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

Rapport méthodologique de l'enquête des centres de santé et de services sociaux (CSSS) du volet contextuel à Montréal et en Montérégie

Avril 2012

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

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

Québec

Rapport méthodologique de l'enquête des centres de santé et de services sociaux (CSSS) du volet contextuel à Montréal et en Montérégie

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ

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

ET

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

AVRIL 2012

Québec

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

AUTEURS

Sarah Descôteaux[1,2], Roxane Borgès Da Silva[1,2,4,9], Dominique Grimard[1,2], Jean-Frédéric Levesque[1,2,3], Raynald Pineault[1,2,3], Mylaine Breton[5,6], Danièle Roberge[5,6], Pierre Tousignant[1,2,3]

ÉQUIPE DE RECHERCHE

COORDONNATRICE DE PROJET

Audrey Couture[1,2]

CHERCHEURS PRINCIPAUX

Jean-Frédéric Levesque[1,2,3], Raynald Pineault[1,2,3], Pierre Tousignant[1,2,3]

COCHERCHEURS ET PROFESSIONNELS DE RECHERCHE

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

CODÉCIDEURS

Denis A. Roy[2], Mylène Drouin[1], Louis Côté[10], François Goulet[12]

COMITÉ CONSULTATIF

Richard Lessard[1], Ginette Côté[13], Pierre Bergeron[2], Yolaine Galarneau[13], Frédéric Abergel[10], Louise Quesnel[11], Jean Rodrigue[11], Diane Watson[14], Brian Hutchison[15], Frederick Burge[16], William Hogg[17], Greg Webster[18], Kevin Barclay [19], Suzanne Durand[20], Patricia Caris[13] et Serge Dulude[21]

SOUTIEN À LA RÉALISATION ET ÉDITION

Mireille Paradis[1]

1 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
2 Institut national de santé publique du Québec
3 Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
4 Université McGill
5 Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne
6 Université de Sherbrooke
7 École nationale d'administration publique (ÉNAP)
8 Université de Montréal
9 Centre de recherche du Centre hospitalier St-Mary
10 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
11 Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
12 Collège des médecins du Québec
13 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
14 Bureau of health information, New South Wales, Australia
15 McMaster University
16 Dalhousie University
17 Université d'Ottawa
18 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
19 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)
20 Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
21 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES ET PARTENAIRES

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

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

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 32e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-65374-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2012)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **III**

LISTE DES FIGURES ..... **III**

LE PROJET *ÉVOLUTION* ET SES DIFFÉRENTS VOLETS **1**

1 OBJECTIFS DU VOLET CONTEXTUEL ET QUESTIONNAIRE UTILISÉ **3**

1.1 Élaboration du questionnaire 3
1.2 Sections du questionnaire 4

2 PROFIL DES RÉPONDANTS, COLLECTE DE DONNÉES ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE **7**

2.1 Profil et sélection des répondants 7
2.2 Collecte de données 7
2.3 Déroulement de l'enquête 8

3 TRAITEMENT STATISTIQUE DES DONNÉES **9**

3.1 Validation 9
3.2 Traitement des « ne sais pas » 9
3.3 Construction des variables 9
3.4 Élaboration des indices 10
3.5 Score de performance et variable accord/désaccord 12

4 ÉLABORATION DE LA TAXONOMIE **13**

4.1 Préparation des données 13
4.2 Analyse des correspondances multiples 14
4.3 Classification ascendante hiérarchique 14
4.4 Taxonomie des contextes 15

RÉFÉRENCES **17**

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE AUX CSSS **19**

ANNEXE 2 : COMPOSITION DES INDICES **31**

ANNEXE 3 : RÉSULTATS DES ANALYSES **37**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Point de dichotomisation en fonction des échelles de réponse 9

Tableau 2 Regroupement des questions en fonction des différents facteurs d'influence 11

Tableau 3 Indices caractérisant le contexte pour l'ensemble des territoires de CSSS 12

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Structure du questionnaire 4

Figure 2 Présentation graphique des trois classes sur les deux premiers axes factoriels 15

LE PROJET *ÉVOLUTION* ET SES DIFFÉRENTS VOLETS

Au début de 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé, qui est une équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, a mené une étude dans les deux régions les plus populeuses du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de 1re ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins de la population. En suite à cette première étude, une deuxième étude a été entreprise en 2010. Son but est de comprendre l'évolution des modèles organisationnels de 1re ligne et leur performance relative à travers le processus de réforme (de 2005 à 2010) et d'évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel qui sont associés à la transformation des modèles d'organisations de 1re ligne et à leur performance. Plus spécifiquement, les objectifs du projet Évolution sont :

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

Cette étude consiste donc en trois enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées. D'abord, une enquête populationnelle a été menée auprès d'un échantillon d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population des deux régions. Cette enquête a documenté l'affiliation des patients aux organisations de 1re ligne, leur niveau d'utilisation des services, divers attributs de leur expérience de soins, les services préventifs reçus, ainsi que la perception de besoins non comblés. Puis, une enquête auprès des organisations de 1re ligne des deux régions apprécie les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et les mécanismes organisationnels mis en place pour soutenir les pratiques cliniques. Cette information servira à développer une taxonomie des organisations en utilisant une approche mixte d'analyse factorielle et d'analyse par composantes principales. Enfin, une troisième enquête consiste à apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de 1re ligne évoluent.

1 OBJECTIFS DU VOLET CONTEXTUEL ET QUESTIONNAIRE UTILISÉ

Cette enquête s'appuie sur un questionnaire destiné à deux informateurs clés dans chacun des 23 territoires (12 à Montréal et 11 en Montérégie) de centre de santé et de services sociaux (CSSS) afin d'obtenir leur appréciation des changements survenus suite à la création des CSSS. Ces derniers ont pour mandat de créer des réseaux locaux de services (RLS), de même que de favoriser la mise en place de nouveaux modèles d'organisations des services de 1re ligne médicale (groupe de médecine de famille (GMF) et/ou clinique-réseau (CR)). La collecte de données vise à identifier les éléments contextuels susceptibles d'avoir influencé l'organisation des services médicaux de 1re ligne. Les objectifs de ce volet du projet Évolution sont les suivants :

- identifier les facteurs qui ont influencé les changements organisationnels de la 1re ligne;
- identifier les types de collaboration qui ont pu se développer entre les acteurs des réseaux locaux;
- élaborer une taxonomie des contextes qui prend en compte les différents facteurs influençant le changement.

1.1 ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire du volet contextuel a été élaboré pour deux types de répondants : un gestionnaire de CSSS et un représentant local du Département régional de médecine générale (DRMG) ou son équivalent (médecin omnipraticien très engagé dans l'organisation des services sur le territoire). Les CSSS ont la mission d'assurer la continuité des services et la collaboration entre les différents partenaires sur leur territoire. Compte tenu de cette mission il est attendu qu'un gestionnaire de CSSS détienne une connaissance fine de l'organisation des services de 1re ligne sur le territoire afin de bien accomplir ses tâches. Par ailleurs, bien que n'étant pas rattachés au CSSS, les représentants locaux du DRMG ont la responsabilité de faire des recommandations sur l'organisation des services médicaux sur leur territoire, ce qui leur donne accès à de l'information privilégiée afin de compléter le questionnaire contextuel. Le questionnaire pour ces deux types de répondants est le même, à l'exception de la question 15[1]. Cette question a été modifiée dans le questionnaire adressé aux représentants locaux du DRMG afin qu'ils évaluent leur propre rôle.

Les questions ont été élaborées par l'équipe de recherche. Il est à noter que les travaux de Denis *et al*. (2007) ont inspiré les questions 8, 11, 17, 18, 19 et 21 du questionnaire contextuel[2].

[1] Questionnaire aux CSSS : Dans quelle mesure le représentant local du DRMG a-t-il soutenu et favorisé l'implantation des GMF et CR sur le territoire de votre CSSS?

Questionnaire aux DRMG : Dans quelle mesure avez-vous soutenu et favorisé, en tant que représentant local du DRMG, l'implantation des GMF et CR sur le territoire de votre CSSS?

[2] Voir le questionnaire à l'annexe 1.

Afin de valider la structure et les questions du questionnaire, nous avons réalisé un pré-test auprès de deux gestionnaires de CSSS ne faisant pas partie des territoires à l'étude. Des ajustements ont été apportés au questionnaire suite à cette consultation. Le questionnaire final, adressé aux gestionnaires de CSSS, est présenté à l'annexe 1.

La structure du questionnaire est présentée à la figure 1.

Le questionnaire est composé de 76 sous-questions réparties entre les sept sections suivantes :

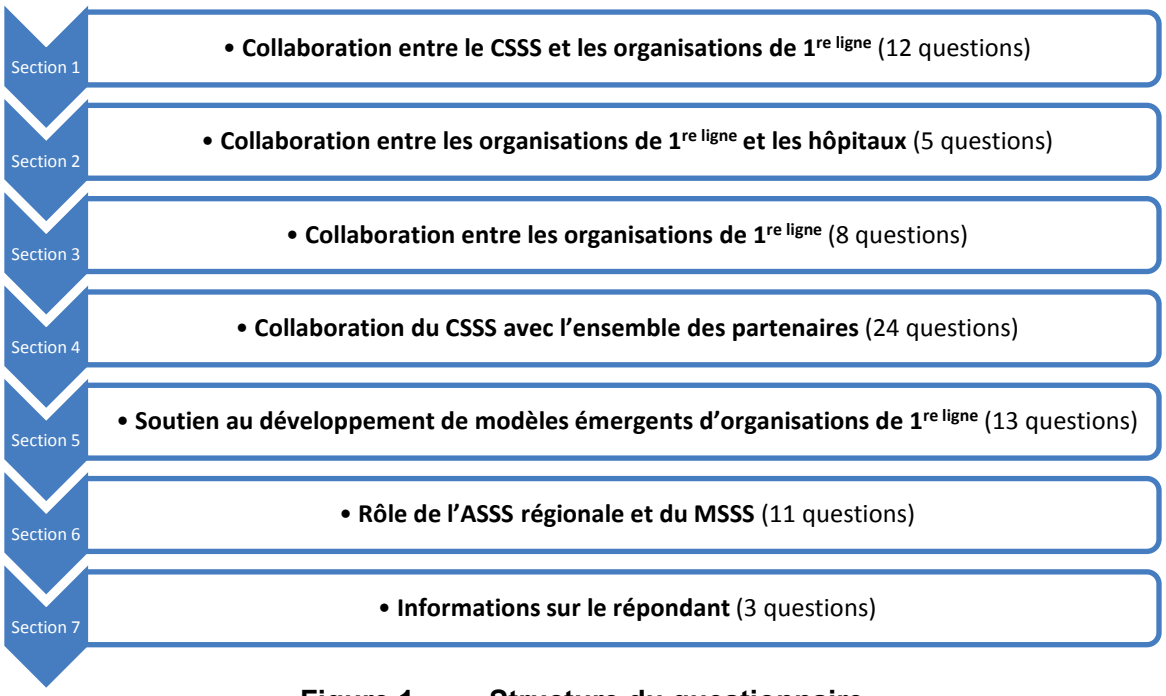


Figure 1 Structure du questionnaire

Le questionnaire était auto-administré et disponible en français ou en anglais. Ils ont tous été complétés en français. Les questions portaient essentiellement sur les mécanismes mis en place, les conséquences de ces mécanismes sur la collaboration entre les organisations de première ligne, ainsi qu'entre les organisations de première ligne et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leur influence sur l'émergence de nouveaux modèles organisationnels (GMF et/ou CR).

1.2 SECTIONS DU QUESTIONNAIRE

Section 1 – Collaboration entre le CSSS et les organisations de 1re ligne (12 questions)

La création des CSSS confiait à ces derniers l'animation des réseaux locaux de services. Cela implique qu'ils tissent des liens avec les différents partenaires de 1re ligne sur le territoire afin d'assurer l'intégration et la coordination des services.

Cette section permet d'identifier les différents mécanismes (ex. : ententes de gestion) qui ont permis d'améliorer la collaboration entre le CSSS et les organisations de 1re ligne du territoire, de même que les bénéfices qui en ont émergé.

Section 2 – Collaboration entre les organisations de 1re ligne et les hôpitaux (5 questions)

Le but de cette section du questionnaire est de faire ressortir le développement de collaborations entre les organisations de 1re ligne et les hôpitaux sur un même territoire, avec le soutien du CSSS.

Section 3 – Collaboration entre les organisations de 1re ligne (8 questions)

Cette section permet d'identifier le développement de collaborations entre les différentes organisations de 1re ligne sur un même territoire, avec le soutien du CSSS, tout en identifiant les différents mécanismes mis en place (ex. : participation du DRMG, formation, etc.).

Section 4 – Collaboration du CSSS avec l'ensemble des partenaires (24 questions)

Les questions de cette section s'attardent davantage à la collaboration du CSSS avec les différents partenaires du réseau local de services de chacun des territoires à l'étude.

Section 5 – Soutien au développement de modèles émergents d'organisations de 1re ligne (13 questions)

Tout comme les CSSS, les GMF et les CR ont été introduits afin d'améliorer l'accessibilité, le suivi des patients, la continuité et la qualité des soins. Il est à noter que l'implantation des GMF a commencé avec celle des CSSS. Les nouveaux modèles organisationnels (GMF et CR) impliquent aussi une collaboration entre les différents professionnels de la santé (ex. : omnipraticiens et infirmières) au sein d'un même lieu de travail. Le CSSS a le mandat d'encourager et de soutenir le développement de ces nouveaux modèles collaboratifs de soins.

Cette section du questionnaire vise donc à identifier les actions, sur chaque territoire, qui ont influencé le développement de nouveaux modèles (GMF et CR). Elle a aussi pour objectif d'identifier les différents acteurs ayant contribué à la promotion de ces modèles.

Section 6 – Rôle de l'ASSS régionale et du MSSS (11 questions)

Cette section s'intéresse à l'influence de l'ASSS régionale et à celle des politiques du MSSS dans le développement des collaborations en 1re ligne sur chacun des territoires.

Section 7 – Informations sur le répondant (3 questions)

Enfin, cette dernière section s'adresse plus particulièrement au répondant. Elle permet de documenter le nombre d'années dédiées à son poste actuel, le nombre d'années travaillées dans le réseau de la santé et des services sociaux et d'identifier le secteur d'emploi avant d'occuper le poste actuel.

2 PROFIL DES RÉPONDANTS, COLLECTE DE DONNÉES ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

2.1 PROFIL ET SÉLECTION DES RÉPONDANTS

Aux mois de février et mars 2010, l'équipe du projet a identifié les répondants pour le volet contextuel de l'enquête. À cette fin, des communications ont eu lieu auprès du directeur général (DG) de chacun des CSSS étudiés, pour qu'ils identifient une personne clé pouvant répondre au questionnaire. Le gestionnaire identifié devait détenir une bonne connaissance du réseau local de services (RLS), ainsi que de l'implantation des nouveaux modèles d'organisations des services de 1re ligne (GMF et CR) sur son territoire de CSSS. Afin de valider également la compétence de la personne identifiée par le DG, nous avons communiqué avec deux informateurs clés de Montréal et de Montérégie. Les différents répondants désignés ont ensuite été contactés pour répondre au questionnaire destiné aux gestionnaires de CSSS. Il est à noter que les titres d'emploi de ces gestionnaires variaient d'un CSSS à l'autre (directeur, coordonnateur et chef de programme).

Pour ce qui est des répondants locaux du DRMG ou équivalent, nous avons communiqué avec les représentants régionaux du DRMG de la Montérégie et de Montréal afin d'obtenir le nom et les coordonnées des différents représentants locaux. Dans les territoires de CSSS où le poste était vacant ou encore que le représentant local du DRMG ne répondait pas, il a été demandé aux directeurs généraux des CSSS et aux informateurs clés de Montréal et de Montérégie de nous identifier un répondant potentiel ayant un rôle comparable sur le territoire.

En tout, 46 répondants ont été identifiés (23 gestionnaires de CSSS et 23 représentants locaux du DRMG).

2.2 COLLECTE DE DONNÉES

Une fois pré-testés et modifiés, les questionnaires finaux ont été envoyés aux répondants en fonction de leur rôle (gestionnaire de CSSS ou représentant local du DRMG). Les envois de questionnaires ont été effectués d'avril 2010 à janvier 2011, aux répondants identifiés. Le délai entre l'envoi des premiers et des derniers questionnaires s'explique par les délais dans l'obtention de l'approbation éthique et de la réponse à l'examen de convenance dans certains CSSS des régions à l'étude.

Chaque envoi par la poste comprenait : une lettre d'invitation, le questionnaire, une copie supplémentaire du formulaire de consentement, une copie d'un article paru dans *L'actualité médicale*[3] et une lettre d'appui au projet cosignée par le Collège des médecins du Québec (CMQ), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le DRMG régional. Dans la lettre d'invitation, le répondant était informé qu'il était aussi possible de répondre au questionnaire en ligne (formulaire web) à l'aide d'un code d'accès unique.

[3] Dongois, M. & Costan, G. (2010). Soins de première ligne. Les médecins de Montréal et de la Montérégie seront sondés en mars. *L'actualité médicale*. Février, p. 19.

2.3 DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Un mois après le premier envoi des questionnaires, les relances postales et téléphoniques ont débuté auprès de tous les répondants qui ne nous avaient pas retourné le questionnaire. Cette période de relance s'est étalée de juin 2010 à février 2011. Elles ont d'abord été effectuées par l'agente de recherche, puis, à partir de décembre 2010, par les chercheurs du projet.

Sur les 46 personnes invitées à répondre au questionnaire, 35 ont choisi de compléter le questionnaire en format papier et 11 personnes en format web. Sur réception du questionnaire complété, nous faisions parvenir une lettre de remerciement aux répondants.

Il est à noter qu'en juin 2011, il manquait trois questionnaires de représentants du DRMG local. Les DRMG régionaux de la Montérégie et de Montréal ont de nouveau été contactés afin d'identifier des omnipraticiens ayant des fonctions similaires au représentant local du DRMG pour les territoires manquants et pouvant répondre au questionnaire. En date du 4 octobre 2011, le taux de réponse était de 100 %.

3 TRAITEMENT STATISTIQUE DES DONNÉES

3.1 VALIDATION

L'entrée de données a été effectuée à l'aide du logiciel Web *Lime Survey*®. Pour les questionnaires qui comportaient des données manquantes, les répondants étaient contactés soit par courriel ou par téléphone afin de compléter leurs réponses. Par conséquent, il n'y a aucune donnée manquante pour les questionnaires. Le fait d'utiliser une même plateforme pour l'exportation des données brutes nous permettait d'éviter des erreurs et les pertes de données.

3.2 TRAITEMENT DES « NE SAIS PAS »

Une première analyse des résultats a mis en évidence que certaines questions avaient des taux de réponse élevés pour les modalités « N'a pas été mis en place » ou « Ne sais pas/ Non applicable ». Après une discussion entre les chercheurs et les agents de recherche, il a été convenu de ne pas retenir ces questions pour les analyses finales (6. f., 8. d., 8. f. et 8. h). Il en est de même pour les réponses aux questions « Autres (précisez) » : 1. d., 4. d., 6. g., 12. i. et 17.f[4].

3.3 CONSTRUCTION DES VARIABLES

Comme l'échantillon de répondants est petit, il apparaissait pertinent de dichotomiser les échelles de réponses. Pour la majorité des questions, le point milieu a été retenu comme point de dichotomisation, départageant les réponses favorables des réponses défavorables (voir le tableau 1). Les réponses favorables ont reçu une attribution de « 1 » et « 0 » a été attribué aux réponses défavorables. Les réponses « Ne sais pas », « Non applicable » ou « N'a pas été mis en place » ont été intégrées à la catégorie défavorable.

Tableau 1 Point de dichotomisation en fonction des échelles de réponse

Échelles de réponse	Point de dichotomisation
Beaucoup/Passablement/Peu/Pas du tout/N'a pas été mis en place	Entre passablement et peu
Fortement d'accord/En accord/En désaccord/Fortement en désaccord/Ne sais pas – Non applicable	Entre en accord et en désaccord
Beaucoup/Passablement/Peu/Pas du tout	Entre passablement et peu
Très bonne/Assez bonne/Mauvaise/Aucune/Ne sais pas – Non applicable	Entre assez bonne et mauvaise
Toutes/La plupart/Quelques-unes/Aucune	Entre la plupart et quelques-unes

Il faut noter quelques exceptions à cette règle dans le questionnaire. Aux questions 13 et 15, compte tenu de l'importance du taux de réponse pour la catégorie « beaucoup », le point de dichotomisation a été défini entre « beaucoup » et « passablement ». Par ailleurs, pour la

[4] Voir le questionnaire à l'annexe 1.

question 2. b. (la dichotomisation a été inversée) la question étant posée de manière négative, il fallait donc coder les réponses « Fortement d'accord », « En accord » et « Ne sais pas – non applicable » avec un score de « 0 ». Les réponses « En désaccord » et « Fortement en désaccord » ont reçu le score positif de « 1 ». Il est à noter que l'ensemble des décisions concernant la dichotomisation des données découle d'un accord inter-juges de deux chercheurs et deux agents de recherche sur le projet.

3.4 ÉLABORATION DES INDICES

L'analyse des données de ce volet, de même que la construction des indices, s'appuient sur la théorie institutionnelle (Di Maggio et Powell, 1991), soit l'une des théories les plus utilisées pour analyser les changements dans les organisations. Cette théorie suggère que des pressions coercitives, normatives et mimétiques influencent l'évolution des organisations. Les **pressions coercitives** régulent les actions des organisations et correspondent principalement aux cadres légaux auxquels sont assujetties les organisations. Dans le cadre de cette étude, ces pressions s'exercent à différents niveaux : CSSS, ASSS, MSSS, etc. Les **pressions normatives** découlent essentiellement de la notion du professionnalisme et des associations professionnelles. Finalement, les **pressions mimétiques** font référence au fait que les organisations, dans un environnement incertain, ont une tendance naturelle à imiter celles qui sont considérées comme exemplaires. À ces facteurs contextuels s'ajoute celui de **réceptivité,** qui permet d'évaluer l'ouverture des organisations aux nouveaux modèles organisationnels (GMF et CR). Un dernier facteur relatif à la continuité des soins et l'harmonisation de la coordination des services dans le réseau local de service, est celui de la **collaboration interorganisationnelle**. Ce type de collaboration fait référence à la mise en place d'un système qui se structure conjointement, ainsi que des responsabilités partagées entre les organisations sur un territoire donné. Ce facteur est au cœur de la majorité des questions du questionnaire contextuel.

Dans le cadre de notre analyse, les items du questionnaire contextuel ont été regroupés en fonction de ces différents facteurs d'influence. Le facteur coercitif ressortait dans 36 questions, alors que le facteur normatif ressortait dans neuf questions (voir le tableau 2). Le facteur de réceptivité a été attitré à une seule question, de même que celui du mimétique. Pour ce qui est de la collaboration, elle ressortait dans 44 questions. Il est à noter que certaines questions sont associées à plus d'un facteur. En général, l'un des facteurs était plus important que l'autre. Prenons pour exemple la question 17. c. : *L'Agence régionale soutient les activités du DRMG local*. Dans le cadre de notre analyse, l'Agence est perçue comme un facteur coercitif, alors que le rôle du DRMG est perçu comme normatif. Dans le cadre de cette question, le facteur coercitif est plus important, puisque l'Agence est au centre de la question. Les questions ont été regroupées en fonction des différents facteurs, par consensus et accord inter-juges de deux chercheurs et deux agents de recherche sur le projet.

Tableau 2 Regroupement des questions en fonction des différents facteurs d'influence

Influence	Questions
Coercitive	1.a-b-c, 3., 4.a-b-c, 5., 6.a-b-c-d-e, 7., 9.a-b-c-d-e, 12.b-d-e-f-g-h, 13., 17.a-b-c-d-e, 18.a-b-c-d-e
Normative	4.c, 6.d, 9.a-d, 12.a-b-c, 15., 17.c
Mimétique	14.
Réceptivité	16.
Collaboration	1.a-b-c, 2.a-b-c-d-e-f-g, 3., 4.a-b-c, 5., 6.a-b-c-d-e, 7., 8.a-b-c-e-g, 9.a-b-c-d-e, 11.a-b-c-d-e-f-g-h-i-j, 18.c-d-e

Une fois le regroupement effectué, nous avons procédé à l'élaboration d'indices, en fonction des différents facteurs d'influence à l'étude (coercitifs, normatifs, mimétiques et réceptivité), incluant la collaboration. Il est à noter que seules les réponses des gestionnaires de CSSS ont été retenues pour cette partie de l'analyse. Le mandat premier des CSSS est de créer un réseau local de services, qui implique de développer la collaboration entre les organisations de son territoire. C'est pour cette raison que nous avons choisi d'utiliser les réponses des gestionnaires de CSSS, pour l'étude. Cette perspective organisationnelle était plus pertinente dans l'atteinte des objectifs étudiés. Les réponses des représentants locaux des DRMG ont été utilisées afin de construire une variable accord/désaccord[5] pour chacun des indices. Cette mesure nous permet de voir si les répondants d'un même territoire ont une vision similaire du contexte relatif à leur territoire, par indice. L'hypothèse étant qu'une vision commune, professionnelle et administrative aurait une plus grande influence que des visions divergentes.

De manière à assurer que seules les questions pertinentes étaient retenues pour chacun des indices, les corrélations entre les questions ont été testées, par indice. De façon générale, les variables composant chaque indice présentaient des corrélations[6] modérées à importantes entre elles. Pour celles affichant des corrélations non significatives, des analyses supplémentaires ont été effectuées. Dans certains cas, la question a été supprimée[7]. Les treize indices retenus, les facteurs auxquels ils sont associés, de même que le nombre de questions qui les composent, sont présentés au tableau 3. Pour connaître la composition des indices, il faut se référer à l'annexe 2.

[5] Cette variable est expliquée à la page 12.

[6] Le test Shapiro-Wilk a été utilisé, puisque c'est l'un des plus fiables et il est particulièrement utile pour les petits échantillons.

[7] Ces questions mesuraient des éléments similaires avec d'autres questions dans le même indice.

Tableau 3 Indices caractérisant le contexte pour l'ensemble des territoires de CSSS

#	Indice	Facteurs associés	Nombre de questions
1	Collaboration actuelle du CSSS	Collaboration	5
2	Degré d'influence de collaboration en 1re ligne	Pression coercitive	8
3	Proactivité des CSSS envers la 1re ligne	Pression coercitive	3
4	Degré d'influence des mécanismes de collaboration entre les niveaux de soins	Pressions coercitive et normative	3
5	Déterminants de la collaboration	Pressions coercitive et normative	5
6	Soutien au développement de nouveaux modèles	Pressions coercitive et normative	4
7	Facteurs normatifs de changement	Pression normative	6
8	Facteurs mimétiques de changement	Pression mimétique	1
9	Réceptivité au changement	Réceptivité	1
10	Impact sur les processus	Variable illustrative	5
11	Conséquences de la collaboration	Variable illustrative	10
12	Rôle perçu de l'ASSS régionale dans le développement du CSSS et des services de 1re ligne	Variable illustrative	5
13	Rôle perçu du MSSS dans le développement du CSSS et des services de 1re ligne	Variable illustrative	5

3.5 SCORE DE PERFORMANCE ET VARIABLE ACCORD/DÉSACCORD

Pour chaque indice, un **score de performance** a été construit. Le score de performance a été calculé à partir des variables dichotomisées, en additionnant les valeurs « 1 » de chaque variable. Ce score de performance est appelé SQUID en anglais (*Summary QUality InDex*) (Feifer *et al*., 2007; Nietert *et al*., 2007). Le score de performance mesure l'amélioration des collaborations ou l'influence des facteurs institutionnels sur chacun des territoires à l'étude, sur une échelle allant de 0 à 100 %. Un seuil de 70 % a été choisi afin de catégoriser les CSSS. Si un CSSS obtenait un score au-dessus de 70 %, il était considéré comme ayant obtenu un score de performance plus élevé. S'il était en dessous de 70 %, sa performance était considérée comme moins élevée. Chaque indice comportait donc deux modalités : plus élevé ou moins élevé.

Pour chaque indice, une **variable accord/désaccord** a été construite, présentant l'accord, qu'il soit positif ou négatif, ou le désaccord entre les réponses des représentants locaux du DRMG et celles des gestionnaires de CSSS. Un accord positif est observé quand les deux répondants ont un score de « 1 » sur l'échelle de réponse dichotomisée. Pour l'accord négatif, il est observé quand les deux répondants ont un score de « 0 » sur l'échelle de réponse dichotomisée. En ce qui a trait au désaccord, si l'un des deux répondants a un score de « 1 » et l'autre un score de « 0 », on attribue un désaccord sur la question ou l'indice entre les répondants.

4 ÉLABORATION DE LA TAXONOMIE

L'approche configurationnelle a été retenue afin de réaliser une taxonomie des contextes. L'approche configurationnelle permet de réduire la complexité des phénomènes interreliés en les structurant afin de les rendre plus compréhensibles. En effet, cette dernière s'appuie sur le principe selon lequel les parties d'une entité sociale prennent leur sens dans le tout et ne peuvent pas être analysées de manière isolée (Meyer *et al*., 1993). Autrement dit, des entités peuvent être circonscrites par un ensemble de caractéristiques cohérentes et qui forment un tout. Une taxonomie est une classification d'entités (par ex. : des organisations, des services, des contextes, etc.) en des classes cohérentes et relativement homogènes.

Cette classification est construite en tenant compte des multiples caractéristiques intrinsèques à chacune des entités.

Notre démarche combine une analyse des correspondances multiples et une classification ascendante hiérarchique. Le fait de combiner ces deux méthodes pour réaliser une taxonomie comporte de nombreux avantages. Entre autres, cela permet de réduire le bruit ajouté par les variables qui ont moins de poids dans l'analyse et d'éliminer les fluctuations aléatoires, pour ainsi obtenir des classes plus stables (Lebart *et al*., 2000).

La taxonomie a été réalisée à l'aide de la version 7 du logiciel SPAD® (*Signaling Pathway Database*). Ce logiciel a été choisi car il permet de faire des analyses de correspondances multiples et de la classification de données. Il possède des algorithmes très efficaces permettant un grand nombre de représentations des données en mode interactif, ce qui est pertinent dans le cadre d'analyses exploratoires (Lamarche *et al*., 2003; Roberge *et al*., 2007).

La construction d'une taxonomie passe par les étapes décrite ci-dessous : 1) préparation des données, 2) analyse des correspondances multiples et choix du nombre d'axes factoriels, 3) classification et choix du nombre de classes à retenir.

4.1 PRÉPARATION DES DONNÉES

La préparation des données a été décrite dans la section Élaboration des indices. Pour construire la taxonomie, neuf indices ont été utilisés comme variables actives[8]. Les variables actives sont utilisées dans le calcul afin d'établir la matrice des relations. Quatre autres indices ont été utilisés comme variables illustratives[9]. Les indices « Impact sur les processus » et « Conséquences de la collaboration » représentaient les retombées des collaborations (conséquences) sur chacun des territoires. Pour ce qui est des indices « Rôle perçu de l'ASSS » et « Rôle perçu du MSSS », ils se situaient à un niveau plus macro, débordant des limites des territoires de CSSS. Tous les indices étaient de type ordinal et comportaient deux modalités. Il est à noter que les variables illustratives ne font pas partie de la conceptualisation de la taxonomie et n'entrent pas en jeu dans sa construction. Elles sont toutefois conservées à toutes les étapes de l'analyse (sans impact sur l'analyse), car

[8] Voir les indices 1 à 9 dans le tableau 3.
[9] Voir les indices 10 à 13 dans le tableau 3.

elles permettent une caractérisation supplémentaire et une explication additionnelle *a posteriori* des classes (Lebart in Greenacre, 1994).

4.2 ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

L'analyse des correspondances multiples (ACM) est une méthode statistique multidimensionnelle exploratoire. S'appuyant sur des variables catégorielles, elle permet de mettre en évidence les relations non linéaires entre les variables et entre les individus (ici les contextes). L'ACM consiste à explorer la structure de données en construisant un nuage de points à partir duquel sont extraits des axes factoriels. Ces derniers représentent une synthèse des données : ils sont formés par la projection de tous les points du nuage. Le choix du nombre d'axes à conserver pour l'analyse se fait à l'aide du critère du coude, appliqué à la courbe d'inertie (Greenacre, 1994) et en analysant les contributions et cosinus carrés de chacun des axes. Le critère du coude correspond au repérage visuel du point d'inflexion (le coude) sur le graphique obtenu (Borgès Da Silva *et al*., 2012).

4.3 CLASSIFICATION ASCENDANTE HIÉRARCHIQUE

La classification a été construite à partir du nombre d'axes retenus dans l'ACM. Nous avons opté pour l'algorithme de la classification ascendante hiérarchique (CAH). Il consiste, à partir du nombre (N) d'individus, à les regrouper en classes N-1, puis N-2, puis N-3, etc. La CAH, en s'appuyant sur le critère de Ward, regroupe, à chaque itération, les deux individus les plus proches et construit ainsi un arbre hiérarchique des classes obtenues. Cette technique de classification est connue pour minimiser la variance intra-classe tout en maximisant la variance interclasse, en utilisant la perte d'inertie (variance) dans l'agrégation de deux éléments (Ward, 1963).

Le choix du nombre de classes à conserver est fait à l'aide du quotient des inerties et de l'interprétation des résultats des différentes partitions dans le but d'obtenir des classes cohérentes et interprétables.

Le quotient se calcule comme suit :

Quotient = Variance interclasse/Variance totale

Plus le quotient est élevé, plus l'inertie interclasse est grande. L'inertie totale correspond à l'inertie totale du nuage des individus. C'est une valeur identique pour toutes les partitions. L'inertie interclasse correspond à la variance interclasse. Elle mesure l'hétérogénéité entre les classes de la partition et doit être maximisée (Borgès Da Silva, 2010).

Le quotient des inerties augmente avec le nombre de classes, et il tend asymptotiquement vers 1. C'est pourquoi nous utilisons le critère du coude dans la représentation graphique des quotients associés à chaque partition, pour choisir le nombre de classes à conserver.

4.4 TAXONOMIE DES CONTEXTES

Lors de la construction de la taxonomie des contextes, le nombre optimal de classes permettant d'expliquer les moteurs de changement organisationnel s'est arrêté à trois. Ce choix s'explique d'abord par le fait que nous avons décidé de conserver deux axes dans l'ACM pour construire la taxonomie. Ces deux axes expliquaient 59,8 % de l'inertie totale et respectaient le critère du coude sur le graphique des valeurs propres. Ils présentaient également une bonne synthèse de la structure des données. L'information contenue dans les deux axes apparaissait suffisamment importante, nous permettant de ne pas retenir d'axe supplémentaire. Les résultats de l'ACM et la description des axes sont présentés à l'annexe 3.

À partir des deux axes retenus de l'ACM, nous avons mis en œuvre une CAH afin de constituer les classes de CSSS les plus cohérentes et homogènes possibles. Les résultats de la CAH peuvent être consultés à l'annexe 3. Les résultats montrent que le nombre optimal de classes, permettant d'expliquer les moteurs de changement sur les territoires, était de trois. En effet, avec plus de trois classes nous pouvons observer une forte perte de l'inertie interclasse. La figure 2 présente la distribution des trois classes sur les deux premiers axes factoriels. Plus un CSSS se retrouve près du centre de la classe, plus il possède les caractéristiques associées à cette classe.

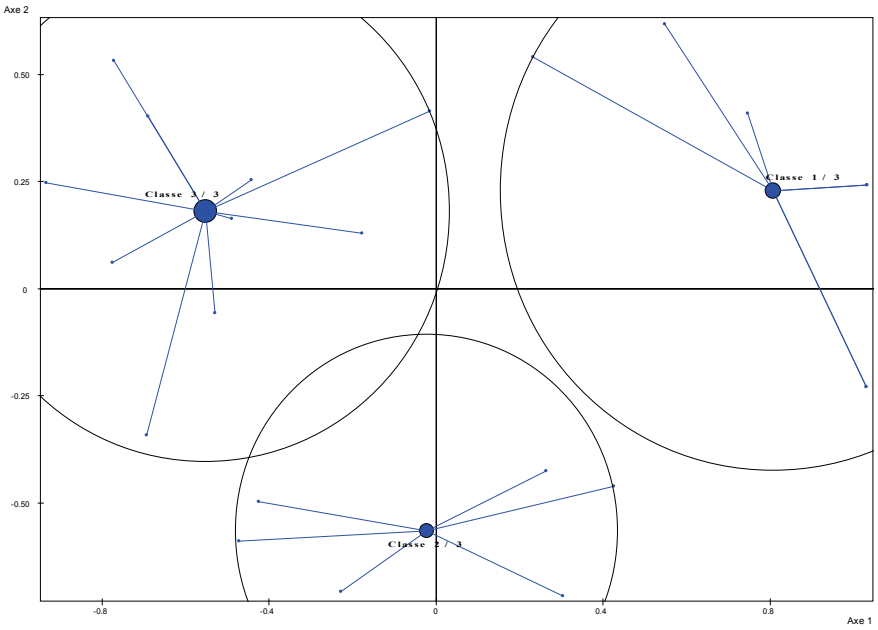


Figure 2 Présentation graphique des trois classes sur les deux premiers axes factoriels

Classe 1 (n = 7) : Cette classe est principalement caractérisée par une forte influence des **facteurs coercitifs**, puis, dans une moindre mesure, des **facteurs normatifs** de changement. Elle comprend deux territoires de CSSS à Montréal et cinq territoires de CSSS en Montérégie.

Classe 2 (n = 6) : Cette classe est principalement caractérisée par des **pressions mimétiques**, puis, dans une moindre mesure, par des **pressions coercitives** de changement. Elle comprend quatre territoires de CSSS à Montréal et deux territoires de CSSS en Montérégie.

Classe 3 (n = 10) : Cette classe se démarque par le fait qu'elle ne semble **pas influencée par les pressions environnementales** de changement. Elle comprend six territoires de CSSS à Montréal et quatre territoires de CSSS en Montérégie.

Les caractéristiques et les résultats détaillés de la taxonomie seront présentés dans le rapport descriptif.

RÉFÉRENCES

Borgès Da Silva R. (2010). *La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique.* Québec : Université de Montréal.

Borgès Da Silva R, McCusker J, Roberge D, Ciampi A, Vadeboncoeur A, Levesque JF, Belzile E. (2012). Classification of emergency departments according to their services for community-dwelling seniors. *Academic Emergency Medicine*. (Sous presse).

Denis JL, Langley A, Lamothe L, Dubois CA, Contandriopoulos D. (2007). Questionnaire adressé à la direction générale, direction générale adjointe et aux cadres intermédiaires et supérieurs des directions conseils et de soutien (CSSS4). Projet de recherche « Gouverner le changement et changer la gouverne dans les organisations du réseau de la santé ». Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.

DiMaggio PJ, Powell WW. (1991). "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields" in *The new institutionalism in organizational analysis*, edited by Powell, W.W. and DiMaggio, P.J. Chicago: University of Chicago Press.

Feifer C, Nemeth L, Nietert PJ, Wessell AM, Jenkins RG, Roylance L, Ornstein SM. (2007). Different Paths to High-Quality Care: Three Archetypes of Top-Performing Practice Sites. *Annals of Family Medecine*, *5*(3): p. 233-241.

Greenacre M. (1994). Correspondence analysis and its interpretation in Greenacre, MJ & Blasius, J. (eds.), Correspondence Analysis in the Social Sciences, Academic Press, London, p. 3-22.

Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Lebart L. (1994). Complementary Use of Correspondence Analysis and Cluster Analysis in Greenacre MJ & Blasius J. (eds.), Correspondence Analysis in the Social Sciences, Academic Press, London, p. 3-22.

Lebart L, Morineau A, Piron M. (2000). Statistique exploratoire multidimensionnelle, 3e édition. Dunod.

Meyer, A. D., Tsui, A. S., & Hinings, C. R. (1993). Configurational approaches to organizational analysis. *Academy of Management Journal*, 36(6); p. 1175-1195.

Nietert, P.J., Wessell, A.M., Jenkins, R.G., Feifer, C., Nemeth, L.S. et Ornstein, S.M. (2007). Using a summary measure for multiple quality indicators in primary care: the Summary QUality InDex (SQUID). *Implementation Science, 2*(11) : doi :10.1186/1748-5908-2-11.

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

Ward JH. (1963). Hierachical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association, 58*(301): p.236-244.

ANNEXE 1 :

QUESTIONNAIRE AUX CSSS

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

Questionnaire aux CSSS

Mars 2012

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

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

Québec

AUTEURS
Raynald Pineault[1,2,3]
Jean-Frédéric Levesque[1,2,3]
Audrey Couture[1,2]
Danièle Roberge[4,5]
Mylaine Breton[4,5]
Dominique Grimard[1,2]
Jean-Louis Denis[6]
Pierre Tousignant[1,2,3]

SOUTIEN À LA RÉALISATION ET ÉDITION
Mireille Paradis[1,2]

[1] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
[2] Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
[3] Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
[4] Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne
[5] Université de Sherbrooke
[6] École nationale d'administration publique (ÉNAP)

COLLABORATION
L'équipe de chercheurs et de collaborateurs associés à la réalisation du projet de recherche.

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

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

Ce document est disponible sur le site internet de la Direction de santé publique (http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/documentation.html)

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

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

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012)

COMPOSANTES DU QUESTIONNAIRE

- Le formulaire d'information et de consentement occupe les quatre premières pages de ce questionnaire.

- Ce questionnaire est composé de 21 questions réparties entre les sections suivantes :
  Section 1 - Collaboration entre le CSSS et les organisations de 1re ligne
  Section 2 - Collaboration entre les organisations de 1re ligne et les hôpitaux
  Section 3 - Collaboration entre les organisations de 1re ligne
  Section 4 - Collaboration du CSSS avec l'ensemble des partenaires
  Section 5 - Soutien au développement de modèles émergents d'organisation de 1re ligne
  Section 6 - Rôle de l'Agence régionale et du MSSS
  Section 7 - Informations sur le répondant

1 - COLLABORATION ENTRE LE CSSS ET LES ORGANISATIONS DE 1RE LIGNE

1. Depuis la création de votre CSSS, dans quelle mesure les mécanismes suivants ont-ils amélioré la collaboration entre votre **CSSS** et les **organisations de 1re ligne** sur son territoire?

Mécanismes	**Beaucoup**	**Passable-ment**	**Peu**	**Pas du tout**	**N'a pas été mis en place**
a) Ententes entre le CSSS et cliniques médicales (*e.g.* planification des services offerts, heures d'ouverture)	1	2	3	4	99
b) Prêt de ressources du CSSS aux cliniques médicales	1	2	3	4	99
c) Disponibilité des services du CSSS pour les cliniques médicales (*e.g.* plateau technique)	1	2	3	4	99
d) Autres (précisez) : _____	1	2	3	4	99

2. Les énoncés suivants portent sur les mécanismes mis en place pour faciliter la collaboration entre votre **CSSS** et les **cliniques de 1re ligne** de son territoire, identifiés à la question précédente. Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.

Les mécanismes …	**Fortement d'accord**	**En accord**	**En désaccord**	**Fortement en désaccord**	**Ne sais pas /Non applicable**
a) bénéficient aux cliniques de 1re ligne	1	2	3	4	9
b) se caractérisent par une certaine lourdeur dans leur gestion	1	2	3	4	9
c) contribuent à lever des obstacles dans la collaboration entre les différents niveaux de soins	1	2	3	4	9
d) encouragent le développement de corridors de services avec les établissements de 2e et 3e ligne	1	2	3	4	9
e) constituent un levier pour l'implantation de changements dans les pratiques professionnelles	1	2	3	4	9
f) favorisent une meilleure coordination des services de 1re ligne	1	2	3	4	9
g) contribuent à mieux faire connaître l'offre de services sur le territoire auprès de l'ensemble des prestataires	1	2	3	4	9

3. Globalement, dans quelle mesure votre CSSS a-t-il soutenu et favorisé le développement de collaborations entre votre **CSSS (excluant le volet hospitalier)** et les **organisations de 1re ligne** de son territoire?

☐ 1 Beaucoup ☐ 2 Passablement ☐ 3 Peu ☐ 4 Pas du tout

2 - COLLABORATION ENTRE LES ORGANISATIONS DE 1RE LIGNE ET LES HÔPITAUX

4. Depuis la création de votre CSSS, dans quelle mesure les mécanismes suivants ont-ils amélioré la collaboration entre les **organisations de 1re ligne** et les **hôpitaux** sur son territoire?

Mécanismes	**Beaucoup**	**Passablement**	**Peu**	**Pas du tout**	**N'a pas été mis en place**
a) Ententes de services entre le CSSS, les hôpitaux et les cliniques médicales	1	2	3	4	99
b) Tables de coordination/ concertation où siègent des représentants des hôpitaux et cliniques médicales du territoire	1	2	3	4	99
c) Développement d'un projet clinique conjoint	1	2	3	4	99
d) Autres (précisez) : _____ _____	1	2	3	4	99

5. Globalement, dans quelle mesure votre CSSS a-t-il soutenu et favorisé le développement de collaborations entre les **organisations de 1re ligne** et les **hôpitaux** sur son territoire (incluant le centre hospitalier du CSSS s'il y a lieu)?

☐ 1 Beaucoup ☐ 2 Passablement ☐ 3 Peu ☐ 4 Pas du tout

3 - COLLABORATION ENTRE LES ORGANISATIONS DE 1RE LIGNE

6. Depuis la création de votre CSSS, dans quelle mesure les mécanismes suivants ont-ils amélioré la collaboration entre les **organisations de 1re ligne** sur son territoire?

Mécanismes	**Beaucoup**	**Passablement**	**Peu**	**Pas du tout**	**N'a pas été mis en place**
a) Tables de concertation/coordination des services de 1re ligne	1	2	3	4	99
b) Participation des médecins au plan de développement de l'offre de services de 1re ligne du territoire	1	2	3	4	99
c) Formation offerte par le CSSS à l'intention des médecins du territoire (formation continue clinique et médico-administrative)	1	2	3	4	99
d) Participation du DRMG local dans les instances de gouverne du CSSS	1	2	3	4	99
e) Mise en place d'un guichet d'accès clientèle orpheline et vulnérable	1	2	3	4	99
f) Accueil clinique pour les cas subaigus	1	2	3	4	99
e) Autres (précisez) : _____	1	2	3	4	99

7. Globalement, dans quelle mesure votre CSSS a-t-il soutenu et favorisé le développement de collaborations entre les différentes **organisations de 1re ligne** sur son territoire?

☐ 1 Beaucoup ☐ 2 Passablement ☐ 3 Peu ☐ 4 Pas du tout

4 - COLLABORATION DU CSSS AVEC L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES

8. Jusqu'à maintenant, comment qualifieriez-vous la collaboration de votre **CSSS** avec les **partenaires suivants**?

	Très bonne	Assez bonne	Mauvaise	Aucune	Ne sais pas/Non applicable
a) Cliniques médicales de 1re ligne	1	2	3	4	9
b) Groupes de médecine de famille/ Cliniques-réseau	1	2	3	4	9
c) Cliniques médicales spécialisées	1	2	3	4	9
d) Hôpitaux généraux et spécialisés ne faisant pas partie du CSSS	1	2	3	4	9
e) Hôpitaux universitaires (RUIS)	1	2	3	4	9
f) Organismes communautaires	1	2	3	4	9
g) Pharmacies	1	2	3	4	9
h) Coopératives de santé	1	2	3	4	9

9. Les énoncés suivants concernent la collaboration de votre **CSSS** avec les différents **partenaires** identifiés à la question précédente. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.

	Fortement d'accord	En accord	En désaccord	Fortement en désaccord	Ne sais pas/Non applicable
a) Il est facile de concilier les valeurs du CSSS et celles des partenaires du réseau local de services	1	2	3	4	9
b) Les responsabilités du CSSS et celles des partenaires du réseau local de services au regard de la planification des services sont clairement définies	1	2	3	4	9
c) Le rôle joué par le CSSS dans la coordination du réseau local de services est important	1	2	3	4	9
d) Les partenaires du réseau local et les intervenants du CSSS se font mutuellement confiance	1	2	3	4	9
e) L'offre de services du CSSS est connue de tous les partenaires concernés	1	2	3	4	9

10. Pourriez-vous identifier les **3 partenaires majeurs de votre CSSS dans son réseau local de services**? Inscrivez «aucun» dans l'espace réservé s'il y a moins de 3 partenaires.

1. _____
2. _____
3. _____

11. Les énoncés suivants portent sur les retombées de la collaboration de votre CSSS avec les divers **partenaires de son territoire**. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.

Depuis la création du CSSS, la collaboration entre les intervenants du CSSS et les divers partenaires du territoire a contribué à :	**Fortement d'accord**	**En accord**	**En désaccord**	**Fortement en désaccord**	**Ne sais pas /Non applicable**
a) améliorer l'accès de la clientèle du territoire aux services médicaux de 1re ligne	1	2	3	4	9
b) améliorer l'accès de la clientèle du territoire à des expertises ou soins spécialisés	1	2	3	4	9
c) améliorer la coordination des soins entre les différents intervenants du territoire	1	2	3	4	9
d) améliorer le partage d'information clinique entre les divers intervenants du territoire	1	2	3	4	9
e) réduire la duplication des services (réévaluation des patients, répétition d'examens diagnostiques, etc.)	1	2	3	4	9
f) améliorer la prise en charge des clientèles vulnérables	1	2	3	4	9
g) assurer une plus grande continuité des soins et services	1	2	3	4	9
h) améliorer la qualité des soins et services	1	2	3	4	9
i) développer une meilleure connaissance de leurs services respectifs	1	2	3	4	9
j) favoriser la priorisation des besoins et des services à développer	1	2	3	4	9

5 - SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DE MODÈLES ÉMERGENTS D'ORGANISATION DE 1RE LIGNE

12. Depuis la création de votre CSSS, dans quelle mesure les actions suivantes ont-elles contribué au développement des **Groupes de médecine de famille (GMF)** et, s'il y a lieu, des **Cliniques-réseau (CR)?**

	Beaucoup	Passable-ment	Peu	Pas du tout	N'a pas été mis en place
a) Développement d'une stratégie commune avec le DRMG local/ régional	1	2	3	4	99
b) Promotion des modèles GMF/CR par des représentants du CSSS ou du DRMG local	1	2	3	4	99
c) Discussion de la pertinence de ces modèles à différentes tribunes portant sur l'organisation des services de 1re ligne	1	2	3	4	99
d) Création de corridors de services diagnostiques et spécialisés pour les GMF/CR	1	2	3	4	99
e) Offre d'incitatifs financiers et de ressources	1	2	3	4	99
f) Soutien du CSSS au processus d'accréditation GMF/CR	1	2	3	4	99
g) Soutien au développement de la pratique infirmière en 1re ligne	1	2	3	4	99
h) Soutien au développement d'ordonnances collectives	1	2	3	4	99
Autres (précisez) _____	1	2	3	4	99

13. Globalement, dans quelle mesure votre CSSS a-t-il soutenu et favorisé le développement des **GMF** et, s'il y a lieu, des **CR** ou **autres modèles organisationnels émergents**?

☐ 1 Beaucoup ☐ 2 Passablement ☐ 3 Peu ☐ 4 Pas du tout

14. Sur le territoire de votre CSSS, y a-t-il **une organisation de 1re ligne qui joue un rôle de modèle** pour les autres cliniques du territoire?

☐ 1 Oui ➔ **Si oui, laquelle?**_____

☐ 2 Non

15. Dans quelle mesure **le représentant local du DRMG** a-t-il soutenu et favorisé l'implantation des **GMF et CR** sur le territoire de votre CSSS?

☐ 1 Beaucoup ☐ 2 Passablement ☐ 3 Peu ☐ 4 Pas du tout

16. Diriez-vous que **les cliniques médicales** sur le territoire de votre CSSS sont **réceptives à l'adoption de nouveaux modèles** d'organisation de 1re ligne?

☐ 1 Toutes ☐ 2 La plupart ☐ 3 Quelques-unes ☐ 4 Aucune

6 - RÔLE DE L'AGENCE RÉGIONALE ET DU MSSS

17. En vous référant au rôle de **l'Agence régionale** dans le développement de votre **CSSS** et des **services de 1re ligne** sur votre territoire, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.

L'Agence régionale …	**Fortement d'accord**	**En accord**	**En désaccord**	**Fortement en désaccord**	**Ne sais pas /Non applicable**
a) soutient votre CSSS dans l'implantation du réseau local de services	1	2	3	4	9
b) soutient votre CSSS dans le développement de corridors de services avec les établissements de 2e et 3e ligne	1	2	3	4	9
c) soutient les activités du DRMG local	1	2	3	4	9
d) soutient le développement de la 1re ligne médicale	1	2	3	4	9
e) soutient l'émergence de nouveaux modèles de services de 1re ligne (par exemple : GMF/CR)	1	2	3	4	9
f) Autres rôles (précisez)? _____ _____	1	2	3	4	9

18. En vous référant au rôle du **MSSS** dans **le développement de votre CSSS** et des **services de 1re ligne** sur votre territoire, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.

Les politiques du MSSS favorisent…	**Fortement d'accord**	**En accord**	**En désaccord**	**Fortement en désaccord**	**Ne sais pas /Non applicable**
a) le développement des GMF/CR	1	2	3	4	9
b) le développement des services de 1re ligne	1	2	3	4	9
c) le développement de la collaboration entre la 1re ligne et les autres instances du système de santé	1	2	3	4	9
d) le développement de corridors de services avec les établissements de 1re, 2e et 3e ligne	1	2	3	4	9
e) le développement des réseaux locaux de services	1	2	3	4	9

7 - INFORMATIONS SUR LE RÉPONDANT

19. Depuis quand occupez-vous votre **poste actuel**?

☐ 1 Moins d'un an ☐ 2 1 à 3 ans ☐ 3 4 ans et plus

20. Dans quel secteur œuvriez-vous **avant d'occuper votre poste actuel**?

☐ 1 Secteur hospitalier

☐ 2 Secteur communautaire (incluant CLSC)

☐ 3 Secteur des services sociaux

☐ 4 Autre secteur? (préciser) : _____

21. Depuis **combien d'années** travaillez-vous dans le réseau de la santé et des services sociaux?

☐ 1 Moins de 5 ans ☐ 2 Entre 5 et 15 ans ☐ 3 Plus de 15 ans

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION !

Si vous avez des commentaires supplémentaires, n'hésitez pas à les inscrire dans l'espace ci-dessous.
Soyez assuré que nous y accorderons beaucoup d'attention.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Date : _____/_____/_____
(Jour / Mois / Année)

Avril 2010

ANNEXE 2 :

COMPOSITION DES INDICES

Indice 1 : Collaboration actuelle du CSSS

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord[10]
8. Comment qualifieriez-vous la collaboration de votre CSSS avec : **a)** cliniques médicales de 1re ligne? **b)** groupes de médecine de famille/Cliniques-réseau? **c)** cliniques médicales spécialisées? **e)** hôpitaux universitaires (RUIS)? **g)** pharmacies?	43,5 %	A+ : 9 CSSS A- : 4 CSSS D : 5 CSSS N : 5 CSSS

Indice 2 : Degré d'influence des mécanismes de collaboration en 1re ligne

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
1. Mécanisme ayant amélioré la collaboration entre votre CSSS et les organisations de 1re ligne sur son territoire : **a)** ententes entre le CSSS et cliniques médicales (e.g. planification des services offerts, heures d'ouverture)? **b)** prêt de ressources du CSSS aux cliniques médicales? **c)** disponibilité des services du CSSS pour les cliniques médicales (e.g. plateau technique)? **6. Mécanisme ayant amélioré la collaboration entre les organisations de 1re ligne du territoire :** **a)** tables de concertation/coordination des services de 1re ligne? **b)** participation des médecins au plan de développement de l'offre de services de 1re ligne du territoire? **c)** formation offerte par le CSSS à l'intention des médecins du territoire (formation continue clinique et médico-administrative)? **d)** participation du DRMG local dans les instances de gouverne du CSSS? **e)** mise en place d'un guichet d'accès clientèle orpheline et vulnérable?	26,1 %	A+ : 5 CSSS A- : 7 CSSS D : 6 CSSS N : 5 CSSS

Indice 3 : Proactivité des CSSS envers la 1re ligne

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
3. Globalement, dans quelle mesure votre CSSS a-t-il soutenu et favorisé le développement de collaborations entre votre CSSS (excluant le volet hospitalier) et les organisations de 1re ligne? 5. Globalement, dans quelle mesure votre CSSS a-t-il soutenu et favorisé le développement de collaborations entre les organisations de 1re ligne et les hôpitaux du territoire (incluant le centre hospitalier du CSSS s'il y a lieu)? 7. Globalement, dans quelle mesure votre CSSS a-t-il soutenu et favorisé le développement de collaborations entre les différentes organisations de 1re ligne du territoire?	65,2 %	A+ : 15 CSSS A- : 1 CSSS D : 7 CSSS N : 0 CSSS

[10] Accord + (A+), accord – (A-), désaccord (D) et neutre (N). Neutre réfère au fait qu'il y a une équivalence entre deux variables ne pouvant donc pas définir l'accord sur le territoire en fonction de l'indice. Par exemple, un même nombre d'accords positifs que d'accords négatifs.

Indice 4 : Degré d'influence des mécanismes de collaboration entre les niveaux de soins

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
4. Mécanisme ayant amélioré la collaboration entre les organisations de 1re ligne et les hôpitaux du territoire : **a)** ententes de services entre le CSSS, les hôpitaux et les cliniques médicales? **b)** tables de coordination/concertation où siègent des représentants des hôpitaux et cliniques médicales du territoire? **c)** développement d'un projet clinique conjoint?	26,1 %	A+ : 6 CSSS A- : 8 CSSS D : 9 CSSS N : 0 CSSS

Indice 5 : Déterminants de la collaboration

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
9. Sur la collaboration de votre CSSS avec les différents partenaires : **a)** il est facile de concilier les valeurs du CSSS et celles des partenaires du réseau local de services. **b)** les responsabilités du CSSS et celles des partenaires du réseau local de services au regard de la planification des services sont clairement définies. **c)** le rôle joué par le CSSS dans la coordination du réseau local de services est important. **d)** les partenaires du réseau local et les intervenants du CSSS se font mutuellement confiance. **e)** l'offre de services du CSSS est connue de tous les partenaires concernés.	52,2 %	A+ : 6 CSSS A- : 4 CSSS D : 11 CSSS N : 2 CSSS

Indice 6 : Soutien au développement de nouveaux modèles

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
12. L'action suivante a-t-elle contribué au développement des GMF et, s'il y a lieu, des CR : **d)** création de corridors de services diagnostiques et spécialisés pour les GMF/CR? **e)** offre d'incitatifs financiers et de ressources? **f)** soutien du CSSS au processus d'accréditation GMF/CR? **13.** Globalement, dans quelle mesure votre CSSS a-t-il soutenu et favorisé le développement des GMF et, s'il y a lieu, des CR ou autres modèles organisationnels émergents?	73,9 %	A+ : 8 CSSS A- : 4 CSSS D : 8 CSSS N : 3 CSSS

Indice 7 : Facteurs normatifs de changement

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
6. d) Mécanisme ayant amélioré la collaboration entre les organisations de 1re ligne du territoire: participation du DRMG local dans les instances de gouverne du CSSS? **12. L'action suivante a-t-elle contribué au développement des GMF et, s'il y a lieu, des CR :** **a)** développement d'une stratégie commune avec le DRMG local/ régional? **b)** promotion des modèles GMF/CR par des représentants du CSSS ou du DRMG local? **c)** discussion de la pertinence de ces modèles à différentes tribunes portant sur l'organisation des services de 1re ligne? **15.** Dans quelle mesure le représentant local du DRMG a-t-il soutenu et favorisé l'implantation des GMF et CR sur le territoire de votre CSSS? **17. c)** L'Agence régionale soutient les activités du DRMG local.	47,8 %	A+ : 15 CSSS A- : 1 CSSS D : 7 CSSS N : 0 CSSS

Indice 8 : Facteurs mimétiques de changement

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
14. Sur le territoire de votre CSSS, y a-t-il une organisation de 1re ligne qui joue un rôle de modèle pour les autres cliniques du territoire?	47,8 %	A+ : 6 CSSS A- : 6 CSSS D : 11 CSSS N : 0 CSSS

Indice 9 : Réceptivité au changement

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
16. Diriez-vous que les cliniques médicales sur le territoire de votre CSSS sont réceptives à l'adoption de nouveaux modèles d'organisation de 1re ligne?	47,8 %	A+ : 6 CSSS A- : 10 CSSS D : 7 CSSS N : 0 CSSS

Indice 10 : Impact sur les processus (variable illustrative)

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
2. Mécanisme mis en place pour faciliter la collaboration entre votre CSSS et les cliniques de 1re ligne : **a)** bénéficient aux cliniques de 1re ligne. **c)** contribuent à lever des obstacles dans la collaboration entre les différents niveaux de soins. **e)** constituent un levier pour l'implantation de changements dans les pratiques professionnelles. **f)** favorisent une meilleure coordination des services de 1re ligne. **g)** contribuent à mieux faire connaître l'offre de services sur le territoire auprès de l'ensemble des prestataires.	69,6 %	A+ : 14 CSSS A- : 3 CSSS D : 5 CSSS N : 1 CSSS

Indice 11 : Conséquences de la collaboration (variable illustrative)

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
11. Retombées de la collaboration de votre CSSS avec les divers partenaires du territoire: **a)** améliorer l'accès de la clientèle du territoire aux services médicaux de 1re ligne. **b)** améliorer l'accès de la clientèle du territoire à des expertises ou soins spécialisés. **c)** améliorer la coordination des soins entre les différents intervenants du territoire. **d)** améliorer le partage d'information clinique entre les divers intervenants du territoire. **e)** réduire la duplication des services (réévaluation des patients, répétition d'examens diagnostiques, etc.). **f)** améliorer la prise en charge des clientèles vulnérables. **g)** assurer une plus grande continuité des soins et services. **h)** améliorer la qualité des soins et services. **i)** développer une meilleure connaissance de leurs services respectifs. **j)** favoriser la priorisation des besoins et des services à développer.	47,8 %	A+ : 13 CSSS A- : 2 CSSS D : 6 CSSS N : 2 CSSS

Indice 12 : Rôle perçu de l'ASSS régionale dans le développement du CSSS et des services de 1re ligne (variable illustrative)

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
17. L'Agence régionale soutient : **a)** votre CSSS dans l'implantation du réseau local de services. **b)** votre CSSS dans le développement de corridors de services avec les établissements de 2e et 3e ligne. **c)** les activités du DRMG local. **d)** le développement de la 1re ligne médicale. **e)** l'émergence de nouveaux modèles de services de 1re ligne (par exemple : GMF/CR).	43,5 %	A+ : 8 CSSS A- : 2 CSSS D : 12 CSSS N : 1 CSSS

Indice 13 : Rôle perçu du MSSS dans le développement du CSSS et des services de 1re ligne (variable illustrative)

Libellé des questions	SQUID CSSS performant = > 70 %	Variable accord/désaccord
18. Les politiques du MSSS favorisent : **a)** le développement des GMF/CR. **b)** le développement des services de 1re ligne. **c)** le développement de la collaboration entre la 1re ligne et les autres instances du système de santé. **d)** le développement de corridors de services avec les établissements de 1re, 2e et 3e ligne. **e)** le développement des réseaux locaux de services.	39,1 %	A+ : 5 CSSS A- : 7 CSSS D : 10 CSSS N : 1 CSSS

ANNEXE 3 :

RÉSULTATS DES ANALYSES

```
LECTURE DE LA BASE DE DONNEES
LECTURE DU FICHIER BASE
NOM DE LA BASE      : Q:\RB\Actuel\ESPSS\Evolution\Contexte\SPAD\_work\graphSpace\unit.sba
NOMBRE D'INDIVIDUS          :      23
NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES :      26
NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES :      0
SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES
VARIABLES NOMINALES ACTIVES
    9 VARIABLES      18 MODALITES ASSOCIEES
-----------------------------------------------------------------------------------------------
  1 . SQ1                                          (   2 MODALITES )
  2 . SQ2                                          (   2 MODALITES )
  3 . SQ3                                          (   2 MODALITES )
  4 . SQ4                                          (   2 MODALITES )
  7 . SQ7                                          (   2 MODALITES )
  8 . SQ8                                          (   2 MODALITES )
  9 . SQ9                                          (   2 MODALITES )
 10 . SQ10                                          (   2 MODALITES )
 11 . SQ11                                          (   2 MODALITES )
-----------------------------------------------------------------------------------------------
VARIABLES NOMINALES ILLUSTRATIVES
   17 VARIABLES      34 MODALITES ASSOCIEES
-----------------------------------------------------------------------------------------------
  5 . SQ5                                          (   2 MODALITES )
  6 . SQ6                                          (   2 MODALITES )
 12 . SQ12                                          (   2 MODALITES )
 13 . SQ13                                          (   2 MODALITES )
 14 . SQ_AD1                                         (   2 MODALITES )
 15 . SQ_AD2                                         (   2 MODALITES )
 16 . SQ_AD3                                         (   2 MODALITES )
 17 . SQ_AD4                                         (   2 MODALITES )
 18 . SQ_AD5                                         (   2 MODALITES )
 19 . SQ_AD6                                         (   2 MODALITES )
 20 . SQ_AD7                                         (   2 MODALITES )
 21 . SQ_AD8                                         (   2 MODALITES )
 22 . SQ_AD9                                         (   2 MODALITES )
 23 . SQ_AD10                                         (   2 MODALITES )
 24 . SQ_AD11                                         (   2 MODALITES )
 25 . SQ_AD12                                         (   2 MODALITES )
 26 . SQ_AD13                                         (   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)   :      0.00 %       POIDS:      0.00
AVANT APUREMENT :      9 QUESTIONS ACTIVES         18 MODALITES ASSOCIEES
APRES           :      9 QUESTIONS ACTIVES         18 MODALITES ASSOCIEES
POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS :     23.00
TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES
----------------------------+-----------------+---------------------------------------------
        MODALITES           | AVANT APUREMENT |          APRES APUREMENT
IDENT     LIBELLE           |  EFF.     POIDS |  EFF.     POIDS       HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
----------------------------+-----------------+---------------------------------------------
   1 . SQ1
m1   - SQ1_Moins bon        |   16      16.00 |   16      16.00  ******************************************
m2   - SQ1_Meilleur         |    7       7.00 |    7       7.00  *******************
----------------------------+-----------------+---------------------------------------------
   2 . SQ2
m1   - SQ2_Moins bon        |   17      17.00 |   17      17.00  ***********************************************
m2   - SQ2_Meilleur         |    6       6.00 |    6       6.00  ***************
----------------------------+-----------------+---------------------------------------------
   3 . SQ3
m1   - S3_Moins bon         |   13      13.00 |   13      13.00  **********************************
```

```
m2   - SQ3_Meilleur        |  10     10.00 |  10     10.00  ***************************
---------------------------+----------------+-------------------------------------------
   4 . SQ4
m1   - SQ4_Moins bon       |  11     11.00 |  11     11.00  ****************************
m2   - SQ4_Meilleur        |  12     12.00 |  12     12.00  ********************************
---------------------------+----------------+-------------------------------------------
   7 . SQ7
m1   - SQ7_Moins bon       |   8      8.00 |   8      8.00  *********************
m2   - SQ7_Meilleur        |  15     15.00 |  15     15.00  ****************************************
---------------------------+----------------+-------------------------------------------
   8 . SQ8
m1   - SQ8_Moins bon       |   6      6.00 |   6      6.00  ****************
m2   - SQ8_Meilleur        |  17     17.00 |  17     17.00  ***********************************************
---------------------------+----------------+-------------------------------------------
   9 . SQ9
m1   - SQ9_Moins bon       |  12     12.00 |  12     12.00  ********************************
m2   - SQ9_Meilleur        |  11     11.00 |  11     11.00  ****************************
---------------------------+----------------+-------------------------------------------
  10 . SQ10
m1   - SQ10_Moins bon      |  12     12.00 |  12     12.00  ********************************
m2   - SQ10_Meilleur       |  11     11.00 |  11     11.00  ****************************
---------------------------+----------------+-------------------------------------------
  11 . SQ11
m1   - SQ11_Moins bon      |  12     12.00 |  12     12.00  ********************************
m2   - SQ11_Meilleur       |  11     11.00 |  11     11.00  ****************************
---------------------------+----------------+-------------------------------------------
VALEURS PROPRES
APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION ..   1.0000
                          SOMME DES VALEURS PROPRES ....   1.0000
HISTOGRAMME DES  9 PREMIERES VALEURS PROPRES
+--------+------------+------------+------------+-----------------------------------------+
| NUMERO |   VALEUR   | POURCENTAGE | POURCENTAGE |                                        |
|        |   PROPRE   |            |   CUMULE   |                                        |
+--------+------------+------------+------------+-----------------------------------------+
|   1  |  0.4231  |    42.31  |    42.31  | ***************************************************************************************  |
|   2  |  0.1727  |    17.27  |    59.58  | *********************************          |
|   3  |  0.1118  |    11.18  |    70.75  | **********************                  |
|   4  |  0.0928  |     9.28  |    80.04  | ******************                      |
|   5  |  0.0748  |     7.48  |    87.52  | ***************                         |
|   6  |  0.0517  |     5.17  |    92.69  | **********                              |
|   7  |  0.0339  |     3.39  |    96.08  | *******                                 |
|   8  |  0.0240  |     2.40  |    98.48  | *****                                   |
|   9  |  0.0152  |     1.52  |   100.00  | ***                                     |
+--------+------------+------------+------------+-----------------------------------------+
RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)
+-------------+-------------+-----------------------------------------------------+
|   PALIER    | VALEUR DU   |                                                     |
|    ENTRE    |   PALIER    |                                                     |
+-------------+-------------+-----------------------------------------------------+
|   1  --  2  |    -147.55  | ************************************************** |
|   2  --  3  |     -41.13  | ***************                                     |
|   5  --  6  |      -5.84  | ***                                                 |
+-------------+-------------+-----------------------------------------------------+
RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)
+-------------+-------------+-----------------------------------------------------+
|   PALIER    | VALEUR DU   |                                                     |
|    ENTRE    |   PALIER    |                                                     |
+-------------+-------------+-----------------------------------------------------+
|   1  --  2  |     189.53  | ************************************************** |
|   2  --  3  |      41.98  | ************                                        |
|   5  --  6  |       5.19  | **                                                  |
|   3  --  4  |       0.85  | *                                                   |
+-------------+-------------+-----------------------------------------------------+
VALEURS PROPRES AVEC CORRECTION DE BENZECRI
CES VALEURS PROPRES SONT INDICATIVES ET NE SONT PAS UTILISEES DANS LES CALCULS.
APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION ..   1.0000
                          SOMME DES VALEURS PROPRES ....   0.1280
HISTOGRAMME DES  3 PREMIERES VALEURS PROPRES
+--------+------------+----------+----------+-----------------------------------------+
| NUMERO |   VALEUR   | POURCENT.| POURCENT.|                                        |
```

```
|      |  PROPRE  |        | CUMULE |                                                |
+--------+-----------+----------+----------+-----------------------------------------------+
|   1  |  0.1232  |  96.25 |  96.25 | ********************************************************************************** |
|   2  |  0.0048  |   3.75 | 100.00 | ****                                                |
|   3  |  0.0000  |   0.00 | 100.00 | *                                                   |
+--------+-----------+----------+----------+-----------------------------------------------+
COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRES DES MODALITES ACTIVES
AXES  1 A  5
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------+
|              MODALITES                  |        COORDONNEES          |   CONTRIBUTIONS     |     COSINUS CARRES     |
|-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------+-----------------------|
| IDEN - LIBELLE            P.REL  DISTO |  1    2    3    4    5  |  1    2    3    4    5 |  1    2    3    4    5 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------+-----------------------+
|   1 . SQ1                                                                                |
| m1   - SQ1_Moins bon        7.73   0.44 | -0.56 -0.09  0.18 -0.15  0.08 |  5.8  0.4  2.2  1.9  0.6 | 0.72 0.02 0.07 0.05 0.01 |
| m2   - SQ1_Meilleur         3.38   2.29 |  1.28  0.20 -0.40  0.35 -0.17 | 13.2  0.8  4.9  4.4  1.4 | 0.72 0.02 0.07 0.05 0.01 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 18.9  1.2  7.1  6.4  2.0 +-----------------------+
|   2 . SQ2                                                                                |
| m1   - SQ2_Moins bon        8.21   0.35 | -0.44  0.16  0.18 -0.10 -0.03 |  3.7  1.3  2.4  0.9  0.1 | 0.55 0.08 0.09 0.03 0.00 |
| m2   - SQ2_Meilleur         2.90   2.83 |  1.24 -0.46 -0.52  0.29  0.08 | 10.6  3.6  6.9  2.6  0.2 | 0.55 0.08 0.09 0.03 0.00 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 14.3  4.9  9.4  3.5  0.3 +-----------------------+
|   3 . SQ3                                                                                |
| m1   - S3_Moins bon         6.28   0.77 | -0.50  0.34  0.34  0.41 -0.18 |  3.7  4.2  6.7 11.2  2.7 | 0.33 0.15 0.15 0.22 0.04 |
| m2   - SQ3_Meilleur         4.83   1.30 |  0.65 -0.44 -0.45 -0.53  0.23 |  4.9  5.5  8.7 14.5  3.5 | 0.33 0.15 0.15 0.22 0.04 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE =  8.6  9.7 15.3 25.7  6.1 +-----------------------+
|   4 . SQ4                                                                                |
| m1   - SQ4_Moins bon        5.31   1.09 | -0.75 -0.31 -0.34  0.32 -0.29 |  7.0  2.9  5.6  5.9  6.0 | 0.51 0.09 0.11 0.10 0.08 |
| m2   - SQ4_Meilleur         5.80   0.92 |  0.68  0.28  0.31 -0.30  0.27 |  6.4  2.6  5.1  5.4  5.5 | 0.51 0.09 0.11 0.10 0.08 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 13.4  5.5 10.7 11.4 11.5 +-----------------------+
|   7 . SQ7                                                                                |
| m1   - SQ7_Moins bon        3.86   1.88 | -1.02  0.38 -0.54  0.26 -0.15 |  9.6  3.2 10.2  2.9  1.2 | 0.56 0.08 0.16 0.04 0.01 |
| m2   - SQ7_Meilleur         7.25   0.53 |  0.55 -0.20  0.29 -0.14  0.08 |  5.1  1.7  5.5  1.5  0.7 | 0.56 0.08 0.16 0.04 0.01 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 14.7  4.9 15.7  4.4  1.9 +-----------------------+
|   8 . SQ8                                                                                |
| m1   - SQ8_Moins bon        2.90   2.83 | -1.06  0.33 -0.99 -0.38  0.48 |  7.7  1.8 25.4  4.5  9.1 | 0.40 0.04 0.35 0.05 0.08 |
| m2   - SQ8_Meilleur         8.21   0.35 |  0.37 -0.12  0.35  0.13 -0.17 |  2.7  0.6  9.0  1.6  3.2 | 0.40 0.04 0.35 0.05 0.08 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 10.4  2.4 34.4  6.1 12.3 +-----------------------+
|   9 . SQ9                                                                                |
| m1   - SQ9_Moins bon        5.80   0.92 | -0.46 -0.51  0.07 -0.45 -0.41 |  2.8  8.7  0.2 12.6 13.1 | 0.23 0.28 0.00 0.22 0.18 |
| m2   - SQ9_Meilleur         5.31   1.09 |  0.50  0.56 -0.07  0.49  0.45 |  3.1  9.5  0.2 13.8 14.3 | 0.23 0.28 0.00 0.22 0.18 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE =  6.0 18.3  0.5 26.4 27.4 +-----------------------+
|  10 . SQ10                                                                               |
| m1   - SQ10_Moins bon       5.80   0.92 |  0.01  0.84  0.03 -0.34 -0.12 |  0.0 23.7  0.0  7.4  1.2 | 0.00 0.77 0.00 0.13 0.02 |
| m2   - SQ10_Meilleur        5.31   1.09 | -0.01 -0.92 -0.03  0.38  0.13 |  0.0 25.9  0.0  8.1  1.3 | 0.00 0.77 0.00 0.13 0.02 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE =  0.0 49.6  0.1 15.5  2.4 +-----------------------+
|  11 . SQ11                                                                               |
| m1   - SQ11_Moins bon       5.80   0.92 | -0.69 -0.23  0.25  0.07  0.47 |  6.6  1.7  3.3  0.3 17.3 | 0.52 0.06 0.07 0.01 0.24 |
| m2   - SQ11_Meilleur        5.31   1.09 |  0.76  0.25 -0.27 -0.08 -0.52 |  7.2  1.9  3.6  0.4 18.9 | 0.52 0.06 0.07 0.01 0.24 |
+-----------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 13.7  3.6  6.9  0.7 36.1 +-----------------------+
COORDONNEES ET VALEURS-TEST DES MODALITES
AXES  1 A  5
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------+----------+
|              MODALITES                  |        VALEURS-TEST         |          COORDONNEES        |          |
|-----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE            EFF.   P.ABS |  1    2    3    4    5  |  1    2    3    4    5  | DISTO.  |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------+----------+
|   1 . SQ1                                                                                |
| m1   - SQ1_Moins bon        16    16.00 |  -4.0  -0.6   1.3  -1.1   0.5 |  -0.56  -0.09   0.18  -0.15   0.08 |    0.44 |
| m2   - SQ1_Meilleur          7     7.00 |   4.0   0.6  -1.3   1.1  -0.5 |   1.28   0.20  -0.40   0.35  -0.17 |    2.29 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------+----------+
|   2 . SQ2                                                                                |
| m1   - SQ2_Moins bon        17    17.00 |  -3.5   1.3   1.4  -0.8  -0.2 |  -0.44   0.16   0.18  -0.10  -0.03 |    0.35 |
| m2   - SQ2_Meilleur          6     6.00 |   3.5  -1.3  -1.4   0.8   0.2 |   1.24  -0.46  -0.52   0.29   0.08 |    2.83 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------+----------+
|   3 . SQ3                                                                                |
| m1   - S3_Moins bon         13    13.00 |  -2.7   1.8   1.8   2.2  -1.0 |  -0.50   0.34   0.34   0.41  -0.18 |    0.77 |
| m2   - SQ3_Meilleur         10    10.00 |   2.7  -1.8  -1.8  -2.2   1.0 |   0.65  -0.44  -0.45  -0.53   0.23 |    1.30 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------+----------+
|   4 . SQ4                                                                                |
| m1   - SQ4_Moins bon        11    11.00 |  -3.3  -1.4  -1.5   1.4  -1.3 |  -0.75  -0.31  -0.34   0.32  -0.29 |    1.09 |
```

```
| m2   - SQ4_Meilleur          12     12.00 |  3.3   1.4   1.5  -1.4   1.3 |  0.68   0.28   0.31  -0.30   0.27 |     0.92 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   7 . SQ7                                                             |
| m1   - SQ7_Moins bon          8      8.00 | -3.5   1.3  -1.9   0.9  -0.5 | -1.02   0.38  -0.54   0.26  -0.15 |     1.88 |
| m2   - SQ7_Meilleur          15     15.00 |  3.5  -1.3   1.9  -0.9   0.5 |  0.55  -0.20   0.29  -0.14   0.08 |     0.53 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   8 . SQ8                                                             |
| m1   - SQ8_Moins bon          6      6.00 | -3.0   0.9  -2.8  -1.1   1.3 | -1.06   0.33  -0.99  -0.38   0.48 |     2.83 |
| m2   - SQ8_Meilleur          17     17.00 |  3.0  -0.9   2.8   1.1  -1.3 |  0.37  -0.12   0.35   0.13  -0.17 |     0.35 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   9 . SQ9                                                             |
| m1   - SQ9_Moins bon         12     12.00 | -2.2  -2.5   0.3  -2.2  -2.0 | -0.46  -0.51   0.07  -0.45  -0.41 |     0.92 |
| m2   - SQ9_Meilleur          11     11.00 |  2.2   2.5  -0.3   2.2   2.0 |  0.50   0.56  -0.07   0.49   0.45 |     1.09 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   10 . SQ10                                                           |
| m1   - SQ10_Moins bon        12     12.00 |  0.0   4.1   0.1  -1.7  -0.6 |  0.01   0.84   0.03  -0.34  -0.12 |     0.92 |
| m2   - SQ10_Meilleur         11     11.00 |  0.0  -4.1  -0.1   1.7   0.6 | -0.01  -0.92  -0.03   0.38   0.13 |     1.09 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   11 . SQ11                                                           |
| m1   - SQ11_Moins bon        12     12.00 | -3.4  -1.1   1.2   0.4   2.3 | -0.69  -0.23   0.25   0.07   0.47 |     0.92 |
| m2   - SQ11_Meilleur         11     11.00 |  3.4   1.1  -1.2  -0.4  -2.3 |  0.76   0.25  -0.27  -0.08  -0.52 |     1.09 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   5 . SQ5                                                             |
| m1   - SQ5_Moins bon          7      7.00 | -3.0   1.0  -2.0  -0.7  -0.3 | -0.95   0.33  -0.66  -0.24  -0.10 |     2.29 |
| m2   - SQ5_Meilleur          16     16.00 |  3.0  -1.0   2.0   0.7   0.3 |  0.42  -0.14   0.29   0.10   0.05 |     0.44 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   6 . SQ6                                                             |
| m1   - SQ6_Moins bon         12     12.00 | -2.5   1.6   0.9  -0.2   1.2 | -0.52   0.33   0.18  -0.05   0.25 |     0.92 |
| m2   - SQ6_Meilleur          11     11.00 |  2.5  -1.6  -0.9   0.2  -1.2 |  0.57  -0.36  -0.19   0.06  -0.27 |     1.09 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   12 . SQ12                                                           |
| m1   - SQ12_Moins bon        13     13.00 | -3.0  -1.7  -0.5   0.3  -1.1 | -0.56  -0.32  -0.09   0.06  -0.21 |     0.77 |
| m2   - SQ12_Meilleur         10     10.00 |  3.0   1.7   0.5  -0.3   1.1 |  0.73   0.41   0.12  -0.07   0.27 |     1.30 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   13 . SQ13                                                           |
| m1   - SQ13_Moins bon        14     14.00 | -0.9   0.1  -1.1   0.4   0.5 | -0.15   0.02  -0.19   0.07   0.09 |     0.64 |
| m2   - SQ13_Meilleur          9      9.00 |  0.9  -0.1   1.1  -0.4  -0.5 |  0.23  -0.03   0.29  -0.12  -0.15 |     1.56 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   14 . SQ_AD1                                                         |
| m1   - SQ_AD1 Accord moyen-  15     15.00 | -0.7  -2.0   2.0   1.0   1.3 | -0.11  -0.31   0.31   0.16   0.20 |     0.53 |
| m2   - SQ_AD1 Accord élévé    8      8.00 |  0.7   2.0  -2.0  -1.0  -1.3 |  0.21   0.58  -0.58  -0.30  -0.38 |     1.88 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   15 . SQ_AD2                                                         |
| m1   - SQ_AD2 Accord moyen-  14     14.00 | -1.2  -0.1   1.0  -1.8  -0.3 | -0.20  -0.02   0.17  -0.31  -0.06 |     0.64 |
| m2   - SQ_AD2 Accord élévé    9      9.00 |  1.2   0.1  -1.0   1.8   0.3 |  0.32   0.03  -0.27   0.48   0.09 |     1.56 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   16 . SQ_AD3                                                         |
| m1   - SQ_AD3 Accord moyen-  15     15.00 |  1.0  -0.4  -0.9  -0.7  -0.1 |  0.16  -0.06  -0.14  -0.10  -0.02 |     0.53 |
| m2   - SQ_AD3 Accord élévé    8      8.00 | -1.0   0.4   0.9   0.7   0.1 | -0.30   0.12   0.27   0.19   0.04 |     1.88 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   17 . SQ_AD4                                                         |
| m1   - SQ_AD4 Accord moyen-  16     16.00 |  0.5  -2.1   0.1   0.0  -0.4 |  0.07  -0.30   0.01  -0.01  -0.06 |     0.44 |
| m2   - SQ_AD4 Accord élévé    7      7.00 | -0.5   2.1  -0.1   0.0   0.4 | -0.15   0.68  -0.02   0.02   0.14 |     2.29 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   18 . SQ_AD5                                                         |
| m1   - SQ_AD5 Accord moyen-  11     11.00 | -2.0  -0.7  -1.1  -0.6   1.1 | -0.45  -0.17  -0.24  -0.13   0.25 |     1.09 |
| m2   - SQ_AD5 Accord élévé   12     12.00 |  2.0   0.7   1.1   0.6  -1.1 |  0.42   0.15   0.22   0.12  -0.23 |     0.92 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|              MODALITES                  |        VALEURS-TEST         |            COORDONNEES            |          |
|-----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE              EFF.   P.ABS |  1     2     3     4     5 |  1     2     3     4     5  | DISTO.   |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   19 . SQ_AD6                                                         |
| m1   - SQ_AD6 Accord moyen-  11     11.00 | -1.8   1.0  -0.3   1.0   0.7 | -0.40   0.22  -0.06   0.22   0.16 |     1.09 |
| m2   - SQ_AD6 Accord élévé   12     12.00 |  1.8  -1.0   0.3  -1.0  -0.7 |  0.36  -0.20   0.06  -0.20  -0.14 |     0.92 |
+-----------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|   20 . SQ_AD7                                                         |
| m1   - SQ_AD7 Accord moyen-  10     10.00 | -2.2  -0.1  -1.0   1.0  -0.6 | -0.54  -0.03  -0.24   0.23  -0.14 |     1.30 |
| m2   - SQ_AD7 Accord élévé   13     13.00 |  2.2   0.1   1.0  -1.0   0.6 |  0.42   0.03   0.19  -0.18   0.11 |     0.77 |
```

21 . SQ_AD8																	
m1	- SQ_AD8 Accord moyen-	11	11.00	0.6	-0.9	-0.3	0.2	0.1	0.12	-0.19	-0.07	0.03	0.03	1.09
m2	- SQ_AD8 Accord élévé	12	12.00	-0.6	0.9	0.3	-0.2	-0.1	-0.11	0.18	0.07	-0.03	-0.03	0.92
22 . SQ_AD9																	
m1	- SQ_AD9 Accord moyen-	16	16.00	-0.6	-0.7	1.3	0.1	-1.3	-0.08	-0.10	0.18	0.01	-0.18	0.44
m2	- SQ_AD9 Accord élévé	7	7.00	0.6	0.7	-1.3	-0.1	1.3	0.19	0.23	-0.41	-0.03	0.41	2.29
23 . SQ_AD10																	
m1	- SQ_AD10 Accord moyen	11	11.00	-0.5	0.4	-1.2	0.3	0.6	-0.10	0.09	-0.27	0.06	0.14	1.09
m2	- SQ_AD10 Accord élévé	12	12.00	0.5	-0.4	1.2	-0.3	-0.6	0.10	-0.08	0.25	-0.06	-0.13	0.92
24 . SQ_AD11																	
m1	- SQ_AD11 Accord moyen	7	7.00	0.7	-0.7	-1.4	0.0	-1.1	0.23	-0.23	-0.46	0.00	-0.34	2.29
m2	- SQ_AD11 Accord élévé	16	16.00	-0.7	0.7	1.4	0.0	1.1	-0.10	0.10	0.20	0.00	0.15	0.44
25 . SQ_AD12																	
m1	- SQ_AD12 Accord moyen	15	15.00	-0.8	-1.2	0.8	0.9	1.2	-0.13	-0.18	0.13	0.14	0.19	0.53
m2	- SQ_AD12 Accord élévé	8	8.00	0.8	1.2	-0.8	-0.9	-1.2	0.25	0.34	-0.24	-0.26	-0.36	1.88
26 . SQ_AD13																	
m1	- SQ_AD13 Accord moyen	15	15.00	1.5	0.0	0.8	0.5	-0.3	0.23	0.00	0.12	0.08	-0.05	0.53
m2	- SQ_AD13 Accord élévé	8	8.00	-1.5	0.0	-0.8	-0.5	0.3	-0.44	-0.01	-0.23	-0.15	0.10	1.88

DESCRIPTION DES AXES

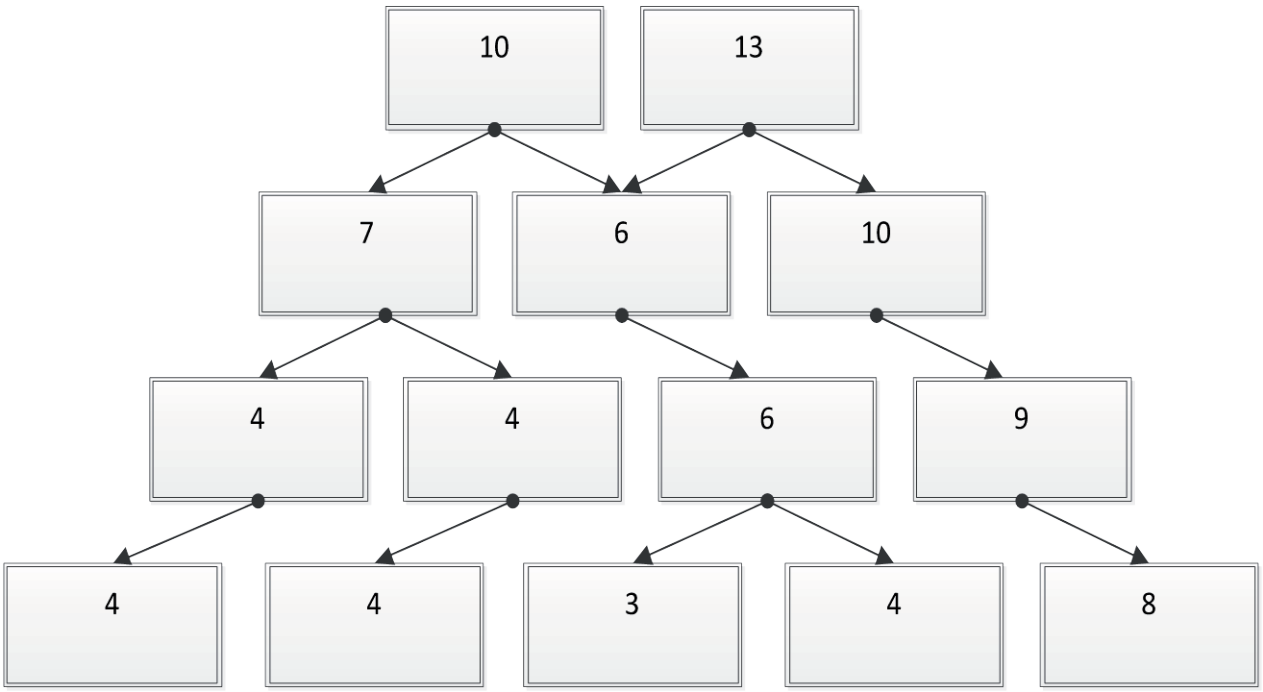
Description de l'axe 1
Par les MODALITÉS ACTIVÉS

Libellé de la variable	Libellé de la modalité	Valeur-Test	Poids
SQ1	SQ1_Moins bon	-3,98	16,000
SQ7	SQ7_Moins bon	-3,51	8,000
SQ2	SQ2_Moins bon	-3,46	17,000
SQ11	SQ11_Moins bon	-3,39	12,000
SQ4	SQ4_Moins bon	-3,35	11,000
SQ8	SQ8_Moins bon	-2,95	6,000
SQ3	S3_Moins bon	-2,69	13,000
SQ9	SQ9_Moins bon	-2,23	12,000
SQ10	SQ10_Meilleur	-0,04	11,000
Z O N E C E N T R A L E			
SQ10	SQ10_Moins bon	0,04	12,000
SQ9	SQ9_Meilleur	2,23	11,000
SQ3	SQ3_Meilleur	2,69	10,000
SQ8	SQ8_Meilleur	2,95	17,000
SQ4	SQ4_Meilleur	3,35	12,000
SQ11	SQ11_Meilleur	3,39	11,000
SQ2	SQ2_Meilleur	3,46	6,000
SQ7	SQ7_Meilleur	3,51	15,000
SQ1	SQ1_Meilleur	3,98	7,000

Description de l'axe 2
Par les MODALITÉS ACTIVÉS

Libellé de la variable	Libellé de la modalité	Valeur-Test	Poids
SQ10	SQ10_Meilleur	-4,12	11,000
SQ9	SQ9_Moins bon	-2,50	12,000
SQ3	SQ3_Meilleur	-1,82	10,000
SQ4	SQ4_Moins bon	-1,37	11,000
SQ7	SQ7_Meilleur	-1,30	15,000
SQ2	SQ2_Meilleur	-1,29	6,000
SQ11	SQ11_Moins bon	-1,10	12,000
SQ8	SQ8_Meilleur	-0,91	17,000
SQ1	SQ1_Moins bon	-0,63	16,000
Z O N E C E N T R A L E			
SQ1	SQ1_Meilleur	0,63	7,000
SQ8	SQ8_Moins bon	0,91	6,000
SQ11	SQ11_Meilleur	1,10	11,000
SQ2	SQ2_Moins bon	1,29	17,000
SQ7	SQ7_Moins bon	1,30	8,000
SQ4	SQ4_Meilleur	1,37	12,000
SQ3	S3_Moins bon	1,82	13,000
SQ9	SQ9_Meilleur	2,50	11,000
SQ10	SQ10_Moins bon	4,12	12,000

Quotient des variances



Arborescence de la classification

N° de publication : 1485