



**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 organisationnelle à Montréal et en Montérégie

Juillet 2012

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

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

Rapport méthodologique de l'enquête organisationnelle 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

JUILLET 2012

Québec 

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

AUTEURS

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

ÉQUIPE DE RECHERCHE

COORDONNATRICE DE PROJET

Audrey Couture^{1,2}

CHERCHEURS PRINCIPAUX

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

COCHERCHEURS ET PROFESSIONNELS DE RECHERCHE

Sylvie Provost^{1,2,3}, Roxane Borgès Da Silva^{1,2,4}, 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 Denis⁷, Marie-Dominique Beaulieu^{3,8}, Debbie Feldman^{1,2,8}, Paul Lamarche⁸, Jeannie Haggerty^{4,9}, Josée Côté^{3,8}

CODÉCIDEURS

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

COMITÉ CONSULTATIF

Richard Lessard¹, Ginette Côté¹³, Pierre Bergeron², Yolaine Galarneau¹³, Frédéric Aberger¹⁰, Louise Quesnel¹¹, Jean Rodrigue¹¹, Diane Watson¹⁴, Brian Hutchison¹⁵, Frederick Burge¹⁶, William Hogg¹⁷, Greg Webster¹⁸, Suzanne Durand¹⁹, Patricia Caris¹³ et Serge Dulude²⁰

SOUTIEN À LA RÉALISATION ET ÉDITION

Mireille Paradis¹

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

² Institut national de santé publique du Québec

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

⁴ Université McGill

⁵ Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine

⁶ Université de Sherbrooke

⁷ École nationale d'administration publique (ÉNAP)

⁸ Université de Montréal

⁹ Centre de recherche du Centre hospitalier de St. Mary

¹⁰ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

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

¹² Collège des médecins du Québec

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

¹⁴ Bureau of health information, New South Wales, Australia

¹⁵ McMaster University

¹⁶ Dalhousie University

¹⁷ Université d'Ottawa

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

¹⁹ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

²⁰ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES ET PARTENAIRES

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

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

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sant_e/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.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	III
LE PROJET ÉVOLUTION ET SES DIFFÉRENTS VOLETS	1
1 UNITÉ D'OBSERVATION : LES ORGANISATIONS DE 1^{RE} LIGNE	3
1.1 Définition d'une organisation de 1 ^{re} ligne	3
1.2 Inventaire des organisations de 1 ^{re} ligne admissibles à l'étude	4
2 QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL	5
2.1 Élaboration du questionnaire	5
2.2 Structure du questionnaire	5
3 COLLECTE DES DONNÉES ET TAUX DE RÉPONSE À L'ENQUÊTE	7
3.1 Méthode de collecte	7
3.2 Taux de réponse	7
4 VALIDATION DES DONNÉES	9
4.1 Saisie des données	9
4.2 Règles de validation	9
4.3 Biais dû à des répondants différents	10
5 ATTRIBUTION DE VALEURS AUX NON-RÉPONDANTS (NON-RÉPONSES TOTALES) ET PONDÉRATION	11
5.1 Méthode d'imputation probabiliste	11
5.2 Validation de la méthode d'imputation probabiliste	13
5.3 Pondération des organisations	14
6 L'APPROCHE CONFIGURATIONNELLE	15
6.1 Opérationnalisation de l'approche configurationnelle	15
6.2 L'indice de conformité à un idéal type	16
6.3 Construction d'une taxonomie	16
7 LA MESURE DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL	19
RÉFÉRENCES	21
ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL (2010) ET MODIFICATIONS APPORTÉES PAR RAPPORT AU QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL (2005)	23
ANNEXE 2 VARIABLES COMPOSANT LE SCORE DE CONFORMITÉ À UN IDÉAL TYPE ET LA TAXONOMIE	45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Définition des dimensions mesurées par le questionnaire organisationnel.....	5
Tableau 2	Taux de réponse à l'enquête organisationnelle par territoire de CSSS, 2010	8
Tableau 3	Questions exclues de l'enquête organisationnelle, 2010.....	10
Tableau 4	Distribution des organisations de 1 ^{re} ligne selon les strates, 2005 et 2010.....	12
Tableau 5	Indice de concordance (en %) selon les strates, 2005 et 2010	14
Tableau 6	Variables et modalités utilisées pour la construction du score de conformité à un idéal type et pour la taxonomie des organisations, 2005 et 2010	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Impact des relances sur le taux de réponse à l'enquête organisationnelle, 2010.....	8
Figure 2	Distribution des organisations de 1 ^{re} ligne selon leur score de conformité à un idéal type, 2005 et 2010.....	16

LE PROJET ÉVOLUTION ET SES DIFFÉRENTS VOLETS

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

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

Le présent rapport décrit les principaux éléments méthodologiques de l'enquête organisationnelle. Tout d'abord, une définition de l'unité d'observation, l'élaboration et la structure du questionnaire, les processus de collecte et de validation des données sont présentés. Par la suite, la méthode d'imputation de valeurs aux non-répondants est décrite. Une explication de l'approche configurationnelle et de la mesure du changement organisationnel conclut le rapport.

1 UNITÉ D'OBSERVATION : LES ORGANISATIONS DE 1^{RE} LIGNE

1.1 DÉFINITION D'UNE ORGANISATION DE 1^{RE} LIGNE

Il n'existe pas de définition universellement reconnue de ce qu'est une organisation. La perspective que nous avons adoptée est de considérer une organisation comme un système organisé, en vue d'une action collective, dans lequel les activités sont planifiées et coordonnées, conformément à sa mission, à ses buts et à ses orientations (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz, & Denis, 2009). Pour accomplir cette mission, une organisation doit disposer de ressources qui peuvent être mobilisées pour produire des services, d'une structure de gouvernance qui oriente ses membres dans la réalisation de leurs activités et des échanges avec leur environnement (Jary & Jary, 2000).

Les attributs d'une organisation peuvent ainsi être regroupés autour de quatre dimensions : (1) une mission qui spécifie ses buts et ses orientations; (2) une structure qui lui fournit un cadre de gouvernance et de régulation pour l'action; (3) des ressources disponibles pour fournir des services; et (4) des pratiques professionnelles et administratives qui s'insèrent dans des mécanismes et des processus organisationnels pour soutenir la fourniture de services. De plus, chacune de ces dimensions entretient des échanges avec des environnements qui lui sont spécifiques. Par exemple, les buts de l'organisation (niveau micro) doivent s'harmoniser avec ceux du niveau supérieur (niveaux méso et macro). De même, la disponibilité des ressources doit tenir compte des ressources déjà présentes dans l'environnement et favoriser les collaborations interorganisationnelles. C'est sur cette base conceptuelle que nos instruments ont été élaborés, que nos indicateurs ont été créés et que nos analyses ont été effectuées.

Notre étude concerne uniquement les organisations qui fournissent des services de santé de 1^{re} ligne. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) conçoit les services de 1^{re} ligne comme « des services médicaux généraux de premier niveau, universellement accessibles, assurés avec la pleine participation de la collectivité et offerts à un coût raisonnable » (Lamarche *et al.*, 2003). Ces services comprennent :

- la promotion de la santé;
- la prévention des maladies;
- les services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs.

Dans le cadre de cette étude, nous avons considéré comme une organisation de 1^{re} ligne tout endroit (adresse civique) où l'on retrouve un ou des médecins omnipraticiens qui offrent des services médicaux généraux. Les bureaux ou cabinets privés de médecins omnipraticiens, les cliniques médicales, les unités de médecine familiale (UMF) et l'unité qui fournit des services médicaux aux individus à l'intérieur des CLSC constituent donc des organisations de 1^{re} ligne.

1.2 INVENTAIRE DES ORGANISATIONS DE 1^{RE} LIGNE ADMISSIBLES À L'ÉTUDE

Afin d'identifier les organisations admissibles à l'enquête organisationnelle (2010), il a fallu constituer une liste à jour des organisations de 1^{re} ligne présentes à Montréal et en Montérégie. La liste des organisations de 1^{re} ligne, conçue par l'équipe de recherche lors de l'enquête de 2005, a servi de base pour amorcer cette mise à jour. Nous avons comparé cette liste avec plusieurs listes administratives disponibles provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal, de l'ASSS de la Montérégie, du Collège des médecins du Québec (CMQ). Par la suite, chacune des organisations a été contactée par téléphone afin de confirmer certaines informations (nom de l'organisation, adresse civique, nombre de médecins omnipraticiens, etc.). Ce contact téléphonique a également permis d'identifier une personne responsable (médecin ou gestionnaire administratif), qui serait invitée à répondre au questionnaire organisationnel.

Cette liste a enfin été complétée par des données de l'enquête populationnelle dans laquelle les répondants devaient identifier leur source habituelle de soins, c'est-à-dire l'endroit où ils s'adressaient régulièrement pour recevoir leurs soins. Lorsqu'un répondant à l'enquête populationnelle identifiait une clinique médicale de 1^{re} ligne qui n'apparaissait pas dans la liste et qui était admissible à l'enquête organisationnelle, celle-ci était ajoutée à la liste.

2 QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL

2.1 ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Les questions formulées dans le questionnaire organisationnel de 2005 (Hamel *et al.*, 2007; Pineault *et al.*, 2006) s'inspiraient, en partie, de plusieurs documents et publications portant sur l'organisation des services de 1^{re} ligne et plus particulièrement des outils développés dans le cadre des projets suivants :

- Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J., Gauthier, J. (2004). Continuité et accessibilité des soins de 1^{re} ligne au Québec. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (rapport);
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec. Direction de l'évaluation (rapport);
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., Jobin, G., Lamothe, L., Gilbert, F., Guay, H., Cyr, G., & Lebeau, R. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille : Le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale, Université de Montréal/CHUM (rapport).

Dans le cadre de l'enquête organisationnelle de 2010, nous avons apporté des modifications au questionnaire utilisé lors de l'enquête de 2005 tout en nous assurant que ces modifications ne compromettent pas la comparabilité des données aux deux temps de l'étude (Annexe 1). D'une part, quelques reformulations ont été effectuées afin de clarifier les questions considérées problématiques suite à l'enquête organisationnelle de 2005. D'autre part, nous avons ajouté de nouvelles questions pour tenir compte des facteurs liés à la réforme initiée au début des années 2000. Ces nouvelles questions constituent la section E (La réorganisation des services de santé de 1^{re} ligne) du questionnaire de 2010.

2.2 STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est structuré selon les quatre dimensions des organisations décrites plus haut et présentées au tableau 1.

Tableau 1 Définition des dimensions mesurées par le questionnaire organisationnel

Dimension	Définition
La vision	Buts, valeurs et orientations partagés par les membres d'une organisation
Les ressources	Disponibilité, quantité et variété de diverses ressources (humaines, matérielles et financières) dont disposent les membres d'une organisation
La structure organisationnelle	Règles de gouvernance, conventions et procédures qui orientent les comportements des membres d'une organisation
Les pratiques organisationnelles	Mécanismes instaurés en soutien aux pratiques cliniques

Les différentes sections du questionnaire organisationnel (2010) portent sur les points suivants :

Section A : Ressources et structure organisationnelle

- Le nombre de médecins omnipraticiens et d'infirmières travaillant dans la clinique
- Les technologies de l'information
- Les sources de financement de l'organisation
- La répartition des tâches médico-administratives entre les médecins et les gestionnaires
- Le niveau de partage des ressources administratives entre les médecins

Section B : Services, pratiques et collaborations interorganisationnelles

- La prise en charge de maladies chroniques
- Le rôle de l'infirmière
- L'offre de consultations sans rendez-vous/sur rendez-vous
- L'offre de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs
- La couverture temporelle
- Les collaborations et l'affiliation des médecins avec d'autres établissements de santé
- La participation de l'organisation à différents programmes régionaux

Section C : Vision et valeurs de l'organisation

- Les priorités organisationnelles
- La perception du travail en équipe et le partage de valeurs communes

Section D : Emplacement de la clinique

- Le nombre d'années d'existence de l'organisation
- Le nombre d'années à l'adresse actuelle de l'organisation
- La présence d'autres équipes médicales de 1^{re} ligne dans le même immeuble

Section E : La réorganisation des services de santé de 1^{re} ligne

- Transformations des pratiques et des ressources disponibles entre 2005 et 2010
- Impact des différents acteurs de la réforme sur les transformations de l'organisation
- La réceptivité des organisations à devenir de nouveaux modèles organisationnels (GMF et/ou clinique-réseau)

3 COLLECTE DES DONNÉES ET TAUX DE RÉPONSE À L'ENQUÊTE

3.1 MÉTHODE DE COLLECTE

La collecte de données auprès des organisations de 1^{re} ligne s'est échelonnée sur une période d'environ six mois, débutant le 29 mars 2010 et se terminant en septembre 2010. Dans un premier temps, nous avons procédé à un envoi postal destiné à toutes les organisations de 1^{re} ligne admissibles à l'enquête dans les deux régions à l'étude. Au total, 606 organisations de 1^{re} ligne ont reçu un questionnaire adressé à la personne responsable de la clinique, identifiée lors de la pré-enquête téléphonique. Outre le questionnaire organisationnel, nous avons joint à l'envoi postal les documents suivants : une lettre d'invitation à participer au projet, une lettre d'appui cosignée par le Collège des médecins du Québec (CMQ), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le Département régional de médecine générale (DRMG) de chacune des deux régions, une copie d'un article paru dans la revue *L'actualité médicale* expliquant brièvement les objectifs de l'étude et une enveloppe de retour préaffranchie. De plus, un formulaire d'information et de consentement était intégré au questionnaire. Le répondant avait le choix de répondre au questionnaire en ligne via LimeSurvey, grâce à un code d'accès unique, ou de compléter et retourner le questionnaire en version papier.

Suite à cet envoi initial, nous avons effectué trois relances auprès des organisations non répondantes. Nous avons mené la première relance environ deux semaines après l'envoi initial des questionnaires. Cette relance consistait en l'envoi postal d'une note rappelant l'importance de compléter le questionnaire. La seconde relance a été effectuée par téléphone par des professionnels de l'équipe de recherche au cours de l'été 2010. Différentes stratégies de relance additionnelles ont été utilisées dans le cadre de la troisième relance (juin à septembre 2010). Les chercheurs principaux ont multiplié les appels téléphoniques aux responsables des organisations et ont fait parvenir des notes personnalisées aux responsables qui n'avaient pu être joints par téléphone. Des efforts importants ont donc été déployés pour maximiser le taux de réponse à l'enquête.

3.2 TAUX DE RÉPONSE

Chacune des relances a permis d'augmenter le taux de réponse (figure 1). Au final, 376 organisations ont répondu à l'enquête organisationnelle de 2010 pour un taux de réponse de 62,0 %, soit 59,7 % à Montréal et 66,1 % en Montérégie (tableau 2). De grandes variations du taux de réponse sont observables entre les territoires de CSSS. Le plus faible taux de réponse est de 51,7 %, alors que le plus élevé s'élève à 80,0 % pour deux territoires de CSSS. Il est à noter que certains territoires de CSSS ne comptent qu'un très petit nombre d'organisations de 1^{re} ligne. Nous avons également noté une variation du taux de réponse en fonction du nombre de médecins omnipraticiens qui composaient l'organisation. À titre indicatif, le taux de réponse des plus petites organisations, formées d'un seul médecin omnipraticien, est d'environ 55 %. En comparaison, les grandes organisations, composées de 10 médecins omnipraticiens ou plus, ont atteint un taux de réponse de 75 %. Le taux de réponse plus élevé pour les organisations de grande taille peut s'expliquer en partie par un effort de relance plus intense déployé par l'équipe auprès de ces organisations, en vue,

notamment, d'augmenter le nombre de répondants à l'enquête populationnelle jumelés à des organisations répondantes de l'enquête organisationnelle.

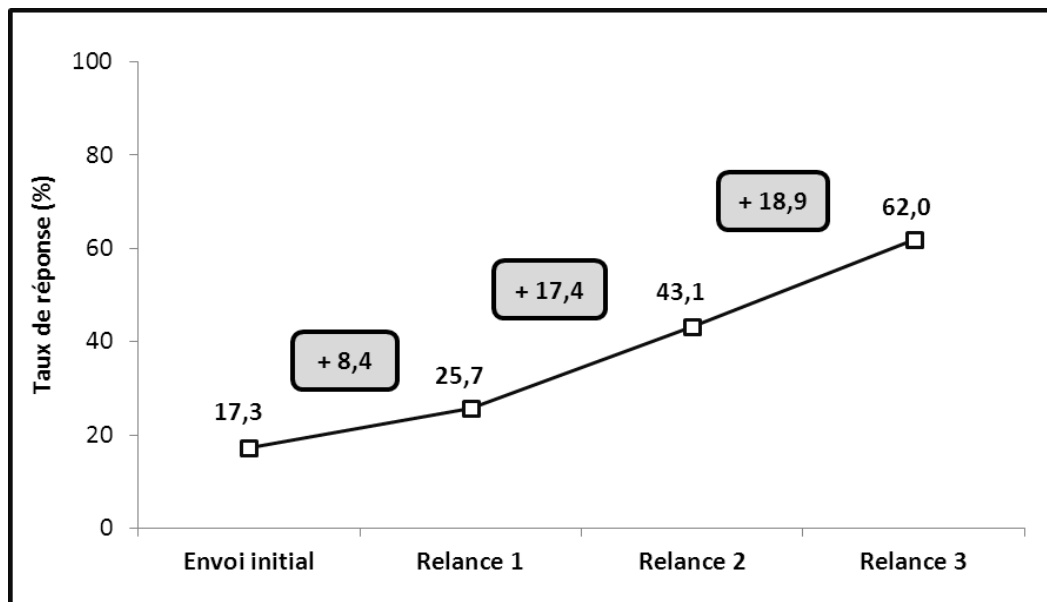


Figure 1 Impact des relances sur le taux de réponse à l'enquête organisationnelle, 2010

Tableau 2 Taux de réponse à l'enquête organisationnelle par territoire de CSSS, 2010

Territoire de CSSS de Montréal	Taux de réponse (%)	Territoire de CSSS de la Montérégie	Taux de réponse (%)
Cavendish	51,7	Champlain	61,1
Montagne	52,6	Jardins-Roussillon	61,5
Ahuntsic-Montréal-Nord	54,3	Haute-Yamaska	61,5
Jeanne-Mance	56,2	Richelieu-Yamaska	63,6
Pointe-de-l'Île	56,5	Suroît	66,7
Sud-Ouest-Verdun	57,1	Pierre-Boucher	66,7
Dorval-Lachine-Lasalle	60,9	Vaudreuil-Soulanges	66,7
Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	60,9	Haut-Richelieu-Rouville	69,0
Ouest-de-l'Île	68,8	Sorel-Tracy	77,8
Lucille-Teasdale	71,0	Haut-St-Laurent	80,0
St-Léonard-St-Michel	73,7	Pommeraie	80,0
Cœur-de-l'Île	73,9	Montérégie (total)	66,1
Montréal (total)	59,7		

4 VALIDATION DES DONNÉES

4.1 SAISIE DES DONNÉES

Les réponses du questionnaire ont été saisies à l'aide de l'application Web LimeSurvey. Cette plateforme a permis d'assurer une méthode de saisie uniforme pour les questionnaires en version papier et en ligne. Parallèlement, nous avons compilé tous les commentaires inscrits par les répondants dans les marges du questionnaire dans un fichier du logiciel Access.

Ensuite, nous avons extrait les données de LimeSurvey pour les transférer dans un fichier du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) pour y réaliser la validation. Toutes les variables du questionnaire ont été validées individuellement et les règles de validation ont été documentées dans un fichier du logiciel Access.

4.2 RÈGLES DE VALIDATION

Dans un premier temps, nous nous sommes attardés aux non-réponses. Notons qu'il existe plusieurs méthodes pour traiter les non-réponses. Il faut tout d'abord distinguer la non-réponse totale, qui est l'absence complète d'information sur un répondant, de la non-réponse partielle, où des informations manquent pour certaines variables seulement (Haziza, 2009). Cette section s'attarde à la non-réponse partielle et à la cohérence entre les réponses obtenues.

Les questionnaires ayant plus de 15 réponses manquantes sur l'ensemble des questions ont fait l'objet d'un examen particulier. Nous avons d'abord déterminé si les réponses manquantes étaient dispersées dans les différentes sections du questionnaire ou si elles étaient concentrées dans un ou plusieurs blocs de questions. Dans la majorité des cas, les réponses manquantes étaient distribuées dans les différentes sections du questionnaire. Dans le cas où une question était restée sans réponse, mais qu'elle était accompagnée d'un commentaire dans la marge se rapportant à l'un des choix de réponse, cette réponse lui a été attribuée. Pour les autres cas, les réponses manquantes ont généralement été remplacées par la valeur modale observée chez les répondants. Il est à noter que quatre répondants ont omis de compléter la section E; un code spécifique leur a été attribué pour cette section. Au final, aucun questionnaire complété n'a été totalement exclu.

Aucune question n'a été éliminée uniquement sur la base d'un taux élevé de réponses manquantes. À l'exception de la question B5b, les taux de réponses manquantes à chaque question étaient inférieurs à 5 % (tableau 3). Finalement, seulement quatre questions ont été éliminées du fichier final de données organisationnelles principalement en raison des commentaires inscrits par les répondants dans la marge du questionnaire. Les commentaires permettaient de croire que ces questions avaient été mal comprises (tableau 3). D'ailleurs, ces quatre questions avaient aussi été éliminées lors de l'enquête en 2005.

Par la suite, nous avons vérifié la cohérence des réponses en comparant les réponses qui avaient un lien logique entre elles. Par exemple, une organisation qui indiquait n'avoir aucune infirmière ne pouvait par la suite affirmer que les infirmières de l'organisation avaient un rôle de « counseling ». Le processus de validation des données nous a permis de vérifier ces convergences et de corriger les divergences lorsque requis. Les règles applicables à la cohérence des réponses obtenues ainsi que les corrections apportées, lorsque nécessaires, ont été documentées dans un fichier du logiciel Access.

Tableau 3 Questions exclues de l'enquête organisationnelle, 2010

Section	Question	Libellé de la question	Raison(s) de son exclusion
B	5B	Dans votre clinique, lorsqu'un patient présente un problème de santé urgent, peut-il être vu dans la même journée dans une plage horaire réservée aux cas urgents?	▪ Taux de réponses manquantes particulièrement élevé (13 %) ▪ Plusieurs commentaires inscrits dans les marges attestant de l'incompréhension de la question
B	19A à 19M	Dans votre clinique, est-ce qu'un ou des médecins omnipraticiens concentrent la MAJORITÉ de leurs activités ou se spécialisent dans les champs de pratiques suivant : a) Suivi obstétrical/les accouchements b) La santé des femmes c) La santé mentale d) La gériatrie ...	▪ Plusieurs commentaires inscrits dans les marges attestant de l'incompréhension de la question ▪ Plusieurs réponses incohérentes par rapport au nombre de médecins dans l'organisation
B	29E	Dans votre clinique, avez-vous des ententes de collaboration avec d'autres cliniques de 1 ^{re} ligne, des CLSC, des hôpitaux et/ou des cliniques médicales spécialisées pour... - Autres types de collaborations	▪ Aucun répondant n'affirme avoir un autre type de collaboration que celles énoncées précédemment
D	3.1	Où est située votre clinique? - Autre type de localisation	▪ Aucun répondant n'affirme que l'organisation soit située à un autre endroit que ceux énoncés précédemment

4.3 BIAIS DÛ À DES RÉPONDANTS DIFFÉRENTS

Pour 27 % des organisations admissibles aux deux enquêtes (2005 et 2010), le répondant au questionnaire organisationnel était différent. Afin de vérifier si cette particularité a pu créer un biais, nous avons procédé à une analyse de sensibilité en introduisant une variable « type de répondant » (identique vs différent) dans certaines analyses préliminaires de régression multiple. Les résultats démontrent que cette variable n'est pas significative, ce qui milite en faveur de l'absence de biais dû à des répondants différents pour une même organisation.

5 ATTRIBUTION DE VALEURS AUX NON-RÉPONDANTS (NON-RÉPONSES TOTALES) ET PONDÉRATION

5.1 MÉTHODE D'IMPUTATION PROBABILISTE

Autant dans le cas des non-réponses partielles que totales, il est préférable d'imputer plutôt que de faire les analyses sur des données incomplètes qui ne sont pas représentatives de la population (Haziza, 2009; Little, 1988). En d'autres termes, le biais de non-réponse est généralement plus grand que le biais possible observé lors de l'application de l'imputation (Little, 1988). Les non-réponses totales ont donc été traitées en utilisant une méthode d'imputation de valeurs.

Nous avons postulé que dans chaque région, une organisation non-répondante possédant certaines caractéristiques connues (e.g. le type d'organisation tel que GMF, clinique-réseau et CLSC, la taille définie par le nombre de médecins et la région) ressemblait aux organisations répondantes de la strate définie par ces mêmes caractéristiques pour ce qui est des autres variables. Nous avons donc décidé d'utiliser ces caractéristiques connues comme variables de stratification. Bien entendu, nous ne pouvons pas déterminer avec certitude dans quelle mesure les organisations non-répondantes se comparent aux organisations répondantes relativement aux autres variables à l'étude.

Les trois variables de stratification sont donc : le type de clinique, la taille et la région. Les données pour le type sont disponibles pour toutes les cliniques et proviennent du fichier administratif du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des Agences régionales. Le nombre de médecins a été documenté pour chaque clinique lors de la pré-enquête téléphonique de 2010.

Étant donné, d'une part, le nombre relativement peu élevé de cliniques de types GMF, clinique-réseau et CLSC/UMF et, d'autre part, la grande homogénéité à l'égard de la plupart des variables selon le nombre de médecins dans la clinique, nous n'avons retenu pour ces types d'organisations que deux catégories pour la taille, soit un médecin ou deux médecins et plus. Pour la catégorie « clinique médicale de groupe », où le nombre d'organisations était beaucoup plus élevé et où il existait une plus grande variabilité, nous avons retenu les catégories : un médecin, deux à trois, quatre à neuf et 10 médecins et plus. Nous avons ainsi constitué, en 2005, 17 strates, neuf pour la Montérégie et huit pour Montréal. En 2010, 19 strates ont été constituées : neuf pour la Montérégie et 10 pour Montréal (tableau 4).

Tableau 4 Distribution des organisations de 1^{re} ligne selon les strates, 2005 et 2010

Strates (type de clinique - taille - région)	2005		2010	
	n	%	n	%
CLSC/UMF avec statut GMF ou clinique-réseau - 2 mds ou plus – Montréal	6	0,9	9	1,5
CLSC/UMF avec statut GMF ou clinique-réseau - 2 mds ou plus – Montérégie	5	0,8	8	1,3
CLSC/UMF sans statut GMF ou clinique-réseau- 1 md - Montérégie	1	0,2	2	0,3
CLSC/UMF sans statut GMF ou clinique-réseau - 2 mds ou plus – Montréal	29	4,4	25	4,1
CLSC/UMF sans statut GMF ou clinique-réseau - 2 mds ou plus – Montérégie	19	2,9	13	2,1
GMF et clinique-réseau - 2 mds ou plus - Montréal	N/A		11	1,8
GMF - 1 md - Montréal	2	0,3	5	0,8
GMF - 1 md - Montérégie	2	0,3	2	0,3
GMF - 2 mds ou plus - Montréal	7	1,1	21	3,5
GMF - 2 mds ou plus - Montérégie	28	4,2	50	8,3
Clinique-réseau - 2 mds ou plus - Montréal	N/A		18	3,0
Clinique médicale de groupe - 2 à 3 mds - Montréal	85	12,9	83	13,7
Clinique médicale de groupe - 2 à 3 mds - Montérégie	36	5,5	32	5,3
Clinique médicale de groupe - 4 à 9 mds - Montréal	83	12,6	68	11,2
Clinique médicale de groupe - 4 à 9 mds - Montérégie	46	7,0	40	6,6
Clinique médicale de groupe - 10 mds ou plus - Montréal	34	5,2	7	1,2
Clinique médicale de groupe - 10 mds ou plus - Montérégie	19	2,9	8	1,3
Clinique médicale solo - 1 md - Montréal	188	28,5	138	22,8
Clinique médicale solo - 1 md - Montérégie	69	10,5	66	10,9
Total	659	100 %	606	100 %

Nous avons ensuite appliqué la méthode d'imputation probabiliste pour remédier aux non-réponses totales. Cette méthode consiste à attribuer aux organisations non-répondantes la valeur des modalités de chacune des variables, sur la base de leur répartition dans les organisations répondantes, de façon probabiliste pour chacune des strates définies par le type, la taille et la région. Par exemple, si les organisations répondantes d'une catégorie donnée avaient deux modalités où 80 % et 20 % des organisations se retrouvaient respectivement, alors la probabilité de se retrouver dans ces modalités était de 80 % et de 20 % pour les organisations non répondantes.

Enfin, les valeurs attribuées à certaines variables pour 2010 ont pu l'être directement à partir des données recueillies lors de la pré-enquête téléphonique de 2010. Ce sont :

- le mode de consultation prédominant (rendez-vous ou sans rendez-vous) et la proportion que représente chacun de ces modes;

- le nombre d'infirmières dans la clinique; à noter que le rôle élargi ou limité, pour les organisations ayant une infirmière, est toutefois attribué de façon probabiliste;
- la présence de spécialistes;
- la présence d'autres professionnels de la santé;
- la présence d'un plateau technique pour la radiologie;
- la présence d'un plateau technique pour les prélèvements sanguins.

Cette méthode d'imputation probabiliste que nous avons utilisée s'apparente à la méthode de type « hot deck » qui consiste à tirer un répondant au hasard parmi tous les répondants, ou encore mieux, comme dans le cas présent, dans un groupe de répondants qui ressemblent davantage aux non-répondants (Donzé, 2001; Myrtveit, Stensrum, & Olsson, 2001).

5.2 VALIDATION DE LA MÉTHODE D'IMPUTATION PROBABILISTE

Pour valider l'efficacité de notre méthode, nous avons attribué les données aux organisations répondantes, de la même façon que pour les organisations non répondantes. Nous avons ensuite calculé le nombre d'organisations où la valeur imputée correspondait à la valeur réelle observée pour chacune des variables et selon les catégories d'organisations présentées plus haut. Nous avons ainsi calculé des indices de concordance qui expriment le degré de correspondance entre les valeurs imputées et observées. L'indice de concordance est de 66,4 % en 2005 et de 72,0 % en 2010. Les indices de concordance varient selon le nombre de cliniques dans la strate et selon la répartition des cliniques dans les modalités (tableau 5). De plus, le degré de concordance diminue avec l'augmentation du nombre de modalités de la variable.

La façon de référer succinctement à la méthode probabiliste d'imputation est : « toutes les valeurs pour les organisations non répondantes ont été imputées de façon probabiliste à partir des réponses des organisations répondantes, selon des groupes homogènes définis par le type, la taille et la région des organisations ».

De plus, comme pour la vérification du biais possible dû à des répondants différents aux deux temps de l'étude, nous avons créé une variable (imputé = 1; non imputé = 0) et nous l'avons introduite dans certaines analyses préliminaires de régression multiple. Le résultat non significatif pour cette variable milite en faveur de l'absence d'un biais d'imputation.

Tableau 5 Indice de concordance (en %) selon les strates, 2005 et 2010

Strates (type de clinique - taille - région)	Concordance moyenne (%)	
	2005	2010
CLSC/UMF sans statut- 1 md - Montérégie	100,0	100,0
GMF - 1 md - Montérégie	100,0	100,0
CLSC/UMF avec statut GMF ou clinique-réseau - 2 mds ou plus - Montréal	72,6	100,0
GMF - 1 md - Montréal	100,0	87,0
Clinique médicale solo - 1 md - Montréal	73,1	82,7
Clinique médicale solo - 1 md - Montérégie	73,1	80,2
CLSC/UMF avec statut GMF ou clinique-réseau - 2 mds ou plus - Montérégie	67,6	77,6
Clinique médicale de groupe - 10 mds ou plus - Montérégie	59,3	73,8
CLSC/UMF sans statut - 2 mds ou plus - Montérégie	61,6	72,5
CLSC/UMF sans statut - 2 mds ou plus - Montréal	64,3	70,1
GMF - 2 mds ou plus - Montréal	77,8	68,8
GMF ET Clinique-réseau - 2 mds ou plus - Montréal	N/A	68,5
Clinique médicale de groupe - 10 mds ou plus - Montréal	56,8	66,7
Clinique médicale de groupe - 4 à 9 mds - Montérégie	55,6	64,6
Clinique médicale de groupe - 2 à 3 mds - Montérégie	55,7	64,0
Clinique médicale de groupe - 2 à 3 mds - Montréal	57,9	63,0
GMF - 2 mds ou plus - Montérégie	60,8	62,8
Clinique médicale de groupe - 4 à 9 mds - Montréal	54,9	62,5
Clinique-réseau - 2 mds ou plus - Montréal	N/A	58,9
Indice de concordance total	66,4	72,0

5.3 PONDÉRATION DES ORGANISATIONS

Afin de pouvoir apprécier l'impact des changements organisationnels sur le système, nous avons pondéré chacune des cliniques en fonction de sa taille, mesurée par le nombre de médecins équivalent temps plein (ETP). Il est évident, par exemple, qu'une clinique de 10 médecins ETP a un impact plus grand sur l'offre de services, dans un territoire, qu'une clinique de deux médecins ETP. Pour les besoins de l'étude, nous avons fixé un équivalent temps plein à 26 heures par semaine consacrées à des activités auprès des patients de la clinique de 1^{re} ligne en question. Ce chiffre n'inclut pas le temps passé en dehors de la clinique médicale de 1^{re} ligne, dans d'autres sites (e.g. hôpital, urgence et centre d'hébergement).

6 L'APPROCHE CONFIGURATIONNELLE

L'analyse des caractéristiques organisationnelles peut porter sur chacune de ces caractéristiques indépendamment l'une de l'autre, ou encore les considérer ensemble dans leur entièreté et dans leurs relations réciproques. Cette dernière approche permet de mieux saisir la dynamique propre à chaque organisation ainsi que leur complexité. C'est l'approche configurationnelle que Meyer définit de la façon suivante : « Une configuration organisationnelle se rapporte à toute constellation multidimensionnelle de caractéristiques conceptuellement distinctes, qui interagissent les unes avec les autres. » (Meyer *et al.*, 1993).

Les configurations organisationnelles supposent donc une cohérence entre les éléments organisationnels prenant en compte la nature holistique du phénomène organisationnel. Elles peuvent être représentées en prenant comme référence un idéal type construit à partir d'une démarche conceptuelle et déductive ou par une taxonomie construite à partir d'une méthode de classification empirique et donc de nature inductive (Meyer, Tsui, & Hinings, 1993; Fiss, 2007).

6.1 OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE CONFIGURATIONNELLE

La première démarche, davantage empirique et inductive, consiste essentiellement à regrouper les entités qui ont des caractéristiques communes ensemble et de construire une taxonomie comportant un nombre limité et défini de catégories ou de modèles. Pour réaliser cette démarche, on a recours à des outils statistiques de classification, sur lesquels nous reviendrons plus loin (Annexe 2).

La deuxième façon d'opérationnaliser l'approche configurationnelle est davantage conceptuelle et déductive. S'appuyant sur une perspective théorique, il s'agit dans un premier temps, de construire un idéal type d'organisation, constitué des modalités désirables des différentes caractéristiques qui le composent. Cet idéal type devient par la suite la référence à laquelle sont comparées les entités organisationnelles observées. L'écart entre les observations et la référence s'exprime par un indice de conformité. Plus cet indice est élevé, plus l'organisation se rapproche de l'idéal type.

Dans notre étude, nous utilisons ces deux approches qui offrent des informations complémentaires tout en référant au même cadre conceptuel, qui a servi à regrouper les variables par dimension. Une perspective mixte, théorique et empirique, nous permet de prendre des décisions qui s'appuient à la fois sur des raisonnements statistiques, mais aussi sur des considérations conceptuelles et théoriques.

Nous avons ainsi choisi 26 variables organisationnelles, réparties dans les quatre dimensions présentées antérieurement, soit la vision (quatre variables), les ressources (sept variables), la structure (six variables) et les pratiques (neuf variables). Le choix de ces variables est basé principalement sur la recension des écrits sur l'organisation de la 1^{re} ligne, en portant une attention particulière aux attributs organisationnels qui caractérisent les modèles les plus complets et les plus novateurs (Brunelle, 2006; Collège des médecins de famille du Canada, 2009; Kringos, Boerma, Hutchison, van der Zee, & Groenwegen, 2010;

Landon, Gill, Antonelle, & Rich, 2010). Ces 26 variables ont donc servi à construire l'indice de conformité à l'idéal type et la taxonomie des organisations de 1^{re} ligne.

6.2 L'INDICE DE CONFORMITÉ À UN IDÉAL TYPE

Le score de conformité à un idéal type est issu d'une construction théorique et analytique. Nous l'utilisons comme point de référence pour comparer chacune des organisations de 1^{re} ligne de notre étude. La valeur accordée à une organisation est de 1 ou 2 si l'organisation possède la caractéristique idéale et de 0 si elle ne la possède pas. Pour chaque organisation, le score est obtenu en additionnant les valeurs pour les 26 variables. Ce score est ensuite transformé sur une échelle de 100 points afin de faciliter l'interprétation. Par exemple, une organisation qui posséderait tous les attributs aurait un score de conformité de 100. Le score peut aussi être calculé pour chacun des quatre dimensions (vision, structure, ressources et pratiques), permettant ainsi d'apprécier la contribution de chacun des dimensions au score de conformité global de l'organisation. La figure 2 présente la distribution des organisations de l'étude selon le score obtenu.

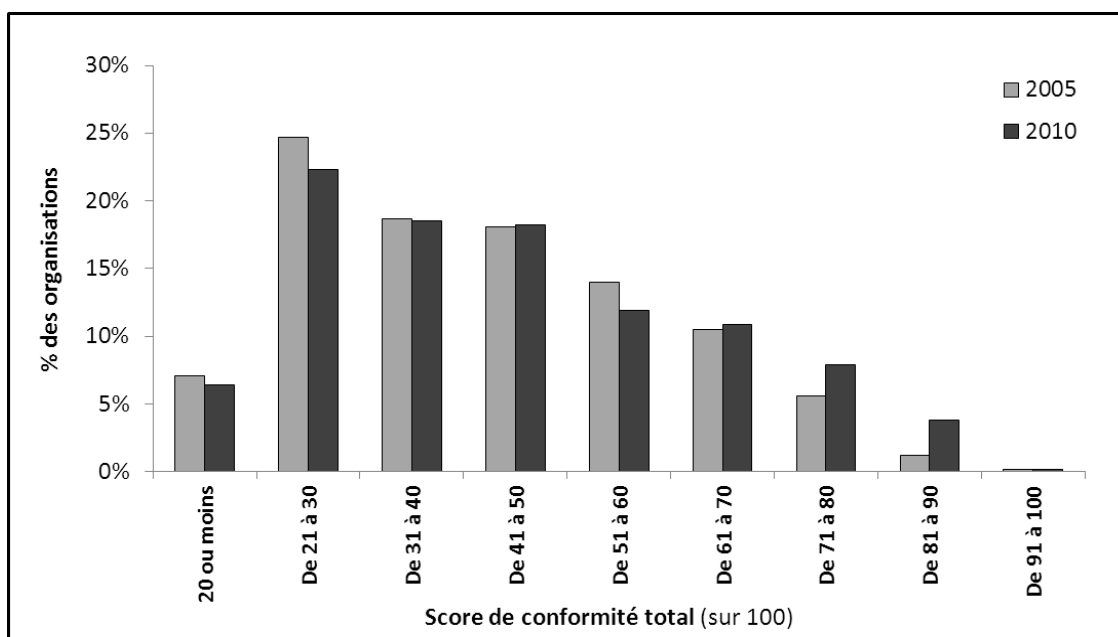


Figure 2 Distribution des organisations de 1^{re} ligne selon leur score de conformité à un idéal type, 2005 et 2010

6.3 CONSTRUCTION D'UNE TAXONOMIE

La taxonomie est une construction empirique réalisée à partir de statistiques exploratoires multidimensionnelles en deux étapes : une analyse factorielle multiple et une classification ascendante hiérarchique. La première étape consiste à mettre en œuvre une analyse factorielle multiple (AFM) à partir des 26 variables sélectionnées précédemment (Escofier et Pagès, 2008; Greenacre & Blasius, 2006; Bailey, 1994). L'AFM est particulièrement appropriée dans le cas de variables regroupées en dimensions. Elle permet de faire une synthèse de la structure des données en accord avec les variables et dimensions de départ.

Pour tenir compte des dimensions, l'AFM met en œuvre l'étape préliminaire suivante : une analyse des correspondances multiples est effectuée sur les variables dans chacune des dimensions; un score factoriel est extrait pour chacune des dimensions et est appliqué respectivement à chacune des variables dans la mise en œuvre de l'AFM. Le choix du nombre de facteurs à retenir est déterminé à l'aide du critère du coude (Kaufman & Rousseeuw, 2005) appliqué à la courbe d'inertie cumulée (Greenacre & Blasius, 1994).

Dans la deuxième étape, nous avons effectué une classification ascendante hiérarchique (CAH) à partir des facteurs retenus à l'étape précédente et en utilisant le critère de Ward (Ward, 1963). La technique de la CAH est connue pour être efficace dans le partitionnement de classes car elle minimise la variance interne de chaque classe et maximise la variance entre les classes (en procédant par la perte de l'inertie dans l'agrégation de deux éléments). Pour choisir la partition idéale dans l'arborescence des classes, nous avons examiné le dendrogramme et le quotient des inerties.

Pour les deux étapes, il est à noter qu'au-delà des indicateurs statistiques, une grande part de la décision est sujette à l'interprétation des axes et des classes. Le choix de la partition finale s'est donc basé sur les indicateurs statistiques, mais également sur la plausibilité et l'interprétabilité des classes.

7 LA MESURE DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Conformément à la démarche adoptée jusqu'ici, nous avons d'abord mesuré le changement à partir de la taxonomie et à partir de l'indice de conformité à l'idéal type.

La première façon s'appuie sur la taxonomie construite et consiste d'abord à mesurer la prévalence des différents modèles de la taxonomie par région et par territoire de CSSS, en 2005 et en 2010. Grâce à une méthode disponible dans le logiciel utilisé (SPAD), nous avons réalloué les organisations de 2005 dans les modèles de la taxonomie de 2010. Nous pouvons ainsi documenter l'évolution prospective, de 2005 à 2010, de l'appartenance des organisations observées en 2005 aux différents modèles de la taxonomie, par région. Rétrospectivement, nous pouvons également documenter le cheminement des modèles observés en 2010, au regard des modèles auxquels ils appartenaient en 2005. De plus, pour chaque organisation présente en 2005 et 2010, nous avons utilisé les coordonnées des organisations projetées sur les axes de l'AFM. Pour une même organisation, la différence entre les coordonnées de 2005 et les coordonnées de 2010 a donné une distance qui joue le rôle d'une variable permettant d'évaluer le changement. La moyenne des distances par modèle a par la suite été calculée.

La deuxième façon porte sur l'indice de conformité à l'idéal type (ICIT). De façon complémentaire, nous avons mesuré l'ICIT en 2005 et en 2010, par territoire de CSSS et par région. Dans les deux démarches, nous avons porté une attention particulière aux modèles émergents (GMF et CR) qui existaient en 2005 (de première génération) et à ceux créés entre 2005 et 2010 (de deuxième génération).

Nous avons également comparé dans le temps des variables simples pour lesquels des changements ont été notés entre 2005 et 2010 et qui ont contribué à expliquer les transformations à l'intérieur du réseau de services de 1^{re} ligne.

Les mesures du changement ont ensuite été croisées avec des variables explicatives provenant du questionnaire organisationnel ou du questionnaire contextuel. Des modèles d'analyses plus complexes sont également utilisés comme des modèles de régression multiple et multiniveau.

RÉFÉRENCES

Bailey, K.D. (1994). *Typologies and taxonomies: An introduction to classification techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Brunelle, Y. (2006). *La pratique de groupe*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des services médicaux.

Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z. & Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation : Concepts et méthodes* (35-56). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Le Collège des médecins de famille du Canada. (2009). *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home* (document de travail). Consulté le 9 juillet 2012, à :

<http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=890&langType=3084>

Donzé, L. (2001). *L'imputation des données manquantes, la technique de l'imputation multiple, les conséquences sur l'analyse des données : L'enquête 1999 KOF/ETHZ sur l'innovation*. Congrès annuel de la Société suisse d'économie et de statistique, Genève.

Escofier, B., & Pagès, J. (2008). *Analyses factorielles simples et multiples*. (4^e édition). Paris : Dunod.

Fiss, P.C. (2007). A set-theoretic approach to organizational configurations. *Academy of Management Review*, 32, 1180-96.

Greenacre, M.J., & Blasius, J. (1994). *Correspondence analysis in the social sciences*. London, New York, San Diego: Academic Press.

Greenacre, M.J., & Blasius, J. (2006). *Multiple correspondence analysis and related methods*. Dallas, TX: Chapman & Hall / CRC.

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

Haziza, D. (2009). Imputation and inference in the presence of missing data. In D. Pfeffermann, & C.R. Rao (Eds.), *Handbook of Statistics, Volume 29A, Sample surveys: Theory methods and inference* (215-46). Elsevier.

Jary, D., & Jary, J. (2000). *Collins Dictionary of sociology*. (3rd ed.). Scarborough, Ontario: Harper Collin.

Kaufman, L., & Rousseeuw, P.J. (2005). *Finding groups in data: An introduction to cluster analysis*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Hutchison, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P.P. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, 65-77.

Lamarche, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Haggerty, J. (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de 1^{re} ligne au Canada*. Rapport soumis à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Landon, B.E., Gill, J.M., Antonelli, R.C., & Rich, E.C. (2010). Prospects for rebuilding primary care using the patient-centered medical home. *Health Affairs*, 29(5), 827-34.

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

Little, R.J. (1988). Missing-data adjustments in large surveys. *Journal of Business and Economic Statistics*, 6, 287-301.

Meyer, A.D., Tsui, A.S., & Hinings, C.R. (1993). Configurational approaches to organizational analysis. *Academy of Management Journal*, 36, 1175-95.

Myrtveit, I., Stensrud, E., & Olsson, U.H. (2001). Analyzing data sets with missing data: An empirical evaluation of imputation methods and likelihood-based methods. *IEEE Transactions on Software Engineering*, 27, 999-1013.

Pineault, R., Hamel, M., Levesque, J.-F., Roberge, D., Lamarche, P., & Haggerty, J. (2006). *Questionnaire organisationnel - Clinique médicale de 1^{re} ligne*. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la 1^{re} ligne au Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne.

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

Ward, J.H. (1963) Hierarchical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, 58, 236-44.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL (2010) ET MODIFICATIONS APPORTÉES PAR RAPPORT AU QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL (2005)

N° DU QUESTIONNAIRE |__| |__| |__|

QUESTIONNAIRE ORGANISATIONNEL

CLINIQUE MÉDICALE DE PREMIÈRE LIGNE

ADRESSE DE LA CLINIQUE

Si les informations sont erronées, veuillez faire les corrections suivantes :

()

Nom de la clinique		
N° civique	Rue	
N° de bureau	Ville	
Province	Code postal	
()	-	
Téléphone	Poste téléphonique	Télécopieur

Fonction :

- ☐ 1 Chef d'équipe / Directeur médical
- ☐ 2 Médecin responsable
- ☐ 3 Membre de l'équipe d'omnipraticiens
- ☐ 4 Autre ➔ Précisez : _____

Consignes

Ce questionnaire porte sur **l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne** offerts dans les cabinets et les cliniques médicales, les polycliniques, les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau (CR). Un questionnaire est envoyé à chaque clinique ou adresse civique.

QUI DOIT RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE?

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

COMPOSANTES DU QUESTIONNAIRE

Le formulaire d'information et de consentement occupe les 4 premières pages de ce questionnaire.

Section A : Ressources et structure organisationnelle

Section B : Services, pratiques et collaboration interorganisationnelle

Section C : Vision/Système de représentation des valeurs

Section D : Emplacement de la clinique

Section E : La réorganisation des services de santé de 1^{re} ligne

Légendes des modifications apportées au questionnaire organisationnel (2010) par rapport au questionnaire organisationnel (2005).

Aucune modification apportée de 2005 à 2010
Modification de la formulation
Nouvelle question (ajoutée en 2010)

Section A : Ressources et structure organisationnelle

1. a) Combien de médecins omnipraticiens au total (incluant les médecins à temps partiel) travaillent présentement dans votre clinique? _____

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

a) moins de 10 heures par semaine? _____

b) de 10 à 25 heures par semaine? _____

c) de 26 à 40 heures par semaine? _____

d) plus de 40 heures par semaine? _____

c) Combien de médecins omnipraticiens se trouvent dans les catégories d'âge suivantes?

a) 34 ans et moins? _____

b) 35 à 49 ans? _____

c) 50 à 64 ans? _____

d) 65 ans et plus? _____

d) Parmi vos médecins, combien y a-t-il de femmes et d'hommes?

a) Femmes? _____

b) Hommes? _____

e) Combien de médecins omnipraticiens travaillent depuis plus de 5 ans dans votre clinique? _____

2. Quel est le principal mode de rémunération du ou des médecins omnipraticiens pour les activités réalisées dans votre clinique? Cochez une seule réponse

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

3. Combien d'infirmières travaillent présentement dans votre clinique? _____

4. Dans votre clinique, est-ce que quelqu'un... Encerclez un seul choix par énoncé

	Non	Oui			Ne s'applique pas car 1 seul médecin dans la clinique
		Un médecin responsable ou désigné	Le groupe de médecins collectivement	Un gestionnaire administratif	
a) planifie les listes de garde, les plages horaires, les vacances, etc.?	4	1	2	3	99
b) organise des réunions de discussion de cas?	4	1	2	3	99
c) assure le recrutement des médecins et l'attribution des privilèges de pratique?	4	1	2	3	99
d) assure l'évaluation de la qualité de l'acte médical?	4	1	2	3	99
e) organise des activités de formation médicale continue?	4	1	2	3	99
f) représente la clinique sur des comités?	4	1	2	3	99
g) élabore les ordonnances collectives / protocoles de soins?	4	1	2	3	99

5. Est-ce que des médecins omnipraticiens de votre clinique partagent...

	Oui	Non	Ne s'applique pas car 1 seul médecin dans la clinique
a) les locaux (bureaux, salles d'examen ou salle d'attente)?	1	2	99
b) les dépenses de fonctionnement de la clinique?	1	2	99
c) le personnel de soutien (secrétaire et réceptionniste)?	1	2	99
d) le système de gestion de rendez-vous?	1	2	99
e) le système de dossiers ou d'archives?	1	2	99
f) la mise en commun des revenus (pooling)?	1	2	99

6. Est-ce que des médecins omnipraticiens de votre clinique partagent...

	Oui	Non	Ne s'applique pas car 1 seul médecin dans la clinique
a) la couverture des plages de consultation sans rendez-vous?	1	2	99
b) la couverture des plages de consultation sur rendez-vous?	1	2	99
c) la couverture des soins hospitaliers pour les patients de la clinique?	1	2	99
d) le suivi des patients?	1	2	99
e) le remplacement d'un médecin lorsqu'il est absent?	1	2	99

7. Dans quelle mesure le ou les médecins omnipraticiens de votre clinique se sentent-ils responsables à l'égard de la santé de la population du quartier, du village ou du territoire où se trouve votre clinique?

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

8. Dans quelle mesure le ou les médecins omnipraticiens de votre clinique se sentent-ils redevables de leurs activités professionnelles envers...

	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout	
a) la RAMQ?	1	2	3	4	
b) le Collège des médecins?	1	2	3	4	
	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout	Ne s'applique pas car 1 seul médecin dans la clinique
c) les collègues de travail?	1	2	3	4	99
d) la gouvernance / les gestionnaires de la clinique?	1	2	3	4	99

9. Est-ce que le financement des dépenses de fonctionnement de votre clinique provient...

- | | |
|---|--|
| a) de frais facturés aux médecins ou de la contribution des médecins? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| b) d'entreprises privées (compagnies, pharmacies, dons, fondations, etc.)? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| c) de frais chargés aux patients (ex. : frais d'ouverture ou gestion des dossiers)? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| d) d'un budget de fonctionnement d'établissement (CLSC, CH)? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| e) d'une subvention d'infrastructure (GMF, clinique-réseau)? | ☒ 1 Oui ☐ 2 Non |

10. Dans votre clinique, utilisez-vous...

- | | |
|--|---|
| a) un logiciel informatique pour la gestion des rendez-vous? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| b) un accès Internet pour le ou les médecins? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| c) un accès au réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS)? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| d) des dossiers médicaux électroniques? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| e) un système de prise de rendez-vous sur Internet pour les patients? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| f) une interface électronique avec les services de laboratoire, d'imagerie diagnostique? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| g) un prescripteur électronique pour transmettre les prescriptions aux pharmacies? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| h) des outils informatisés de soutien à la décision clinique? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| i) des outils de perfectionnement professionnel (informatisés)? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| j) un guide de pratique clinique intégré aux dossiers informatisés? | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| k) autres : | ☐ 1 Oui ☐ 2 Non |
| ➔ Si oui, Précisez _____ | |

11. Dans l'immeuble où se situe votre clinique, est-ce que les services suivants sont disponibles sur place?

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| a) Les prélèvements sanguins | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| b) La radiologie | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| c) L'électrocardiographie | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| d) La spirométrie | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| e) La colonoscopie | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| f) L'ostéodensitométrie | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| g) La résonance magnétique | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| h) L'échographie / Doppler | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| i) L'échocardiographie | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| j) La tomodensitométrie | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| k) La mammographie | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |

Section B : Services, pratiques et collaborations interorganisationnelles

1. Dans votre clinique,

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| a) y a-t-il une ou des personnes préposées principalement à l'accueil des patients? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| b) y a-t-il une ou des personnes préposées principalement à la gestion des dossiers médicaux (ouverture de dossiers, archivage)? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| c) les patients peuvent-ils laisser un message sur un répondeur téléphonique et être rappelés par un médecin ou une infirmière? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| d) un ou des médecins font-ils des visites à domicile? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| e) offrez-vous des services sur rendez-vous la fin de semaine (samedi ou dimanche)? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| f) offrez-vous des services sur rendez-vous en soirée sur semaine (après 18 h)? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| g) offrez-vous des services sans rendez-vous la fin de semaine (samedi ou dimanche)? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| h) offrez-vous des services sans rendez-vous en soirée sur semaine (après 18 h)? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| i) offrez-vous des services la nuit (entre minuit et 8 h)? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| j) en dehors des heures d'ouverture, orientez-vous les patients vers une autre clinique? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| k) en dehors des heures d'ouverture, orientez-vous les patients vers les services Info-Santé? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |
| l) en dehors des heures d'ouverture, orientez-vous les patients vers les urgences des hôpitaux? | ☐ 1 Oui | ☐ 2 Non |

2. Votre clinique accepte-t-elle présentement de nouveaux patients pour le suivi et la prise en charge? Cochez une seule réponse

☐ 1 Notre clinique accepte tous les nouveaux patients qui en font la demande

☐ 2 Notre clinique accepte de nouveaux patients SELON CERTAINES CONDITIONS seulement → Répondez à 2.1

2.1 Quelles sont ces conditions? Cochez tout ce qui s'applique

- ☐ 1 Être membre de la famille de l'un des patients actuels de la clinique
- ☐ 2 Être référé par un autre médecin
- ☐ 3 Être un patient vulnérable (tel que défini par la RAMQ)
- ☐ 4 Être un patient orphelin / inscrit sur un guichet d'accès
- ☐ 5 Autres → Précisez :

☐ 3 Notre clinique n'accepte aucun nouveau patient

3. Les consultations sans rendez-vous représentent quelle proportion de l'ensemble des consultations offertes dans votre clinique?

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

4. À qui offrez-vous les services de sans rendez-vous?

- ☐ 1 à tous les patients qui se présentent
- ☐ 2 aux patients qui ont un dossier médical à la clinique (inscrits au nom d'un médecin)
- ☐ 3 ne s'applique pas car nous n'offrons pas de service de sans rendez-vous

5. Dans votre clinique, lorsqu'un patient présente un problème de santé urgent, peut-il être vu...

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
a) entre deux rendez-vous dans la même journée?	1	2	3	4
b) dans la même journée dans une plage horaire réservée aux cas urgents (ex. : avant ou après avoir vu vos patients sur rendez-vous)?	1	2	3	4

6. Généralement, lorsqu'un patient communique avec votre clinique, combien de temps (en jours) ce patient doit-il attendre avant de voir un médecin...

a) lorsqu'il s'agit d'une situation urgente? _____ jours

b) lorsqu'il s'agit d'une situation non urgente? _____ jours

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

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

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

- a) les patients vulnérables (tels que définis par la RAMQ)? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- b) les patients réguliers ayant un médecin de famille à votre clinique? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- c) les personnes qui ont un dossier sans avoir de médecin de famille à votre clinique? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- d) les personnes qui n'ont pas de dossier à votre clinique? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

9. Pour les catégories de personnes suivantes, est-il possible de communiquer par téléphone avec un médecin ou une infirmière lorsque la clinique est ouverte?

- a) Les patients vulnérables (tels que définis par la RAMQ) ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- b) Les patients réguliers ayant un médecin de famille à la clinique ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- c) Les personnes qui ont un dossier sans avoir de médecin de famille à la clinique ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- d) Les personnes qui n'ont pas de dossier à la clinique ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

10. Dans votre clinique, combien de temps réservez-vous pour une consultation d'évaluation d'un nouveau cas? Cochez une seule réponse

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

11. Dans votre clinique, combien de temps réservez-vous pour une consultation de suivi? Cochez une seule réponse

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

12. Dans votre clinique, combien de temps prévoyez-vous pour une consultation d'urgence (autre que santé mentale) cas? Cochez une seule réponse

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

13. Dans votre clinique, offrez-vous des services de prise en charge et de suivi systématique pour les patients atteints des maladies chroniques suivantes :

- a) diabète? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
b) maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
c) insuffisance cardiaque? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
d) asthme? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
e) arthrite? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
f) problèmes de santé mentale? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

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

	Non	Oui	
		Informatisé(e)	Papier
a) d'un système de rappel pour inviter les patients à passer les examens de dépistage recommandés (ex. : Pap test)?	3	1	2
b) d'une fiche aide-mémoire au dossier concernant les pratiques cliniques préventives (counselling, dépistage, immunisation) à réaliser auprès des patients selon les lignes directrices en vigueur?	3	1	2
c) d'outils d'aide au counselling sur les habitudes de vie (ex.: pour l'intervention en matière de cessation tabagique)?	3	1	2
d) d'outils de référence aux services d'aide à la modification des habitudes de vie (ex.: centre d'abandon du tabagisme, centre d'éducation pour la santé)?	3	1	2
e) d'une fiche, dans les dossiers des patients atteints de maladie chronique, regroupant les éléments importants de suivi des lignes directrices de prise en charge (ex. : dosage de l'HB glyquée chez les patients diabétiques)?	3	1	2

15. Dans votre clinique, pour le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques (ex. : MPOC, diabète, insuffisance cardiaque, etc.), le ou les médecins omnipraticiens...

	Toujours	Générale-ment	À l'occasion	Rarement	Jamais
a) utilisent un registre permettant l'identification et/ou le suivi des soins aux patients	1	2	3	4	5
b) utilisent un système de suivi pour le rappel aux patients des visites ou services requis	1	2	3	4	5
c) procèdent au suivi des patients par téléphone (par le médecin ou le personnel de la clinique) entre les visites à la clinique	1	2	3	4	5
d) utilisent des guides de pratique publiés comme base de leur plan de traitement	1	2	3	4	5
e) impliquent le personnel (administratif ou clercal) dans l'identification et le rappel aux patients nécessitant un suivi ou d'autres services	1	2	3	4	5
f) assistent les patients dans l'établissement et l'atteinte d'objectifs d'auto-soins (e.g. participation du patient à la gestion des soins)	1	2	3	4	5

	Toujours	Générale- ment	A l'occasion	Rarement	Jamais
g) réfèrent les patients à quelqu'un de votre clinique pour l'enseignement à propos de leurs maladies chroniques	1	2	3	4	5
h) réfèrent les patients à quelqu'un à l'extérieur de votre clinique pour l'enseignement à propos de leurs maladies chroniques	1	2	3	4	5
i) utilisent des grilles ou fiches (flow sheet) dans les dossiers permettant le suivi des éléments importants des soins pour vos patients	1	2	3	4	5

16. Dans votre clinique, les services suivants sont-ils offerts :

- a) streptest? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- b) biopsie cutanée? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- c) insertion de stérilet? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- d) infiltration / aspiration musculosquelettique? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- e) suture / chirurgie mineure? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- f) frottis cervical (Pap test)? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

17. Dans votre clinique, offrez-vous les services d'immunisation suivants :

- a) vaccination des enfants? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- b) vaccination contre la grippe saisonnière? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

18. Dans votre clinique, est-ce qu'un ou des médecins omnipraticiens font le suivi...

- a) de femmes enceintes? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non



18.1 Si oui, en assurent-ils l'accouchement? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

- b) d'enfants de 5 ans et moins? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non



18.2 Si oui, quel pourcentage de la clientèle de votre clinique les enfants de 5 ans et moins représentent-ils? _____ %

19. Dans votre clinique, est-ce qu'un ou des médecins omnipraticiens concentrent la MAJORITÉ de leurs activités ou se spécialisent dans les champs de pratique suivants :

a) le suivi obstétrical / les accouchements?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
b) la santé des femmes (excluant le suivi obstétrical)?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
c) la santé mentale?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
d) la gériatrie?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
e) les soins aux enfants / aux adolescents?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
f) la chirurgie esthétique / le traitement des varices?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
g) l'obésité?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
h) une ou des maladies chroniques en particulier (diabète, MPOC, insuffisance cardiaque, etc.)?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
i) la médecine industrielle / la santé au travail?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
j) la médecine sportive?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
k) la santé-voyage?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
l) la médecine alternative (acupuncture, ostéopathie, etc.)?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
m) autres? ➔ Précisez : _____	☐ 1 Oui	☐ 2 Non

20. En plus des soins offerts dans votre clinique, est-ce qu'un ou des médecins omnipraticiens de votre clinique fournissent des services médicaux...

a) dans une autre clinique médicale / cabinet privé?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
b) dans un CLSC (autre que le vôtre si vous êtes déjà en CLSC) pour des services de soutien à domicile?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
c) dans un CLSC (autre que le vôtre si vous êtes déjà en CLSC) pour des services autres que le soutien à domicile?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
d) dans un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
e) dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
f) dans un centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
g) dans le cadre d'un programme de soins palliatifs?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
h) dans un service d'obstétrique d'un centre hospitalier?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
i) d'autres activités identifiées par le Département régional de médecine générale (DRMG)?	☐ 1 Oui	☐ 2 Non

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

- | | |
|---|--|
| ☐ 1 Il n'y a pas d'infirmière dans notre équipe ➔ <u>Passez à la question 22</u> | ☐ 6 Counselling relatif aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) |
| ☐ 2 Triage des patients au sans rendez-vous | ☐ 7 Liaison et coordination avec les CLSC, CHSLD, CH et autres cliniques |
| ☐ 3 Counselling tabac, alimentation et activité physique | ☐ 8 Soutien aux activités cliniques des médecins (prise de TA, pesée, injections, etc.) |
| ☐ 4 Enseignement aux patients (ex: prise de glycémie, prise de TA) | ☐ 9 Participation aux décisions cliniques |
| ☐ 5 Suivi systématique de certaines clientèles | ☐ 10 Réalisation d'activités cliniques dans le cadre d'une ordonnance collective |

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

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Ne s'applique pas car 1 seul médecin dans la clinique
a) Par des échanges informels ou ponctuels	1	2	3	4	99
b) Selon des protocoles de suivi pré-établis pour des clientèles ou des problèmes particuliers	1	2	3	4	99
c) Lors de réunions de discussion de cas (réunions statutaires)	1	2	3	4	99
d) Lors de sessions de formation médicale continue	1	2	3	4	99

23. Dans l'immeuble où se situe votre clinique,

- a) des services sont-ils offerts par des médecins spécialistes?

☐ 1 Oui → Si oui, combien de spécialités différentes sont offertes? _____

☐ 2 Non → Passez à la question 24

- b) Dans quelle mesure le ou les médecins omnipraticiens de votre clinique collaborent-ils (échanges, communications, références) avec ces médecins spécialistes se situant DANS LE MÊME IMMEUBLE que vous?

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

24. Dans quelle mesure le ou les médecins omnipraticiens de votre clinique collaborent-ils (échanges, communications, références, ...) avec des médecins spécialistes se situant À L'EXTÉRIEUR DE L'IMMEUBLE où se trouve votre clinique?

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

25. Vers quels endroits les patients de votre clinique sont-ils dirigés pour voir des spécialistes?

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

26. Généralement, les rendez-vous auprès des spécialistes sont pris par...

☐ 1 le patient ☐ 2 le personnel de soutien ☐ 3 l'infirmière ☐ 4 le médecin

27. Dans l'immeuble où se situe votre clinique,...

- a) des services sont-ils offerts par d'autres professionnels de la santé non médecins?

☐ 1 Oui → Si oui, combien de types différents de services d'autres professionnels de la santé non médecins sont offerts? _____

☐ 2 Non → Passez à la question 28

- b) Dans quelle mesure le ou les médecins de votre clinique collaborent-ils (échanges, références) avec ces autres professionnels de la santé non médecins se situant DANS LE MÊME IMMEUBLE que vous?

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

28. Dans quelle mesure le ou les médecins de votre clinique collaborent-ils (échanges, références) avec d'autres professionnels de la santé non médecins se situant À L'EXTÉRIEUR DE L'IMMEUBLE où se trouve votre clinique?

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

29. Dans votre clinique, avez-vous des ententes de collaboration (formelles ou informelles) avec d'autres cliniques médicales de 1^{re} ligne, des CLSC, des hôpitaux et/ou des cliniques médicales spécialisées pour... Encerclez tout ce qui s'applique

	Non	Oui			
		avec une ou des cliniques médicales de 1 ^{re} ligne	avec un ou des CLSC	avec un ou des hôpitaux	avec une ou des cliniques spécialisées
a) planifier l'offre de services? (ex. : activités de garde, heures d'ouverture, etc.)	5	1	2	3	4
b) avoir accès à un plateau technique? (ex. : radiologie, laboratoire)	5	1	2	3	4
c) échanger des ressources? (ex. : prêt de services professionnels)	5	1	2	3	4
d) assurer le suivi de patients hospitalisés ou vus à la clinique?	5	1	2	3	4
e) autres? ➔ Précisez : _____	5	1	2	3	4

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

- a) la ou les principales cliniques de 1^{re} ligne avec lesquelles vous avez des ententes de collaboration :
- b) le ou les principaux points de services communautaires des CSSS (CLSC) avec lesquels vous avez des ententes de collaboration :
- c) le ou les principaux hôpitaux avec lesquels vous avez des ententes de collaboration :
- d) la ou les principales cliniques médicales spécialisées avec lesquelles vous avez des ententes de collaboration :

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

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

32. Le ou les médecins omnipraticiens de votre clinique participent-ils à un système régional de garde en disponibilité pour les patients vulnérables (tels que définis par la RAMQ)?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

33. Dans votre clinique, est-ce qu'un ou des médecins omnipraticiens participent...

- a) à des comités locaux du Département régional de médecine générale (DRMG)? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- b) à des comités d'implantation des GMF et/ou Cliniques-réseau? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- c) à des comités sur les mesures de désengorgement des urgences? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- d) à des comités sur le projet clinique du Centre de santé et de services sociaux (CSSS)? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- e) à la coordination du guichet d'accès pour patients orphelins? ☒ 1 Oui ☐ 2 Non

Section C : Vision / système de représentation et de valeurs

1. Quelle catégorie représente LE MIEUX les personnes que votre clinique vise à rejoindre? Cochez une seule réponse.

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

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

	Plus grande importance					Moindre importance				
	← ----- →									
a) L'accessibilité des services offerts par la clinique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) La relation continue dans le temps avec les patients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) La prestation des services pour les besoins de santé physique ou psychologique et sociaux des patients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) La prestation de services préventifs et de promotion de la santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) La conformité des soins avec les lignes directrices reconnues	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) Le respect, la courtoisie et la confidentialité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) L'équité dans la prestation des soins et l'absence de discrimination à l'égard des personnes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
h) L'amélioration de la santé de la population	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

	Très en accord	Partiellement en accord	Partiellement en désaccord	Très en désaccord
a) Le ou les médecins considèrent la clinique comme une entreprise dont la rentabilité est importante	1	2	3	4
b) Il est de la responsabilité du ou des médecins de la clinique de considérer les causes environnementales ou occupationnelles dans l'évaluation des problèmes de santé des patients	1	2	3	4
c) Il est de la responsabilité du ou des médecins de la clinique de considérer les problèmes sociaux dans leurs interventions cliniques (ex : pauvreté, violence, toxicomanie)	1	2	3	4

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

	Très en accord	Partiellement en accord	Partiellement en désaccord	Très en désaccord	Ne s'applique pas car 1 seul médecin dans la clinique
a) Les professionnels de la clinique partagent des valeurs communes en ce qui a trait à la mission et aux objectifs de la clinique	1	2	3	4	99
b) Il est important pour les médecins omnipraticiens de la clinique de travailler en équipe	1	2	3	4	99

5. Choisissez l'énoncé qui correspond le mieux à la vision de votre clinique à l'égard de :

a) la « responsabilité de la santé » Cochez une seule réponse

- ☐ ₁ La santé est une responsabilité individuelle (Il incombe davantage à chacun de se maintenir en santé ou de faire ce qu'il faut pour recouvrer la santé)
- ☐ ₂ La santé est une responsabilité collective (Il incombe davantage à la société de mettre en place les conditions qui favorisent le maintien et le recouvrement de la santé)

b) du « droit aux services » Cochez une seule réponse

- ☐ ₁ L'accès aux services est un droit absolu (Tous devraient obtenir le même accès aux soins de santé, selon leurs besoins, quelle que soit leur capacité financière)
- ☐ ₂ L'accès aux services est un droit relatif (Tous devraient obtenir un accès aux soins de santé, mais ceux qui en ont la capacité financière pourraient payer pour un meilleur accès aux soins de santé)

c) le « rôle du médecin » Cochez une seule réponse

- ☐ ₁ Le médecin est principalement un expert médical qui pose un diagnostic précis et identifie les traitements les plus appropriés pour la ou les maladies du patient
- ☐ ₂ Le médecin est principalement un conseiller en santé qui met à profit ses compétences pour former un partenariat avec le patient afin de l'aider à prendre plus de pouvoir sur sa santé en considérant ses besoins et son contexte personnel de vie

6. Choisissez l'énoncé qui correspond le plus à ce qui est priorisé dans votre clinique pour l'organisation des services. Cochez une seule réponse

- ☐ ₁ Plutôt l'accessibilité des services
- ☐ ₂ Plutôt la continuité des soins

7. Choisissez l'énoncé qui correspond le plus aux moyens privilégiés dans votre clinique pour obtenir de meilleurs résultats de santé chez les patients. Cochez une seule réponse

- ☐ ₁ Plutôt l'application des données probantes et des lignes directrices
- ☐ ₂ Plutôt l'engagement et l'habilitation du patient et de son entourage

Section D : Emplacement de la clinique

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

- ☐ ₁ Moins de 1 an ☐ ₂ 1 à 4 ans ☐ ₃ 5 à 9 ans ☐ ₄ 10 ans et plus

2. Depuis combien de temps votre clinique est-elle à son emplacement actuel?

- ☐ ₁ Moins de 1 an ☐ ₂ 1 à 4 ans ☐ ₃ 5 à 9 ans ☐ ₄ 10 ans et plus

3. Où est située votre clinique?

- ☐ ₁ Dans un immeuble dont les médecins sont propriétaires ou actionnaires
☐ ₂ Dans des bureaux loués dans un immeuble commercial ayant une vocation de santé
☐ ₃ Dans des bureaux loués dans un immeuble sans vocation particulière
☐ ₄ Dans un établissement du réseau de la santé (hôpitaux, CLSC, etc.)
☐ ₅ Autre ➔ **Précisez :**

4. Dans l'immeuble où se situe votre clinique, y a-t-il d'autres équipes médicales de 1^{re} ligne ou d'autres médecins omnipraticiens qui ne font pas partie de votre clinique?

- ☐ ₁ Oui ☐ ₂ Non

Section E : La réorganisation des services de santé de 1^{re} ligne

Entre 2002 et 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux a introduit deux nouvelles réformes : la création de Groupes de médecine de famille (GMF) et la mise en place des Réseaux locaux de services (RLS), sous la gouvernance des Centres de santé et services sociaux (CSSS). Nous aimerions connaître votre opinion sur ces changements. Les prochaines questions visent à apprécier les changements survenus dans votre clinique au cours des 5 dernières années.

1. Depuis 2005, y a-t-il eu des changements dans la composition de l'équipe médicale de votre clinique?

☐ 1 Oui 1.1 Si oui → Combien de médecins se sont ajoutés? _____

Combien de médecins ont quitté? _____

☐ 2 Non

2. Dans votre clinique, quelle a été l'évolution des activités suivantes DEPUIS 2005?

	Il y a eu AUGMENTATION	Il n'y a eu AUCUN CHANGEMENT	Il y a eu DIMINUTION
a) Étendue des activités cliniques	1	2	3
b) Heures travaillées par les médecins	1	2	3
c) Nombre de patients vus au sans rendez-vous	1	2	3
d) Services médicaux offerts la fin de semaine	1	2	3

3. Dans votre clinique, quelle a été l'évolution des éléments suivants DEPUIS 2005?

	Il y a eu AMÉLIORATION	Il n'y a eu AUCUN CHANGEMENT	Il y a eu DÉTÉRIORATION
a) Les conditions de travail du personnel de votre clinique	1	2	3
b) Le soutien administratif dont dispose votre clinique	1	2	3
c) Le soutien à la pratique aux médecins omnipraticiens de votre clinique	1	2	3
d) La qualité des soins rendus aux patients de votre clinique	1	2	3
e) L'accessibilité de votre clinique aux plateaux techniques	1	2	3
f) La possibilité d'avoir une ou des infirmières dans votre clinique	1	2	3
g) La collaboration entre votre clinique et les autres cliniques de 1 ^{re} ligne de votre territoire	1	2	3
h) La facilité avec laquelle vos patients peuvent être vus par des spécialistes	1	2	3
i) La collaboration entre votre clinique et le CSSS	1	2	3
j) La collaboration entre votre clinique et les hôpitaux à l'extérieur du CSSS	1	2	3
k) La possibilité de recruter de nouveaux médecins dans votre clinique	1	2	3
l) Le travail d'équipe des professionnels de votre clinique	1	2	3
m) L'accès aux technologies de l'information	1	2	3
n) Le niveau de ressources financières disponible pour votre clinique	1	2	3

4. Comment appréciez-vous l'effet des facteurs suivants sur l'évolution de votre clinique depuis 2005?

	Très positif	Positif	Aucun effet	Négatif	Très négatif
a) Le rôle joué par le DRMG local	1	2	3	4	5
b) Les actions menées par le CSSS	1	2	3	4	5
c) L'implication de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec	1	2	3	4	5
d) L'implication du Collège des médecins	1	2	3	4	5
e) L'implication des représentants régionaux de la FMOQ et associations locales affiliées	1	2	3	4	5
f) L'introduction de GMF dans votre région	1	2	3	4	5
g) L'introduction de Cliniques-réseau dans votre région	1	2	3	4	5
h) Les mesures associées aux AMP (activités médicales particulières)	1	2	3	4	5
i) Les mesures associées au PREM (plan régional d'effectifs médicaux)	1	2	3	4	5
j) Les pratiques exemplaires d'autres cliniques de 1 ^{re} ligne	1	2	3	4	5

5. Dans le territoire où se trouve votre clinique, y a-t-il une clinique médicale (incluant la vôtre) que vous considérez comme un modèle à imiter?

- ☐ 1 Oui ➔ **5.1 Quel est le nom de cette clinique médicale?** _____
- ☐ 2 Non

6. Actuellement, votre clinique a-t-elle le statut de...

- a) GMF-site principal ☐ 1 Oui ➔
☐ 2 Non

6.1 Si oui, est-ce que tous les médecins de votre clinique en font partie?
☐ 1 Oui ☐ 2 Non

- b) GMF-site affilié ☐ 1 Oui ➔
☐ 2 Non

6.2 Si oui, est-ce que tous les médecins de votre clinique en font partie?
☐ 1 Oui ☐ 2 Non

- c) Clinique-réseau ☐ 1 Oui
☐ 2 Non

7. Si votre clinique a le statut de GMF, Clinique-réseau ou les deux, dans quelle mesure les raisons suivantes vous ont-elles incité à le devenir?

	Beaucoup	Moyenne-ment	Peu	Pas du tout
a) Augmenter la quantité de ressources humaines de la clinique	1	2	3	4
b) Augmenter la quantité de ressources technologiques de la clinique	1	2	3	4
c) Améliorer l'image de la clinique	1	2	3	4
d) Augmenter la clientèle de la clinique	1	2	3	4
e) Optimiser la rentabilité de la clinique	1	2	3	4
f) Recruter de nouveaux médecins	1	2	3	4
g) Améliorer la qualité des soins et des services aux patients de la clinique	1	2	3	4
h) Améliorer l'accessibilité des soins à la population de votre territoire	1	2	3	4
i) Faciliter l'accès des médecins aux plateaux techniques	1	2	3	4
j) Développer la multidisciplinarité	1	2	3	4
k) Dégager les médecins de certaines tâches	1	2	3	4

8. Si votre clinique n'est ni GMF ni Clinique-réseau, avez-vous l'intention de devenir...

- a) un GMF-site principal? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- b) un GMF-site affilié? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- c) une Clinique-réseau? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- d) une autre forme d'organisation ➔ Précisez : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

9. Le cas échéant, dans quelle mesure les raisons suivantes incitent-elles votre clinique à devenir GMF, clinique-réseau ou les deux?

	Beaucoup	Moyenne-ment	Peu	Pas du tout
a) Augmenter la quantité de ressources humaines de la clinique	1	2	3	4
b) Augmenter la quantité de ressources technologiques de la clinique	1	2	3	4
c) Améliorer l'image de la clinique	1	2	3	4
d) Augmenter la clientèle de la clinique	1	2	3	4
e) Optimiser la rentabilité de la clinique	1	2	3	4
f) Recruter de nouveaux médecins	1	2	3	4
g) Améliorer la qualité des soins et des services aux patients de la clinique	1	2	3	4
h) Améliorer l'accessibilité des soins à la population de votre territoire	1	2	3	4
i) Faciliter l'accès des médecins aux plateaux techniques	1	2	3	4
j) Développer la multidisciplinarité	1	2	3	4
k) Dégager les médecins de certaines tâches	1	2	3	4

10. Le cas échéant, pour quelles raisons votre clinique n'a-t-elle pas l'intention de devenir GMF et/ou clinique-réseau? Cochez tout ce qui s'applique

- ☐ 1 Situation actuelle de la clinique non propice à de tels changements
- ☐ 2 Procédures lourdes et complexes
- ☐ 3 Manque d'aide, d'information et/ou d'accompagnement
- ☐ 4 Crainte de la perte d'autonomie
- ☐ 5 Ne répond pas aux critères du MSSS et/ou de l'Agence de santé et services sociaux
- ☐ 6 Autres ➔ Précisez : _____

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)

Mars 2010

CHERCHEURS RESPONSABLES

Jean-Frédéric Levesque
Raynald Pineault
Pierre Tousignant

COLLABORATION

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

SOUTIEN INSTITUTIONNEL

(1) Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC); (2) Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ); (3) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; (4) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique; (5) Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; (6) Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Ce projet est approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

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

ANNEXE 2

VARIABLES COMPOSANT LE SCORE DE CONFORMITÉ À UN IDÉAL TYPE ET LA TAXONOMIE

Tableau 6 Variables et modalités utilisées pour la construction du score de conformité à un idéal type et pour la taxonomie des organisations, 2005 et 2010

Variables	Codage des attributs (points accordés pour la construction du score de conformité)
Vision	
Personnes visées par la clinique	Population (2 points) Clientèle (1 point) Individus qui se présentent (0 point)
Priorité organisationnelle	Continuité des soins (2 points) Accessibilité des services (0 point)
Importance accordée au travail d'équipe	Plus important (2 points) Plus ou moins important (1 point) Moins important (0 point)
Partage de valeurs communes entre les médecins quant aux objectifs de la clinique	Élevé (2 points) Moyen (1 point) Aucun (0 point)
Ressources	
Nombre de médecins omnipraticiens dans la clinique	Six omnipraticiens ou plus (2 points) Deux à cinq omnipraticiens (1 point) Un omnipraticien (0 point)
Rôle des infirmières	Rôle élargi (2 points) Rôle limité (1 point) Pas d'infirmière (0 point)
Présence d'autres professionnels/médecins spécialistes dans le même immeuble	Spécialiste et autre professionnel de la santé (2 point) Spécialiste seulement ou autre professionnel seulement (1 point) Aucun (0 point)
Nombre de technologies de l'information	Deux technologies (2 points) Une technologie (1 point) Aucune (0 point)
Proportion des médecins omnipraticiens travaillant 26 heures/semaine et plus dans la clinique	Tous (2 points) 50 % à 99 % (1 point) Moins de 50 % (0 point)
Partage des ressources administratives entre les médecins omnipraticiens de la clinique	Élevé (2 points) Moyen (1 point) Aucun (0 point)
Disponibilité d'un plateau technique sur place	Radiologie avec ou sans prélèvement (2 points) Prélèvement seulement (1 point) Aucun (0 point)
Structure	
Type de financement des dépenses de fonctionnement	Budget public seulement (2 points) Médecins et budget public (1 point) Médecins seulement (0 point)
Gestion des tâches médico-administratives de la clinique	Par un gestionnaire administratif avec ou sans médecin (2 points) Par les médecins seulement (1 point) Gouverne non explicite (0 point)
Coordination des soins entre les professionnels de la clinique	Selon des protocoles pré-établis ou lors de réunions (2 points) Par des échanges informels seulement (1 point) Peu/Aucune coordination (0 point)

Tableau 6 Variables et modalités utilisées pour la construction du score de conformité à un idéal type et pour la taxonomie des organisations, 2005 et 2010 (suite)

Variables	Codage des attributs (points accordés pour la construction du score de conformité)
Entente de collaboration avec une ou des cliniques médicales ou CLSC	Élevée (2 points) Moyenne (1 point) Aucune (0 point)
Entente de collaboration avec un ou des centres hospitaliers	Élevée (2 points) Moyenne (1 point) Aucune (0 point)
Participation des médecins omnipraticiens de la clinique à des comités régionaux	Élevée (2 points) Moyenne (1 point) Aucune (0 point)
Pratiques organisationnelles	
Couverture temporelle le soir et les fins de semaine	Élevée (2 points) Moyenne (1 point) Aucune (0 point)
Disponibilité pour les situations urgentes pour les patients réguliers	Élevée (2 points) Moyenne (1 point) Aucune (0 point)
Participation de la clinique à un réseau d'accessibilité médicale	Oui (2 points) Non (0 point)
Mode de consultation	Mixte (2 points) Plus de rendez-vous (1 point) Moins de rendez-vous (0 point)
Temps réservé aux consultations	Long (2 points) Moyen (1 point) Court (0 point)
Étendue de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs offerts dans la clinique	Élevée (2 points) Moyenne (1 point) Faible ou aucun (0 point)
Prise en charge des maladies chroniques	Oui (2 points) Non (0 point)
Partage d'activités cliniques entre les médecins omnipraticiens de la clinique	Élevé (2 points) Moyen (1 point) Aucun (0 point)
Nombre de mécanismes de maintien et d'évaluation de la compétence	Élevé (2 points) Moyen (1 point) Aucun (0 point)

