion 3 :

Établissements impliqués :

.....

Année de la fusion :

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE PRÉCIEUSE PARTICIPATION!

**ANNEXE 3 : DONNÉES DESCRIPTIVES DES VARIABLES
RETENUES POUR L'ANALYSE DE REGROUPEMENT**

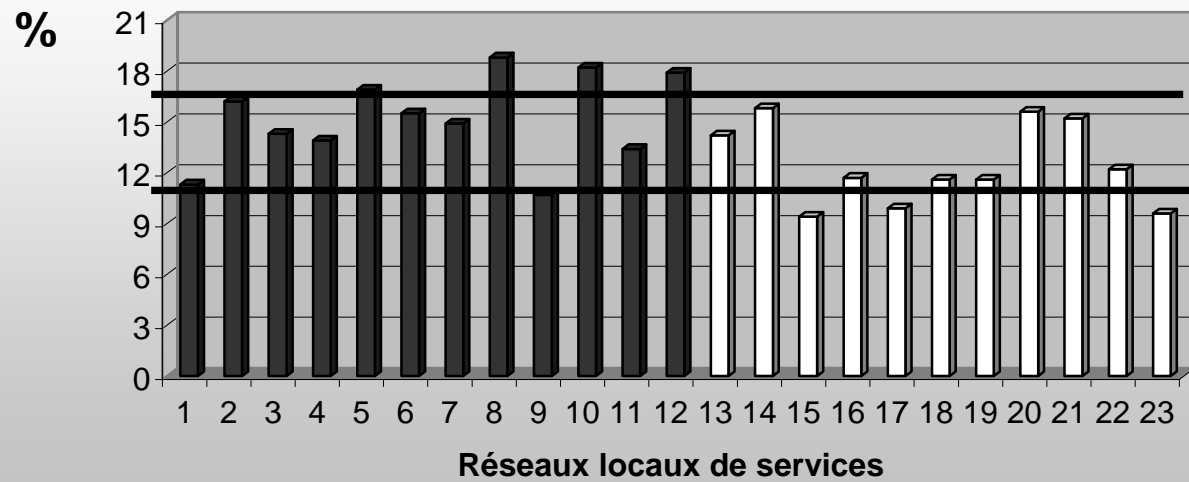
A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Tableau 1 : Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus par RLS de Montréal et de la Montérégie

N=23		
Moyenne	13,9	
Médiane	14,2	
Écart-type	2,8	
Valeur minimale	9,4	
Valeur maximale	18,8	
Percentiles	25 %	11,6
	33 %	11,7
	50 %	14,2
	66 %	15,5
	75 %	15,8

#	RLS	%	Percentile	Proposition de catégories
1604	CSSS Jardins-Roussillon	9,4	4,35	En deçà de la moyenne $\mu - \sigma$ (n=4)
1612	CSSS Vaudreuil-Soulange	9,6	8,70	
1606	CSSS Pierre-Boucher	9,9	13,04	
609	CSSS Jeanne-Mance	10,7	17,39	
601	CSSS de l'Ouest de l'Île	11,3	21,74	Autour de la moyenne μ (n=15)
1607	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	11,6	26,09	
1608	CSSS Richelieu-Yamaska	11,6	30,43	
1605	CSSS Champlain	11,7	34,78	
1611	CSSS de la Haute-Yamaska	12,2	39,13	
612	CSSS Au cœur de l'Île	13,4	43,48	
604	CSSS De la Pointe de l'Île	13,9	47,83	
1602	CSSS du Haut-St-Laurent	14,2	52,17	
603	CSSS Sud-Ouest/Verdun	14,3	56,52	
607	CSSS de la Montagne	14,9	60,87	
1610	CSSS La Pommeraie	15,2	65,22	
606	CSSS St-Léonard/St-Michel	15,5	69,57	
1609	CSSS de Sorel-Tracy	15,6	73,91	
1603	CSSS du Suroît	15,8	78,26	
602	CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine	16,2	82,61	
605	CSSS Lucille-Teasdale	16,9	86,96	Au delà de la moyenne $\mu + \sigma$ (n=4)
613	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	17,9	91,30	
611	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	18,2	95,65	
608	CSSS Cavendish	18,8	100	
	Montréal	15,0		
	Montérégie	11,4		

Figure 1 : Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus par RLS de Montréal et de la Montérégie



Légende

Montréal

- 1 Ouest de l'île
- 2 Lasalle-Vieux Lachine
- 3 Sud-Ouest/Verdun
- 4 Pointe-de-l'Île
- 5 Lucille-Teadales
- 6 St-Léonard-St-Michel

- 7 de la Montagne
- 8 Cavendish
- 9 Jeanne-Mance
- 10 Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
- 11 Au cœur de l'île
- 12 Ahuntsic-Montréal-Nord

Montérégie

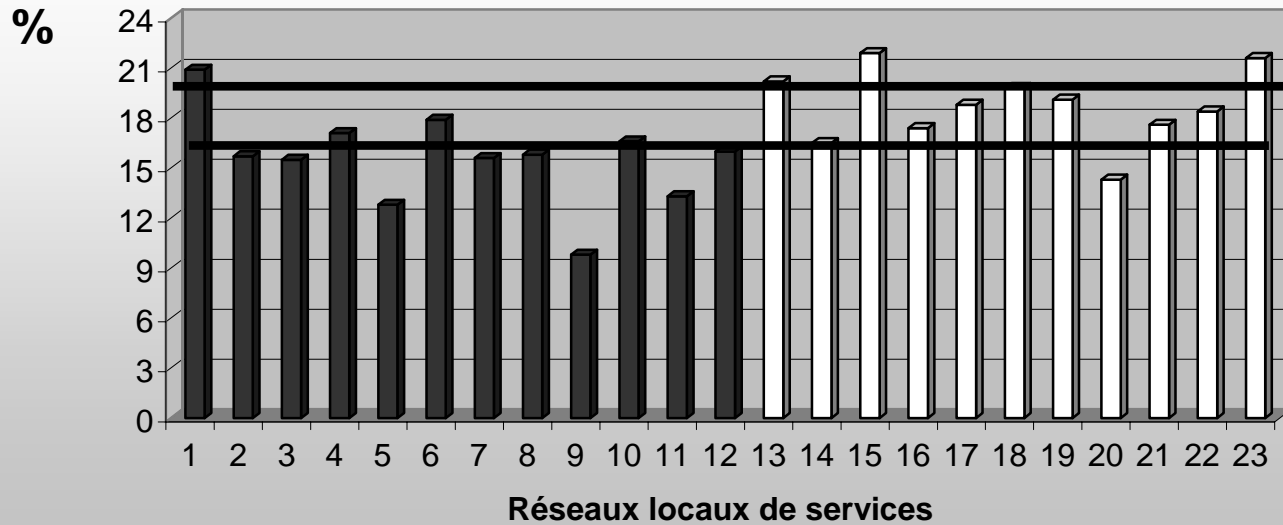
- 13 Haut-St-Laurent
- 14 Suroît
- 15 Jardins-Roussillon
- 16 Champlain
- 17 Pierre-Boucher
- 18 Haut-Richelieu/Rouville
- 19 Richelieu-Yamaska
- 20 Sorel-Tracy
- 21 La Pommeraie
- 22 Haute-Yamaska
- 23 Vaudreuil-Soulange

Tableau 2 : Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans par RLS de Montréal et de la Montérégie

(n=23)		
Moyenne	17,1	
Médiane	17,1	
Écart-type	2,9	
Valeur minimale	9,8	
Valeur maximale	21,9	
Percentiles	25 %	15,6
	33 %	15,8
	50 %	17,1
	66 %	18,4
	75 %	19,1

#	RLS	%	Percentiles	Proposition de catégories
609	CSSS Jeanne-Mance	9,8	4,35	En deçà de la moyenne $\mu - \sigma$ (n=3)
605	CSSS Lucille-Teasdale	12,8	8,70	
612	CSSS Au cœur de l'Île	13,3	13,04	
1609	CSSS de Sorel-Tracy	14,3	17,39	Autour de la moyenne μ (n=16)
603	CSSS Sud-Ouest/Verdun	15,5	21,74	
607	CSSS de la Montagne	15,6	26,09	
602	CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine	15,7	30,43	
608	CSSS Cavendish	15,8	34,78	
613	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	16	39,13	
1603	CSSS du Suroît	16,5	43,48	
611	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	16,6	47,83	
604	CSSS De la Pointe de l'Île	17,1	52,17	
1605	CSSS Champlain	17,4	56,52	
1610	CSSS La Pommeraie	17,6	60,87	
606	CSSS St-Léonard/St-Michel	17,9	65,22	
1611	CSSS de la Haute-Yamaska	18,4	69,57	
1606	CSSS Pierre-Boucher	18,8	73,91	
1608	CSSS Richelieu-Yamaska	19,1	78,26	
1607	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	19,8	82,61	
1602	CSSS Haut-St-Laurent			Au-delà de la moyenne $\mu + \sigma$ (n=4)
601	CSSS de l'Ouest de l'Île	20,9	91,30	
1612	CSSS Vaudreuil-Soulange	21,6	95,65	
1604	CSSS Jardins-Roussillon	21,9	100	
	Montréal	15,8		
	Montérégie	19,1		

Figure 2 : Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans par RLS de Montréal et de la Montérégie



Légende

Montréal

- 1 Ouest de l'île
- 2 Lasalle-Vieux Lachine
- 3 Sud-Ouest/Verdun
- 4 Pointe-de-l'Île
- 5 Lucille-Teadale
- 6 St-Léonard-St-Michel

- 7 de la Montagne
- 8 Cavendish
- 9 Jeanne-Mance
- 10 Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
- 11 Au cœur de l'île
- 12 Ahuntsic-Montréal-Nord

Montérégie

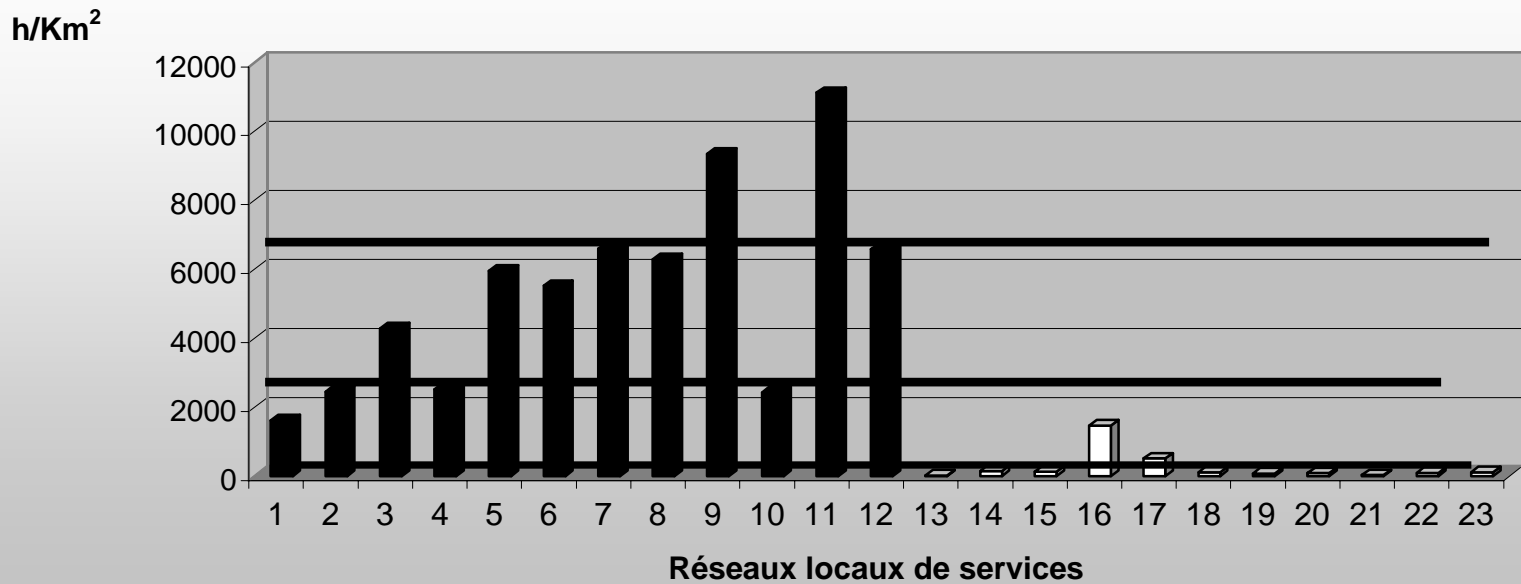
- 13 Haut-St-Laurent
- 14 Suroît
- 15 Jardins-Roussillon
- 16 Champlain
- 17 Pierre-Boucher
- 18 Haut-Richelieu/Rouville
- 19 Richelieu-Yamaska
- 20 Sorel-Tracy
- 21 La Pommeraie
- 22 Haute-Yamaska
- 23 Vaudreuil-Soulange

Tableau 3 : Densité de population (habitants/Km2) par RLS de Montréal et de la Montérégie

(n=23)		
Moyenne	2 934	
Médiane	1 621	
Écart-type	3 350	
Valeur minimale	21	
Valeur maximale	11 120	
Percentiles	25 %	116
	33 %	132
	50 %	1 621
	66 %	4 284
	75 %	5 951

#	RLS	h/Km ²	Percentiles	Proposition de catégories
1602	CSSS du Haut-St-Laurent	21	4,35	Très faible < 150 (n=9)
1610	CSSS La Pommeraie	29	8,70	
1608	CSSS Richelieu-Yamaska	78	13,04	
1609	CSSS de Sorel-Tracy	84	17,39	
1611	CSSS de la Haute-Yamaska	99	21,74	
1607	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	116	26,09	
1612	CSSS Vaudreuil-Soulange	117	30,43	
1604	CSSS Jardins-Roussillon	132	34,78	
1603	CSSS du Suroît	143	39,13	
1606	CSSS Pierre-Boucher	509	43,48	Faible Entre 500 et 2520 (n= 6)
1605	CSSS Champlain	1 466	47,83	
601	CSSS de l'Ouest de l'Île	1 621	52,17	
611	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	2 422	56,52	
602	CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine	2 444	60,87	
604	CSSS De la Pointe de l'Île	2 520	65,22	
603	CSSS Sud-Ouest/Verdun	4 283	69,57	Élevé Entre 4000 et 6600 (n=6)
606	CSSS St-Léonard/St-Michel	5 517	73,91	
605	CSSS Lucille-Teasdale	5 951	78,26	
608	CSSS Cavendish	6 280	82,61	
613	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	6 575	86,96	
607	CSSS de la Montagne	6 600	91,30	
609	CSSS Jeanne-Mance	9 353	95,65	Très élevé > 9350 (n=2)
612	CSSS Au cœur de l'Île	11 120	100	
	Montréal	3 761		
	Montérégie	123,5		

Figure 3 : Densité de population (habitants/Km2) par RLS de Montréal et de la Montérégie



Légende

Montréal

- 1 Ouest de l'île
- 2 Lasalle-Vieux Lachine
- 3 Sud-Ouest/Verdun
- 4 Pointe-de-l'Île
- 5 Lucille-Teadaie
- 6 St-Léonard-St-Michel

- 7 de la Montagne
- 8 Cavendish
- 9 Jeanne-Mance
- 10 Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
- 11 Au cœur de l'île
- 12 Ahuntsic-Montréal-Nord

Montérégie

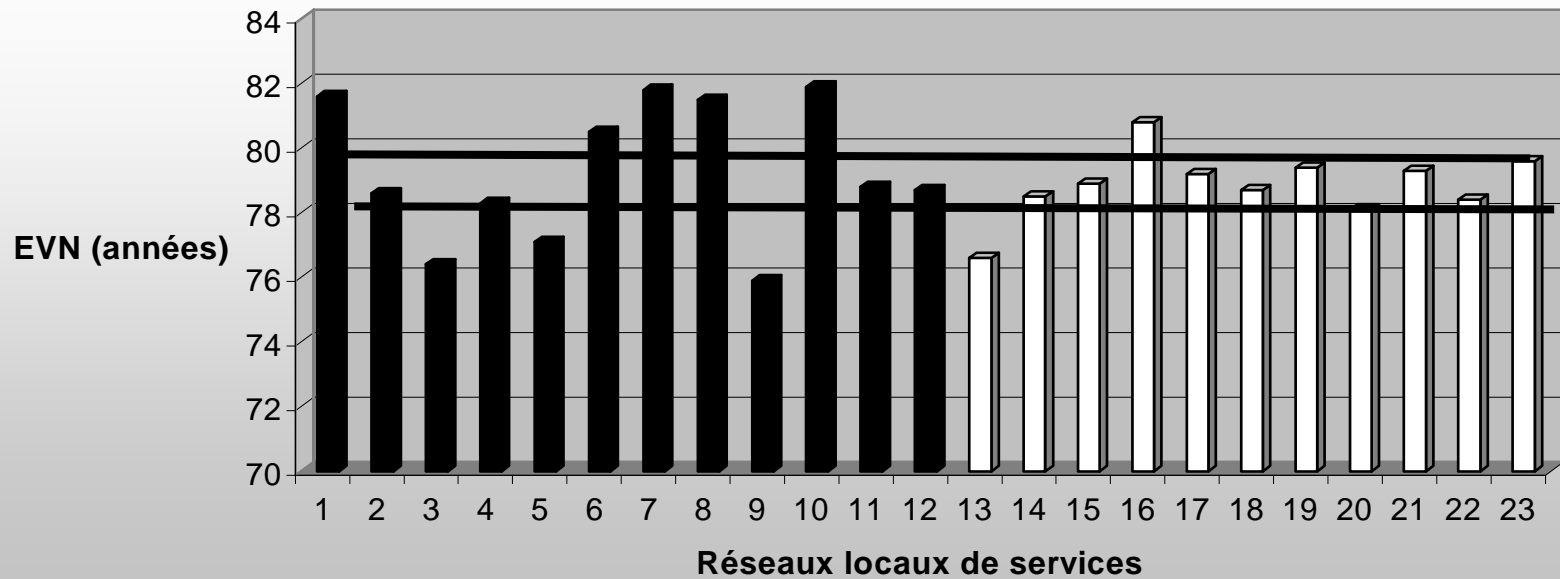
- 13 Haut-St-Laurent
- 14 Suroît
- 15 Jardins-Roussillon
- 16 Champlain
- 17 Pierre-Boucher
- 18 Haut-Richelieu/Rouville
- 19 Richelieu-Yamaska
- 20 Sorel-Tracy
- 21 La Pommeraie
- 22 Haute-Yamaska
- 23 Vaudreuil-Soulange

Tableau 4 : Espérance de vie à la naissance par RLS de Montréal et de la Montérégie

(n=23)		
Moyenne		79,08
Médiane		78,80
Écart-type		1,68
Valeur minimale		75,9
Valeur maximale		81,9
Percentiles	25 %	78,30
	33 %	78,49
	50 %	78,80
	66 %	79,38
	75 %	80,50

#	RLS	Espérance de vie à la naissance (en années)	Percentiles	Proposition de catégories
609	CSSS Jeanne-Mance	75,9	4,35	< 78 (n=4)
603	CSSS Sud-Ouest/Verdun	76,4	8,7	
1602	CSSS du Haut-St-Laurent	76,9	13,04	
605	CSSS Lucille-Teasdale	77,1	17,39	
1609	CSSS de Sorel-Tracy	78,1	21,74	78,79 (n=13)
604	CSSS De la Pointe de l'Île	78,3	26,09	
1611	CSSS de la Haute-Yamaska	78,4	30,43	
1603	CSSS du Suroît	78,5	34,78	
602	CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine	78,6	39,13	
1607	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	78,7	47,83	
613	CSSS Haut-Richelieu/Rouville			
612	CSSS Au cœur de l'Île	78,8	52,17	
1604	CSSS Jardins-Roussillon	78,9	56,52	
1606	CSSS Pierre-Boucher	79,2	60,87	
1610	CSSS La Pommeraie	79,3	65,22	
1608	CSSS Richelieu-Yamaska	79,4	69,57	
1612	CSSS Vaudreuil-Soulange	79,6	73,91	
606	CSSS St-Léonard/St-Michel	80,5	78,26	> 80 (n=6)
1605	CSSS Champlain	80,8	82,61	
608	CSSS Cavendish	81,5	86,96	
601	CSSS de l'Ouest de l'Île	81,6	91,3	
607	CSSS de la Montagne	81,8	95,65	
611	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	81,9	100	
	Montréal	79,3		
	Montérégie	79,2		

Figure 4 : Espérance de vie à la naissance par RLS de Montréal et de la Montérégie



Légende

Montréal

- 1 Ouest de l'île
- 2 Lasalle-Vieux Lachine
- 3 Sud-Ouest/Verdun
- 4 Pointe-de-l'Île
- 5 Lucille-Teadales
- 6 St-Léonard-St-Michel

- 7 de la Montagne
- 8 Cavendish
- 9 Jeanne-Mance
- 10 Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
- 11 Au cœur de l'île
- 12 Ahuntsic-Montréal-Nord

Montérégie

- 13 Haut-St-Laurent
- 14 Suroît
- 15 Jardins-Roussillon
- 16 Champlain
- 17 Pierre-Boucher
- 18 Haut-Richelieu/Rouville
- 19 Richelieu-Yamaska
- 20 Sorel-Tracy
- 21 La Pommeraie
- 22 Haute-Yamaska
- 23 Vaudreuil-Soulange

Tableau 5 : Indices de défavorisation matérielle et sociale par RLS (Centile)

#	Noms des RLS	Valeurs matérielles	Valeurs sociale
Favorisés (n=8)			
601	RLS de l'Ouest de l'Île	21,47	35,41
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	33,41	40,50
1605	RLS Champlain	37,79	44,33
1606	RLS Pierre-Boucher	38,32	51,64
1608	RLS Richelieu-Yamaska	40,84	43,89
1604	RLS Jardins-Roussillon	44,05	40,24
1611	RLS de la Haute-Yamaska	49,03	53,15
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	49,41	48,53
Favorisés matériellement (n=4)			
608	RLS Cavendish	29,27	61,90
609	RLS Jeanne-Mance	37,24	82,81
607	RLS de la Montagne	41,49	61,15
602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	46,47	63,95
Favorisés socialement (n=4)			
611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	49,82	50,98
1610	RLS La Pommeraie	56,91	50,14
1609	RLS de Sorel-Tracy	60,27	47,34
1602	RLS du Haut-St-Laurent	70,16	42,42
Défavorisés (n=7)			
605	RLS Lucille-Teasdale	49,74	82,46
604	RLS De la Pointe de l'Île	51,06	56,46
612	RLS Au cœur de l'Île	54,68	80,06
613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	57,02	70,69
1603	RLS du Suroît	57,52	57,59
602	RLS Sud-Ouest/Verdun	58,24	80,14
606	RLS St-Léonard/St-Michel	73,21	54,63

La distinction entre « favorisé » et « défavorisé » se fait à partir de la médiane de l'indice (*matérielle=49,41* : *sociale = 53,15*).

Figure 5. Distribution des RLS par rapport aux valeurs médianes des indices de défavorisation matérielle et sociale

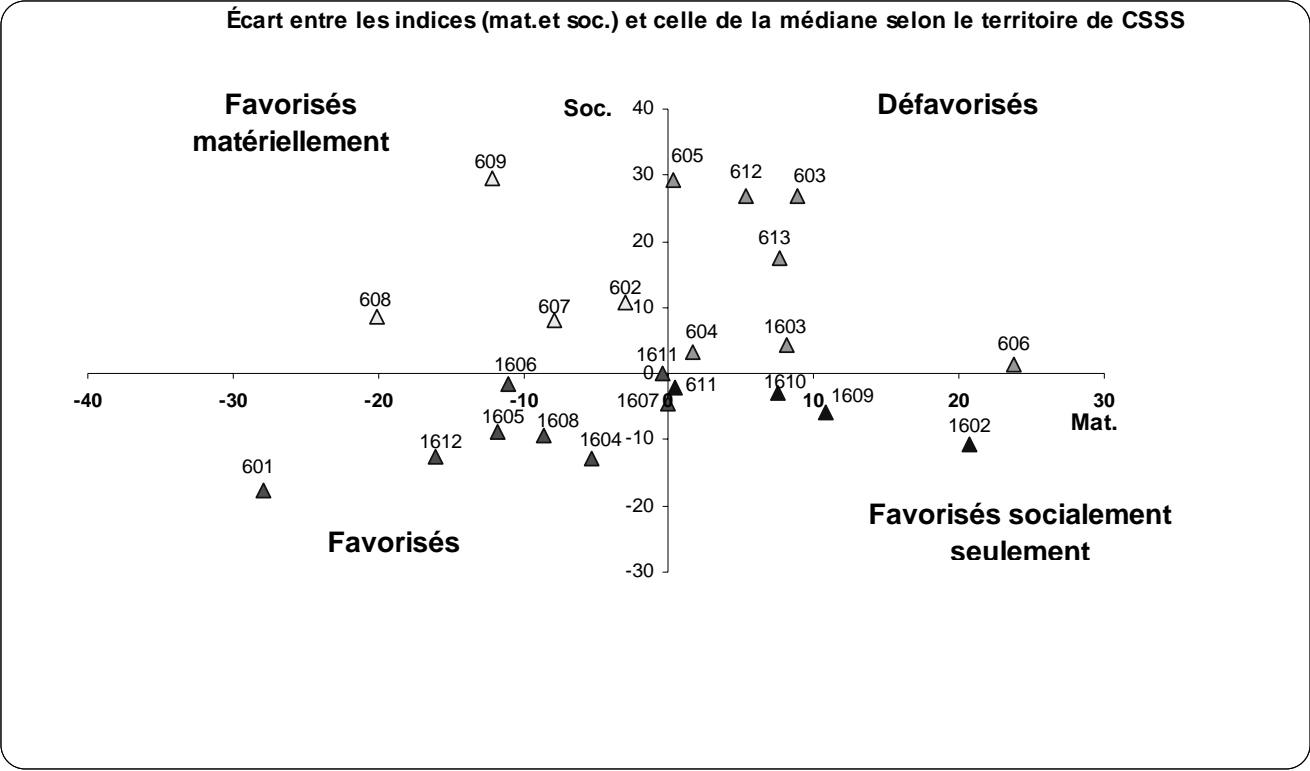


Tableau 6 : Coefficients de variation des indices de défavorisation matérielle et sociale

#	Noms des RLS	Coefficient de variation matérielle	Coefficient de variation sociale
601	RLS de l'Ouest de l'Île	1,32	1,33
602	RLS de Lasalle et du Vieux Lachine	1,16	1,08
603	RLS Sud-Ouest/Verdun	1,14	1,02
604	RLS De la Pointe de l'Île	1,10	1,12
605	RLS Lucille-Teasdale	1,14	1,02
606	RLS St-Léonard/St-Michel	1,04	1,09
607	RLS de la Montagne	1,37	1,09
608	RLS Cavendish	1,36	1,10
609	RLS Jeanne-Mance	1,25	1,02
611	RLS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	1,17	1,12
612	RLS Au cœur de l'Île	1,09	1,01
613	RLS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	1,14	1,05
1602	RLS du Haut-St-Laurent	1,01	1,06
1603	RLS du Suroît	1,05	1,07
1604	RLS Jardins-Roussillon	1,12	1,17
1605	RLS Champlain	1,20	1,22
1606	RLS Pierre-Boucher	1,26	1,18
1607	RLS Haut-Richelieu-Rouville	1,10	1,14
1608	RLS Richelieu-Yamaska	1,18	1,18
1609	RLS de Sorel-Tracy	1,08	1,13
1610	RLS La Pommeraie	1,04	1,09
1611	RLS de la Haute-Yamaska	1,11	1,14
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	1,18	1,17

La distinction entre « homogène » et « hétérogène » se fait à partir de la médiane de l'écart-type (*matériel* = 56,19 : *social* = 60,63).

B. CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES

Tableau 7 : Répartition du score des ressources hospitalières et spécialisées selon les RLS de Montréal et de la Montérégie

(n=23)		
Moyenne	6,57	
Médiane	6	
Écart-type	1,90	
Valeur minimale	4	
Valeur maximale	11	
Percentiles	25 %	6
	33 %	6
	50 %	6
	66 %	7
	75 %	7

#	RLS	Score	Percentiles	Proposition de catégories
0604	CSSS De la Pointe de l'Île	4	17,39	Faible $X \leq 5$ (n=5)
0606	CSSS St-Léonard/St-Michel			
0608	CSSS Cavendish			
1612	CSSS Vaudreuil-Soulange			
0613	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord			
0601	CSSS de l'Ouest de l'Île	6	56,5	Moyen $6 \leq X \leq 7$ (n=13)
0612	CSSS Au cœur de l'Île			
1602	CSSS du Haut-St-Laurent			
1604	CSSS Jardins-Roussillon			
1606	CSSS Pierre-Boucher			
1608	CSSS Richelieu-Yamaska			
1610	CSSS La Pommeraie			
0603	CSSS Sud-Ouest/Verdun	7	78,3	Élevé $X \geq 8$ (n=5)
1603	CSSS du Suroît			
1605	CSSS Champlain			
1607	CSSS Haut-Richelieu-Rouville			
1609	CSSS de Sorel-Tracy			
0602	CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine	8	87,0	Élevé $X \geq 8$ (n=5)
0611	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	10	95,7	
0605	CSSS Lucille-Teasdale			
0609	CSSS Jeanne-Mance			
0607	CSSS de la Montagne	11	100	

Ressources hospitalières et spécialisées

- Score calculé à partir de 4 variables :
 1. Nombre de CHSGS non spécialisés
 2. Nombre de CHSGS spécialisés
 3. Ratios des ETP spécialistes/1000 habitants
 4. Ratios des lits de courte durée/1000 habitants

Tableau 7.1: Distribution des scores pour chacune des variables et le score total

	Variable 1		Variable 2		Variable 3		Variable 4		Score Total
	CH non spécialisés	Score	CH spécialisés	Score	Ratio spécialistes/1000 hab.	Score	Ratio lits SCD/1000 hab.	Score	
Faible	0	1	0	1	0 à 0,5	1	0 à 1,4	1	Min. : 4
Moyen	1	2	1	2	0,6 à 1,5	2	1,5 à 4,9	2	Moy. : 8
Élevé	2	3	2 et +	3	1,6 et +	3	5 et +	3	Max. : 12

Tableau 7.2 : Scores (ressources hospitalières et spécialisées) de chacun des RLS de Montréal et de la Montérégie

	Variable 1		Variable 2		Variable 3		Variable 4		Score total
RLS	Nombre CH non spécialisés	Score CH non spécialisé	Nombre d'hôpitaux spécialisés (sites)	Score CH spécialisées	Ratio md spécialistes/ 1000 habitants	Score médecins spécialistes	Ratio lits SCD/1000 hbts	Score lits soins de courte durée	
601	1	2	0	1	0,6	2	1	1	6
602	2	3	0	1	0,6	2	1,8	2	8
603	1	2	0	1	0,8	2	1,5	2	7
604	0	1	0	1	0,3	1	0	1	4
605	0	1	3	3	2,8	3	5,7	3	10
606	0	1	0	1	0,4	1	0	1	4
607	1	2	6	3	5,8	3	9,2	3	11
608	0	1	0	1	0,4	1	1	1	4
609	0	1	3	3	4	3	7,1	3	10
611	0	1	1	2	1,7	3	3,2	2	8
612	0	1	1	2	0,8	2	1,3	1	6
613	1	2	0	1	0,4	1	0,8	1	5
1602	1	2	0	1	0,2	1	1,7	2	6
1603	1	2	0	1	1,2	2	3,2	2	7
1604	2	3	0	1	0,4	1	1,1	1	6
1605	0	1	1	2	1,1	2	1,8	2	7
1606	1	2	0	1	0,6	2	1,3	1	6
1607	1	2	0	1	0,6	2	1,7	2	7
1608	2	3	0	1	0,4	1	1,1	1	6
1609	1	2	0	1	0,9	2	2,6	2	7
1610	1	2	0	1	0,5	1	1,6	2	6
1611	1	2	0	1	0,7	2	1,3	1	6
1612	0	1	0	1	0,1	1	0	1	4

Figure 7.1 : Ratio lits SCD / 1000 h. par RLS de Montréal et de la Montérégie

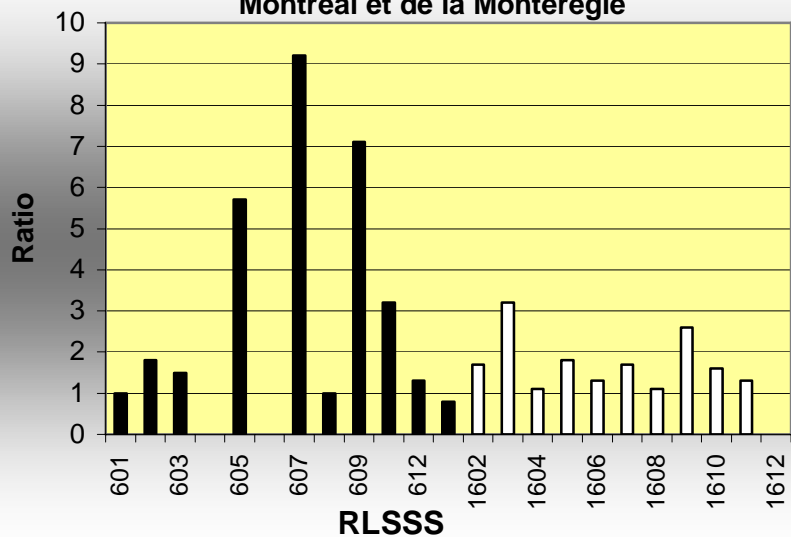


Figure 7.2 : Nombre CH non spécialisés par RLS de Montréal et de la Montérégie

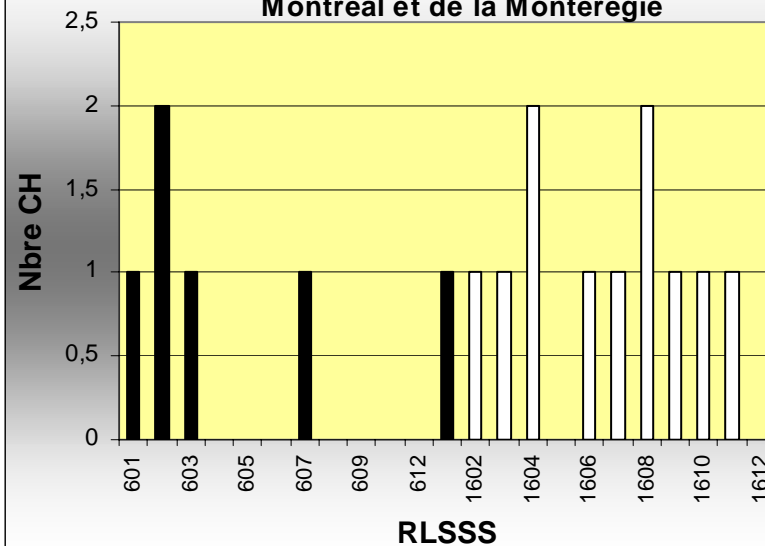


Figure 7.3 : Ratio de spécialistes/1000 h. par RLS de Montréal et de la Montérégie

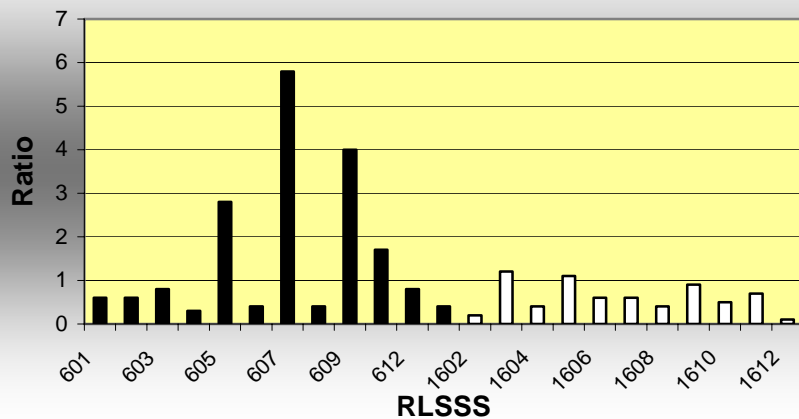


Figure 7.4 : Nombre CH spécialisés par RLS de Montréal et de la Montérégie

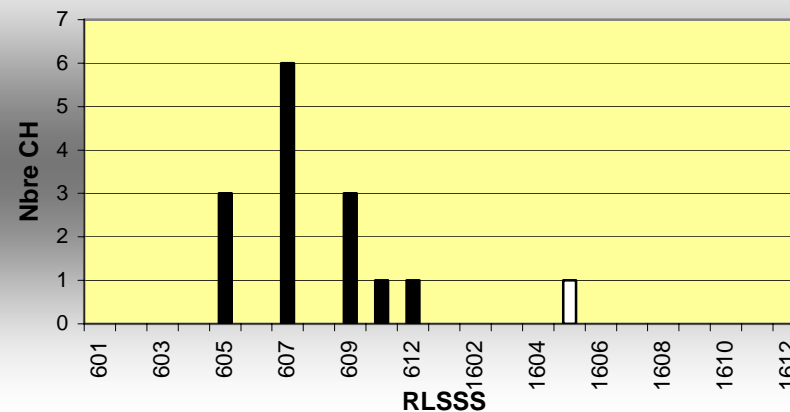
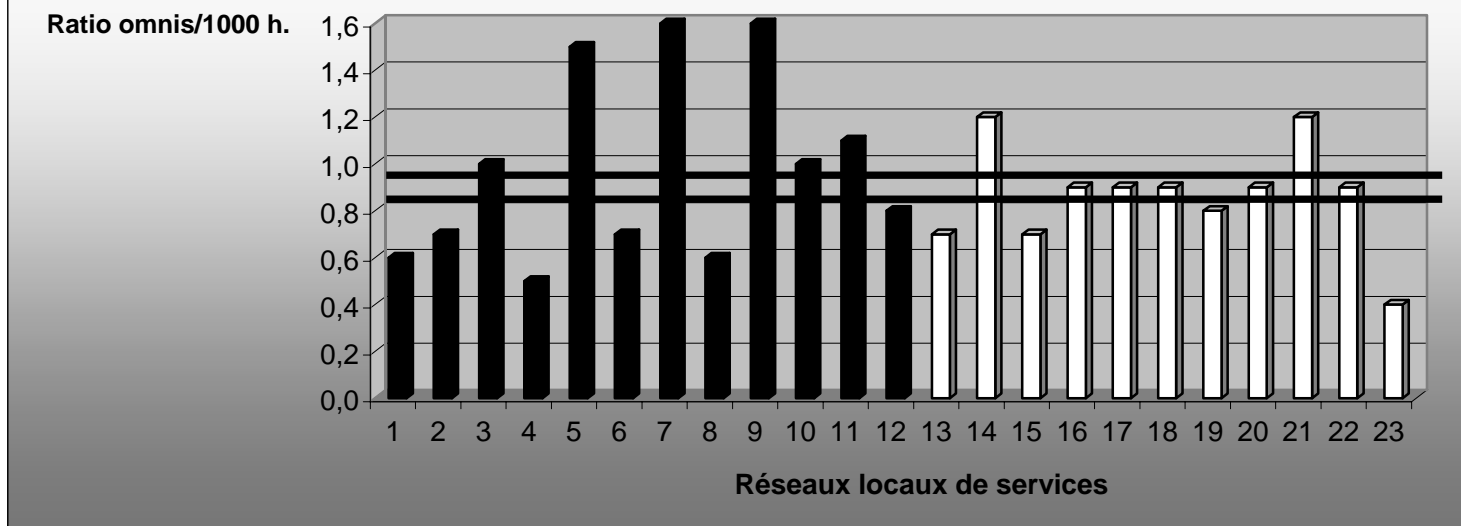


Tableau 8 : Nombre et ratio de médecins omnipraticiens ETP par RLS de Montréal et de la Montérégie

n=23			
	Nombre de médecins omnipraticiens ETP	Ratio/1 000 habitants	
Moyenne	127,57	0,92	
Médiane	119	0,90	
Écart-type	79,03	0,33	
Valeur minimale	18	0,4	
Valeur maximale	367	1,6	
Percentiles	25 %	72	0,70
	33 %	88,99	0,70
	50 %	119	0,90
	66 %	130,00	1,00
	75 %	162	1,10

#	RLS	Ratio/1 000 habitants	Percentiles	Proposition de catégories
1612	CSSS Vaudreuil-Soulange	0,4	4,35	Faible $X < 0,80$ (n=8)
604	CSSS Pointe-de l'île	0,5	8,70	
601	CSSS Ouest de l'île	0,60	13,04	
608	CSSS Cavendish	0,60	17,39	
602	CSSS LaSalle-Vieux-Lachine	0,70	21,74	
606	CSSS St-Léonard/St-Michel	0,70	26,09	
1602	CSSS Haut-St-Laurent	0,70	30,43	
1604	CSSS Jardins-Roussillon	0,70	34,78	
613	CSSS Ahuntsic-Mtl-Nord	0,80	39,13	Moyen $0,80 \leq X \leq 0,90$ (n=7)
1608	CSSS Richelieu-Yamaska	0,80	43,48	
1605	CSSS Champlain	0,90	47,83	
1606	CSSS Pierre-Boucher	0,90	52,17	
1607	CSSS Haut Richelieu-Rouville	0,90	56,52	
1609	CSSS Sorel-Tracy	0,90	60,87	
1611	CSSS Haute-Yamaska	0,90	65,22	
603	CSSS Sud-Ouest/Verdun	1,00	69,57	Élevé $X > 0,90$ (n=8)
611	CSSS Bordeaux-Cartierville St-Laurent	1,00	73,91	
612	CSSS Cœur de l'île	1,10	78,26	
1602	CSSS Suroit	1,20	82,61	
1610	CSSS La Pommeraie	1,20	86,96	
605	CSSS Lucille-Teadale	1,50	91,30	
607	CSSS De la Montagne	1,60	95,65	
609	CSSS Jeanne-Mance	1,60	100	
	Montréal	1,0		
	Montérégie	0,8		

Figure 8 : Ratio omni/1000 h. par RLS de Montréal et de la Montérégie



Légende

Montréal

- 1 Ouest de l'île
- 2 Lasalle-Vieux Lachine
- 3 Sud-Ouest/Verdun
- 4 Pointe-de-l'Île
- 5 Lucille-Teadales
- 6 St-Léonard-St-Michel

- 7 de la Montagne
- 8 Cavendish
- 9 Jeanne-Mance
- 10 Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
- 11 Au cœur de l'île
- 12 Ahuntsic-Montréal-Nord

Montérégie

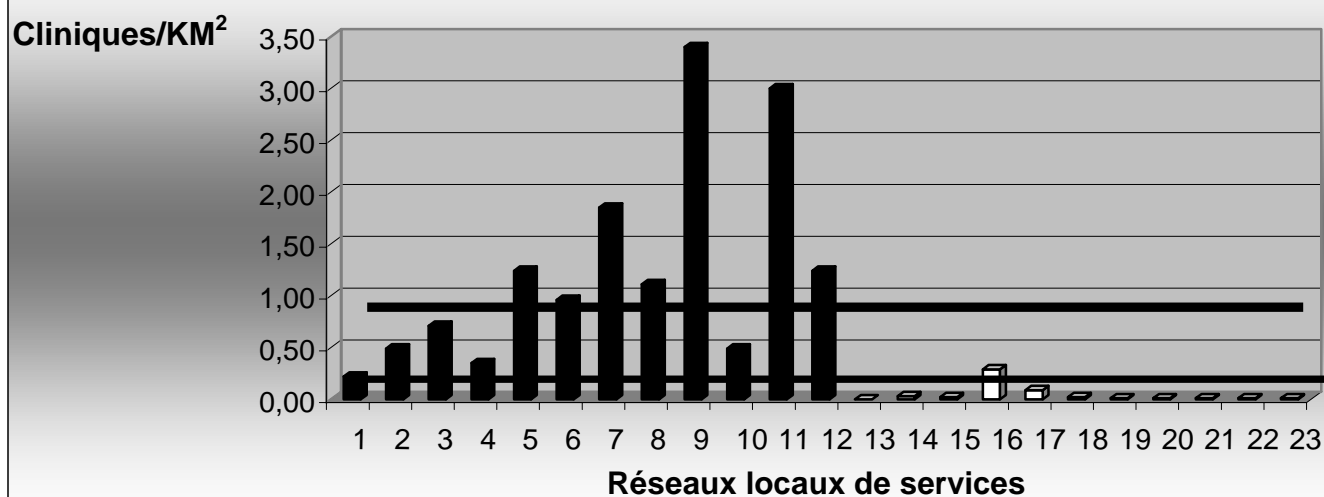
- 13 Haut-St-Laurent
- 14 Suroît
- 15 Jardins-Roussillon
- 16 Champlain
- 17 Pierre-Boucher
- 18 Haut-Richelieu/Rouville
- 19 Richelieu-Yamaska
- 20 Sorel-Tracy
- 21 La Pommeraie
- 22 Haute-Yamaska
- 23 Vaudreuil-Soulange

Tableau 9 : Répartition du nombre de cliniques par Km² par RLS de Montréal et de la Montérégie

(n=23)		
Moyenne	0,68	
Médiane	0,29	
Écart-type	0,95	
Valeur minimale	0	
Valeur maximale	3,4	
Percentiles	25 %	0,01
	33 %	0,02
	50 %	0,29
	66 %	1,11
	75 %	0,01

#	RLS	Nombre de cliniques de 1 ^{re} ligne	Superficie (en Km ²)	Clinique/km ²	Proposition de catégories
1602	RLS Haut-St-Laurent	5	1175	0,00	Faible X < 0,22 (n=10)
1608	RLS Richelieu-Yamaska	33	2445	0,01	
1609	RLS Sorel-Tracy	7	607	0,01	
1610	RLS La Pommeraie	10	1746	0,01	
1611	RLS Haute-Yamaska	12	842	0,01	
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	11	887	0,01	
1604	RLS Jardins-Roussillon	25	1352	0,02	
1607	RLS Haut Richelieu-Rouville	26	1328	0,02	
1603	RLS Suroit	10	381	0,03	
1605	RLS Pierre-Boucher	41	457	0,09	
601	RLS Ouest de l'île	28	129	0,22	Moyen 0,22 ≤ X ≤ 0,71 (n=6)
1605	RLS Champlain	37	128	0,29	
604	RLS Pointe-de l'île	26	75	0,35	
602	RLS LaSalle-Vieux-Lachine	27	55	0,49	
611	RLS Bordeaux-Cartierville St-Laurent	26	53	0,49	
603	RLS Sud-Ouest/Verdun	22	31	0,71	
606	RLS St-Léonard/St-Michel	22	23	0,96	Élevé X > 0,71 (n=7)
608	RLS Cavendish	21	19	1,11	
605	RLS Lucille-Teadale	36	29	1,24	
613	RLS Ahuntsic-Mtl-Nord	31	25	1,24	
607	RLS De la Montagne	63	34	1,85	
612	RLS Cœur de l'île	30	10	3,00	
609	RLS Jeanne-Mance	51	15	3,40	

Figure 9 : Cliniques/Km² selon les RLS de Montréal et de la Montérégie



Légende

Montréal

- 1 Ouest de l'île
- 2 Lasalle-Vieux Lachine
- 3 Sud-Ouest/Verdun
- 4 Pointe-de-l'Île
- 5 Lucille-Teadales
- 6 St-Léonard-St-Michel

- 7 de la Montagne
- 8 Cavendish
- 9 Jeanne-Mance
- 10 Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
- 11 Au cœur de l'île
- 12 Ahuntsic-Montréal-Nord

Montérégie

- 13 Haut-St-Laurent
- 14 Suroît
- 15 Jardins-Roussillon
- 16 Champlain
- 17 Pierre-Boucher
- 18 Haut-Richelieu/Rouville
- 19 Richelieu-Yamaska
- 20 Sorel-Tracy
- 21 La Pommeraie
- 22 Haute-Yamaska
- 23 Vaudreuil-Soulange

Tableau 10 : Indice de dépendance de la population (IDP; rétention) et indice de dépendance de la ressource (IDR; attraction) pour les services médicaux des omnipraticiens par RLS de Montréal et de la Montérégie

(n=23)		IDP	IDR
Moyenne		64,89	66,72
Médiane		67,4	74,3
Écart-type		13,53	19,59
Valeur minimale		47,2	30,2
Valeur maximale		87,2	92
Percentiles	25 %	52,5	45,9
	33 %	52,70	61,70
	50 %	67,4	74,3
	66 %	73,30	78,40
	75 %	75,9	82,3

#	RLS	IDP	IDR	Proposition de catégories
609	RLS Jeanne-Mance	47,40	32,7	Marché ouvert (n=6)
612	RLS Cœur de l'île	48,00	30,2	
608	RLS Cavendish	50,60	45,9	
606	RLS St-Léonard/St-Michel	52,50	39,9	
605	RLS Lucille-Teedale	52,60	45,3	
607	RLS De la Montagne	52,70	35,1	
604	RLS Pointe-de l'île	50,70	70,8	Marché mixte (n=5)
613	RLS Ahuntsic-Mtl-Nord	47,20	61,7	
611	RLS Bordeaux-Cartierville St-Laurent	55,90	56,6	
602	RLS LaSalle-Vieux-Lachine	57,90	74,3	
603	RLS Sud-Ouest/Verdun	58,70	65,7	
1604	RLS Jardins-Roussillon	67,40	82,1	Marché fermé (n=12)
1612	RLS Vaudreuil-Soulange	68,30	87,6	
1605	RLS Champlain	70,90	68,1	
1602	RLS Haut-St-Laurent	72,60	75,6	
601	RLS Ouest de l'île	73,30	75,6	
1607	RLS Haut Richelieu-Rouville	75,30	90,8	
1603	RLS Suroît	75,90	78,4	
1606	RLS Pierre-Boucher	77,30	74,3	
1609	RLS Sorel-Tracy	80,90	92,0	
1608	RLS Richelieu-Yamaska	84,20	84,9	
1610	RLS La Pommeraie	85,00	82,3	
1611	RLS Haute-Yamaska	87,20	84,6	

Figure 10.1 : IDP par RLS de Montréal et de la Montérégie

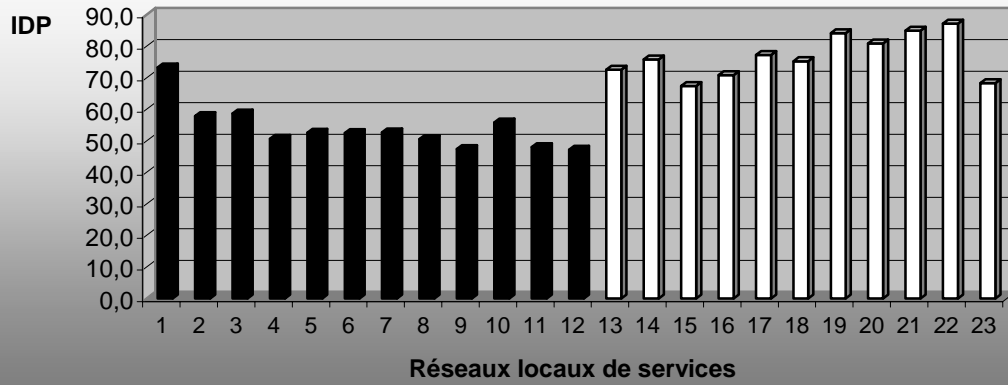
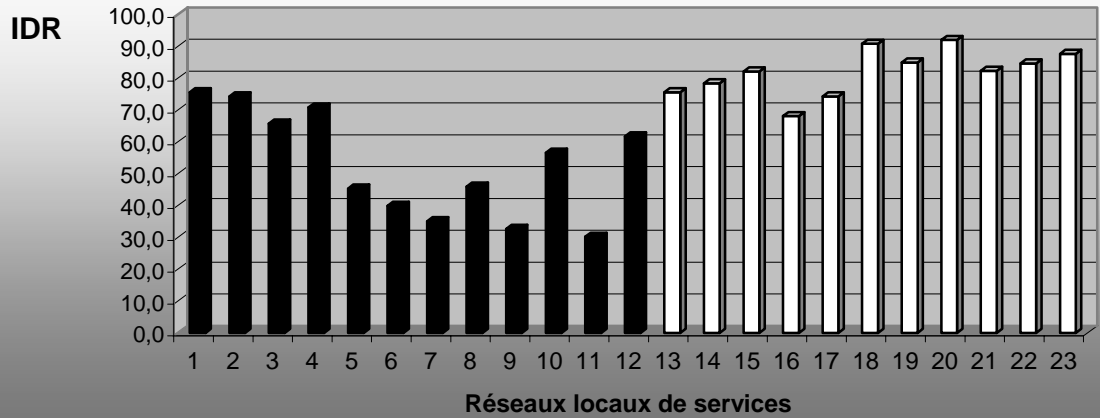
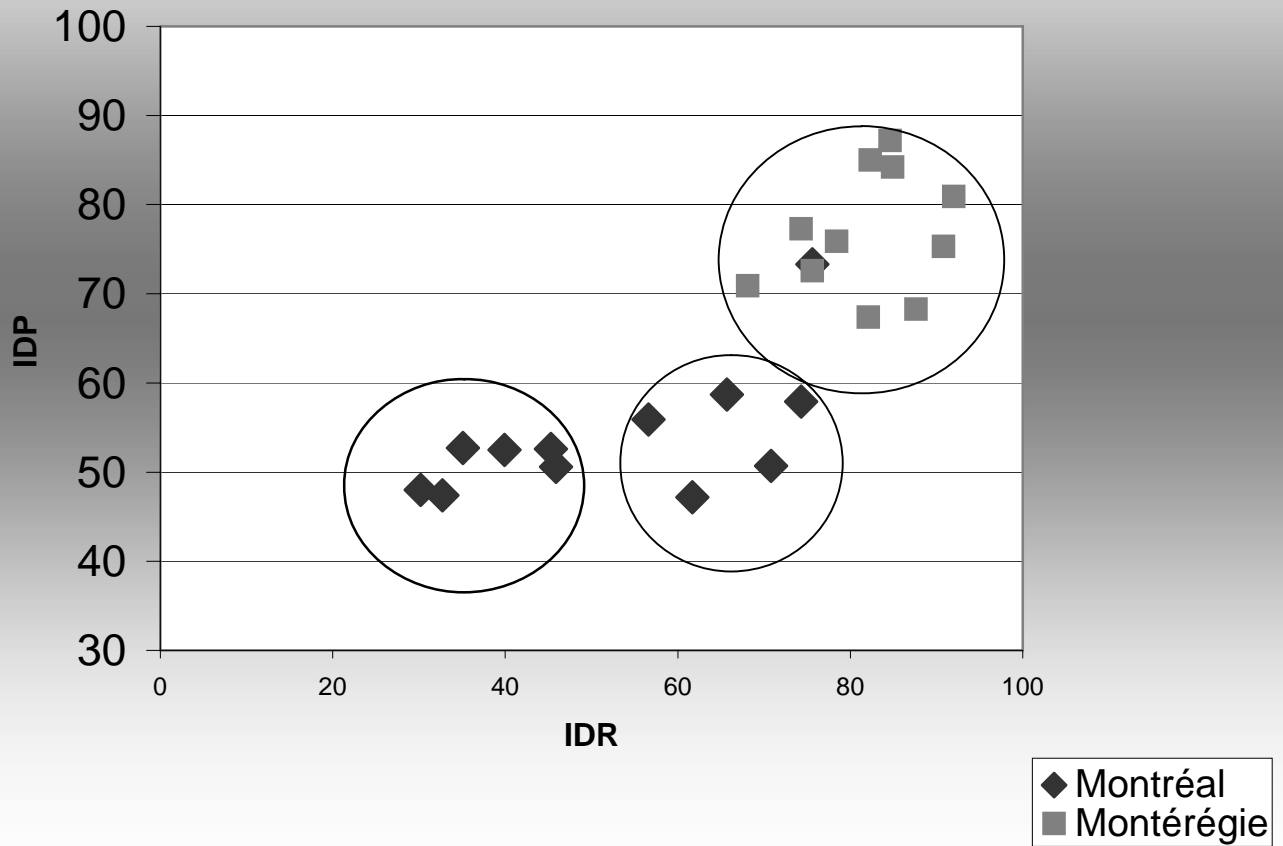


Figure 10.2 : IDR par RLS de Montréal et de la Montérégie



**Figure 10.3 : Rétention (IDP) et Attraction (IDR)
Services médicaux des omnipraticiens (%)**



C. CARACTERISTIQUES DES COLLABORATIONS CLINIQUES

Tableau 11 : Répartition des niveaux de collaboration clinique selon les territoires de RLS

#	Nom du CSSS	Collaborations cliniques sur le territoire					Collaborations cliniques hors territoire			
		Entre cliniques du territoire	Entre les cliniques et les hôpitaux du territoire				Entre les cliniques et les hôpitaux hors territoire			
		N.G.	P.T.	I.C.	S.P.	N.G.	P.T.	I.C.	S.P.	N.G.
	Québec									
601	CSSS de l'Ouest de l'Île									
602	CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine									
603	CSSS Sud-Ouest/Verdun									
604	CSSS De la Pointe de l'Île			NSP						
605	CSSS Lucille-Teasdale									
606	CSSS St-Léonard/St-Michel			NSP						
607	CSSS de la Montagne									
608	CSSS Cavendish			NSP						
609	CSSS Jeanne-Mance									
611	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent									
612	CSSS Au cœur de l'Île									
613	CSSS d'Ahuntsic et Mtl-Nord									
	Montérégie									
1602	CSSS du Haut-St-Laurent									
1603	CSSS du Suroît									
1604	CSSS Jardins-Roussillon									
1605	CSSS Champlain									
1606	CSSS Pierre-Boucher									
1607	CSSS Haut-Richelieu-Rouville									
1608	CSSS Richelieu-Yamaska									
1609	CSSS de Sorel-Tracy									
1610	CSSS La Pommeraie									
1611	CSSS de la Haute-Yamaska									
1612	CSSS Vaudreuil-Soulange			NSP						

Légende

Faible



Élevé



N.G. : Niveau global

P.T. : Faciliter d'accès aux plateaux techniques et médecins spécialistes

I.C. : Faciliter d'accès à de l'information clinique

S.P. : Assurer le suivi des patients

NSP : Ne s'applique pas (pas d'hôpital sur le territoire)

ANNEXE 4 : RÉSULTATS DES ANALYSES DE REGROUPEMENT

4.1 Analyse des correspondances multiples

SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES
VARIABLES NOMINALES ACTIVES

10 VARIABLES	29 MODALITES ASSOCIEES
2 . age65	(3 MODALITES)
3 . age14	(3 MODALITES)
5 . evn	(3 MODALITES)
6 . rh	(3 MODALITES)
7 . ro	(3 MODALITES)
8 . rc	(3 MODALITES)
9 . ut	(3 MODALITES)
10 . colv	(2 MODALITES)
11 . ideo	(4 MODALITES)
13 . colh	(2 MODALITES)

INDIVIDUS

	NOMBRE	POIDS	
POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus, uniforme egal a 1.			UNIF
RETENUS	NITOT = 23	PITOT = 23.000	
ACTIFS	NIACT = 23	PIACT = 23.000	
SUPPLEMENTAIRES	NISUP = 0	PISUP = 0.000	

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

APUREMENT DES MODALITES ACTIVES			
SEUIL (PCMIN) :	2.00 %	POIDS:	0.46
AVANT APUREMENT :	10 QUESTIONS ACTIVES	29 MODALITES ASSOCIEES	
APRES :	10 QUESTIONS ACTIVES	29 MODALITES ASSOCIEES	
POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS :	23.00		
TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES			

IDENT	MODALITES LIBELLE	AVANT APUREMENT		APRES APUREMENT		HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
		EFF.	POIDS	EFF.	POIDS	

2 . age65						
AB_1 - age65_1		4	4.00	4	4.00	*****
AB_2 - age65_2		15	15.00	15	15.00	*****
AB_3 - age65_3		4	4.00	4	4.00	*****

3 . age14						
AC_1 - age14_1		3	3.00	3	3.00	*****
AC_2 - age14_2		16	16.00	16	16.00	*****
AC_3 - age14_3		4	4.00	4	4.00	*****

5 . evn						
AE_1 - evn_1		4	4.00	4	4.00	*****
AE_2 - evn_2		13	13.00	13	13.00	*****
AE_3 - evn_3		6	6.00	6	6.00	*****

6 . rh						
AF_1 - rh_1		5	5.00	5	5.00	*****
AF_2 - rh_2		13	13.00	13	13.00	*****
AF_3 - rh_3		5	5.00	5	5.00	*****

7 . ro						
AG_1 - ro_1		8	8.00	8	8.00	*****
AG_2 - ro_2		7	7.00	7	7.00	*****
AG_3 - ro_3		8	8.00	8	8.00	*****

8 . rc						
AH_1 - rc_1		10	10.00	10	10.00	*****
AH_2 - rc_2		6	6.00	6	6.00	*****
AH_3 - rc_3		7	7.00	7	7.00	*****

9 . ut						
AI_1 - m_fe		12	12.00	12	12.00	*****
AI_2 - m_mi		5	5.00	5	5.00	*****
AI_3 - m_ou		6	6.00	6	6.00	*****

10 . colv						
AJ_1 - colv_e		4	4.00	4	4.00	*****
AJ_2 - colv_f		19	19.00	19	19.00	*****

11 . ideo						
AK_1 - ideo_1		8	8.00	8	8.00	*****
AK_2 - ideo_2		4	4.00	4	4.00	*****
AK_3 - ideo_3		4	4.00	4	4.00	*****
AK_4 - ideo_4		7	7.00	7	7.00	*****

13 . colh						
AM_1 - colh_e		4	4.00	4	4.00	*****
AM_2 - colh_f		19	19.00	19	19.00	*****

VALEURS PROPRES

APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS :	TRACE AVANT DIAGONALISATION ..	1.9000
	SOMME DES VALEURS PROPRES	1.9000

HISTOGRAMME DES 19 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR	POURCENTAGE	POURCENTAGE
	PROPRE		CUMULE

1	0.4878	25.67	25.67	
2	0.2751	14.48	40.15	*****
3	0.2291	12.06	52.21	*****
4	0.1780	9.37	61.58	*****
5	0.1578	8.31	69.88	*****
6	0.1423	7.49	77.37	*****
7	0.1119	5.89	83.26	*****
8	0.0962	5.06	88.32	*****
9	0.0559	2.94	91.26	*****
10	0.0527	2.77	94.03	*****
11	0.0385	2.03	96.06	*****
12	0.0221	1.16	97.22	****
13	0.0200	1.05	98.28	****
14	0.0148	0.78	99.05	***
15	0.0102	0.54	99.59	**
16	0.0061	0.32	99.91	**
17	0.0011	0.06	99.97	*
18	0.0006	0.03	100.00	*
19	0.0000	0.00	100.00	*

RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)

PALIER ENTRE	VALEUR DU PALIER	
1 -- 2	-171.65	*****
8 -- 9	-47.99	*****
3 -- 4	-26.34	*****
6 -- 7	-19.40	*****
11 -- 12	-17.42	*****
13 -- 14	-0.08	*

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER ENTRE	VALEUR DU PALIER	
1 -- 2	166.58	*****
8 -- 9	37.07	*****
3 -- 4	30.96	*****
6 -- 7	14.54	*****
11 -- 12	14.29	*****
4 -- 5	4.62	**
13 -- 14	0.65	*
14 -- 15	0.56	*

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRÉS DES MODALITES ACTIVES AXES 1 A 5

IDEN - LIBELLE	MODALITES		COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRÉS				
	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2 . age65																	
AB_1 - age65_1	1.74	4.75	0.19	-0.40	-1.66	0.14	-0.28	0.1	1.0	20.9	0.2	0.8	0.01	0.03	0.58	0.00	0.02
AB_2 - age65_2	6.52	0.53	0.26	0.12	0.32	-0.02	-0.03	0.9	0.4	2.9	0.0	0.0	0.12	0.03	0.19	0.00	0.00
AB_3 - age65_3	1.74	4.75	-1.16	-0.06	0.46	-0.08	0.40	4.8	0.0	1.6	0.1	1.8	0.28	0.00	0.04	0.00	0.03
CONTRIBUTION CUMULEE = 5.8 1.4 25.4 0.3 2.6																	
3 . age14																	
AC_1 - age14_1	1.30	6.67	-1.41	1.23	-1.15	-0.55	-0.21	5.3	7.2	7.5	2.3	0.4	0.30	0.23	0.20	0.05	0.01
AC_2 - age14_2	6.96	0.44	0.07	-0.12	0.47	-0.26	0.00	0.1	0.4	6.6	2.6	0.0	0.01	0.03	0.50	0.15	0.00
AC_3 - age14_3	1.74	4.75	0.79	-0.45	-1.01	1.46	0.17	2.2	1.3	7.7	20.7	0.3	0.13	0.04	0.21	0.45	0.01
CONTRIBUTION CUMULEE = 7.6 8.8 21.7 25.6 0.7																	
5 . evn																	
AE_1 - evn_1	1.74	4.75	-0.65	1.14	-0.42	0.55	-0.34	1.5	8.2	1.3	2.9	1.3	0.09	0.27	0.04	0.06	0.02
AE_2 - evn_2	5.65	0.77	0.47	-0.09	-0.01	-0.38	0.17	2.6	0.2	0.0	4.6	1.0	0.29	0.01	0.00	0.19	0.04
AE_3 - evn_3	2.61	2.83	-0.58	-0.56	0.29	0.46	-0.13	1.8	3.0	1.0	3.1	0.3	0.12	0.11	0.03	0.07	0.01
CONTRIBUTION CUMULEE = 5.9 11.4 2.3 10.6 2.6																	
6 . rh																	
AF_1 - rh_1	2.17	3.60	-0.51	-0.95	0.11	0.13	1.41	1.2	7.1	0.1	0.2	27.5	0.07	0.25	0.00	0.00	0.55
AF_2 - rh_2	5.65	0.77	0.67	0.19	-0.02	-0.17	-0.18	5.2	0.8	0.0	0.9	1.1	0.58	0.05	0.00	0.04	0.04
AF_3 - rh_3	2.17	3.60	-1.23	0.44	-0.05	0.30	-0.95	6.7	1.5	0.0	1.1	12.5	0.42	0.05	0.00	0.03	0.25
CONTRIBUTION CUMULEE = 13.1 9.4 0.2 2.2 41.1																	

7 . ro																		
AG_1 - ro_1	3.48	1.88	0.00	-0.65	-0.22	0.96	0.50	0.0	5.3	0.7	18.2	5.4	0.00	0.22	0.03	0.50	0.13	
AG_2 - ro_2	3.04	2.29	0.67	-0.35	0.11	-1.06	-0.21	2.8	1.4	0.2	19.4	0.9	0.20	0.05	0.01	0.50	0.02	
AG_3 - ro_3	3.48	1.88	-0.59	0.95	0.12	-0.03	-0.31	2.5	11.5	0.2	0.0	2.1	0.19	0.49	0.01	0.00	0.05	
CONTRIBUTION CUMULEE =									5.3	18.2	1.1	37.6	8.4					
8 . rc																		
AH_1 - rc_1	4.35	1.30	0.98	0.21	-0.29	-0.12	0.09	8.6	0.7	1.6	0.3	0.2	0.74	0.03	0.07	0.01	0.01	
AH_2 - rc_2	2.61	2.83	-0.23	-0.63	0.93	0.57	-0.78	0.3	3.8	9.9	4.7	10.0	0.02	0.14	0.31	0.11	0.21	
AH_3 - rc_3	3.04	2.29	-1.20	0.25	-0.38	-0.32	0.54	9.0	0.7	1.9	1.7	5.7	0.63	0.03	0.06	0.04	0.13	
CONTRIBUTION CUMULEE =									17.9	5.2	13.4	6.8	15.9					
9 . ut																		
AI_1 - m_fe	5.22	0.92	0.89	0.00	-0.23	-0.01	-0.09	8.4	0.0	1.2	0.0	0.3	0.86	0.00	0.06	0.00	0.01	
AI_2 - m_mi	2.17	3.60	-0.59	-0.50	1.28	0.21	-0.21	1.5	1.9	15.5	0.5	0.6	0.10	0.07	0.45	0.01	0.01	
AI_3 - m_ou	2.61	2.83	-1.29	0.42	-0.61	-0.15	0.36	8.9	1.7	4.2	0.3	2.1	0.58	0.06	0.13	0.01	0.05	
CONTRIBUTION CUMULEE =									18.8	3.6	20.9	0.9	3.0					
10 . colv																		
AJ_1 - colv_e	1.74	4.75	1.20	1.44	0.40	0.48	0.59	5.2	13.1	1.2	2.3	3.8	0.30	0.44	0.03	0.05	0.07	
AJ_2 - colv_f	8.26	0.21	-0.25	-0.30	-0.08	-0.10	-0.12	1.1	2.8	0.3	0.5	0.8	0.30	0.44	0.03	0.05	0.07	
CONTRIBUTION CUMULEE =									6.2	15.9	1.5	2.8	4.7					
11 . ideo																		
AK_1 - ideo_1	3.48	1.88	0.81	-0.64	-0.56	-0.24	-0.33	4.7	5.1	4.7	1.2	2.3	0.35	0.22	0.17	0.03	0.06	
AK_2 - ideo_2	1.74	4.75	-1.20	0.00	-0.35	0.39	-0.41	5.2	0.0	0.9	1.5	1.9	0.31	0.00	0.03	0.03	0.04	
AK_3 - ideo_3	1.74	4.75	0.59	0.84	0.70	0.75	-0.28	1.2	4.4	3.7	5.6	0.8	0.07	0.15	0.10	0.12	0.02	
AK_4 - ideo_4	3.04	2.29	-0.58	0.25	0.44	-0.38	0.76	2.1	0.7	2.6	2.4	11.3	0.14	0.03	0.08	0.06	0.26	
CONTRIBUTION CUMULEE =									13.2	10.2	11.9	10.6	16.3					
13 . colh																		
AM_1 - colh_e	1.74	4.75	1.20	1.44	0.40	0.48	0.59	5.2	13.1	1.2	2.3	3.8	0.30	0.44	0.03	0.05	0.07	
AM_2 - colh_f	8.26	0.21	-0.25	-0.30	-0.08	-0.10	-0.12	1.1	2.8	0.3	0.5	0.8	0.30	0.44	0.03	0.05	0.07	
CONTRIBUTION CUMULEE =									6.2	15.9	1.5	2.8	4.7					

COORDONNEES ET VALEURS-TEST DES MODALITES
AXES 1 A 5

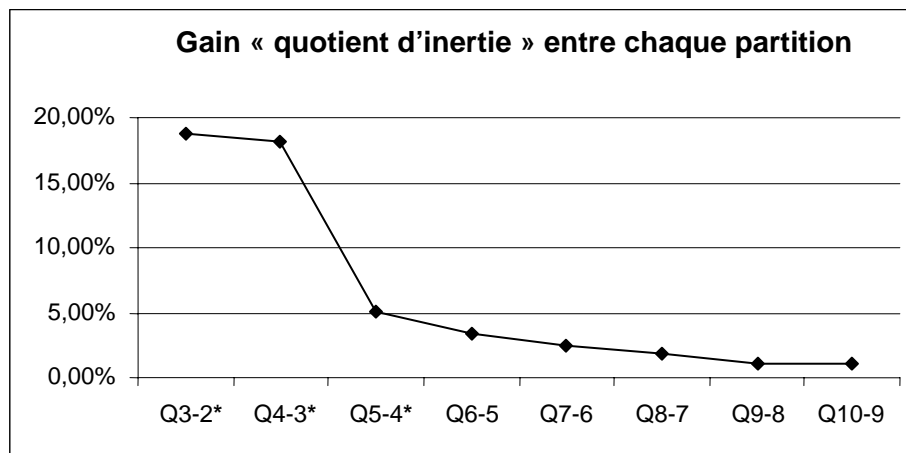
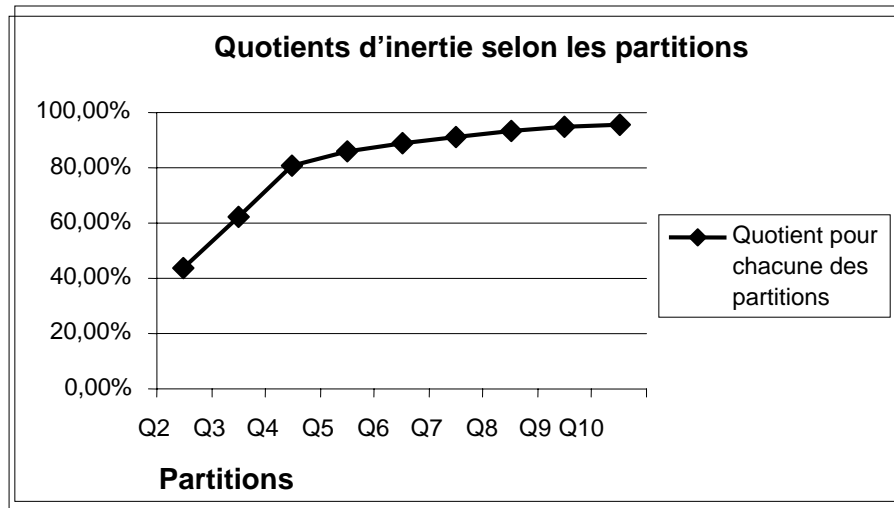
MODALITES			VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.
IDEN - LIBELLE	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2 . age65													
AB_1 - age65_1	4	4.00	0.4	-0.9	-3.6	0.3	-0.6	0.19	-0.40	-1.66	0.14	-0.28	4.75
AB_2 - age65_2	15	15.00	1.6	0.8	2.1	-0.1	-0.2	0.26	0.12	0.32	-0.02	-0.03	0.53
AB_3 - age65_3	4	4.00	-2.5	-0.1	1.0	-0.2	0.9	-1.16	-0.06	0.46	-0.08	0.40	4.75
3 . age14													
AC_1 - age14_1	3	3.00	-2.6	2.2	-2.1	-1.0	-0.4	-1.41	1.23	-1.15	-0.55	-0.21	6.67
AC_2 - age14_2	16	16.00	0.5	-0.8	3.3	-1.8	0.0	0.07	-0.12	0.47	-0.26	0.00	0.44
AC_3 - age14_3	4	4.00	1.7	-1.0	-2.2	3.1	0.4	0.79	-0.45	-1.01	1.46	0.17	4.75
5 . evn													
AE_1 - evn_1	4	4.00	-1.4	2.5	-0.9	1.2	-0.7	-0.65	1.14	-0.42	0.55	-0.34	4.75
AE_2 - evn_2	13	13.00	2.5	-0.5	0.0	-2.0	0.9	0.47	-0.09	-0.01	-0.38	0.17	0.77
AE_3 - evn_3	6	6.00	-1.6	-1.6	0.8	1.3	-0.4	-0.58	-0.56	0.29	0.46	-0.13	2.83
6 . rh													
AF_1 - rh_1	5	5.00	-1.3	-2.3	0.3	0.3	3.5	-0.51	-0.95	0.11	0.13	1.41	3.60
AF_2 - rh_2	13	13.00	3.6	1.0	-0.1	-0.9	-0.9	0.67	0.19	-0.02	-0.17	-0.18	0.77
AF_3 - rh_3	5	5.00	-3.0	1.1	-0.1	0.7	-2.4	-1.23	0.44	-0.05	0.30	-0.95	3.60
7 . ro													
AG_1 - ro_1	8	8.00	0.0	-2.2	-0.7	3.3	1.7	0.00	-0.65	-0.22	0.96	0.50	1.88
AG_2 - ro_2	7	7.00	2.1	-1.1	0.4	-3.3	-0.7	0.67	-0.35	0.11	-1.06	-0.21	2.29
AG_3 - ro_3	8	8.00	-2.0	3.3	0.4	-0.1	-1.1	-0.59	0.95	0.12	-0.03	-0.31	1.88
8 . rc													
AH_1 - rc_1	10	10.00	4.0	0.9	-1.2	-0.5	0.4	0.98	0.21	-0.29	-0.12	0.09	1.30
AH_2 - rc_2	6	6.00	-0.6	-1.8	2.6	1.6	-2.2	-0.23	-0.63	0.93	0.57	-0.78	2.83
AH_3 - rc_3	7	7.00	-3.7	0.8	-1.2	-1.0	1.7	-1.20	0.25	-0.38	-0.32	0.54	2.29
9 . ut													
AI_1 - m_fe	12	12.00	4.3	0.0	-1.1	0.0	-0.5	0.89	0.00	-0.23	-0.01	-0.09	0.92
AI_2 - m_mi	5	5.00	-1.4	-1.2	3.2	0.5	-0.5	-0.59	-0.50	1.28	0.21	-0.21	3.60
AI_3 - m_ou	6	6.00	-3.6	1.2	-1.7	-0.4	1.0	-1.29	0.42	-0.61	-0.15	0.36	2.83
10 . colv													
AJ_1 - colv_e	4	4.00	2.6	3.1	0.9	1.0	1.3	1.20	1.44	0.40	0.48	0.59	4.75
AJ_2 - colv_f	19	19.00	-2.6	-3.1	-0.9	-1.0	-1.3	-0.25	-0.30	-0.08	-0.10	-0.12	0.21
11 . ideo													
AK_1 - ideo_1	8	8.00	2.8	-2.2	-1.9	-0.8	-1.1	0.81	-0.64	-0.56	-0.24	-0.33	1.88
AK_2 - ideo_2	4	4.00	-2.6	0.0	-0.8	0.8	-0.9	-1.20	0.00	-0.35	0.39	-0.41	4.75
AK_3 - ideo_3	4	4.00	1.3	1.8	1.5	1.6	-0.6	0.59	0.84	0.70	0.75	-0.28	4.75
AK_4 - ideo_4	7	7.00	-1.8	0.8	1.4	-1.2	2.4	-0.58	0.25	0.44	-0.38	0.76	2.29
13 . colh													
AM_1 - colh_e	4	4.00	2.6	3.1	0.9	1.0	1.3	1.20	1.44	0.40	0.48	0.59	4.75
AM_2 - colh_f	19	19.00	-2.6	-3.1	-0.9	-1.0	-1.3	-0.25	-0.30	-0.08	-0.10	-0.12	0.21

4.2 Description des axes

A x e 1				A x e 2			
Libellé de la variable	Libellé de la modalité	Valeur-Test	Poids	Libellé de la variable	Libellé de la modalité	Valeur-Test	Poids
rc	rc_3	-3,73	7,000	colv	colv_f	-3,10	19,000
ut	m_ou	-3,59	6,000	colh	colh_f	-3,10	19,000
rh	rh_3	-3,04	5,000	rh	rh_1	-2,35	5,000
idef	idef_2	-2,59	4,000	ro	ro_1	-2,22	8,000
colv	colv_f	-2,59	19,000	idef	idef_1	-2,18	8,000
colh	colh_f	-2,59	19,000	rc	rc_2	-1,77	6,000
age14	age14_1	-2,57	3,000	evn	evn_3	-1,57	6,000
ZONE CENTRALE				ZONE CENTRALE			
evn	evn_2	2,51	13,000	ut	m_ou	1,18	6,000
colv	colv_e	2,59	4,000	idef	idef_3	1,80	4,000
colh	colh_e	2,59	4,000	age14	age14_1	2,24	3,000
idef	idef_1	2,78	8,000	evn	evn_1	2,45	4,000
rh	rh_2	3,59	13,000	colv	colv_e	3,10	4,000
rc	rc_1	4,03	10,000	colh	colh_e	3,10	4,000
ut	m_fe	4,35	12,000	ro	ro_3	3,27	8,000

A x e 3			
Libellé de la variable	Libellé de la modalité	Valeur-Test	Poids
age65	age65_1	-3,57	4,000
age14	age14_3	-2,16	4,000
age14	age14_1	-2,08	3,000
idef	idef_1	-1,91	8,000
ut	m_ou	-1,70	6,000
rc	rc_1	-1,21	10,000
rc	rc_3	-1,17	7,000
ZONE CENTRALE			
age65	age65_3	0,98	4,000
idef	idef_4	1,37	7,000
idef	idef_3	1,50	4,000
age65	age65_2	2,06	15,000
rc	rc_2	2,60	6,000
ut	m_mi	3,16	5,000
age14	age14_2	3,31	16,000

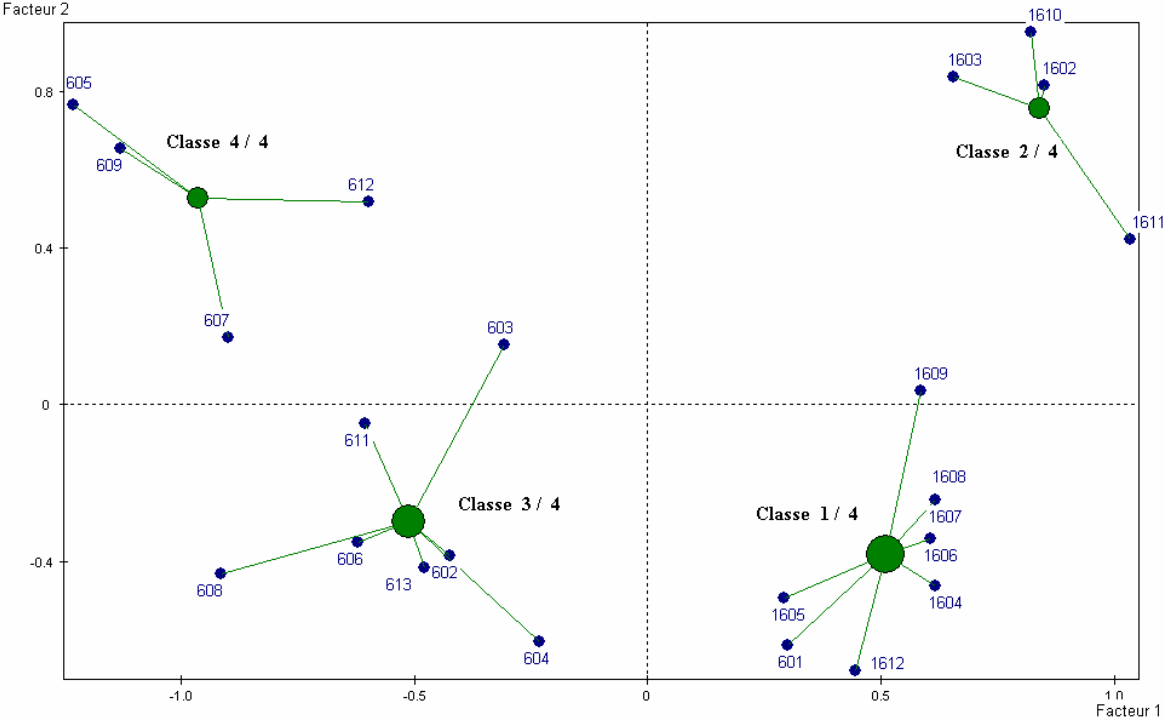
4.3 Inerties interclasses et intraclasse



* On remarque que le gain d'homogénéité en passant des partitions 2 à 3 et 3 à 4 est d'environ 18 points. Par contre quand on passe de la partition 4 à 5, le gain chute à 5 points.

- Quotient = Inertie (variance) interclasses / Inertie (Variance) totale (+ le quotient est élevé, + l'inertie interclasses est grande).
- Inertie totale = inertie (variance) totale du nuage des individus (c'est une valeur identique pour toutes les partitions).
- Inertie interclasses = variance interclasses, elle mesure l'hétérogénéité entre les classes de la partition. Elle est à maximiser!
- Partition : elle correspond à un nombre de groupes des contextes. Le nombre de groupes présentés passe de 2 à 10.

4.4 Représentation graphique des 4 groupes sur les deux premiers axes factoriels



4.5 Distance des territoires de CSSS par rapport au centre de leur classe

Classe 1 / 4 Effectif: 8

Rang	Distance au centre de la classe	Libellé
1	0,06266	1607
2	0,06266	1608
3	0,06537	1606
4	0,11312	601
5	0,30885	1605
6	0,37596	1609
7	0,39002	1604
8	0,43177	1612

Classe 2 / 4 Effectif: 4

Rang	Distance au centre de la classe	Libellé
1	0,06103	1603
2	0,07609	1602
3	0,07619	1610
4	0,15449	1611

Classe 3 / 4 Effectif: 7

Rang	Distance au centre de la classe	Libellé
1	0,01621	602
2	0,01757	613
3	0,15872	606
4	0,22441	604
5	0,23779	611
6	0,27802	603
7	0,44700	608

Classe 4 / 4 Effectif: 4

Rang	Distance au centre de la classe	Libellé
1	0,13197	605
2	0,15065	612
3	0,25643	607
4	0,33979	609