

La source habituelle de soins de première ligne et la responsabilité populationnelle à Montréal et en Montérégie : évolution de 2003-2005 à 2008-2010

En 2005, l'Équipe santé des populations et services de santé (ESPSS), dans le cadre d'une entente entre 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 régions de Montréal et de la Montérégie pour évaluer l'association entre les types d'**organisations*** de première ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins des populations de ces deux régions. Une deuxième étude a été entreprise, en 2010, pour comprendre l'évolution des types d'organisations de première ligne et de leur performance, à travers le processus de réformes du système sociosanitaire québécois des années 2000, ainsi que pour évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel associés à cette évolution. Ces deux études consistent en enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées :

- une enquête populationnelle, menée auprès d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population des deux régions, pour évaluer l'affiliation des patients aux organisations de première ligne, leur niveau d'utilisation des services et divers attributs de leur expérience de soins (au cours des deux années précédant l'enquête), ainsi que pour évaluer les services préventifs reçus et la perception des besoins non comblés;
- une enquête auprès des responsables des organisations de première ligne pour évaluer les aspects liés à la vision de l'organisation, à la structure organisationnelle, au niveau de ressources, aux caractéristiques de pratique clinique et à la réorganisation des services de santé de première ligne;
- une enquête auprès d'informateurs clés dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents types d'organisations de première ligne évoluent.

Les données présentées dans ce document ont été générées par le jumelage des enquêtes populationnelles et organisationnelles menées en 2005 et en 2010. Elles portent principalement sur la responsabilité populationnelle, au regard de la source habituelle de soins de première ligne identifiée par les répondants aux enquêtes populationnelles. Les détails méthodologiques des enquêtes sont disponibles en ligne [1,2].

Introduction

En 2004, les CSSS se sont vu confier la responsabilité de coordonner les diverses actions visant à améliorer la santé de la population résidant sur leur territoire. Deux types d'actions devaient être ciblés par les CSSS afin d'assumer leur responsabilité populationnelle : 1) des actions sur les déterminants de la santé de leur population, par la mise en place de programmes de santé publique incluant des activités intersectorielles et 2) des actions sur les ressources situées sur leur territoire pour rendre plus accessibles des services

continus de qualité, particulièrement au niveau de la première ligne [3,4,5]. Dans le présent document, il est question de ce second type d'actions.

L'un des indicateurs pouvant refléter dans quelle mesure les objectifs relatifs à la responsabilité populationnelle sont atteignables dans un territoire de CSSS, à l'égard de la prestation des services de santé de première ligne, est l'indice de rétention de la population. Cet indice correspond au pourcentage des

*Nous considérons comme une **organisation de première ligne** tout endroit où l'on trouve un ou des médecins omnipraticiens offrant des services médicaux généraux : clinique médicale solo, clinique médicale de groupe, clinique-réseau (CR), groupe de médecine de famille (GMF), unité qui fournit des services médicaux à l'intérieur des CLSC et unité de médecine familiale (UMF) [2].

résidents d'un territoire de CSSS dont la **source habituelle de soins** ** est une organisation de première ligne située dans le territoire de CSSS de résidence [6].

Le document porte sur les résultats de l'indice de rétention par territoire de CSSS et pour chacune des deux régions. D'abord, l'évolution de cet indice entre 2003-2005 et 2008-2010 y est rapportée, suivie de la situation qui prévalait en 2008-2010. Puis, on y présente une analyse de la source habituelle de soins lorsque située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence. Enfin, sont analysées les caractéristiques des utilisateurs de services de santé selon le lieu de leur source habituelle de soins de première ligne.

1. Évolution de l'indice de rétention de 2003-2005 à 2008-2010

Le tableau 1 présente les pourcentages des utilisateurs de services de santé de première ligne selon que leur source habituelle de soins se situe à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence, et dans ce dernier cas, selon que le territoire de leur source habituelle de soins est adjacent ou non au territoire de résidence. Dans les deux régions, l'indice de rétention a légèrement diminué entre 2003-2005 et 2008-2010.

À Montréal, les territoires où la diminution a été la plus importante et statistiquement significative sont ceux des CSSS de l'Ouest-de-l'Île, de la Pointe-de-l'Île, de Dorval-Lachine-LaSalle, du Sud-Ouest-Verdun et Lucille-Teasdale. Le CSSS Jeanne-Mance est le seul pour lequel nous avons constaté une augmentation significative de l'indice de rétention. Dans les autres territoires de CSSS, il n'y a eu aucune évolution significative de cet indice entre 2003-2005 et 2008-2010.

En Montérégie, aucun territoire de CSSS n'a enregistré d'augmentation significative de son indice de rétention. Par ailleurs, on observe une diminution significative dans les territoires de CSSS de la Haute-Yamaska, de Vaudreuil-Soulanges et du Haut-Richelieu-Rouville. Dans les autres territoires de CSSS, l'indice de rétention n'a pas évolué significativement.

2. Situation en 2008-2010

En 2008-2010, tout comme c'était le cas en 2003-2005, l'indice de rétention est plus élevé en Montérégie (75,3 %) qu'à Montréal (56,8 %).

À Montréal, trois territoires de CSSS se démarquent par leur indice de rétention relativement plus élevé : Jeanne-Mance (71,2 %), Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (71,0 %) et Ouest-de-l'Île (66,0 %). Quatre territoires de CSSS ont un indice particulièrement bas : St-Léonard-St-Michel (35,4 %), Cœur-de-l'Île (44,6 %), Cavendish (45,6 %) et Ahuntsic-Montréal-Nord (49,8 %).

Les différences entre les territoires de CSSS sont moins marquées en Montérégie. Les indices de rétention les plus bas se trouvent dans les territoires de CSSS de Jardin-Roussillon (66,0 %) et de Vaudreuil-Soulanges (66,5 %). Des indices particulièrement élevés s'observent dans les territoires des CSSS Richelieu-Yamaska (87,4 %), de la Pommeraie (84,8 %) et de la Haute-Yamaska (83,3 %).

3. Source habituelle de soins située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence en 2008-2010

Une source habituelle de soins, située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence mais à l'intérieur de la même région, peut se trouver dans un territoire adjacent ou non adjacent au territoire de CSSS de résidence. Dans cette section, les nombres entre parenthèses correspondent au rapport « adjacent/non adjacent » présenté au tableau 1.

À Montréal, seul le territoire de CSSS de l'Ouest-de-l'Île a un rapport plus élevé de résidents ayant une source habituelle de soins dans un territoire non adjacent (0,58); c'est aussi celui qui a le moins de territoires adjacents, soit deux. Deux territoires de CSSS ont une répartition plus égale « adjacent/non adjacent » : Dorval-Lachine-LaSalle (1,20) et Pointe-de-l'Île (1,37). Pour tous les autres territoires de CSSS, le pourcentage de résidents ayant une source habituelle de soins dans un territoire adjacent au territoire de CSSS de résidence est au moins deux fois plus élevé que le pourcentage de ceux qui ont une telle source dans un territoire non adjacent. Le rapport « adjacent/non adjacent » le plus élevé s'observe pour les résidents du CSSS du Cœur-de-l'Île (10,31), qui a également le plus de territoires adjacents, soit cinq.

En Montérégie, le territoire du CSSS de Vaudreuil-Soulanges se démarque par un pourcentage plus élevé de résidents ayant leur source habituelle de soins dans un territoire non adjacent (0,31). Quatre territoires de CSSS ont une répartition plus égale « adjacent/non

** La **source habituelle de soins** se rapporte à l'organisation de première ligne identifiée par le répondant comme étant l'endroit où il se rendait habituellement, ou le plus fréquemment, pour voir un médecin afin de recevoir des soins de santé généraux, au cours des deux dernières années précédant l'enquête.

Tableau 1 : Répartition (en %) des utilisateurs de services de santé de première ligne selon le lieu de leur source habituelle de soins, territoires de CSSS de Montréal et de la Montérégie, 2003-2005 et 2008-2010

| Territoire de CSSS | 2003-2005 | | | | 2008-2010 | | | | Différence entre l'indice de rétention de 2005 et de 2010 | |
|---------------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|----------------|--|------|---|---|
| | % des utilisateurs dont la source de soins est : | | | | % des utilisateurs dont la source de soins est : | | | | Diff. | p |
| | à l'extérieur du territoire de résidence | | à l'intérieur du territoire de résidence | | à l'extérieur du territoire de résidence | | à l'intérieur du territoire de résidence | | | |
| Territoire adjacent | Territoire non adjacent | à l'extérieur du territoire de résidence | à l'intérieur du territoire de résidence (Indice de rétention) | Territoire adjacent (A) | Territoire non adjacent (NA) | Rapport (A/NA) | à l'intérieur du territoire de résidence (Indice de rétention) | | | |
| de l'Ouest-de-l'Île | 8,9 | 15,1 | 75,9 | 12,5 | 21,5 | 0,58 | 66,0 | -9,9 | 0,001 | |
| de Dorval-Lachine-LaSalle | 23,5 | 15,9 | 60,6 | 26,0 | 21,6 | 1,20 | 52,4 | -8,2 | 0,050 | |
| du Sud-Ouest - Verdun | 25,7 | 7,3 | 67,0 | 32,4 | 8,3 | 3,90 | 59,3 | -7,7 | 0,049 | |
| de la Pointe-de-l'Île | 24,8 | 13,6 | 61,6 | 27,1 | 19,8 | 1,37 | 53,0 | -8,6 | 0,015 | |
| Lucille-Teasdale | 27,9 | 7,0 | 65,2 | 27,8 | 14,2 | 1,96 | 58,1 | -7,1 | 0,050 | |
| de St-Léonard et St-Michel | 41,1 | 16,1 | 42,7 | 47,6 | 17,1 | 2,78 | 35,4 | -7,3 | 0,092 | |
| de la Montagne | 28,9 | 4,7 | 66,4 | 31,3 | 7,3 | 4,29 | 61,5 | -4,9 | 0,164 | |
| Cavendish | 43,4 | 8,3 | 48,3 | 43,6 | 10,8 | 4,04 | 45,6 | -2,7 | 0,541 | |
| Jeanne-Mance | 31,1 | 7,9 | 61,0 | 22,3 | 6,5 | 3,43 | 71,2 | 10,2 | 0,008 | |
| de Bordeaux-Cartierville - St-Laurent | 24,7 | 6,9 | 68,4 | 23,3 | 5,7 | 4,09 | 71,0 | 2,6 | 0,515 | |
| du Coeur-de-l'Île | 46,8 | 8,3 | 44,9 | 50,5 | 4,9 | 10,31 | 44,6 | -0,3 | 0,951 | |
| d'Achuisic et Montréal-Nord | 28,7 | 17,9 | 53,4 | 35,7 | 14,5 | 2,46 | 49,8 | -3,6 | 0,387 | |
| MONTRÉAL | 28,2 | 10,8 | 61,0 | 30,0 | 13,2 | 2,27 | 56,8 | -4,2 | 0,001 | |
| du Haut-Saint-Laurent | 12,2 | 6,1 | 81,6 | 18,9 | 7,5 | 2,52 | 73,6 | -8,0 | 0,327 | |
| du Suroît | 18,3 | 3,2 | 78,6 | 20,6 | 5,6 | 3,68 | 73,8 | -4,8 | 0,374 | |
| Jardins-Roussillon | 14,3 | 13,5 | 72,2 | 18,7 | 15,3 | 1,22 | 66,0 | -6,2 | 0,057 | |
| ChAMPLAIN-Charles-Le Moyne | 13,6 | 9,9 | 76,4 | 15,1 | 13,5 | 1,12 | 71,4 | -5,0 | 0,091 | |
| Pierre-Boucher | 12,8 | 10,5 | 76,7 | 15,8 | 9,2 | 1,72 | 75,0 | -1,7 | 0,515 | |
| Haut-Richelieu-Rouville | 13,3 | 5,5 | 81,2 | 14,6 | 11,1 | 1,32 | 74,3 | -6,9 | 0,028 | |
| Richelieu-Yamaska | 7,9 | 4,0 | 88,1 | 7,4 | 5,3 | 1,40 | 87,4 | -0,7 | 0,748 | |
| Pierre-De Saurel | 14,6 | 2,9 | 82,5 | 18,7 | 3,7 | 5,05 | 77,6 | -4,9 | 0,368 | |
| La Pommeraié | 12,4 | 4,4 | 83,2 | 11,6 | 3,6 | 3,22 | 84,8 | 1,6 | 0,738 | |
| de la Haute-Yamaska | 5,9 | 2,1 | 92,0 | 14,1 | 2,6 | 5,42 | 83,3 | -8,7 | 0,009 | |
| de Vaudreuil-Soulanges | 7,3 | 17,5 | 75,2 | 7,9 | 25,6 | 0,31 | 66,5 | -8,7 | 0,032 | |
| MONTRÉGIE | 11,8 | 8,4 | 79,7 | 14,1 | 10,7 | 1,32 | 75,3 | -4,4 | 0,000 | |

p ≤ 0,05

adjacent » : Champlain-Charles-LeMoine (1,12), Jardins-Roussillon (1,22), Haut-Richelieu-Rouville (1,32) et Richelieu-Yamaska (1,40). Les six autres territoires de CSSS ont un pourcentage plus élevé de résidents dont la source habituelle de soins se situe dans un territoire adjacent au territoire de CSSS de résidence.

4. Caractéristiques des utilisateurs de services de santé selon le lieu de leur source habituelle de soins de première ligne en 2008-2010

Le tableau 2 montre différentes caractéristiques des utilisateurs de services de santé de première ligne selon que leur source habituelle de soins se situe à l'intérieur ou à l'extérieur de leur territoire de CSSS de résidence, mais à l'intérieur de la même région. Dans cette section, la présentation des résultats se concentre sur la source habituelle de soins située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence. Bien entendu, une lecture des résultats portant plutôt sur la source habituelle de soins située à l'intérieur du territoire de CSSS de résidence en est le complément.

Certaines caractéristiques sociodémographiques sont plus fortement associées aux utilisateurs de services de santé ayant leur source habituelle de soins à l'extérieur de leur territoire de CSSS de résidence: être âgé de moins de 65 ans, être davantage scolarisé et disposer d'une situation économique plus favorable. Ces résultats sont comparables entre Montréal et la Montérégie. Signalons qu'en Montérégie, la source habituelle de soins des utilisateurs de services dont la langue maternelle est l'anglais se situe davantage à l'extérieur de leur territoire de CSSS de résidence.

C'est surtout le type d'organisation de première ligne qui distingue les deux régions au regard de la localisation de la source habituelle de soins. En effet, à Montréal, avoir un GMF ou une clinique médicale solo comme source habituelle de soins est davantage associé au fait que cette source soit située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence, par comparaison au fait d'avoir une clinique de groupe comme source habituelle de soins (catégorie de référence). À l'inverse, avoir une CR ou un CLSC/UMF comme source habituelle de soins est davantage associé au fait que cette source soit située dans le territoire de CSSS de résidence. En Montérégie, avoir comme source habituelle de soins un GMF-CR ou une CR est davantage associé au fait que cette source soit à l'extérieur du territoire de CSSS de

résidence, alors qu'avoir un GMF ou un CLSC/UMF est plus fortement associé au fait que cette source soit située à l'intérieur du territoire de CSSS de résidence.

Le tableau 3 présente les résultats des analyses de régression logistique multiniveaux. De façon générale, les résultats de ces analyses dévoilent des tendances similaires aux résultats des analyses bivariées relatés précédemment et présentés au tableau 2.

En effet, les analyses par région révèlent des ressemblances entre Montréal et la Montérégie en ce qui a trait aux facteurs associés au fait d'avoir une source habituelle de soins située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence. Le niveau de scolarité et la situation économique sont des facteurs importants dans les deux régions; les diplômés universitaires, en particulier, ont tendance à avoir une source habituelle de soins située à l'extérieur de leur territoire de CSSS de résidence. Les individus dont la situation économique est la plus favorable ont aussi tendance à avoir davantage une source habituelle de soins à l'extérieur de leur territoire de résidence. Une différence entre les deux régions concerne la langue parlée. Les anglophones de la Montérégie sont plus susceptibles d'avoir leur source habituelle de soins à l'extérieur de leur territoire de CSSS de résidence, mais pas ceux de Montréal.

Il existe aussi d'autres différences entre les deux régions, particulièrement en ce qui concerne l'effet des différents types d'organisation de première ligne comme source habituelle de soins. Ainsi, en Montérégie, pour les individus dont la source habituelle de soins est un CLSC/UMF ou un GMF, cette source de soins tend davantage à être située dans le territoire de CSSS de résidence (par comparaison à avoir une clinique de groupe comme source habituelle de soins), alors que l'affiliation à une CR ou à un GMF-CR est davantage associée au fait que la source habituelle de soins soit située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence. À Montréal, une source habituelle de soins en CLSC/UMF ou en CR est davantage associée à une plus grande rétention des utilisateurs de services. À l'inverse, l'affiliation à une clinique solo ou à un GMF est davantage associée au fait que la source habituelle de soins soit située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence.

Notons qu'à Montréal, un niveau plus élevé de ressources disponibles sur un territoire de CSSS de résidence, en termes de nombre de médecins équivalent temps plein (ETP) en première ligne, est associé à une plus grande rétention des utilisateurs de services sur le territoire.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques, état de santé et type de source habituelle de soins des utilisateurs de services de première ligne (en %) selon le lieu de la source habituelle de soins, territoires de Montréal et de la Montérégie, 2008-2010

| | Montréal et Montérégie | | Montréal | | Montérégie | |
|---|--|-------|--|-------|--|-------|
| | À l'extérieur du territoire de résidence | p* | À l'intérieur du territoire de résidence | p* | À l'extérieur du territoire de résidence | p* |
| Sexe | | | | | | |
| Femme (référence) | 33,1 | - | 66,9 | - | 58,2 | - |
| Homme | 34,6 | 0,178 | 65,4 | 0,062 | 55,1 | 0,736 |
| Âge | | | | | | |
| 65 ans ou plus (référence) | 28,6 | - | 71,4 | - | 60,9 | - |
| 45 à 64 ans | 34,9 | 0,000 | 65,1 | 0,006 | 54,3 | 0,000 |
| 30 à 44 ans | 37,4 | 0,000 | 62,6 | 0,033 | 55,5 | 0,000 |
| 18 à 29 ans | 31,7 | 0,010 | 68,3 | 0,567 | 59,2 | 0,119 |
| Langue parlée | | | | | | |
| Français (référence) | 31,3 | - | 68,7 | - | 57,1 | - |
| Anglais | 43,3 | 0,000 | 56,7 | 0,227 | 54,7 | 0,000 |
| Autre | 37,6 | 0,003 | 62,4 | 0,363 | 59,3 | 0,512 |
| Dernier niveau d'éducation | | | | | | |
| Primaire (référence) | 22,6 | - | 77,4 | - | 62,9 | - |
| Diplôme d'études secondaires | 29,5 | 0,000 | 70,5 | 0,896 | 62,5 | 0,000 |
| Diplôme d'études collégiales | 33,9 | 0,000 | 66,1 | 0,010 | 55,0 | 0,000 |
| Diplôme d'études universitaires | 41,3 | 0,000 | 58,7 | 0,000 | 53,0 | 0,000 |
| Situation économique | | | | | | |
| Très faible (référence) | 28,5 | - | 71,5 | - | 67,3 | - |
| Faible | 31,1 | 0,224 | 68,9 | 0,000 | 57,5 | 0,880 |
| Élevée | 31,0 | 0,244 | 69,0 | 0,001 | 58,5 | 0,052 |
| Très élevée | 41,7 | 0,000 | 58,3 | 0,000 | 49,1 | 0,000 |
| Perception de l'état de santé | | | | | | |
| Mauvaise/Moyenne (référence) | 29,6 | - | 70,4 | - | 63,2 | - |
| Bonne | 33,0 | 0,050 | 67,0 | 0,001 | 54,9 | 0,804 |
| Très bonne | 34,1 | 0,004 | 65,9 | 0,033 | 58,1 | 0,011 |
| Excellente | 37,6 | 0,000 | 62,4 | 0,000 | 52,0 | 0,022 |
| Présence de maladies chroniques ou de facteurs de risque** | | | | | | |
| 2 mal. chron. ou plus (référence) | 30,5 | - | 69,5 | - | 59,2 | - |
| 1 mal. chron. (avec/sans FR) | 32,1 | 0,479 | 67,9 | 0,811 | 59,9 | 0,196 |
| 1 FR (sans mal. chron.) | 34,4 | 0,095 | 65,6 | 0,238 | 55,3 | 0,123 |
| 0 mal. chron. et 0 FR | 35,2 | 0,026 | 64,8 | 0,175 | 55,0 | 0,066 |
| Type de source habituelle de soins | | | | | | |
| Clinique médicale de groupe (référence) | 35,7 | - | 64,3 | - | 58,1 | - |
| Clinique médicale solo | 44,9 | 0,000 | 55,1 | 0,000 | 46,5 | 0,562 |
| CLSC ou UMF | 22,6 | 0,000 | 77,4 | 0,000 | 71,1 | 0,000 |
| CR | 38,9 | 0,154 | 61,1 | 0,035 | 63,3 | 0,000 |
| GMF | 23,9 | 0,000 | 76,1 | 0,023 | 52,2 | 0,000 |
| GMF-CR | 42,7 | 0,001 | 57,3 | 0,454 | 56,3 | 0,003 |

* Par rapport à la catégorie de référence, la source habituelle de soins se situe davantage ($p \leq 0,05$)...

** Les facteurs de risque incluent la tension artérielle, le diabète et l'hypercholestérolémie. Les maladies chroniques incluent les problèmes cardiaques (ex.: angine, infarctus, arythmie, insuffisance cardiaque), les accidents cérébrovasculaires, la bronchite chronique, l'emphysème ou une maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme, le rhumatisme ou l'arthrite.

Tableau 3 : Facteurs associés à « avoir sa source habituelle de soins à l'extérieur du territoire de résidence », Montréal et Montérégie, 2008-2010

| Indicateurs | Catégories | Montréal et Montérégie | | | Montréal | | | Montérégie | | | | | |
|--|---|------------------------|---------|-------|----------|---------|-------|------------|---------|-------|--------|-------|-------|
| | | OR | CI 95 % | p* | OR | CI 95 % | p* | OR | CI 95 % | p* | | | |
| Individuel | Sexe (ref.: Femme) | 1,038 | 0,934 | 1,152 | 0,491 | 1,104 | 0,964 | 1,264 | 0,153 | 1,006 | 0,845 | 1,197 | 0,949 |
| | 18 à 29 ans | 1,073 | 0,882 | 1,306 | 0,482 | 1,020 | 0,795 | 1,308 | 0,879 | 1,249 | 0,886 | 1,763 | 0,205 |
| | 30 à 44 ans | 1,182 | 0,990 | 1,411 | 0,065 | 1,066 | 0,850 | 1,337 | 0,579 | 1,595 | 1,174 | 2,166 | 0,003 |
| | 45 à 64 ans | 1,170 | 1,000 | 1,370 | 0,050 | 1,150 | 0,939 | 1,408 | 0,176 | 1,318 | 1,004 | 1,729 | 0,046 |
| | Langue parlée (ref.: Français) | 1,337 | 1,165 | 1,534 | 0,000 | 1,077 | 0,916 | 1,267 | 0,370 | 1,681 | 1,271 | 2,223 | 0,000 |
| | Autre | 1,050 | 0,871 | 1,265 | 0,609 | 0,923 | 0,749 | 1,138 | 0,453 | 0,970 | 0,599 | 1,569 | 0,900 |
| | Dernier niveau d'éducation (ref.: Primaire) | 1,210 | 0,993 | 1,476 | 0,059 | 0,941 | 0,721 | 1,229 | 0,657 | 1,583 | 1,149 | 2,180 | 0,005 |
| | Diplôme d'études secondaires | 1,401 | 1,133 | 1,731 | 0,002 | 1,314 | 0,992 | 1,740 | 0,057 | 1,258 | 0,886 | 1,787 | 0,199 |
| | Diplôme d'études collégiales | 1,757 | 1,433 | 2,154 | 0,000 | 1,426 | 1,090 | 1,866 | 0,010 | 1,900 | 1,355 | 2,663 | 0,000 |
| | Diplôme d'études universitaires | 1,169 | 0,946 | 1,443 | 0,148 | 1,414 | 1,117 | 1,790 | 0,004 | 0,932 | 0,551 | 1,576 | 0,793 |
| | Situation économique (ref.: Très faible) | 1,054 | 0,851 | 1,306 | 0,628 | 1,218 | 0,951 | 1,560 | 0,118 | 1,207 | 0,721 | 2,023 | 0,474 |
| | Très élevé | 1,468 | 1,174 | 1,835 | 0,001 | 1,614 | 1,245 | 2,093 | 0,000 | 1,782 | 1,049 | 3,028 | 0,033 |
| | Bonne | 1,176 | 0,990 | 1,396 | 0,065 | 1,343 | 1,085 | 1,662 | 0,007 | 0,864 | 0,636 | 1,174 | 0,350 |
| | Très bonne | 1,090 | 0,917 | 1,296 | 0,329 | 1,086 | 0,875 | 1,348 | 0,454 | 1,033 | 0,763 | 1,397 | 0,835 |
| | Excellente | 1,318 | 1,084 | 1,601 | 0,006 | 1,385 | 1,083 | 1,770 | 0,009 | 1,010 | 0,721 | 1,415 | 0,954 |
| Présence de maladies chroniques (ref.: 2 mal. chron. ou plus) | 0,891 | 0,717 | 1,106 | 0,294 | 0,809 | 0,615 | 1,065 | 0,131 | 1,028 | 0,707 | 1,494 | 0,885 | |
| 1 mal. chron. (avec/sans FR) | 0,949 | 0,755 | 1,193 | 0,655 | 0,902 | 0,674 | 1,208 | 0,490 | 0,966 | 0,652 | 1,431 | 0,862 | |
| 1 FR (sans mal. chron.) | 0,905 | 0,722 | 1,135 | 0,388 | 0,906 | 0,678 | 1,211 | 0,505 | 0,916 | 0,621 | 1,351 | 0,657 | |
| 0 mal. chron. et 0 FR | 1,558 | 1,310 | 1,853 | 0,000 | 1,645 | 1,321 | 2,048 | 0,000 | 1,156 | 0,858 | 1,558 | 0,339 | |
| Clinique médicale solo | 0,570 | 0,436 | 0,745 | 0,000 | 0,572 | 0,412 | 0,792 | 0,001 | 0,436 | 0,267 | 0,713 | 0,001 | |
| Type de source habituelle de soins (ref.: Clinique médicale de groupe) | 1,007 | 0,835 | 1,214 | 0,943 | 0,768 | 0,625 | 0,942 | 0,011 | 6,958 | 3,257 | 14,868 | 0,000 | |
| CR | 0,869 | 0,749 | 1,007 | 0,062 | 1,325 | 1,075 | 1,634 | 0,008 | 0,495 | 0,403 | 0,609 | 0,000 | |
| GMF | 1,230 | 1,038 | 1,459 | 0,017 | 1,026 | 0,838 | 1,257 | 0,802 | 1,614 | 1,164 | 2,238 | 0,004 | |
| GMF-CR | 0,453 | 0,353 | 0,582 | 0,000 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| Lieu de résidence - zone géographique (ref.: Rural périphérique) | 1,407 | 1,163 | 1,703 | 0,000 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| Grands centres | 1,441 | 1,194 | 1,739 | 0,000 | 1,565 | 1,275 | 1,920 | 0,000 | 1,271 | 0,712 | 2,272 | 0,417 | |
| Moyenne | 1,449 | 1,216 | 1,726 | 0,000 | 1,839 | 1,513 | 2,236 | 0,000 | 1,184 | 0,684 | 2,047 | 0,546 | |
| Faible | | | | | | | | | | | | | |

* Par rapport à la catégorie de référence, la source habituelle de soins est plus susceptible de se situer à (p ≤ 0,05)...

à l'intérieur du territoire de résidence

à l'extérieur du territoire de résidence

En résumé

1. L'indice de rétention de la population est plus élevé en Montérégie qu'à Montréal : les niveaux les plus bas sont observés dans les territoires de CSSS de Montréal, alors que les plus élevés le sont dans les territoires de CSSS de la Montérégie.
2. De façon générale, dans les deux régions, on n'observe pas d'augmentation de l'indice de rétention entre 2003-2005 et 2008-2010; on note, par ailleurs, une diminution de l'indice de rétention dans plusieurs territoires de CSSS des deux régions.
3. Pour la majorité des individus ayant une source habituelle de soins de première ligne à l'extérieur de leur territoire de CSSS de résidence, cette source de soins est située dans un territoire adjacent à celui de leur territoire de résidence, à l'intérieur de la même région.
4. Les individus ayant une source habituelle de soins à l'extérieur de leur territoire de CSSS de résidence ont tendance à être plus jeunes, plus scolarisés, jouir d'une meilleure situation financière et rapporter une meilleure santé perçue. Ils résident davantage dans des territoires où les ressources de première ligne sont moins abondantes. Ces observations valent pour les deux régions.
5. Pour les Montréalais ayant un GMF comme source habituelle de soins, cette dernière tend à être située à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence, alors que pour les résidents de la Montérégie rattachés à un GMF, leur source de soins de première ligne se situe davantage sur leur territoire de CSSS de résidence.
6. Dans le contexte où le choix d'une source de soins est libre et ne s'effectue pas uniquement sur la base de sa localisation géographique, la responsabilité populationnelle, dans la prestation des services de santé de première ligne, s'avère quelque peu difficile à assumer.

Limites de l'étude

Une première limite concerne les données pour les résidents des deux régions ayant identifié une source habituelle de soins dans une autre région que celles de Montréal ou la Montérégie. Ceci pourrait affecter légèrement les résultats notamment dans les territoires limitrophes et contribuer à une légère surestimation de

l'indice de rétention. De plus, pour ces territoires limitrophes, il est possible que des individus aient leur source habituelle de soins à l'extérieur de leur région, mais dans un territoire adjacent au territoire de résidence, à Montréal ou en Montérégie. Dans ces cas, comme par exemple, pour les territoires des CSSS de Vaudreuil-Soulanges ou de l'Ouest-de-l'Île, le pourcentage d'individus ayant leur source de soins dans un territoire adjacent est légèrement sous-estimé.

Il convient aussi de noter que l'indice de rétention ne mesure qu'un aspect de la responsabilité populationnelle, soit l'affiliation des utilisateurs de services de santé à une source habituelle de soins de première ligne. Il est possible qu'une affiliation de plus en plus forte à une source habituelle de soins grâce à l'inscription, s'accompagne d'une baisse de l'indice de rétention en raison de la mobilité des patients qui est évidemment plus grande dans des secteurs à forte densité de population.

Notes méthodologiques

Ce document s'inscrit dans le cadre du projet « L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie ».

Les données populationnelles de 2005 proviennent d'une enquête téléphonique qui s'est déroulée entre les mois de février et juin 2005 auprès d'un échantillon de 9 206 individus de 18 ans et plus résidant à Montréal (n= 4 789) et en Montérégie (n= 4 417). Le taux de réponse était de 64,3 %. Les données populationnelles de 2010 sont issues d'une seconde enquête téléphonique réalisée de mars à août 2010 auprès de 9180 individus de 18 ans et plus résidant à Montréal (n= 4 794) et en Montérégie (n= 4 386). Le taux de réponse était de 55,6 % pour l'ensemble des deux régions.

Les données organisationnelles de 2005 proviennent d'une enquête postale auprès de l'ensemble des responsables des organisations de première ligne à Montréal et en Montérégie (n= 659). Le taux de réponse était de 71,6 %. Les données organisationnelles de 2010 sont issues d'une enquête postale auprès de l'ensemble des responsables des organisations de première ligne à Montréal et en Montérégie (n= 606). Le taux de réponse était de 62,0 %. L'information

portant sur les types d'organisations de première ligne provient de données administratives publiquement accessibles.

Les données présentées ont été pondérées pour tenir compte des particularités de l'échantillonnage. Le niveau de signification statistique des analyses est établi à $p \leq 0,05$. Un test de comparaison entre deux proportions a été utilisé pour les analyses bivariées.

Références

1. Lemoine O, Simard B, Provost S, Levesque JF, Pineault R et Tousignant P. Rapport méthodologique de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec/Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Montréal, Québec, Canada, 2011.
2. Prud'homme A, Pineault R, Couture A, Borgès Da Silva R, Levesque JF et Tousignant P. Rapport méthodologique de l'enquête organisationnelle à Montréal et en Montérégie, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec/Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Montréal, Québec, Canada, 2012.
3. Breton M, Lamarche P, Pineault R. Un défi de taille pour les gestionnaires. Le point en administration de la santé et des services sociaux 2005; 1(2):16-19.
4. Chamberland A, Morisset J. L'IPCDC: Une occasion favorable aux CSSS de relever le défi de la responsabilité populationnelle. Infolettre 2010; 7(1): 10-12.
5. Trottier LH. Le territoire de CSSS: Un cadre d'action pour améliorer la santé de la population. Infolettre 2010; 7:1-7.
6. Pineault, R. Comprendre le système de santé pour mieux le gérer. Les Presses de l'Université de Montréal, 2012.

AUTEURS

Raynald Pineault^{1,2,4}, Alexandre Prud'homme¹, Sylvie Provost^{1,2}, Roxane Borgès Da Silva^{1,3,4}

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

² Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

³ Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

⁴ Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal

Cette publication est issue de travaux de l'Équipe santé des populations et services de santé, dans le cadre de l'entente entre la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnatrice du projet

Audrey Couture

Chercheurs principaux

Raynald Pineault, Pierre Tousignant

Co-chercheurs et professionnels de recherche

Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Alexandre Prud'homme, Odette Lemoine, Brigitte Simard, Dominique Grimard, Michel Fournier, Danièle Roberge, Mylaine Breton, Jean-Louis Denis, Marie-Dominique Beaulieu, Debbie Feldman, Paul Lamarche, Jeannie Haggerty, Josée Côté

Co-décideurs

Denis A. Roy, Mylène Drouin, Louis Côté, François Goulet

Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis

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 de Montréal et de la Montérégie et de l'Institut national de santé publique du Québec. 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/ESPSS.html) et de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/).

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

Dépôt légal — 3^e trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89673-441-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2014)

