

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles des services de santé primaires

Ce questionnaire porte sur l'organisation des services de santé primaires, également appelés services de médecine familiale. Il a pour but de recueillir de l'information sur la composition des cliniques et des cabinets, les services de santé offerts et la façon dont ces services sont organisés.

Qui devrait répondre à ce questionnaire?

Ce questionnaire devrait être rempli par la personne qui est la mieux informée sur la façon dont la clinique est organisée et fonctionne; généralement, cette personne est le médecin responsable de la clinique (médecin coordonateur), le directeur responsable ou un professionnel de la clinique ayant une bonne connaissance du fonctionnement de l'endroit.

Seules les cliniques qui comptent parmi leurs membres au moins un médecin généraliste offrant des services de médecine générale sont invitées à remplir ce questionnaire.

Un seul répondant doit remplir le questionnaire, avec l'aide d'autres professionnels de la clinique au besoin. Par conséquent, ce questionnaire **ne** doit **pas** être rempli par chacun des médecins ou professionnels de la santé de la clinique, même si dans certaines cliniques, les divers professionnels travaillent rarement ensemble.

Comment répondre au questionnaire?

Ne choisissez QU'UNE réponse par question, à moins d'indication contraire.

L'utilisation de l'expression « **vosre clinique** » renvoie au cabinet ou à l'équipe médicale de soins de santé primaires (médecins généralistes et infirmières) dont vous faites partie, ou à vous-même, si vous êtes le seul médecin de la clinique.

Les réponses devraient refléter autant que possible la vision et les pratiques de l'ensemble de l'équipe médicale de soins de santé primaires (médecins généralistes, infirmières et autres professionnels).

Section 1 : Identification de l'organisation

1. Inscrire les renseignements suivants au sujet de la clinique :

Nom de la clinique : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____



2. Poste occupé par le répondant :

- Médecin-chef/responsable
- Membre de l'équipe de médecins généralistes
- Autre professionnel des soins de santé primaires de la clinique
- Directeur ou adjoint administratif
- Autre (*veuillez préciser*) : _____

3. Votre clinique est située sur :

- Un seul site
- Un site principal avec des sites affiliés ou satellites
- Plus d'un site avec coordination des soins et des activités administratives entre les sites
- Plusieurs sites ayant des modes de fonctionnement indépendants
- Autre (*veuillez préciser*) : _____

4. Au cours des cinq dernières années, votre clinique a-t-elle été fusionnée, associée ou s'est-elle jointe à une autre organisation de soins de santé primaires?

- Oui Non

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

- Moins d'un an De 1 à 4 ans De 5 à 9 ans Plus de 10 ans

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

- Moins d'un an De 1 à 4 ans De 5 à 9 ans Plus de 10 ans

7. Quel est le type de pratique correspondant le mieux à votre clinique? (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- Pratique privée individuelle
- Pratique en groupe de médecins
- Clinique communautaire ou centre de santé communautaire
- Centre ou clinique de soins sans rendez-vous
- Clinique affiliée à un hôpital ou à une unité de soins ambulatoires
- Clinique universitaire ou unité d'enseignement
- Autre (*veuillez préciser*) : _____

8. Votre clinique fait-elle partie d'un nouveau modèle de soins de santé primaires bénéficiant d'un financement spécifique ou fait-elle l'objet d'une réforme mise en place par le gouvernement (p. ex. les groupes de médecine familiale ou cliniques-réseau au Québec, les équipes de santé familiale en Ontario, les réseaux de soins primaires en Alberta, etc.)?

- Oui Non

Section 2 : Vision organisationnelle

1. Quel énoncé représente le **mieux** la population que dessert votre clinique? (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- Toute personne qui se présente à la clinique, peu importe son lieu de résidence
- Seuls les patients ayant un dossier actif ou qui sont inscrits à la clinique
- La population du quartier, du village ou du territoire desservi par la clinique

2. À l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez l'importance accordée dans votre clinique à l'atteinte des objectifs suivants : (Ne cochez qu'une réponse par énoncé.)

	Moins important										Plus important									
	←----->																			
a) L'accessibilité des services offerts par la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
b) La relation continue avec les patients	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
c) L'approche globale à l'égard des patients afin de répondre à tous leurs besoins de santé individuels	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
d) La rentabilité de la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
e) La prestation de services de prévention et de promotion de la santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
f) La conformité des services avec des guides de pratique clinique reconnus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
g) Le respect, la courtoisie et la confidentialité	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
h) L'absence de discrimination envers les personnes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
i) Le travail d'équipe des médecins généralistes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
j) La prise en compte des causes environnementales et professionnelles dans l'évaluation des problèmes de santé des patients	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀
k) La prise en compte des problèmes sociaux dans la prestation de soins aux patients	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀

3. Est-ce que vous êtes **totale-ment d'accord**, **partiellement d'accord**, **partiellement en désaccord** ou **totale-ment en désaccord** avec les énoncés suivants?

	Totale-ment d'accord	Partielle-ment d'accord	Partielle-ment en désaccord	Totale-ment en désaccord	Ne s'applique pas, car un seul médecin dans la clinique
a) La clinique a une mission, des valeurs et des objectifs clairement définis.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₉
b) De façon générale, les professionnels de la clinique partagent la mission, les valeurs et les objectifs de la clinique.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉₉

4. Choisissez l'énoncé qui correspond le **mieux** à la vision de votre clinique en ce qui concerne (*Ne cochez qu'une réponse.*)

a) la « responsabilité de la santé »

- La santé est principalement une responsabilité individuelle; il est de la responsabilité de chacun de veiller à sa santé et de prendre les mesures nécessaires pour l'améliorer.
- La santé est principalement une responsabilité collective; il est de la responsabilité de la société de créer des conditions qui contribuent à préserver ou à améliorer la santé.

b) « l'accès aux services »

- L'accès aux services de santé est surtout un droit absolu; tous devraient bénéficier du même accès aux soins de santé, en fonction de leurs besoins, peu importe leur capacité financière.
- L'accès aux services de santé est surtout un droit relatif; tous devraient avoir accès aux soins de santé, mais les personnes qui en ont la capacité financière pourraient payer pour avoir un meilleur accès aux soins de santé.

Section 3 : Ressources organisationnelles

3.1 Ressources humaines

1. a) Veuillez inscrire le **nombre** de **médecins généralistes** à votre clinique et le nombre d'ETP qu'ils représentent (équivalent temps plein = plus de 35 heures/semaine).

_____ = nombre de médecins généralistes _____ = ETP

b) Indiquez combien de médecins généralistes se trouvent dans les catégories suivantes à votre clinique :

- i) Moins de 10 heures par semaine? _____
- ii) De 10 à 24 heures par semaine? _____
- iii) De 25 à 35 heures par semaine? _____
- iv) Plus de 35 heures par semaine? _____

c) Combien se situent dans les catégories d'âge suivantes?

- i) 34 ans et moins _____
- ii) De 35 à 49 ans _____
- iii) De 50 à 64 ans _____
- iv) 65 ans et plus _____

d) Combien sont :

- i) des femmes? _____
- ii) des hommes? _____

e) Combien de ces médecins généralistes travaillent à votre clinique depuis plus de cinq ans? _____

2. Votre équipe de médecins généralistes est-elle complète?

- ₁ Oui
- ₂ Non → Si non, combien d'ETP manque-t-il? _____

3. Veuillez indiquer le nombre de professionnels suivants dans votre clinique et le nombre d'ETP qu'ils représentent.

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| a) Infirmière praticienne : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ | b) Pharmacien : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ |
| c) Infirmière : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ | d) Physiothérapeute : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ |
| e) Audiologiste : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ | f) Psychologue : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ |
| g) Chiropraticien : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ | h) Optométriste : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ |
| i) Diététiste : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ | j) Travailleur social : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ |
| k) Ergothérapeute : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ | l) Orthophoniste : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ |
| m) Auxiliaire médical : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ | n) Inhalothérapeute : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ |
| o) Psychogériatre : | N ^{bre} : _____ ETP : _____ | p) Autre (veuillez préciser) : | _____ |

4. De combien de personnes se compose l'équipe administrative actuelle (p. ex. le personnel de la direction, de bureau ou de la réception) de la clinique? _____

3.2 Ressources financières

5. Veuillez indiquer les coûts d'exploitation moyens de votre clinique, de même que les proportions de ces coûts assumées par la clinique ou par d'autres sources de financement sur une base mensuelle.

	Coûts mensuels moyens (\$)	Proportion assumée par la clinique (%)	Autre source de financement, p. ex. subvention gouvernementale (%)
Salaires et avantages sociaux du personnel autre que les médecins (p. ex. salaires, indemnités en cas de maladie, assurance-vie)	_____ \$	_____ %	_____ %
Coûts d'exploitation de l'administration (p. ex. frais légaux et de vérification, informatique, frais de réunion)	_____ \$	_____ %	_____ %
Dépenses liées à l'immeuble et à l'entretien (p. ex. acquisition de meubles et d'équipement, assurances, réparations et entretien, frais de conciergerie)	_____ \$	_____ %	_____ %
Services (p. ex. l'eau, l'électricité, le gaz, le téléphone)	_____ \$	_____ %	_____ %
Coûts d'exploitation de la clinique (p. ex. stérilisation, tests diagnostiques, matériel d'examen, médicaments)	_____ \$	_____ %	_____ %

3.3 Ressources techniques

6. À votre clinique, avez-vous accès aux ressources informatiques suivantes :

- a) un logiciel de gestion des rendez-vous? ₁ Oui ₂ Non
- b) à Internet et au courrier électronique pour les médecins? ₁ Oui ₂ Non
- c) des dossiers médicaux électroniques? ₁ Oui ₂ Non
- d) des outils informatisés pour soutenir la prise de décision clinique (alertes et rappels automatisés, intégration des guides de pratique clinique) ₁ Oui ₂ Non
- e) une interface électronique avec les services de laboratoire d'imagerie diagnostique? ₁ Oui ₂ Non
- f) un système électronique de transmission des prescriptions aux pharmacies? ₁ Oui ₂ Non
- g) un système de prise de rendez-vous sur Internet pour les patients? ₁ Oui ₂ Non
- h) un soutien en matière de technologies de l'information? ₁ Oui ₂ Non

7. À l'aide du système de dossiers médicaux que vous utilisez actuellement, à quel point est-il facile pour vous (ou pour le personnel de votre clinique) d'obtenir les renseignements suivants sur vos patients? Ce processus est-il informatisé?

	Facilité/difficulté				Informatisé?	
	Facile	Plutôt difficile	Difficile	Obtention impossible	Oui	Non
a) Liste de patients par diagnostic ou problème de santé (p. ex. diabète, cancer)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Liste de patients par résultat de laboratoire (p. ex. HbA1C > 9,0)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Liste de patients qui ont besoin de tests ou de soins préventifs ou qui accusent un retard (p. ex. vaccin contre la grippe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Liste de tous les médicaments pris par un patient donné (y compris ceux prescrits par d'autres médecins)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Liste de tous les patients prenant un médicament en particulier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Liste de tous les résultats d'examen de laboratoire d'un patient (y compris ceux effectués par d'autres médecins)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Résumé de chaque visite à remettre aux patients	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Section 4 : Structures organisationnelles

1. Veuillez indiquer si votre clinique possède une politique écrite ou des documents sur les sujets suivants :

- a) La gestion des ressources humaines (procédures d'embauche, descriptions de poste)? ₁ Oui ₂ Non
- b) La formation et le perfectionnement du personnel? ₁ Oui ₂ Non
- c) Des évaluations de rendement du personnel? ₁ Oui ₂ Non
- d) Des procédures de déclaration des erreurs médicales? ₁ Oui ₂ Non
- e) Des procédures d'évaluation de la satisfaction du patient ou de documentation des plaintes? ₁ Oui ₂ Non
- f) Des procédures d'évaluation de la qualité des soins? ₁ Oui ₂ Non
- g) Des protocoles de référence auprès d'autres prestataires de soins (p. ex. hôpital, pharmacie, services à domicile)? ₁ Oui ₂ Non
- h) Des procédures pour veiller à ce que la liste des médicaments et les problèmes de santé actuels du patient soient inscrits à son dossier? ₁ Oui ₂ Non

2. Au cours des 12 derniers mois, les situations suivantes se sont-elles produites à votre clinique?

- a) Inspection des dossiers médicaux ou des prescriptions par une autorité sanitaire ou un assureur (p. ex. vérification externe) ₁ Oui ₂ Non
- b) Procédure officielle pour recueillir les commentaires de vos collègues ₁ Oui ₂ Non
- c) Procédure officielle d'autoévaluation (p. ex. évaluation du rendement des médecins) ₁ Oui ₂ Non

3. À votre clinique, y a-t-il une personne qui... (Ne cochez qu'une seule réponse par énoncé.)

	Oui				Non	Ne s'applique pas
	Un médecin responsable ou désigné	Le groupe de médecins, collectivement	Infirmière gestionnaire ou directeur	Autre professionnel de la santé		
a) planifie les listes de garde, les horaires, les vacances, etc.?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
b) organise les réunions pour discuter de certains cas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
c) assure le recrutement des médecins et l'attribution des privilèges de pratique?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
d) s'assure qu'une évaluation de la qualité des soins médicaux est effectuée?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
e) organise des activités de formation médicale continue?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
f) représente la clinique dans divers comités?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
g) élabore des directives de délégation d'actes médicaux/ protocoles de soins?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉

4. À votre clinique, recevez-vous et consultez-vous automatiquement les données sur les aspects suivants des soins aux patients? Ce processus est-il informatisé?

	Réception de données	Informatisé?
a) Résultats cliniques (p. ex. pourcentage de personnes diabétiques ou asthmatiques dont la maladie est bien contrôlée)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non
b) Études sur la satisfaction et l'expérience de soins des patients	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non
c) Admissions de patients à l'hôpital ou utilisation des services d'urgence	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non
d) Fréquence des demandes de tests diagnostiques	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non

5. À votre clinique, y a-t-il...

	Oui		Non
	Informatisé	Papier	
a) un système de rappel pour inviter les patients à passer les tests de dépistage recommandés (p. ex. test Pap, mammographie)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) une liste de vérification concernant les pratiques cliniques préventives (consultation, dépistage, immunisation) à valider auprès des patients, conformément aux guides de pratique clinique en vigueur?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) des outils d'aide au counseling sur les habitudes de vie ou du soutien offert pour les modifier (p. ex. centre d'abandon du tabac, centre d'éducation en santé)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) un système de suivi de tous les tests de laboratoire demandés jusqu'à ce que les résultats parviennent aux cliniciens?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

6. Recevez-vous des renseignements comparatifs sur le classement du rendement de votre clinique?

₁ Oui, régulièrement ₂ Oui, à l'occasion ₃ Non ₄ Je ne suis pas sûr.

7. Certains médecins généralistes de votre clinique doivent-ils partager...

	Oui	Non	Ne s'applique pas, car un seul médecin dans la clinique
a) les locaux (bureaux, salles d'examen, salle d'attente)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉₉
b) les coûts d'exploitation de la clinique?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉₉
c) le personnel de soutien (adjoints administratifs, réceptionnistes)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉₉
d) le personnel infirmier?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉₉
e) les outils de technologie de l'information?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉₉
f) le système de gestion des rendez-vous?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉₉
g) le système de dossiers médicaux?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉₉

8. Quel type de financement décrit le mieux le mode de paiement des médecins de votre clinique? (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- Rémunération à l'acte
- Capitation ou modèle fondé sur une clientèle inscrite
- Salariat (taux horaire, rémunération à la vacation, forfait)
- Rémunération mixte (combinaison de différents modèles de paiement)
- Autre (veuillez préciser) : _____

9. Le financement des coûts d'exploitation de votre clinique provient-il

- a) des frais généraux facturés aux médecins? ₁ Oui ₂ Non
- b) d'entreprises privées (sociétés, pharmacies, dons, fondation, etc.)? ₁ Oui ₂ Non
- c) des frais facturés aux patients (p. ex. frais d'ouverture ou de gestion de dossiers)? ₁ Oui ₂ Non
- d) du budget du système de santé (hôpitaux)? ₁ Oui ₂ Non
- e) d'une subvention pour l'exploitation d'une infrastructure ou d'un programme gouvernemental? ₁ Oui ₂ Non

10. Votre clinique reçoit-elle d'autres types de financement provenant

- a) d'activités ou de programmes ciblés de financement ou de subvention? ₁ Oui ₂ Non
- b) de financement ou de subventions ciblés pour le recrutement de personnel? ₁ Oui ₂ Non
- c) d'incitatifs financiers basés sur le rendement? ₁ Oui ₂ Non
- d) d'autres sources (veuillez préciser) :

11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé des données sur la composition de la population desservie par votre clinique afin d'allouer les ressources nécessaires à certains programmes ou services?

₁ Oui → 11.1 *Veillez préciser le groupe de population :* _____

₂ Non → 11.2 *Veillez indiquer pourquoi :* _____

Section 5 : Prestation de services et pratiques cliniques

1. À votre clinique, les services suivants sont-ils offerts?

- | | | |
|--|---|---|
| a) Test rapide du streptocoque | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| b) Biopsie cutanée | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| c) Insertion de dispositif intra-utérin | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| d) Injection/aspiration musculo-squelettique | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| e) Suture/chirurgie mineure | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| f) Frottis cervical (test Pap) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| g) Test d'urine rapide | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| h) Vaccination des enfants | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| i) Vaccination contre l'influenza (grippe saisonnière) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| j) Test de grossesse | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

2. À votre clinique, pour effectuer le suivi des personnes souffrant de maladies chroniques (p. ex. MPOC, diabète, insuffisance cardiaque), est-ce que vous (médecins ou personnel de la clinique)...

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a) utilisez un système de suivi afin de rappeler aux patients les visites ou les services nécessaires?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) offrez aux patients d'effectuer un suivi téléphonique entre les visites?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) utilisez des guides de pratique clinique reconnus pour élaborer le plan de traitement des patients?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) aidez les patients à fixer et à atteindre des objectifs d'autogestion (p. ex. participation du patient à la gestion de ses soins)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) référez les patients à quelqu'un de votre clinique pour qu'ils obtiennent des renseignements sur leur maladie chronique?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Suite à la page suivante

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
f) référez les patients à quelqu'un à l'extérieur de votre clinique pour qu'ils obtiennent des renseignements sur leur maladie chronique?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) utilisez des feuilles de suivi (listes de vérification) dans les dossiers médicaux afin de faire un suivi sur les éléments essentiels des soins?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. À votre clinique, y a-t-il un ou des médecins généralistes qui offrent les services suivants :

- a) Gestion des soins pour les problèmes de santé urgents mais mineurs (p. ex. entorse à la cheville, éruption cutanée inexplicée)? ₁ Oui ₂ Non
- b) Soins de routine non urgents (p. ex. visite annuelle ou préventive [bébé, enfant, femme ou homme], gestion d'une maladie chronique)? ₁ Oui ₂ Non
- c) Services de prévention, de promotion ou d'éducation en matière de santé? ₁ Oui ₂ Non
- d) Soins prénataux? ₁ Oui ₂ Non

3.1. Si oui, en assurent-ils l'accouchement?

- e) Soins pédiatriques (enfants de cinq ans ou moins)? ₁ Oui ₂ Non
- f) Soins primaires en santé mentale? ₁ Oui ₂ Non
- g) Services psychosociaux (p. ex. consultation en cas de problèmes physiques, émotionnels ou financiers)? ₁ Oui ₂ Non
- h) Liaison avec les services à domicile? ₁ Oui ₂ Non
- i) Services de réadaptation? ₁ Oui ₂ Non
- j) Services de consultation en nutrition? ₁ Oui ₂ Non
- k) Visites à domicile des médecins, des infirmières, des infirmières praticiennes ou des pharmaciens en soins de santé primaires? ₁ Oui ₂ Non
- l) Soins de fin de vie? ₁ Oui ₂ Non

4. Quels sont les rôles et les fonctions du personnel infirmier autorisé dans votre équipe médicale? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Il n'y a aucune infirmière dans l'équipe médicale (<i> passez à la question 5</i>) | <input type="checkbox"/> Prescription d'examens diagnostiques (p. ex. radiographie, tests sanguins) |
| <input type="checkbox"/> Triage des patients au sans rendez-vous | <input type="checkbox"/> Liaison et coordination avec les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux et les autres cliniques |
| <input type="checkbox"/> Counseling sur le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique | <input type="checkbox"/> Soutien aux activités médicales (pression artérielle, poids, injections et vaccination, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Éducation des patients (p. ex. test de glucose sanguin, mesure de la pression artérielle) | <input type="checkbox"/> Participation aux décisions cliniques |
| <input type="checkbox"/> Suivi systématique de certains groupes de patients (p. ex. maladies chroniques, groupe d'âge) | <input type="checkbox"/> Activités cliniques dans le cadre d'un acte médical délégué |
| <input type="checkbox"/> Counseling sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) | <input type="checkbox"/> Prescription de médicaments et d'autres substances |

5. À votre clinique, offrez-vous des services de prise en charge et de suivi systématiques aux patients souffrant des maladies chroniques suivantes?

- | | | |
|---|---|---|
| a) Diabète | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| b) Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| c) Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| d) Asthme | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| e) Arthrite | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| f) Problèmes de santé mentale (dépression, anxiété) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

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

- | | | |
|--|---|---|
| a) Prélèvements sanguins | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| b) Radiographie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| c) Électrocardiographie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| d) Spirométrie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| e) Coloscopie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| f) Ostéodensitométrie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| g) Imagerie par résonance magnétique (IRM) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| h) Ultrason/échographie Doppler | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| i) Échocardiographie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| j) Tomodensitométrie (TDM) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| k) Mammographie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

7. Dans l'immeuble où se situe votre clinique

a) Y a-t-il des services offerts par des professionnels de la santé autres que des médecins (p. ex. pharmaciens, physiothérapeutes, psychologues)?

₁ Oui → **Si oui, combien y a-t-il d'autres types de professionnels de la santé?** _____

₂ Non → *Passez à la question 8.*

b) Dans quelle mesure les médecins de votre clinique collaborent-ils (échanges, références) avec d'autres professionnels de la santé se trouvant dans le même immeuble?

₁ Beaucoup ₂ Passablement ₃ Un peu ₄ Pas du tout

8. Dans l'immeuble où se trouve votre clinique

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

₁ Oui → **Si oui, combien y a-t-il de spécialités différentes?** _____

₂ Non → *Passez à la question 9.*

b) Dans quelle mesure les médecins généralistes de votre clinique collaborent-ils (échanges, références) avec les médecins spécialistes qui se trouvent dans le même immeuble?

₁ Beaucoup ₂ Passablement ₃ Un peu ₄ Pas du tout

9. À quelle fréquence ont lieu les réunions internes à la clinique pour discuter...

	Plus d'une fois par semaine	Une fois par semaine	Une fois par mois	Jamais	Autre (veuillez préciser)
a) du modèle et plan d'affaire de la clinique?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	_____
b) d'aspects cliniques?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	_____
c) des activités administratives?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	_____

10. Comment les soins sont-ils coordonnés entre les professionnels de la clinique?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne s'applique pas
a) Par des échanges non officiels ou ad hoc	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
b) Selon les protocoles de soins préétablis pour des clientèles ou des problèmes précis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
c) Réunions pour discuter des différents cas (réunions officielles)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
d) Communication électronique grâce aux dossiers médicaux électroniques (DME)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉

11. À votre clinique

- a) Des membres du personnel sont-ils affectés à l'accueil des patients? ₁ Oui ₂ Non
- b) Des membres du personnel sont-ils affectés à la gestion des dossiers médicaux (ouverture de dossier, gestion des archives)? ₁ Oui ₂ Non
- c) Les patients peuvent-ils communiquer avec un médecin ou une infirmière par téléphone pendant les heures d'ouverture de la clinique? ₁ Oui ₂ Non
- d) Les patients peuvent-ils laisser un message dans la boîte vocale et s'attendre à ce qu'un médecin ou une infirmière les rappelle? ₁ Oui ₂ Non
- e) Y a-t-il au moins un médecin qui fait des visites à domicile? ₁ Oui ₂ Non
- f) Offrez-vous des services sur rendez-vous la fin de semaine (samedi ou dimanche)? ₁ Oui ₂ Non
- g) Offrez-vous des services sur rendez-vous les soirs de semaine (après 18 h)? ₁ Oui ₂ Non
- h) Offrez-vous des services sans rendez-vous la fin de semaine (samedi ou dimanche)? ₁ Oui ₂ Non
- i) Offrez-vous des services sans rendez-vous les soirs de semaine (après 18 h)? ₁ Oui ₂ Non
- j) Offrez-vous des services de nuit (entre minuit et 8 h)? ₁ Oui ₂ Non
- k) Y a-t-il un système de garde sur appel quand la clinique est fermée? ₁ Oui ₂ Non
- l) L'horaire prévoit-il des plages réservées à l'accès rapide (c'est-à-dire un rendez-vous médical le même jour ou le lendemain)? ₁ Oui ₂ Non
- m) Confirmez-vous le rendez-vous par téléphone auprès des patients quelques jours avant la visite prévue? ₁ Oui ₂ Non

- 12. Combien d'heures par jour ouvrable votre clinique est-elle ouverte pour les services aux patients?**

_____ heures par jour ouvrable

- 13. Les consultations sans rendez-vous représentent quelle proportion de l'ensemble des consultations offertes à votre clinique?**

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

- 14. À votre clinique, quel est le temps moyen prévu pour l'évaluation d'un nouveau patient? (Ne cochez qu'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

- 15. À votre clinique, quel est le temps moyen prévu pour les consultations de suivi? (Ne cochez qu'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

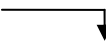
- 16. a) Combien de patients sont actuellement inscrits ou ont un dossier actif à votre clinique? (Une estimation au meilleur de vos connaissances conviendra.)**

_____ patients

- b) Au cours de la dernière année, quel est le nombre approximatif de patients qui ont reçu des soins primaires à votre clinique? Veuillez ne compter les patients qu'une seule fois, peu importe le nombre de traitements qu'ils ont reçu. (Une estimation au meilleur de vos connaissances conviendra.)**

_____ patients

17. Votre clinique accepte-t-elle actuellement de nouveaux patients pour le suivi et la prise en charge? (Ne cochez qu'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 uniquement. 

17.1 Quelles sont ces conditions? (Veuillez cocher tout ce qui s'applique.)

- ₁ Doit être un membre de la famille d'un patient déjà suivi à la clinique.
- ₂ Doit être référé par un autre médecin.
- ₃ Doit être un patient vulnérableⁱ.
- ₄ Doit être un patient orphelin ou inscrit à un guichet d'accès.
- ₅ Autre (veuillez préciser) : _____
- ₃ Notre clinique n'accepte aucun nouveau patient.

18. À quels patients offrez-vous des services sans rendez-vous?

- À tous les patients qui se présentent
- Seulement aux patients ayant un dossier médical à la clinique (inscrits au nom d'un médecin)
- Nous n'offrons pas de services sans rendez-vous

19. De façon générale, quand un patient communique avec la clinique, combien de temps (en nombre de jours) doit-il attendre avant qu'il puisse voir un médecin

- a) dans une situation d'urgence? _____ jours
- b) dans une situation non urgente? _____ jours

20. Veuillez indiquer si votre clinique offre aux patients les options suivantes :

	Oui	Non	Ne sais pas
a) Demander un rendez-vous ou une référence en ligne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
b) Envoyer par courriel des questions ou des préoccupations d'ordre médical	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
c) Demander le renouvellement de prescriptions en ligne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
d) Consulter des résultats de test sur un site Internet sécurisé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉

i. Le terme *patient vulnérable* désigne surtout les groupes de patients souffrant de maladies chroniques, comme les maladies du cœur, un accident vasculaire cérébral, le cancer, des troubles respiratoires chroniques et le diabète; des problèmes de santé mentale tels que la dépression, les troubles d'anxiété, les troubles bipolaires, les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), les troubles du spectre de l'autisme, l'anorexie mentale et la boulimie, la dépendance à l'alcool, à la drogue ou au tabac; les maladies dégénératives du système nerveux, le VIH ou le sida, les maladies intestinales inflammatoires (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, etc.), pour n'en nommer que quelques-unes. Les patients vulnérables comprennent également des groupes de patients ayant un désavantage socioéconomique, y compris les personnes sans domicile fixe, les personnes pauvres ou sans emploi, ou encore les minorités visibles et les personnes âgées.

Section 6 : Contexte organisationnel

1. Comment décrivez-vous l'endroit où vous pratiquez actuellement?

₁ Ville ₂ Banlieue ₃ Petit village ₄ Rural

2. Où se situe votre clinique?

- Dans un immeuble appartenant aux médecins ou dans lequel ils détiennent des parts
- Dans des bureaux loués dans un immeuble commercial destiné aux professionnels de la santé
- Dans des bureaux loués dans un immeuble commercial destiné à tous les types de commerces
- Dans un établissement faisant partie d'un réseau de santé financé par l'État (hôpital, etc.) ou une université
- Autre (*veuillez préciser*) : _____

3. Dans l'immeuble où se trouve votre clinique, y a-t-il d'autres équipes médicales de soins de santé primaires ou d'autres médecins généralistes qui ne font pas partie de votre clinique?

₁ Oui ₂ Non

4. Quelle est la distance par la route entre l'immeuble principal où vous pratiquez et...

	Dans le même immeuble	À moins de 5 km	De 5 à 10 km	De 11 à 20 km	Plus de 20 km
a) le cabinet de médecins généralistes le plus près (autres que ceux de votre groupe ou centre)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) l'hôpital ou le centre hospitalier universitaire le plus près?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. À votre clinique, avez-vous des ententes de collaboration (formelles ou informelles) avec d'autres cliniques de soins de santé primaires, hôpitaux ou cliniques de médecine spécialisée pour... (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

	Oui			Non
	Avec une ou plusieurs cliniques de soins de santé de 1 ^{re} ligne	Avec un ou des hôpitaux	Avec une ou des cliniques spécialisées	
a) planifier l'offre de services (activités de garde, heures d'ouverture de la clinique, etc.)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) l'accès à un plateau technique (p. ex. radiographie, laboratoire)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) échanger des ressources (p. ex. prêt de services professionnels)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) assurer le suivi de patients hospitalisés ou vus à la clinique?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) la gestion commune des patients?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) autres? (veuillez préciser) : _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

₁ Oui ₂ Non

7. Les médecins généralistes de votre clinique participent-ils à un système régional de garde réservé aux patients vulnérables?

₁ Oui ₂ Non

8. Comment qualifieriez-vous la situation financière globale de votre clinique par rapport à ce qu'elle était il y a deux ans?

- Nettement moins bonne
- Un peu moins bonne
- Aucun changement/ne sais pas
- Un peu meilleure
- Nettement meilleure

9. À votre clinique, à quel point les éléments suivants ont-ils changé au cours des cinq dernières années?

	Amélioration	Aucun changement	Détérioration	Ne s'applique pas
a) Conditions de travail du personnel de la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Soutien administratif à la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Soutien de la pratique clinique pour les médecins généralistes à la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Qualité des soins offerts aux patients à la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Accès de votre clinique à des laboratoires et à des services d'imagerie médicale	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Possibilité d'avoir une ou plusieurs infirmières à la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Collaboration entre la clinique et d'autres cliniques de soins primaires sur le territoire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Facilité pour vos patients d'être vus par des spécialistes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i) Collaboration entre la clinique et les hôpitaux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Possibilité de recruter de nouveaux médecins à la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k) Travail d'équipe parmi les professionnels de la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Accès aux technologies de l'information	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
m) Niveau de ressources financières disponibles pour la clinique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

FIN DU QUESTIONNAIRE

Merci de votre collaboration!

Bibliographie

- Collège des médecins de famille du Canada. *Sondage national des médecins*. Canada : Collège des médecins de famille du Canada; 2010.
- Dahrouge S, Hogg W, Russell G et coll. *Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario - Practice Survey*. Canada : Université d'Ottawa; 2004.
- Fonds du Commonwealth. *International Survey of Primary Care Doctors*. Fonds du Commonwealth; 2012.
- Friedberg M. et coll. *Primary Care Practice Site Survey and Physician Practice and Quality of Care Survey*. Massachusetts, États-Unis.
- Green M, Hogg W et coll. *Beyond Financial and Work Satisfaction: Improving Measurement for Evaluation in Primary Health Care - Practice Survey*. Canada : Institute for Clinical Evaluative Science; 2008.
- Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD et coll. *Continuity of Primary Care in Quebec - Organizational Survey*. Canada : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé; 2001.
- Jaén CR et coll. *Methods for evaluating practice change toward a patient-centered medical home – TransforMED surveys*. États-Unis: The Center for Research in Family Medicine and Primary Care; 2006.
- Levesque JF, Pineault R, Tousignant P, Hamel M et coll. *Organisational questionnaire of primary healthcare clinic. Evolution project, Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec (Montréal and Montérégie)*. Québec : Direction de santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec; 2010.
- Ministère de la Santé (Nouvelle-Écosse). *PHC team and PHC organization surveys*. Nouvelle-Écosse, Canada : Ministère de la Santé; 2006.