

Université de Sherbrooke

L'accessibilité aux soins de première ligne : les caractéristiques organisationnelles liées à une meilleure accessibilité de premier contact

Par

Andrée-Anne Paré-Plante
Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Septembre 2018

Membres du jury d'évaluation

Pr Antoine Boivin, MD PhD, co-directeur, Département de médecine familiale et
d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

Pre Maryse Guay, MD MSc, co-directrice, Département des sciences de la santé
communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke

Pre Isabelle Gaboury, PhD, évaluatrice interne, Département de médecine de famille et de
médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke

Dre Marie-Hélène Chomienne, MD MSc, évaluatrice externe, Département de médecine
familiale, Faculté de médecine, Université d'Ottawa

© Andrée-Anne Paré-Plante, 2018

SOMMAIRE

L'accessibilité aux soins de première ligne : les caractéristiques organisationnelles liées à une meilleure accessibilité de premier contact

Par Andrée-Anne Paré-Plante
Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Contexte : L'accessibilité de premier contact est un problème important au Canada, cet indicateur demeurant le pire de tous les pays de l'OCDE. Au Québec, bon nombre d'organisations de soins de première ligne (OSPL) ont adopté des mesures pour améliorer l'accès (par exemple : un horaire en accès adapté, des infirmières offrant des soins de façon autonome, le dossier médical électronique et certains incitatifs financiers). L'impact de ces changements est inconnu. Le but de cette étude est d'évaluer les caractéristiques des OSPL associées à un meilleur accès de premier contact.

Méthodes : Une analyse secondaire a été effectuée à partir des données de l'enquête québécoise sur la performance des soins primaires QUALICO-PC menée en 2013-2014, soit une étude transversale visant à évaluer la qualité, les coûts et l'équité des soins de santé primaires dans 35 pays et juridictions. Les caractéristiques organisationnelles ont été mesurées à partir d'un questionnaire aux médecins de famille québécois. L'accessibilité de premier contact a été mesurée à partir du questionnaire à leurs patients. La régression logistique multi-niveaux (ORa et IC à 95 %) a été utilisée pour déterminer l'association entre les caractéristiques organisationnelles et l'accessibilité rapportée par les patients.

Résultats : Un total de 218 médecins de famille ont participé à l'étude avec 1798 de leurs patients. Les caractéristiques des OSPL associées à un accès accru de premier contact comprenaient la possibilité d'avoir un rendez-vous le jour même ou de se rendre à la clinique sans rendez-vous (ORa : 2,94; 1,15-7,51), un nombre plus élevé de médecins par clinique (ORa : 1,13; 1,03-1,24) et un plus grand nombre d'heures travaillées par le médecin de famille (ORa : 1,03; 1,00-1,06). Le dossier de santé électronique et la présence d'infirmières prodiguant des soins de façon autonome n'étaient pas associés significativement à un accès accru.

Conclusions : Un accès le jour même et un plus grand nombre d'heures travaillées par les médecins de famille sont associés à un meilleur accès rapporté par les patients. Cependant, d'autres caractéristiques des réformes récentes dans les OSPL n'ont pas été associées à un meilleur accès, peut-être en raison de leur introduction récente et de l'amélioration des autres dimensions de la performance des soins de première ligne.

Mots clés : Soins de première ligne, Québec, Enquête, Analyse secondaire, Accessibilité de premier contact

SUMMARY

Accessibility in Primary Care: Organizational Characteristics Associated with Better First-Contact Accessibility

By Andrée-Anne Paré-Plante
Clinical Sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Clinical Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Background: First-contact accessibility remains an important problem in Canada, with this indicator staying the worst of all OECD countries. In the province of Quebec, a number of primary healthcare (PHC) organizations have adopted measures to improve access (e.g. advance access scheduling, expanded nursing role, electronic medical record, financial incentives). The impact of those changes is unknown. The goal of this study is to assess which PHC organizations' characteristics are associated with improved first-contact accessibility.

Methods: We conducted a secondary data analysis of the Quebec survey, conducted as part of the QUALICO-PC study on primary care performance. QUALICO-PC is a cross-sectional study to assess quality, costs and equity in PHC across 35 countries and jurisdictions. We used two types of surveys. Organizational characteristics were measured from the family practitioners' questionnaire. First-contact accessibility was measured from the patient questionnaire. The patients received care in the participating PHC organizations. Multi-level logistic regression (aOR and 95% CI) was used to assess the association of organizational characteristics as predictors of patient-reported access.

Results: A total of 218 family practitioners participated in the study with 1798 of their patients. PHC organizations' characteristics associated with increased first-contact access included the possibility to have a same-day appointment or to walk in the clinic without an appointment (aOR: 2.94; 1.15-7.51), a higher number of physicians per clinic (aOR: 1.13; 1.03-1.24) and a higher number of hours worked by the family physician (aOR: 1.03; 1.00-1.06). Electronic medical record and expanded nursing role were not associated significantly with increased access.

Conclusions: Same-day access and higher family physician working hours are associated with improved access. However, other characteristics of recent reforms in PHC organizations were not associated significantly with improved access, possibly because of their recent introduction and the improvement of other dimensions of PHC performance.

Keywords: Primary health care, Quebec, Survey, Secondary data analysis, First-contact accessibility

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	1
2.	RECENSION DES ÉCRITS	6
2.1	Les caractéristiques des soins de première ligne.....	6
2.2	L'accessibilité de premier contact	9
2.2.1	Une dimension de l'expérience de soins	11
2.2.2	Mesures de l'accessibilité de premier contact	12
2.3	L'évaluation de la performance de la première ligne.....	14
2.3.1	Variations internationales sur l'accessibilité de premier contact	16
2.4	Les innovations en soins de première ligne pour l'amélioration de l'accessibilité de premier contact	18
2.4.1	À l'international	18
2.4.2	Au Québec.....	22
2.5	Les études sur le lien entre les caractéristiques organisationnelles de la première ligne et l'accessibilité de premier contact	23
2.5.1	Au Canada	23
2.5.2	Au Québec.....	25
3.	CADRE CONCEPTUEL.....	28
4.	OBJECTIF DE RECHERCHE.....	30
5.	MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS	31
5.1	Avant-propos de l'article	31
5.1.1	Titre	31
5.1.2	Auteurs.....	31
5.1.3	Statut de l'article	31
5.1.4	Contribution de l'étudiante.....	32
5.2	Résumé de l'article en français.....	32
5.3	Résumé de l'article en anglais	33
5.4	Article: Organizational characteristics associated with better accessibility: Data from the QUALICO-PC survey in Quebec	34
5.5	Précisions sur la méthode.....	48
5.5.1	Collecte de données	48
5.5.2	Cadre conceptuel et variables.....	49
5.5.3	Analyse.....	50

5.6	Précisions sur les résultats.....	51
5.6.1	Analyse des échantillons	52
5.6.2	Traitement des données aberrantes.....	52
5.6.3	Analyse de la variance	52
6.	DISCUSSION	53
6.1	Limites de l'étude.....	58
6.1.1	Validité statistique.....	59
6.1.2	Validité interne	60
6.1.3	Validité externe	62
6.2	Forces de l'étude.....	63
6.2.1	Validité interne	63
6.2.2	Validité externe	64
7	CONCLUSION	65
8	LISTE DES RÉFÉRENCES	66
	ANNEXE 1.....	73
	ANNEXE 2	91
	ANNEXE 3.....	101
	ANNEXE 4.....	115
	ANNEXE 5.....	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux de l'article

Table 1: <i>Participant characteristics</i>	40
Table 2: <i>Association of organizational characteristics with patient-reported first-contact accessibility</i>	42

Tableaux des annexes

Tableau de l'annexe 1 : Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE.....	74
Tableau de l'annexe 5 : Variables de l'étude	118

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel	29
Figure 2 : Cadre conceptuel avec intégration des variables à l'étude.....	49
Figure de l'article	
Figure 1 : <i>Conceptual model</i>	38

LISTE DES ABRÉVIATIONS

aOR	<i>Adjusted Odds ratio</i>
CLSC	Centre local de services et communautaires
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OR	<i>Odds ratio</i> ou rapport de cotes
ORa	Rapport de cotes ajusté
OSPL	Organisation de soins de première ligne
PCMH	<i>Patient-centered medical home</i>
PHC	<i>Primary health care</i>
PCAS	<i>Primary Care Assessment Survey</i>
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
QUALICO-PC	Étude <i>Quality and Costs of Primary Care</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

*À Gisèle Nicole,
qui m'a accompagnée durant toute la rédaction.*

*À Argiris,
pour son soutien indéfectible tout au long de la maîtrise,
sans qui ce travail aurait été impossible.*

"It's easier to make changes with a pencil than a wrecking bar"

- *Frank Lloyd Wright*

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier chaleureusement mes directeurs de recherche, Dr Antoine Boivin et Dre Maryse Guay. Votre expertise a pu me permettre de progresser à travers la maîtrise, mais c'est surtout votre patience, votre écoute et votre disponibilité tout au long de ce processus qui m'ont aidée.

Un grand merci à M. Djamal Berbiche, biostatisticien du Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne, pour le soutien dans la réalisation des analyses statistiques complexes, la grande disponibilité et la réponse à toutes mes questions dans la bonne humeur.

Je remercie Pre Mylaine Breton pour sa précieuse contribution comme co-auteure de l'article et son expertise sur l'organisation des services de première ligne.

Je remercie également Mmes Danièle Francoeur, Dominique Laroche et Élise Chartrand de l'équipe de l'Évaluation de l'organisation des soins et services de l'Institut national de santé publique du Québec pour l'accès privilégié aux données de QUALICO-PC Québec et les réponses à mes multiples questions.

Je voudrais souligner l'accueil chaleureux du Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne, de ses chercheurs, des étudiants et des professionnels de recherche.

Finalement, je remercie le programme Clinicien-Érudit de compétences avancées en médecine familiale de l'Université de Sherbrooke pour le soutien financier pendant ma formation lors de ma résidence en médecine de famille et la Société des médecins de l'Université de Sherbrooke pour l'appui financier lors de ma formation complémentaire, ainsi que mes collègues du GMF-U Charles-Le Moyne qui m'ont permis de terminer ma maîtrise pendant le début de ma pratique clinique.

1. INTRODUCTION

Dans la déclaration d'Alma-Ata en 1978, l'Organisation mondiale de la Santé définissait les soins de première ligne comme le premier niveau de soins du patient et de son entourage, amenant ainsi les soins de santé aussi près que possible du lieu de domicile et de travail des utilisateurs et devenait le premier élément de la continuité des soins (Organisation mondiale de la Santé 1978). De nos jours, la définition de ces mêmes soins a voulu évoluer, mais elle conserve les éléments de niveau d'entrée du système et du patient au centre des préoccupations des professionnels de la santé et finalement de continuité des soins (Engström et al. 2001). Les quatre grandes fonctions des soins de première ligne sont d'assurer l'accessibilité de premier contact, la continuité et la globalité dans la prise en charge ainsi que la coordination entre les prestataires de soins (Starfield et al. 2005).

Plusieurs recherches ont démontré l'importance des soins de première ligne. Une revue systématique concluait qu'une augmentation de l'accessibilité aux soins de première ligne contribuait à une meilleure santé publique et à une moins grande consommation de soins médicaux totaux (Engström et al. 2001). Ainsi, le lien entre l'amélioration de la santé dans une population et la qualité des soins de première ligne est de plus en plus clair de trois manières : la santé est meilleure dans les régions pourvues en médecins généralistes, les personnes recevant des soins par les médecins généralistes sont en meilleure santé et finalement, les soins qui correspondent aux caractéristiques des soins de première ligne sont associés à une meilleure santé (Starfield et al. 2005).

Une des fonctions importantes des soins de première ligne est l'accessibilité. Celle-ci est définie comme la facilité avec laquelle une personne ou un patient peut atteindre les services de santé dont il a besoin (Lévesque et al. 2012). Elle est un indicateur important de l'expérience de soins des patients et plus globalement, elle devrait être considérée comme une dimension fondamentale à un système de soins de première ligne de qualité dans un contexte de maladies chroniques (Beaulieu et al. 2013). Afin de mieux cerner cette

dimension de l'accessibilité, l'exercice a été fait parmi les experts canadiens pour essayer de caractériser les soins de première ligne et d'identifier leurs principaux attributs mesurables (Haggerty et al. 2007). On retrouve d'abord l'accessibilité de premier contact, celle qui mesure la facilité avec laquelle le patient obtient un rendez-vous dans un délai raisonnable par rapport au degré d'urgence de sa condition. Elle réfère aussi à la notion d'accessibilité suite à une démarche du patient pour voir son médecin régulier pour un problème de santé particulier (Pineault et al. 2011).

Dans les dernières années, plusieurs initiatives ont émergé pour tenter d'améliorer l'accès aux soins de première ligne au Québec. Suite à la Commission Clair en 2000 sur les enjeux du système de santé québécois (Clair et al. 2001), s'est faite la création des groupes de médecine de famille (GMF) puis des Cliniques-Réseau. Ces deux modèles de fonctionnement de cliniques médicales, promeuvent le travail d'équipe entre les médecins ainsi que l'intégration à même la clinique d'une équipe multidisciplinaire de professionnels. Au Québec, l'organisation des services de première ligne demeure centrée autour du médecin de famille, ce que reprend le modèle des GMF. Bien que des modèles de cliniques dont les services et l'organisation sont assurés par des infirmières ou d'autres professionnels de la santé aient déjà fait leurs preuves, ces exemples sont encore marginaux dans le paysage québécois. Le modèle des GMF s'inscrit dans la tendance d'orienter les soins de première ligne vers le concept du « *patient-centered medical home (PCMH)* », d'abord implanté aux États-Unis. Ses principes fondamentaux sont de plus en plus appliqués au Québec. Les GMF veulent pouvoir apporter un accès amélioré, une équipe de soins coordonnée par le médecin du patient, de la continuité et de l'exhaustivité tout en conservant une orientation des soins centrée sur le patient et ses besoins (Arend et al. 2012). Le modèle aspire également à diminuer les complications dues aux maladies chroniques (Lévesque et al. 2010). Par exemple, dans les pathologies sévères de santé mentale, la pratique en soins intégrés, comme celle décrite par le modèle PCMH est un des plus importants facteurs d'accès et de continuité des soins par un médecin de famille pour ce type de clientèle (Fleury et al. 2009).

Concernant l'accessibilité aux soins, le standard a été défini comme un accès, en temps opportun selon la condition, à un médecin ou à l'équipe de soins, adapté à la culture et à la langue du patient (Arend et al. 2012); ce qui correspond bien en fait à l'accessibilité de premier contact. Par ailleurs, au Québec, l'accessibilité de premier contact s'est surtout traduite par l'inscription à un médecin de famille (Contandriopoulos et al. 2015). Cette dernière a progressé de façon importante dans les dernières années avec plus de 5 millions de patients inscrits en date de mars 2013, mais elle n'est pas une garantie d'avoir accès à ce médecin en temps opportun (Contandriopoulos et al. 2015).

Au Québec, d'importants problèmes d'accessibilité aux soins de première ligne persistent. Même si l'inscription de patients orphelins a été très nombreuse, « l'accès aux services de leur médecin est demeuré souvent problématique. La longueur des délais de consultation auprès [de ce dernier] et l'accessibilité aux services le soir, les fins de semaine et les jours fériés posent principalement problème » (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec 2013). Les nombreuses enquêtes du Commonwealth Fund montrent depuis plusieurs années que l'accès aux soins de première ligne au Québec est parmi les plus difficiles dans les pays participants aux études. Seulement 7 % des médecins de famille québécois affirment que presque tous leurs patients peuvent obtenir un rendez-vous en 48 heures et 29 % des mêmes médecins disent avoir mis en place des mesures d'accès aux soins lorsqu'ils ne sont pas disponibles alors que ce pourcentage est de 46 % pour les médecins canadiens et qu'il dépasse 90 % aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (Lévesque et Bénigéri 2013). De plus, l'accès à un médecin régulier chez les Québécois, dont bénéficie 75,2 % de la population, reste bien en-dessous de la moyenne canadienne de 85,1 %, bien qu'il se soit amélioré par rapport au 72,7 % de 2008 (Statistique Canada 2014). Ainsi, l'accès de premier contact au Québec demeure en dessous de la moyenne lorsqu'il est comparé à d'autres juridictions ayant un système de santé universel.

L'accès de premier contact dans l'organisation des services de première ligne au Québec a été étudié par le passé afin de déterminer quels facteurs pouvaient l'influencer. Différents modèles organisationnels de cliniques ont été associés à une meilleure accessibilité. Dans le projet Évolution de Pineault et al. (2009), les modèles d'organisation de première ligne

correspondaient à un ensemble de pratiques organisationnelles de la clinique plutôt qu'à une définition administrative telle qu'un CLSC ou un GMF. Par exemple, les GMF pouvaient se retrouver dans différents modèles, dépendamment de la façon dont étaient organisés et dispensés les soins. Les organisations où le médecin pratiquait en solo étaient les plus performantes dans les indicateurs de mesure de l'accessibilité comme expérience de soins des patients. Dans cette étude, l'accessibilité était mesurée à travers plusieurs dimensions et celles-ci étaient plus ou moins liées à certains modèles de cliniques. L'accessibilité de premier contact n'a pas été mesurée comme telle. L'accessibilité mesurée était plutôt un ensemble de dimensions regroupées dans un indicateur de l'expérience de soins globale (Pineault, Lévesque et al. 2009).

Une étude de 2005 a évalué l'association entre l'accessibilité de premier contact et certaines caractéristiques des organisations de première ligne suite à l'implantation des GMF en 2002. Il a été démontré que les cliniques où l'accessibilité a été jugée acceptable comportaient moins de 10 médecins, avaient des ententes avec d'autres établissements de santé et offraient des heures de disponibilité étendues (Haggerty et al. 2008). Dans cette étude cependant, ce qui avait été évalué afin de mesurer cette accessibilité de premier contact était l'accessibilité organisationnelle et la probabilité d'être vu le même jour si l'on devient soudainement malade.

Plus récemment en Ontario, une enquête transversale auprès de 137 cliniques de première ligne de différents modèles et sélectionnées aléatoirement, n'a identifié que le nombre d'années d'expérience du médecin de famille comme seule caractéristique organisationnelle liée à un meilleur accès rapporté par le patient (Muggah, Hogg et al. 2014).

En résumé, il y a des problèmes d'accessibilité encore évidents au Québec et dans les dernières années, de nombreux efforts ont été mis de l'avant par les différents acteurs pour l'améliorer, notamment l'accès adapté qui est une forme d'organisation de l'horaire permettant de voir le patient quand il en a réellement besoin. Est-ce que certaines des caractéristiques organisationnelles des cliniques de première ligne, à la lumière des

réformes récentes qui ont modifié la façon d'organiser les soins, sont associées à une meilleure accessibilité des soins tel que rapporté par le patient? C'est à cette question que tentera de répondre la présente étude.

Il est ici proposé une étude sur le lien entre les caractéristiques des organisations de première ligne au Québec et l'accessibilité de premier contact. Cela permettrait de disposer de données récentes sur des caractéristiques spécifiques et non sur un modèle de clinique, datant d'après les réformes et la création des GMF en plus d'avoir un portrait de cette mesure de performance de toutes les régions du Québec. Une étude sur les caractéristiques organisationnelles des cliniques de première ligne performantes a le potentiel d'apporter des réponses concrètes aux difficultés d'amélioration de l'organisation des services pour les patients. C'est dans ce contexte qu'a été analysée la question de l'accessibilité aux soins à travers l'étude QUALICO-PC (Schäfer et al. 2011).

2. RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre traitera des connaissances passées et actuelles liées à la problématique de recherche. Il est divisé en cinq sections. Seront abordées dans l'ordre les notions principales sur les caractéristiques des soins de première ligne, l'accessibilité de premier contact, l'évaluation de la performance en première ligne et les innovations en soins primaires pour l'amélioration de l'accessibilité de premier contact dans les quatre premières sections. La dernière section présentera les principales études concernant l'accessibilité de premier contact et les liens avec les caractéristiques organisationnelles.

Diverses stratégies ont été employées afin de réaliser la recension des écrits. Une revue de la littérature initiale a d'abord été faite pour les quatre premières sections de ce chapitre en utilisant des références d'experts du domaine, la recherche sur Google Scholar et la base de données Medline. L'objectif de cette première partie de recension était de mieux définir la question de recherche et de préciser les critères de recherche pour la seconde partie de la recension des écrits. Cette seconde partie est ce qui est présenté dans la cinquième section de ce chapitre. La recherche de ces articles a été réalisée avec la base de données Medline. Les mots-clés *Primary Care*, *accessibility* et Canada ou Québec ont été utilisés en combinaison. Les cinq études présentées plus loin étaient les études qui traitaient du lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques de la première ligne. Les études sur d'autres sujets, notamment sur l'utilisation des services d'urgence ou sur des populations spécifiques (pédiatriques ou en santé mentale par exemple) ne seront pas traitées ici.

2.1 Les caractéristiques des soins de première ligne

Dans cette première section, tout d'abord sera présentée la définition des soins de première ligne ainsi que son évolution. Ensuite, le reste de la section sera consacré à l'évolution des caractéristiques et des fonctions de soins de première ligne, tant à l'international qu'au Québec.

À travers le monde, les soins de première ligne sont apparus au courant du 20^e siècle, (Starfield et al. 2005) avec la diversification des spécialités médicales. Traditionnellement, les pourvoyeurs de soins de première ligne étaient les médecins qui n'avaient pas de formation spécifique après leur formation médicale. Ils étaient des « généralistes », tant en médecine adulte qu'en médecine pédiatrique. Avec cette vision traditionnelle de la première ligne qui est centrée sur les services médicaux dans cette discipline, s'est construite la caractéristique classique avec laquelle les soins de première ligne sont évalués : l'offre de services de médecins de famille en nombre d'individus, nombre d'heures pratiquées, nombre de patients pris en charge, etc. dans un territoire donné.

Avec l'évolution de la pratique médicale, des systèmes de santé et de la technologie biomédicale, la définition des soins de première ligne s'est raffinée. Ceux-ci doivent être le « premier niveau de soins du patient et de sa famille et communauté, avec un souci de fournir des services intégrés, accessibles et généraux » (Organisation mondiale de la Santé 1978). Cette définition amène la notion d'un endroit habituel de soins avec lequel le patient, sa famille ou sa communauté ont établi une relation.

Les soins de première ligne sont la base d'un système de soins de santé. Les bénéfices d'une première ligne performante sont multiples quant à l'amélioration de la santé d'une population. Cette population est en meilleure santé lorsqu'elle reçoit des soins de médecins généralistes et qu'elle est desservie par un nombre suffisant de médecins généralistes dans une région donnée (Starfield et al. 2005). De plus, une augmentation de l'accessibilité aux soins de première ligne contribue à une meilleure santé publique et à une moins grande consommation de soins médicaux totaux (Engström et al. 2001). C'est ainsi que l'amélioration de la santé dans une population et la qualité des soins de première ligne sont liées.

Dans les dernières décennies, notamment avec les travaux de Starfield et al. (2005) les caractéristiques des soins de première ligne ont été définies. Ces caractéristiques sont aussi leurs quatre grandes fonctions principales :

- l'accessibilité;
- la continuité;
- la globalité;
- la coordination.

L'accessibilité en première ligne renvoie à sa fonction de point d'entrée du système de santé. Pour tout nouveau problème de santé, qu'il soit d'ordre physique ou mental, l'utilisateur doit pouvoir consulter en première ligne afin de recevoir les soins directement ou afin d'être dirigé vers d'autres services au sein du système de santé.

La continuité représente le caractère longitudinal et persistant dans la vie d'une relation thérapeutique entre un professionnel et un usager de la première ligne, indépendamment de la présence ou de l'absence de maladie. Cette continuité se retrouve aussi dans le lieu habituel de soins utilisé par le patient : sa clinique de première ligne.

La globalité est la fonction de la première ligne qui explique que les soins offerts permettent de traiter une variété de conditions physiques et mentales à tous les âges de la vie, mais aussi de faire de la promotion de la santé et de faire de la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles.

La coordination représente le rôle de lien que joue la première ligne entre les différents paliers de services et les acteurs du système de santé. Un usager doit pouvoir s'orienter pour obtenir ses soins après avoir consulté en première ligne (Starfield et al. 2005).

Ce mémoire portera principalement sur l'accessibilité aux soins de première ligne. Bien que les autres fonctions soient tout aussi importantes, elles ne feront pas l'objet de la présente étude.

2.2 L'accessibilité de premier contact

La deuxième section traitera de l'accessibilité aux soins de première ligne, plus spécifiquement de l'accessibilité de premier contact, comme fonction et dimension des soins, mais aussi comme mesure de l'expérience de soins des patients.

L'accessibilité en première ligne est une des dimensions du concept plus large de l'accès en organisation des services. Dans l'organisation des soins et des systèmes de santé, l'accès se définit comme une adéquation entre l'offre du système (le réseau de la santé ou plus spécifiquement les soins de première ligne) et le client (l'utilisateur ou le patient) (Penchansky et Thomas 1981). Dans la littérature, l'accès se nomme aussi l'utilisation des services, mais la définition demeure la même (Chapman et al. 2004; Pineault et al. 2009). Selon Donabedian (1972), l'utilisation des services est en fait la preuve de l'accès, car la seule présence de ressources suffisantes pour des soins de première ligne n'en garantit pas l'accès.

Ce dernier auteur propose une évaluation de l'accès aux soins en tenant compte de trois ensembles de facteurs qui influencent cet accès : les caractéristiques temporelles (heures d'ouverture et de disponibilité par exemple), les caractéristiques spatiales et géographiques (lieu de soins et distribution géographique par exemple) et les autres facteurs socio-organisationnels (les facteurs qui permettent l'adaptation ou non de l'OSPL à la classe sociale des usagers) (Donabedian 1972).

Penchansky et Thomas (1981) ont défini les cinq dimensions classiques de l'accès, dont l'accessibilité fait partie:

- la disponibilité;
- l'accessibilité;
- le caractère abordable;
- l'accommodation;

- l'acceptabilité.

La disponibilité est ce qui réfère à l'adéquation entre l'offre des services (ressources et types de services) et la demande ou les besoins de la population (Penchansky et Thomas 1981; Haggerty et al. 2007). L'accessibilité représente la capacité de l'utilisateur à utiliser les services en considérant les facteurs géographiques, qu'ils soient liés à la ressource ou au patient, et les facteurs économiques (Penchansky et Thomas 1981, Haggerty et al. 2007; Pineault et al. 2009). Le caractère abordable renvoie aux caractéristiques ou aspects économiques de l'accès aux soins. Il réfère aux coûts engendrés par les soins, mais aussi à la capacité de payer du patient (et par exemple, à sa capacité d'absorber un arrêt de travail), à sa couverture d'assurance, et à sa perception de la justesse entre les coûts des soins et les services rendus (Penchansky et Thomas 1981). L'accommodation représente les facteurs qui permettent à l'utilisateur d'utiliser les services (heures d'ouverture, prise de rendez-vous, services d'urgence et sans rendez-vous, etc.) et la capacité de ces derniers à s'adapter à ces différents facteurs (Penchansky et Thomas 1981; Haggerty et al. 2007). Enfin, l'acceptabilité est la dimension qui reflète, tant du côté du patient que du côté du professionnel de la santé, le rapport entre la perception des soins et les soins eux-mêmes, la façon dont ils sont offerts et prodigués ainsi que leur distribution (Penchansky et Thomas 1981). Cette dernière dimension s'appelle plutôt l'équité chez d'autres auteurs plus contemporains (Chapman et al. 2004; Haggerty et al. 2007).

Chapman et al. (2004) considèrent aussi une autre dimension de l'accès en plus de l'accessibilité, du caractère abordable et de l'acceptabilité : la pertinence. La pertinence pour ces auteurs fait partie de l'accès aux soins, car elle mesure l'adéquation entre les besoins de santé d'une population et les services développés et accessibles pour cette population.

En considérant un enjeu d'accès aux soins de première ligne, plusieurs dimensions de l'accès peuvent se chevaucher et s'influencer mutuellement. Par exemple, un patient peut

percevoir le délai de consultation avec son médecin de famille comme acceptable (acceptabilité), car il sait que son médecin pratique aussi dans une autre clinique (disponibilité). Il préfère attendre pour sa consultation, afin de voir son médecin en soirée (accommodation), sans devoir s'absenter du travail (caractère abordable) à son lieu habituel de soins plus près de chez lui (accessibilité).

Tel que mentionné plus haut, la présente étude traitera de l'accessibilité. Cette définition classique de l'accessibilité a évolué avec le temps et l'orientation que des écrits plus récents ont prise. L'accessibilité est considérée maintenant comme une dimension de l'expérience de soins des patients.

2.2.1 Une dimension de l'expérience de soins

L'accessibilité en première ligne est une dimension de l'expérience de soins car elle est en rapport direct avec l'expérience de l'utilisateur dans son utilisation des services; elle représente la facilité avec laquelle une personne peut atteindre les services (Starfield et al. 2005; Haggerty et al. 2007). L'accessibilité est aussi directement influencée par la perception qu'a l'utilisateur de sa santé, de ses besoins, de ses attentes et des informations sur les soins qui sont disponibles (Chapman et al. 2004).

En 2004, une étude Delphi a été réalisée parmi des experts canadiens en première ligne afin d'identifier les attributs spécifiques à la première ligne dans un contexte canadien (Haggerty et al. 2007). À travers quatre rondes successives, 26 experts se sont prononcés afin d'obtenir un consensus sur des définitions opérationnelles des 25 attributs de la première ligne. Le but était d'obtenir des définitions descriptives qui pourraient permettre la mesure ultérieure de chacun des attributs. Dans ce processus, l'accessibilité de premier contact a été définie comme la facilité avec laquelle un utilisateur peut obtenir les services nécessaires dans un délai approprié à sa condition. Le consensus sur cette définition était fort parmi les experts.

De plus, il a été identifié dans cette étude que la meilleure source de mesure pour l'accessibilité de premier contact était le patient lui-même; ce qui nous amène à discuter des différentes méthodes de mesure de l'accessibilité de premier contact recensées dans la littérature.

2.2.2 Mesures de l'accessibilité de premier contact

Dans cette section, trois instruments de mesures de l'expérience de soins en première ligne seront présentés : le *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), le *Primary Care Assessment Survey* (PCAS) et l'EUROPEP. Tous ces questionnaires sont utilisés pour mesurer les attributs et fonctions de la première ligne. Par ailleurs, ils ne les mesurent pas tous de la même façon. Une étude canadienne a évalué ces questionnaires; les forces et faiblesses de chacun d'eux (concernant leur mesure de l'accessibilité de premier contact) présentées après sont tirées de cette étude (Haggerty et al. 2011).

Le premier instrument développé pour mesurer la qualité de la première ligne est le PCAT. Le PCAT est une famille de questionnaires (patient, tuteur d'un mineur, médecin, gestionnaire de la clinique) développée à l'Université John Hopkins aux États-Unis afin d'obtenir des données sur les attributs de la première ligne reconnus comme améliorant la santé (Shi et al. 2001). Il a été reconnu par un groupe d'experts canadiens comme étant le questionnaire qui couvrait le mieux toutes les dimensions de la première ligne (Lévesque et al. 2012).

Le questionnaire du PCAT mesurant l'accessibilité de premier contact est le questionnaire du patient. Après validation de l'instrument par les auteurs (Shi et al. 2001), les quatre questions qui ont été conservées pour mesurer cet attribut sont :

- Lorsque la clinique est ouverte et que vous êtes malade, est-il possible d'être vu le jour même?
- Lorsque la clinique est fermée la fin de semaine et que vous êtes malade, est-il possible d'être vu le jour même ailleurs?

- Lorsque la clinique est fermée en soirée et que vous êtes malade, est-il possible d'être vu la soirée même ailleurs?
- Lorsque la clinique est fermée, y'a-t-il un numéro de téléphone que vous pouvez appeler si vous devenez malade?

Concernant l'accessibilité de premier contact, c'est le PCAT qui était le meilleur pour mesurer toute cette dimension, et le seul questionnaire qui permettait de mesurer la confiance d'être vu rapidement par son médecin de famille (Haggerty et al. 2011).

Les questions du PCAT ont été reprises dans de multiples études sur la performance de la première ligne, notamment celle de QUALICO-PC (Schäfer et al. 2013) à l'international, au Canada avec l'étude de Muggah et al. (2014) et au Québec celle de Haggerty et al. (2008). Ces deux dernières études seront discutées dans la dernière partie de ce chapitre.

Le deuxième instrument présenté est le PCAS. Il s'agit d'un questionnaire développé aux États-Unis afin de mesurer la qualité des soins et la performance de la première ligne par rapport à 11 dimensions, dont l'accessibilité (organisationnelle et économique) fait partie. Il contient 51 questions à répondre par les usagers et les auteurs estiment qu'il prend en moyenne sept minutes à remplir (Safran et al. 1998).

En regardant plus spécifiquement l'accessibilité de premier contact, le PCAS n'évaluait pas du tout ce construit. Toutes les questions de la dimension de l'accessibilité organisationnelle concernaient plutôt l'accessibilité d'accommodation (Haggerty et al. 2011).

Le troisième instrument discuté ici est le questionnaire EUROPEP (Grol et Wensing 2000). Il a été développé en 1998 par un groupe de chercheurs de 15 pays européens. L'objectif était de combler le manque d'instrument de mesure qui couvrait les dimensions de la première ligne et qui pouvait être utilisable afin de faire des comparaisons entre les pays.

Le questionnaire de 23 questions, toutes avec une échelle de réponse de cinq points, a été conçu après des études pilotes (qualitative et quantitative) et des études de validation. Il a été traduit dans 15 langues.

L'accessibilité de premier contact est mesurée par l'EUROPEP dans un ensemble de sept questions sous la dimension de l'organisation des soins (Haggerty et al. 2011). Bien que la majorité de ces questions mesurait des sous-dimensions de l'accessibilité, une seule d'entre-elles mesurait vraiment l'accessibilité de premier contact (Haggerty et al. 2011) : « Obtenir les soins rapidement pour une condition urgente » (Grol et Wensing 2000). Ainsi, l'outil EUROPEP mesure plutôt une expérience de soins globale que l'accessibilité (Haggerty et al. 2011).

2.3 L'évaluation de la performance de la première ligne

Un des premiers cadres de référence pour l'évaluation de la qualité des soins de première ligne a été développé par Donabedian en 1966. La notion de performance n'est pas encore décrite à cette époque. Selon cet auteur, la qualité des soins s'évalue en fonction des trois principales composantes de ceux-ci :

- 1- La structure : l'ensemble des lieux et des instruments (ressources, politiques, financement, etc.) nécessaires à l'orchestration des soins;
- 2- Le processus : la façon dont les soins ont été prodigués et reçus;
- 3- Les résultats : les effets sur la santé (Donabedian 2005).

Déjà à cette époque, il était reconnu que les liens entre la structure et le processus, ou entre la structure et les résultats, étaient difficiles à décrire et à évaluer (Donabedian 2005).

Plus tard, Barbara Starfield a décrit les caractéristiques des soins de première ligne selon les quatre fonctions spécifiques traitées précédemment (l'accessibilité, la continuité, la globalité et la coordination (Starfield et al. 2005)). Ainsi, leur qualité se mesure par différents indicateurs liés à des dimensions de ces fonctions en évaluant la performance de chacun d'entre eux. L'évaluation de la première ligne reposait surtout sur le processus (la

dispensation des soins selon les quatre fonctions) et les résultats (l'amélioration de la santé d'une population).

L'accès aux soins demeure dans la littérature un incontournable dans l'évaluation de la qualité des soins. Campbell et al. (2000) définissent que la qualité des soins pour un usager est sa capacité à obtenir les soins efficaces requis par sa condition. Ainsi, cette définition se rapproche grandement de celle de l'accès aux soins. Ces auteurs considèrent que la qualité des soins se mesure surtout par leur accessibilité et leur efficacité. D'autres auteurs ajoutent aussi à la performance de la première ligne les dimensions d'efficacité, d'efficience et de productivité (Pineault et al. 2009). Cependant, tous les auteurs s'entendent pour dire que l'évaluation de la qualité des soins et la performance de la première ligne sont indissociables du contexte (juridiction, système de santé, ressources, politique, etc.) dans lequel les soins sont offerts (Donabedian 1972; Campbell et al. 2000; Starfield 2001; Hogg et al. 2008). C'est pour cette raison que le cadre de référence des soins de première ligne doit considérer la structure et le contexte.

Dans le cadre de cette étude, ce qui est discuté est la performance des organisations de première ligne concernant l'accessibilité et plus spécifiquement l'accessibilité de premier contact. Comme la présente étude s'intéresse aux caractéristiques organisationnelles de la première ligne au Québec, le modèle de première ligne et de sa performance qui sera présenté ici en est un développé par une équipe canadienne (Hogg et al. 2008). Il a été développé après une ronde de consultation d'experts, une revue de la littérature et des rencontres de l'équipe de recherche. Les auteurs partent de la prémisse que la structure de la première ligne influence directement sa performance. La structure est subséquentement divisée en trois niveaux de caractéristiques :

- le système de santé;
- le contexte de pratique;
- les caractéristiques organisationnelles.

Le système de santé est communément appelé le Réseau de la santé au Québec. Il réfère à l'ensemble des politiques, au cadre légal du réseau de la santé, aux instances gouvernantes (par ex. : le Gouvernement, la RAMQ, les fédérations professionnelles, les directions d'établissements), aux ressources matérielles ou professionnelles ainsi qu'à l'ensemble de leur financement qui agissent comme différents facteurs influençant la première ligne.

Le contexte de pratique représente le lien entre l'organisation et la communauté qu'elle dessert. Les considérations géographiques, la présence d'autres ressources professionnelles à proximité et les liens avec celles-ci sont les facteurs pris en compte dans ce niveau de caractéristiques de la première ligne.

Les caractéristiques organisationnelles des pratiques sont le niveau où les spécificités propres de chacune des cliniques ou organisations de première ligne influencent les soins qui y sont prodigués. Cela fait référence aux ressources humaines et matérielles de l'organisation, à sa gouvernance et à sa culture, aux types de services offerts, aux heures d'ouverture, etc. (Hogg et al. 2008).

Ainsi, dans le modèle de la première ligne présenté ci-dessus, l'accessibilité de premier contact est un indicateur de sa performance.

2.3.1 Variations internationales sur l'accessibilité de premier contact

La performance des soins de première ligne, étant donné qu'elle s'évalue en fonction des domaines mentionnés précédemment, diffère grandement d'une juridiction à l'autre. L'accessibilité aux soins de première ligne est donc variable selon les pays et selon les provinces au Canada.

Les grandes enquêtes du Commonwealth Fund depuis 2008 le montrent bien, comme il en sera discuté dans les prochains paragraphes. Le Commonwealth Fund est un organisme sans but lucratif américain qui finance des recherches sur le système de santé dans le but

d'établir des comparaisons internationales afin de soutenir les décideurs et les gouvernements dans l'amélioration des soins. Une grande enquête sur les soins est menée annuellement, auprès des médecins et des patients en alternance. Depuis 2008, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) au Québec finance un suréchantillonnage de cette enquête afin de pouvoir comparer les données québécoises avec les données canadiennes et celles des autres pays participants. Comme ces données sont très pertinentes au sujet de la présente étude, elles sont présentées juste après. Cependant, il faut les lire en assumant que certaines différences entre les juridictions ne sont peut-être que dues au hasard, car les intervalles de confiance ne sont pas rapportés par les auteurs de ces rapports.

En 2012, les médecins de première ligne étaient les sujets de l'enquête (Lévesque et Bénigéri 2013). Au total, 8 462 médecins de dix pays ont participé au sondage. Au Canada, le taux de réponse a été de 34 %. L'échantillon du Québec était de 387 participants. Concernant l'accessibilité de premier contact, la question posée aux participants était : « Quelle est la proportion de vos patients qui peuvent obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant? » Au Québec, seulement 22 % des médecins estimaient que la plupart (au-delà de 60 %) de leurs patients y arrivaient, alors que cette proportion était nettement plus élevée ailleurs. Elle était au Canada à 46 %, aux États-Unis à 71 %, aux Pays-Bas à 87 % et en France à 95 %.

En 2016, les adultes de 18 ans et plus ont été les participants de l'enquête du Commonwealth Fund (Bénigéri 2017). En tout, 26 863 participants ont été recrutés dans 11 pays différents afin de répondre à des questionnaires téléphoniques. L'échantillon du Québec était de 1 002 participants avec un taux de réponse de 25,1 %. La mesure de l'accessibilité de premier contact dans ce sondage était la possibilité de voir un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain, en cas de besoin. Seulement 41 % des Québécois ont affirmé qu'ils avaient une telle possibilité. Cela représentait le moins bon résultat pour l'accessibilité de premier contact de toutes les juridictions participantes. Au

Canada, ce pourcentage était de 46 %, alors qu'il était de 55 % aux États-Unis, de 69 % en Australie et de 80 % aux Pays-Bas.

Ces comparaisons permettent en effet de constater que l'accessibilité aux soins de première ligne est problématique au Québec. Cela est concordant avec le rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne de la Fédération des médecins omnipraticiens qui affirmait que les difficultés demeurent quant aux délais de consultation en première ligne et à l'accessibilité à un médecin en dehors des heures ouvrables (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec 2013). Ces difficultés se reflètent aussi dans les données canadiennes où 75,4 % des patients québécois (Statistique Canada 2014; Bénigéri 2017) ont accès à un médecin régulier, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne qui est de 85,0 % (Statistique Canada 2014).

2.4 Les innovations en soins de première ligne pour l'amélioration de l'accessibilité de premier contact

La quatrième section sera consacrée aux différentes innovations dans les soins de première ligne des dernières décennies, tant à l'international qu'au Québec, qui ont eu comme objectif d'améliorer la performance, surtout à l'égard de l'accessibilité.

2.4.1 À l'international

La première innovation présentée est le modèle d'organisation de première ligne PCMH. Ce modèle de clinique, où les médecins de famille travaillent avec une équipe multidisciplinaire afin de suivre longitudinalement une population d'une communauté, est un modèle américain dont les principes ont été énoncés en 2007 après le constat que les patients qui avaient un accès à un médecin de famille avaient de meilleures issues de leurs maladies et utilisaient les soins à coût moindre (Kellerman et Kirk 2007). Un des principes fondamentaux du PCMH est d'améliorer l'accès à un professionnel de la santé. Le standard a été défini comme un accès, en temps opportun selon la condition (Katz et al. 2017), à un médecin ou à l'équipe de soins, adapté à la culture et à la langue du patient (Arend

et al. 2012). Ainsi, l'accessibilité de premier contact, est un des principes fondamentaux de ce modèle d'OSPL (McCarthy et al. 2009).

La deuxième innovation est celle de l'accès adapté ou l'*advanced access* (Murray et Berwick 2003). L'accès adapté est un modèle d'attribution des visites et de gestion des ressources professionnelles qui diminue les délais de consultation en première ligne, ce qui améliore l'accessibilité de premier contact par le fait même. Les principes fondamentaux de l'accès adapté sont (Murray et Berwick 2003):

- La balance de l'offre et de la demande; le nombre de visites disponibles doit correspondre approximativement au nombre de rendez-vous demandés par les patients d'un médecin.
- L'élimination de la liste d'attente ou de liste de rappel; il ne faut plus reporter les visites à plus tard.
- La diminution du nombre de types de visites différents; les rendez-vous doivent être les plus uniformes possibles afin de pouvoir sans problème remplacer un patient par un autre.
- La création de mesures pour les urgences ou les périodes d'affluence; par exemple, en saison d'influenza, les plages de rendez-vous peuvent être augmentées.
- La diminution du nombre de visites nécessaires en adressant plusieurs plaintes et besoins dans une même visite.
- L'augmentation relative des ressources médicales; le temps du médecin peut être optimisé aux visites aux patients lorsque celui-ci délègue des tâches cliniques à d'autres professionnels de la santé (Kiran et O'Brien 2015).

Ainsi, les OSPL doivent s'assurer d'offrir un nombre de visites pour les patients qui corresponde à la demande (Kiran et O'Brien 2015), qui elle peut fluctuer selon les mois et les saisons (Murray et Berwick 2003; Schacht 2018).

Le concept de l'accès adapté vise aussi à augmenter la capacité des cliniques à offrir un accès à un médecin de famille le jour même, que cela soit une place dans la clinique sans- rendez-vous ou dans le bureau régulier du médecin. Cet accès le jour même peut être un critère de performance des OSPL (Schacht 2018) et il fait partie de l'expérience de soins des patients. Cependant, l'accès le jour même peut faire ombrage aux principes d'étalement de la demande de l'accès adapté (Pope et al. 2008; Kiran et O'Brien 2015). En effet, lorsque les seules places disponibles pour voir le médecin de famille sont celles du jour même, certains patients voient leur accessibilité diminuée. Ainsi, l'accès adapté est une innovation qui augmente l'accessibilité de premier contact, mais ce n'est pas nécessairement le cas de l'accès le jour même. Cette critique des effets négatifs de la priorisation à outrance des rendez-vous offerts dans de courts délais a été soulevée dans une étude de cas au Royaume-Uni suite à l'implantation généralisée dans les OSPL de l'accès adapté (Pope et al. 2008).

De plus, certains défis d'implantation demeurent pour les cliniques de l'accès adapté. Le premier étant d'équilibrer l'offre et la demande; plusieurs cliniques rapportent une demande infinie lorsque l'accessibilité est augmentée (Pope et al. 2008), alors que d'autres cliniques ont considérablement réduit la taille du nombre de patients suivis afin de diminuer la demande (McCarthy et al. 2009). Le deuxième défi est la mesure de la demande; il est difficile pour la plupart des OSPL de faire un portrait juste du nombre de rendez-vous demandés, refusés ou reportés. La plupart des systèmes de rendez-vous, même en accès adapté, sont une estimation de ce qui est requis pour subvenir à la demande de soins (Pope et al. 2008). Finalement, le dernier défi dans l'implantation de l'accès adapté est la gestion de l'effet des incitatifs financiers et de la rémunération des médecins et des organisations. Parfois, certains incitatifs sont nuisibles à d'autres dimensions des soins de première ligne, notamment la continuité et la globalité (McCarthy et al. 2009; Kiran et O'Brien 2015).

La troisième innovation en première ligne est l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées. Ces infirmières qui peuvent traiter des conditions mineures aiguës ou des conditions chroniques et qui pratiquent les soins préventifs (Sonenberg et al. 2015) se substituent parfois aux médecins de famille (Martínez-González et al. 2014) ou travaillent en collaboration avec ceux-ci (Ammi et al. 2017). Elles peuvent ainsi augmenter l'accès aux soins dans des régions mal desservies ou des régions où le recrutement de médecins est difficile (Chapman et al. 2004) ou peuvent diminuer la charge de travail des médecins de famille pour des conditions mineures, ce qui augmente aussi l'accès aux soins de façon indirecte (Chapman et al. 2004).

Cependant, il est moins clair que la présence d'infirmières praticiennes spécialisées améliore l'expérience de soins des patients et augmente l'accessibilité de premier contact. Dans une méta-analyse britannique, leur présence apportait des soins de qualité, appréciés des patients (Chapman et al. 2004). Aux États-Unis, les résultats ont été semblables (Sonenberg et al. 2015), bien que l'augmentation du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées avait pour objectif d'augmenter l'accès aux soins, surtout pour des communautés en manque de médecins. Ce qui a plutôt été observé était une amélioration des suivis d'hypertension et de diabète et une diminution de l'obésité.

Au Canada, une étude a utilisé les données de QUALICO-PC, une enquête transversale internationale sur la performance de la première ligne, réalisée dans toutes les provinces afin de déterminer si la présence des infirmières praticiennes spécialisées influençait l'expérience de soins des patients, en particulier l'accessibilité de premier contact (Ammi et al. 2017). Les résultats ont plutôt montré qu'il n'y avait pas d'association entre la présence des infirmières et l'accessibilité, mais que la bonne collaboration entre les professionnels (dans les cliniques où elles étaient présentes) améliorait l'accessibilité rapportée par les patients. Les auteurs suggèrent que ces dernières aideraient plutôt d'autres dimensions de l'expérience de soins en première ligne, telles que la globalité et la continuité. Des détails sur les données de QUALICO-PC sont discutés dans les prochains

chapitres; les données québécoises de cette enquête ayant été utilisées pour la présente étude.

2.4.2 Au Québec

Au Québec, la création des GMF suite au rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Clair et al. 2001) a été la principale innovation visant l'amélioration de l'accessibilité de premier contact. « Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières [et d'autres professionnels] pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique » (Breton et al. 2011). Dans la description la plus récente des services de première ligne du ministère de la Santé et des Services sociaux, le GMF est explicitement décrit comme une organisation du travail médical qui permet d'augmenter l'accessibilité aux soins pour la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2017). Peu d'évaluation de cette augmentation d'accessibilité a été réalisée et c'est ce qui sera détaillé dans la prochaine section.

Depuis quelques années, afin de tenter de remédier aux difficultés d'accessibilité, l'accès adapté est en train de s'implanter au Québec. Cette façon de prendre les rendez-vous en première ligne décrite plus haut gagne en popularité. Une étude qualitative réalisée auprès des premiers médecins ayant implanté l'accès adapté a permis d'identifier certains facteurs favorisant la transition d'un modèle de prise de rendez-vous traditionnel vers un modèle respectant les principes de l'accès adapté. Parmi ces facteurs facilitants, on retrouvait la volonté du médecin d'améliorer son accessibilité, l'attitude ouverte au changement de la part du médecin et des autres professionnels présents dans la clinique et la présence d'infirmières dans l'OSPL (Breton et al. 2017).

2.5 Les études sur le lien entre les caractéristiques organisationnelles de la première ligne et l'accessibilité de premier contact

Finalement, la dernière section couvrira les principales études pertinentes discutant du lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques des organisations de première ligne. Tant les études canadiennes que les études québécoises sont présentées en ordre chronologique.

L'évaluation critique des écrits s'est faite selon la méthode STROBE (*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*) (STROBE Initiative Group 2007) à l'aide de la version française de la grille d'évaluation des études (Gedda 2015). Cette analyse est présentée sous forme de tableau à l'annexe 1. Un résumé de l'analyse est présenté dans cette section.

2.5.1 Au Canada

Une étude ontarienne récente, par un devis d'enquête transversale, a évalué entre 2005 et 2006, les effets des caractéristiques organisationnelles sur l'accessibilité de premier contact rapportée par les patients (Muggah et al. 2014). L'accessibilité de premier contact était mesurée à partir de questions du PCAT, les médecins répondaient aussi à un questionnaire sur leur pratique et les caractéristiques de la clinique. Au total, 137 cliniques et 363 médecins de famille ont participé et 5 361 patients ont répondu aux questionnaires. Dans cette étude, une analyse de régression multi-niveaux a été réalisée, pour tenir compte des différents niveaux de variables : les patients et les organisations. Par ailleurs, une faiblesse de cette étude vient du fait que les patients n'étaient pas reliés à un médecin particulier étant donné la méthode de recrutement, même s'ils étaient reliés à leur clinique. Pour justifier ce fait, les auteurs discutent que dans les pratiques de groupe cela n'aurait que peu d'effet pour des patients d'une même clinique d'avoir un médecin différent.

Dans cette même étude, le modèle de pratique par capitation était celui qui était associé à une plus grande accessibilité de premier contact. Les organisations de première ligne de ce modèle de pratique offrent des soins primaires globaux définis selon un panier de services en fonction des facteurs de risque de santé à une population inscrite et les médecins sont rémunérés selon le nombre de patients inscrits (Ontario Ministry of Health and Long-term care 2017). La seule caractéristique liée au médecin qui était associée à une plus grande accessibilité était le nombre d'années d'expérience (mesurée à partir de la date de graduation). Aucune caractéristique organisationnelle mesurée dans cette étude (nombre de médecins, heures d'ouverture, présence d'une infirmière, ouverture la fin de semaine, nombre d'heures travaillées par les médecins et nombre de patients par médecin) n'a été liée à l'accessibilité rapportée par les patients (Muggah et al. 2014).

Une étude canadienne a utilisé les données de QUALICO-PC afin de déterminer si l'accessibilité aux soins de première ligne était différente dans les nouveaux modèles de cliniques par rapport aux modèles de cliniques dits plus traditionnels (Miedema et al. 2016). Les auteurs décrivent les nouveaux modèles de clinique comme ayant tendance à avoir de plus longues heures d'ouverture, un mode de rémunération de médecins différent du paiement à l'acte et la présence d'une équipe de professionnels multidisciplinaire. Ce sont 759 cliniques recrutées par l'intermédiaire des médecins et 7 172 patients qui ont répondu aux questionnaires. Les taux de réponse pour les médecins étaient faibles et très variables entre les provinces, allant de 2 % en Colombie-Britannique à 21 % en Nouvelle-Écosse, bien qu'ils aient été comparables à celui d'autres pays (Australie et Nouvelle-Zélande) participant à QUALICO-PC (Wong et al. 2013). Les caractéristiques organisationnelles n'étaient pas analysées de manière individuelle, mais plutôt regroupées à travers les deux types de modèles de clinique. Il n'y a pas eu de différence significative quant à l'accessibilité rapportée par les patients entre les deux modèles. Cependant, les patients des nouveaux modèles de clinique semblaient rapporter un accès plus facile aux médecins du groupe (de leur clinique) tandis que les patients des modèles traditionnels semblaient rapporter des visites plus fréquentes avec leur médecin de famille.

2.5.2 Au Québec

La première étude discutée date d'avant la création des GMF au Québec (Haggerty et al. 2008). Dans cette étude, une enquête multi-niveaux a été réalisée afin d'identifier les caractéristiques organisationnelles des organisations de première ligne au Québec qui étaient associées à une meilleure accessibilité rapportée par les patients ainsi qu'à de meilleures continuité et coordination dans la prestation des soins. Les 100 cliniques participantes ont été recrutées par un échantillonnage aléatoire et stratifié par région (urbaine, périphérique, rurale et éloignée) et par types de cliniques (clinique privée de groupe, Centre local de services de santé et communautaires (CLSC) ou pratique-solo par un médecin). De plus, 20 patients étaient recrutés pour chaque médecin participant. Au total, 221 médecins de famille ont répondu à un questionnaire sur leur pratique et leur organisation (taux de participation de 61 %) ainsi que 2 725 patients qui ont répondu au questionnaire PCAT discuté plus haut (taux de réponse de 87 %). Les résultats concernant l'accessibilité de premier contact ont montré que les cliniques où des infirmières y prodiguaient des soins de première ligne de façon autonome, celles où les heures d'ouverture étaient de plus de 55 heures par semaine, celles où il y avait des consultations sans rendez-vous en soirée et celles où moins de 10 médecins y pratiquaient, présentaient un meilleur score d'accessibilité de premier contact.

Cette étude avait plusieurs forces. D'abord, elle avait une très bonne représentativité. Les modèles principaux de cliniques étaient présents dans l'échantillon dans une proportion semblable à leur présence dans le système de santé québécois (75 % de cliniques privées de groupes, 10 % de pratiques-solo et 15 % de CLSC). Ensuite, les variables ont été mesurées avec des questionnaires validés en première ligne pour l'évaluation de l'expérience de soins des patients : le PCAT. Le modèle d'analyse multi-niveaux a été utilisé, ce qui est aussi une force de l'étude comme les données des patients sont nichées dans celles des médecins puis des cliniques. Finalement, cette étude a permis d'offrir un portrait des caractéristiques organisationnelles de première ligne avant l'instauration des GMF.

Par ailleurs, cette étude utilisait comme mesure opérationnelle de l'accessibilité de premier contact une définition un peu restrictive quoique validée : les patients devaient avoir confiance d'avoir la possibilité d'avoir un avis médical ou un rendez-vous en 24 heures à leur endroit habituel de soin s'ils en sentaient le besoin selon leur condition de santé. L'accessibilité de premier contact a pu ainsi être sous-estimée à cause du délai court de consultation utilisé dans la définition.

La deuxième étude rapportée ici sur les liens entre les caractéristiques des organisations de première ligne et l'accessibilité a été réalisée par une grande enquête dans les régions de Montréal et de la Montérégie (Pineault et al. 2009). L'enquête a été menée auprès de 9 206 adultes (taux de réponse de 65 %) de ces deux régions à l'aide d'entrevues téléphoniques. Les caractéristiques organisationnelles, colligées par les médecins de famille participants (taux de réponse de 71 %), étaient amalgamées en modèles et les auteurs ont proposé une taxonomie des modèles d'organisations de première ligne. Ce sont le modèle *Professionnel Solo*, soit un médecin de famille pratiquant seul, et le modèle *Communautaire*, soit celui se retrouvant surtout dans les CLSC qui performaient mieux sur le plan de l'accessibilité. Le modèle d'organisation *Professionnel Coordination Intégrée*, le modèle dans lequel la majorité des GMF se retrouvaient au moment de l'étude, est celui qui avait la meilleure performance et les auteurs considèrent que c'est ce modèle qui devrait être considéré pour l'implantation des GMF à venir.

L'envergure de cette étude a permis de dégager un portrait très précis de l'expérience de soins des usagers et de leur utilisation des services de première ligne. Cependant, l'accessibilité était surtout mesurée par l'accessibilité organisationnelle et l'accessibilité géographique, ce qui réfère davantage à la définition classique de l'accessibilité (Penchansky et Thomas 1981), comme décrit plus haut. Un indicateur spécifique pour l'accessibilité de premier contact n'était pas utilisé.

La dernière étude recensée sur l'association entre les caractéristiques organisationnelles et l'accessibilité de premier contact au Québec a été réalisée autour de la période où les premiers GMF obtenaient leur accréditation (Tourigny et al. 2010). Au moment de l'étude, il y avait 13 GMF accrédités au Québec. Des patients sélectionnés aléatoirement (1 046 participants) de cinq GMF ont été recrutés pour répondre à des questionnaires avant et après implantation du GMF dans leur clinique. Les résultats de l'étude ont démontré que l'accessibilité de premier contact n'a pas été influencée par l'implantation du modèle GMF; c'est plutôt la dimension de la continuité des soins qui s'est améliorée avec la présence d'autres professionnels de la santé.

Par ailleurs, dans cette étude, les caractéristiques organisationnelles individuelles n'ont pas été mesurées. Des variabilités entre les cliniques et entre ce qui était prévu dans le modèle GMF et son implantation réelle ont pu expliquer cette absence d'amélioration de l'accessibilité de premier contact.

Au Québec, après la création des GMF qui correspondent aujourd'hui au modèle d'organisation de première ligne dominant et celui mis de l'avant suite aux réformes des dernières années, aucune étude n'a été faite sur le lien entre les caractéristiques organisationnelles et l'accessibilité de premier contact. C'est pour combler ce manque que la présente étude a été réalisée.

3. CADRE CONCEPTUEL

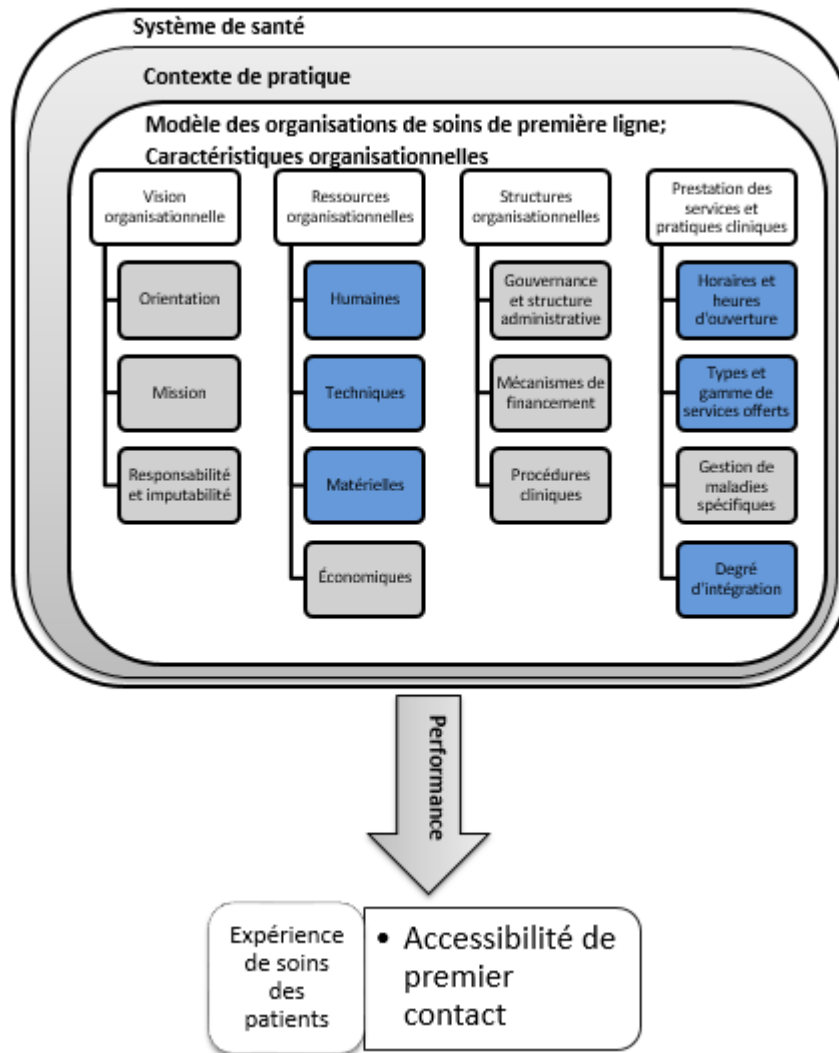
Le modèle conceptuel utilisé pour cette étude a été adapté de deux principales sources. Il est d'abord inspiré du modèle conceptuel des soins de première ligne de Hogg et al. (2008). Celui-ci est un modèle qui contient deux domaines principaux : la structure de l'organisation et la performance de celle-ci. Ce modèle est discuté dans la section recension des écrits précédemment. Le domaine structurel comprend le système de santé, le contexte de pratique et les organisations de première ligne. Ce qui a été conservé de ce modèle pour la présente étude, c'est l'idée que les caractéristiques organisationnelles de la première ligne influencent la performance. Comme mesure de l'expérience de soins, c'est l'accessibilité de premier contact qui sera d'intérêt.

Dans un rapport sur les mesures des attributs des organisations de première ligne, Lévesque et al. (2012) classifiaient les caractéristiques organisationnelles selon différentes dimensions de l'organisation des services de première ligne. Les dimensions retenues ici sont la vision organisationnelle, les ressources, la structure et la prestation des services et pratiques cliniques. Elles se retrouvent dans un ton plus foncé dans la figure ci-dessous.

L'accessibilité de premier contact est la mesure de l'expérience de soins, telle que définie plus haut, qui sera utilisée pour l'évaluation de la performance des organisations et de l'influence des caractéristiques de ces dernières sur cette même performance. Les caractéristiques considérées pour cette étude font partie des dimensions qui sont mises en évidence en bleu. Certaines dimensions du modèle ne sont pas considérées dans cette étude, car il s'agit d'une analyse secondaire de données de QUALICO-PC et les questionnaires utilisés ne le permettaient pas.

Figure 1

Cadre conceptuel



Adapté des modèles de Hogg et al. (2008) et de Lévesque et al. (2012).

4. OBJECTIF DE RECHERCHE

Cette recherche a pour but d'identifier les caractéristiques des organisations de première ligne au Québec qui sont associées à une meilleure accessibilité de premier contact.

L'hypothèse de la recherche est ainsi formulée :

Les caractéristiques des organisations de première ligne au Québec, notamment la présence de professionnels autres que des médecins dans la clinique, les heures d'ouverture élargies, la présence d'un dossier informatisé et la possibilité d'avoir un rendez-vous le jour-même ou le lendemain par le médecin visé par l'enquête, sont associées à une meilleure accessibilité de premier contact.

5. MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

5.1 Avant-propos de l'article

La section méthodologie et résultats du mémoire consiste en la présentation de l'article produit suite à ce travail de maîtrise. Par ailleurs, il a semblé judicieux, et ce, pour mieux situer le lecteur, de décrire plus précisément certains éléments de la méthode et des résultats. Ces précisions sont présentées après l'article. De plus, afin d'accompagner l'article, les questionnaires utilisés pour la collecte de données de QUALICO-PC sont présentés à l'annexe 2 (Questionnaire de l'expérience des patients) et à l'annexe 3 (Questionnaire du médecin de famille). L'autorisation de leur reproduction est placée à l'annexe 4. Enfin, un tableau détaillant les variables utilisées ici, leur question associée dans l'enquête, leur origine dans la littérature ainsi que leur niveau d'analyse dans le modèle multi-niveaux de l'analyse statistique, est présenté à l'annexe 5.

5.1.1 Titre

Organizational characteristics associated with better accessibility: Data from the QUALICO-PC survey in Quebec

5.1.2 Auteurs

Andrée-Anne Paré-Plante, Antoine Boivin, Djamal Berbiche, Mylaine Breton et Maryse Guay.

5.1.3 Statut de l'article

Soumis pour publication à la revue BMC Family Practice.

5.1.4 Contribution de l'étudiante

L'étudiante Andrée-Anne Paré-Plante a rédigé l'article comme premier auteur. Elle a conçu l'étude avec Antoine Boivin et Maryse Guay. Elle a analysé les données avec Djamal Berbiche. Elle a finalement fait l'interprétation des données avec les co-auteurs de l'article. Il n'y a pas eu de nouvelle collecte de données pour cette étude.

5.2 Résumé de l'article en français

Contexte

L'accessibilité de premier contact demeure un problème important au Canada, cet indicateur demeurant le pire de tous les pays de l'OCDE. Au Québec, bon nombre d'organisations de soins de première ligne ont adopté des mesures pour améliorer l'accès (par exemple, un horaire en accès adapté, la présence d'infirmière offrant des soins de façon autonome, le dossier médical électronique et certains incitatifs financiers). L'impact de ces changements est inconnu. Le but de cette étude est d'évaluer les caractéristiques des organisations de soins de première ligne associées à un meilleur accès de premier contact.

Méthodes

La présente étude est une analyse secondaire des données de l'enquête québécoise sur la performance des soins primaires QUALICO-PC. QUALICO-PC est une étude transversale visant à évaluer la qualité, les coûts et l'équité des soins de santé primaires dans 35 pays et juridictions. Nous avons utilisé deux types de questionnaires. Les caractéristiques organisationnelles ont été mesurées à partir du questionnaire du médecin de famille. L'accessibilité de premier contact a été mesurée à partir du questionnaire du patient qui a reçu des soins dans les organisations de soins de première ligne participantes. La régression logistique multi-niveaux a été utilisée pour déterminer l'association entre les caractéristiques organisationnelles et l'accessibilité rapportée par les patients.

Résultats

Un total de 218 médecins de famille ont participé à l'étude avec 1798 de leurs patients. Les caractéristiques des organisations de soins de première ligne associées à un accès accru de premier contact comprenaient la possibilité d'avoir un rendez-vous le jour même ou de se rendre à la clinique sans rendez-vous, un nombre plus élevé de médecins par clinique et un plus grand nombre d'heures travaillées par le médecin de famille. Le dossier de santé électronique et la présence d'infirmières prodiguant des soins de façon autonome n'étaient pas associés significativement à un accès accru.

Conclusions

Un meilleur système de rendez-vous et une plus grande charge de travail des médecins de famille sont associés à un meilleur accès rapporté par les patients. Cependant, d'autres caractéristiques des réformes récentes dans les organisations de soins de première ligne n'ont pas été associées à un meilleur accès.

5.3 Résumé de l'article en anglais

Background

First-contact accessibility remains an important problem in Canada, with this indicator staying the worst of all Organization for Economic Co-operation and Development countries. In the province of Quebec, a number of primary healthcare (PHC) organizations have adopted measures to improve access (e.g. advance access scheduling, expanded nursing role, electronic medical record, financial incentives). The impact of those changes is unknown. The goal of this study is to assess which PHC organizations' characteristics are associated with improved first-contact access.

Methods

We conducted a secondary data analysis of the Quebec survey, conducted as part of the QUALICO-PC study on primary care performance. QUALICO-PC is a cross-sectional study to assess quality, costs and equity in PHC across 35 countries and jurisdictions. Organizational

characteristics were measured from the family practitioners' questionnaire. First-contact accessibility was measured from the patient questionnaire filled by patients who received care in the participating PHC organizations. Multi-level logistic regression was used to assess the association of organizational characteristics as predictors of patient-reported access.

Results

A total of 218 family practitioners participated in the study with 1798 of their patients. PHC organizations characteristics associated with increased first-contact access included the possibility to have a same-day appointment or to walk in the clinic without an appointment, higher number of physicians per clinic and higher number of hours worked by the family physician. Electronic health record and expanded nursing role were not associated with increased access.

Conclusions

Same-day access and higher family physician working hours are associated with improved patient-reported access. Other PHC organizations characteristics targeted by recent reforms were not associated with improved access.

5.4 Article: Organizational characteristics associated with better accessibility: Data from the QUALICO-PC survey in Quebec

Background

Primary health care (PHC) is the first level of care for the patient, his family and his community as defined by WHO [1]. PHC serves four main functions: accessibility, continuity, comprehensiveness and coordination [2]. Accessibility is a dimension of the patient's experience of care that can be measured to assess the performance of PHC. One of the indicators frequently used to measure accessibility is first-contact accessibility, defined by the ease to have a timely appointment with a PHC provider [3].

Different levels of PHC characteristics influence its performance [4]. The system level is where the government policies, the funding of health care and the provider remuneration act as factors on PHC. The context level is where the practice setting and its community integration affect PHC performance. Finally, the practice level is where specific characteristics of clinics influence their performance on care delivery. This study will look at organizational characteristics of PHC organizations, specifically resources and types and scope of services, and their effect on first-contact accessibility.

First-contact accessibility remains an important concern in Canada, with this indicator staying among the worst of all countries participating in international surveys on PHC performance [5, 6]. During the past decade, primary care reforms in the Canadian province of Quebec have sought to improve access to PHC [7, 8] and other dimensions of PHC performance [9]. It started with the implementation of Family Medicine Groups in 2002 and integration of the interdisciplinary team into these Family Medicine Groups in 2013 [10] with expanded nursing roles (nurse practitioners and clinical nurses in chronic disease prevention and management). Family Medicine Groups are family practitioners working in a clinic with other health professionals to dispense health services to a population of registered patients [11]. The electronic medical records were progressively used in a majority of organizations with incentives for PHC organizations to adopt them between 2002-2017 [10]. Since 2010, advanced access, a scheduling method designed to offer same-day appointments and meet the demand for care without a waiting-list, has been highly recommended through financial incentives and policies to be implemented across PHC organizations. All of these innovations were adopted with variation between practices. The actual impact of these changes in PHC practices on access, on which this article is focusing, is not well known.

In Quebec, prior to PHC reforms, attributes of PHC organizations associated with increased first-contact accessibility included the presence of a nurse and the number of family practitioners in the clinic being greater than 5 [9]. In a recent study conducted in Ontario

(Canada), the number of years of practice of a family practitioner was the sole practice characteristic associated with increased first-contact accessibility [12]. However, the association between practice characteristics and first-contact accessibility has not been studied after PHC reforms in Quebec.

The objective of this study is to identify organizational characteristics of PHC practices associated with better first-contact accessibility.

Methods

This study is based on a secondary analysis of the Quebec survey data collected in a larger international cross-sectional study on PHC performance: the Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICO-PC) Study [13]. QUALICO-PC is a cross-sectional survey started in 2010 to assess quality, costs and equity in PHC across 35 countries. Each participating Canadian province is being considered a separate jurisdiction in the QUALICO-PC design, with its own sampling but similar questionnaires [14]. The Quebec QUALICO-PC survey was conducted between 2013 and 2014. The complete methodology of QUALICO-PC study has been described elsewhere [13].

Study population and sample

Two groups of participants were recruited: family practitioners in PHC organizations and patients receiving care within this PHC organization by the family practitioners. Family practitioners were identified through stratified random sampling of all Quebec family practitioners, with a maximum of one participating family physician per PHC organization. The sampling of the family practitioners was obtained from a random list of 2000 family practitioners stratified by four types of regions: 1) academic (having an established faculty of medicine with high density population), 2) peripheral (being close to the academic region with high density population), 3) intermediate (having regional health care centers with moderate density population), and 4) remote (being large territories with low density population). Inclusion criteria for the family practitioners were to provide PHC services and

to have a valid e-mail address. The exclusion criteria were to practice in the isolated region of Northern Quebec, or to be disengaged from the public healthcare system (representing fewer than 3.2% of all family physicians in the province [15]).

Family practitioner participants were recruited by the QUALICO-PC study team in Quebec hosted at the Quebec National Institute of Public Health. They received two consecutive invitation e-mails to participate; if they had not responded, they received later a phone call by a member of the research team. Following the family practitioner's recruitment, the research package was sent to his clinic: the family practitioner survey, the patient experience surveys as well as the consent forms for the participants.

Patients receiving usual care in participating PHC organizations were targeted for the experience of care survey. The inclusion criteria for the patients were to be 18 years of age and over, and to speak and understand written French or English. Patients were recruited by receptionists of participating PHC clinics. The first ten patients of the participating family practitioner who presented themselves on a typical day of work were asked to participate in the study.

Data source

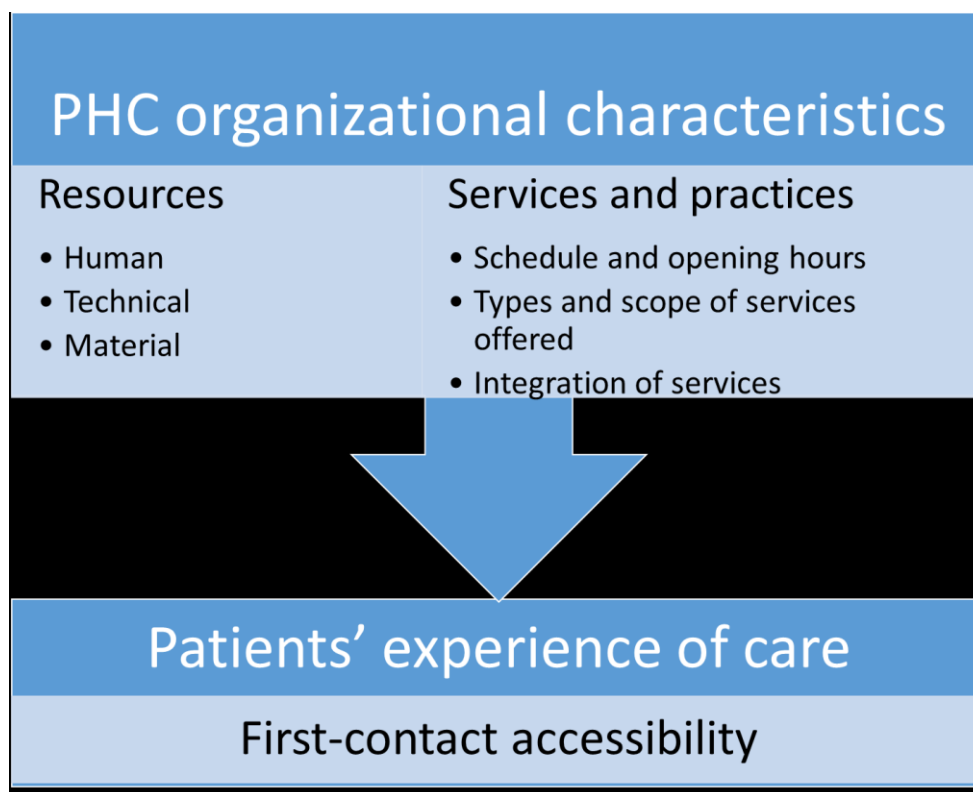
Two types of surveys were used to collect in-depth information regarding primary care activities: providers and patients. The surveys were developed by the QUALICO-PC team [16]. They were translated in French by the Quebec research team. The family practitioner survey provided data on PHC organizational characteristics. It was completed by family practitioners on paper and sent back by mail to the research team. The patient experience survey was completed on paper by the patients before and after their appointment with their family practitioner in the waiting room. The family practitioners did not know which of their patients participated. The patient experience survey were also sent back by mail to the research team.

Conceptual model

The conceptual model used in this study is shown in Figure 1. It was adapted from Hogg and al. [4], which postulates an association between PHC organizational characteristics and its

performance, including first-contact accessibility. PHC organizational characteristics are further classified according to dimensions developed by Lévesque and al. [17].

Figure 1: Conceptual model



Adapted from Hogg et al. [4] and Lévesque et al. [14].

Study variables

The questions in the surveys were of different types: scaled questions, open-ended questions with numerical answers, multiple choice questions, and dichotomous questions. The independent variables are the PHC organizational characteristics (Fig 1): number of family practitioners and physicians of all specialties in the clinic, use of specific equipment and/or electronic medical records, schedule and opening hours of the clinic, number of hours worked and the number of patients seen by the doctor on a typical day, and the presence of a nurse providing primary care services in the PHC organization. The dependent variable is first-contact accessibility, as reported by the patient participants when answering

yes or no to the question: “Were you able to get the appointment with your doctor as quickly as you wanted?” This question was well validated [16, 18] and is considered to be the best question of the QUALICO-PC questionnaires to measure first-contact accessibility [19].

Participants’ characteristics were used as co-variates, including patients’ characteristics (sex, age, income, level of fluency in French or English, education, general health status and presence of chronic conditions) and family practitioners’ characteristics (sex and age).

Analysis

Descriptive participant characteristics (patients and family practitioners) were assessed. All data were analysed in a multi-level model as the patient data was nested in the family practitioner’s data. The first step was identifying associations between PHC organizations’ characteristics and first-contact accessibility, using a bivariate regression analysis. Then, using a multivariate regression analysis, where all the variables were included, adjustment was made for possible confounding factors (patients’ characteristics and practitioners’ characteristics). Statistical significance was set at $p < 0.05$. All analyses were performed with Statistical Analysis System (SAS Institute Inc. Cary, NC, version 9.4).

Results

In total, 218 family practitioners working in 194 different PHC organizations participated in the study with 1798 of their patients. The response rate for the family practitioners was 17% with an average of 8 patient participants each. The descriptive analysis of both samples of patients and family practitioners are presented in Table 1.

The study sample for the family practitioners is representative for age and sex (FMOQ 2013). Females patients were over-represented (two thirds of respondents), but the patient sample was representative of the Quebec population for education and presence of a chronic illness [6].

In participating PHC organizations, the total number of family practitioners is ranged from one to 31, the median being 4.75 family practitioners per clinic. The scope of services offered by family practitioners in the clinics varied between 3 and 80 hours worked per

week (median of 38.5) as a family practitioner and between 8 and 53 contacts with patients on a typical day (median of 27.5). The number of physicians from other disciplines in the clinic, ranged from none (85.6%) to between one and 25 (14.6%). The majority of clinics offered patients the possibility to have a same-day appointment or to walk in the clinic without an appointment (95.2%) and most patients (76.1%) were able to get an appointment with their doctor as quickly as they wanted.

Table 1. Participant characteristics

	Frequency (n)	Proportion (%)	Khi-2 (p-value)
Patients			
Sex	1765*		0.1164
Male	593	33.6	
Female	1172	66.4	
Age	1752*		0.4720
18-25	100	5.7	
25-34	213	12.2	
35-44	249	14.2	
45-54	351	20.0	
55-64	393	22.4	
65 and over	446	25.5	
Income	1731*		0.4777
Below average	377	21.8	
About average	1011	58.4	
Above average	343	19.4	
Fluency in French or English	1752*		0.3931
Fluent	1520	86.8	
Sufficiently	140	8.0	
Moderately	46	2.6	
Little	35	2.0	
Not at all	11	0.6	
Education	1749*		0.2534
No qualifications, primary, or lower secondary	275	15.7	
Upper secondary education (grades 10–12)	622	35.6	
Post-secondary education (college, undergraduate)	852	48.7	

Table 1. Participant characteristics			
	Frequency (n)	Proportion (%)	Khi-2 (p-value)
Employment status	1798*		0.0340
Working	960	53.4	
Retired	523	29.1	
Unable to work	142	7.9	
Other	192	10.7	
General health status	1778*		0.0044
Very good	416	23.4	
Good	881	49.6	
Fair	420	23.6	
Poor	61	3.4	
Chronic conditions	1759*		0.2394
Yes	918	52.2	
No	841	47.8	
Family practitioners			
Sex	215*		0.5886
Male	97	45.1	
Female	118	54.9	
Age	211*		0.6703
25-34	34	16.1	
35-44	31	14.7	
45-54	64	30.3	
55 and over	82	38.9	
*Total n are different due to different partial non-response rate to each question			

Table 2 shows the association of PHC characteristics and access using non-adjusted and adjusted odds ratios. Using the bivariate (non-adjusted) model, the only PHC characteristic associated with increased first-contact accessibility was the possibility to have a same-day appointment or to walk in the clinic without an appointment. When adjusting for family practitioners' and patients' characteristics in the multi-level analysis model, two more independent variables were associated with increased first-contact accessibility: increased number of physicians from other disciplines in the clinic and increased number of hours worked per week by the family practitioner. Technical resources with the presence of specialized equipment in the clinic (mainly radiology and surgical equipment) was associated with decreased accessibility. The presence of nurses offering primary care services in the clinic was not associated with first-contact accessibility.

Table 2. Association of organizational characteristics with patient-reported first-contact accessibility

Organizational characteristics	OR	CI 95%	p-value	Adjusted OR*	CI 95%*	p-value*
Human resources						
Number of family practitioners in the clinic ^a	1.00	(0.97-1.03)	0.89	0.96	(0.89-1.03)	0.27
Number of physicians from other disciplines in the clinic ^a	1.05	(0.996-1.10)	0.07	1.13	(1.03-1.24)	0.01
Technical and material resources						
Presence of specific equipment in the clinic ^b	0.98	(0.95-1.00)	0.08	0.89	(0.83-0.96)	0.002
Use of information technology for different tasks in the clinic ^b	0.98	(0.94-1.02)	0.37	1.02	(0.92-1.14)	0.67
Schedule and opening hours						
Typical amount of time scheduled for a regular visit with the family practitioner (in minutes) ^a	1.00	(0.98-1.02)	0.89	1.03	(0.99-1.07)	0.21
Number of opening hours per day ^a	1.01	(0.97-1.05)	0.54	1.10	(0.96-1.26)	0.18
Percentage of visits with a scheduled appointment ^a	1.00	(0.999-1.01)	0.12	1.00	(0.98-1.01)	0.66
Possibility to obtain a same-day appointment or to walk-in the clinic without an appointment ^b	1.66	(1.01-2.74)	0.04	2.94	(1.15-7.51)	0.02
Type and scope of services						
Number of hours worked per week by the family practitioner ^a	1.00	(0.99-1.01)	0.39	1.03	(1.00-1.06)	0.03
Number of hours per week worked by the family practitioner in this clinic ^a	1.00	(0.99-1.01)	0.56	0.99	(0.97-1.01)	0.26
Number of contacts with patients by the family practitioner in a typical day ^a	0.99	(0.98-1.00)	0.30	0.99	(0.97-1.01)	0.42
Integration of services						
Primary care services offered independently by a nurse in the clinic ^x	1.03	(0.90-1.18)	0.69	1.03	(0.90-1.18)	0.69

*Results are adjusted for patients and family practitioners characteristics.

OR superior to 1 indicates an increase in first-contact accessibility.

^aDifference with every increase of one unit for these continuous variables (number of family practitioners, physicians, minutes).

^bDifference between the presence or the absence of this characteristic.

^bDifference with every additional equipment present in the clinic.

^bDifference with every additional task performed with information technology.

^xDifference with every additional service provided independently by a nurse.

Discussion

Accessibility, especially first-contact accessibility, is a fundamental issue in contemporary PHC. To our knowledge, this is the first study to examine the association between practice characteristics and better first-contact accessibility after PHC reforms in Quebec. The main finding of this study was that first-contact accessibility increased almost threefold when there was a possibility for patients to get a same-day appointment or walk-in clinic appointment in their own primary care practice. Practices where family practitioners worked longer hours per week also reported increased access.

Authors could not observe differences in access with two important targets of the PHC reforms: the use of an electronic medical record and the presence of a nurse. Absence of a significant association with nurses' role is consistent with the findings of another study in Canada [12] but different from a study conducted before the primary care reform and Family medicine group implementation in Quebec [9]. Nurses' roles in Quebec PHC during the past decade has focused mainly on increased uptake of preventive care and chronic disease management. It also has been a target of the reform to implement the goals of the patient-centered medical home into Family medicine groups [20]. The patient-centered medical home is an interprofessional model of PHC organization that aims at providing comprehensive care with particular objectives for quality, safety and access to care [20]. Accordingly, the effects of nurses in this context may have affected other dimensions of PHC performance (e.g. comprehensiveness and continuity) despite explicit policy objectives assuming that the presence of nurses would improve access. It is also possible that PHC organizations already working with nurses before the reform were highly performing clinics more opened to other types of innovations (including advanced access scheduling). In a recent article using QUALICO-PC data from all Canadian provinces, individual PHC practices were categorized as a traditional clinic model (eg. solo practitioners) or a new clinic model (eg. group practices). There were no differences in terms of accessibility between the models [21]. This is concordant with the observation that interprofessional PHC organizations tend to affect dimensions of the patients' experience other than accessibility.

The number of physicians from other specialties working in the clinic was associated with better perceived accessibility by patients. However, this variable was not distributed normally and the majority of PHC organizations had no specialists. It is possible that well performing PHC organizations offered medical services not just from family practitioners or that presence of physicians from other disciplines in the clinic was associated with other characteristics of practices influencing access that we did not measure. It is concordant with findings from the Miedema et al. study mentioned before.

A surprising result of this study is the overall high degree of perceived access by PHC patients, with over 76% of respondents being able to get an appointment as quickly as they want. Before the reform, only 10% of patients having access to a primary care provider in Quebec were confident they could get an appointment with their regular doctor if they urgently needed it [22]. This observed difference is important because in recent years, incentives for family practitioners in Quebec were to improve the ease to get a timely appointment with a family practitioner or with another healthcare professional. One should keep in mind that QUALICO-PC participants were recruited from patients who successfully obtained an appointment in primary care with their regular family practitioner, which may have overestimated our measures of patient-reported accessibility. Reported first-contact accessibility was much higher in our study than in general population surveys [6], but similar to studies surveying patients who already had access to a family practitioner [12].

Limitations

The cross-sectional nature of the family practitioner survey and the patient experience survey could not allow us to establish causality between first-contact accessibility and organizational characteristics.

Other limitations are those related to a secondary data analysis study. The surveys were not conceptualized only to measure first-contact accessibility but all dimensions of PHC and they were created in Europe [16] although validated for use in Quebec [23].

A desirability bias could also have occurred for instance if practitioners tried to give a better overall picture of their practice or if patients would embellish their ease to get an

appointment. This bias could therefore have the effect of incorrectly classifying responders. We have no way to evaluate the magnitude of this effect if it is present. Work records of the clinics were not available to confirm the data collected through the family practitioners' answers.

The main limitation of this study is the low response rate of family practitioners (17%). Response rate in studies involving physicians is a common problem. The Quebec survey had the second highest response rate among Canadian provinces participating in the QUALICO-PC study [14]. Also, characteristics of participating family practitioners and practice settings were similar to those of all family practitioners in Quebec. The last data on practice profiles show 50% of family practitioners were female with a mean age of 50 years [24]. Generalizability of the results should be interpreted with caution; sampled family physicians may have worked in more highly performing practices than usual which could contribute to the overall high reported access. Information on the family practitioners and their practices that did not participate in the study was not available. Despite these limitations and overall low response rate, the data collected through the Canadian arm of QUALICO-PC represent the largest dataset on the quality and organization of primary care data in Canada. The patient sample was the same as the Quebec population for education and presence of a chronic illness. The female over-representation in the study is typical of recent cross-sectional studies in primary care in Canada [5, 25]. All the same, this gives us confidence in results of the study.

Policy implications

Our findings suggest that supporting PHC organizations to increase same-day appointment and walk-in clinics could increase first-contact access for patients. This is consistent with the goals of the recent reform, most notably the implementation of Family Medicine Groups [26]. With this implementation, different financial incentives for family practitioners were provided to increase their workload, to support practice in the primary care settings outside the hospitals, and to promote wide-spread use of advanced access scheduling [27].

Conclusions

This study looked at what determines better first-contact accessibility at the organizational level in PHC organizations. First-contact accessibility increased most with the possibility for patients to have a same-day appointment or to walk-in the clinic. While patient-reported accessibility also increased with the number of hours worked per week by the family practitioner and the presence of physicians from other disciplines in the clinic, it was not associated with the use of electronic medical records or the presence of nurses. The advanced access model for practices is being implemented throughout Quebec and in the next years, it will be important to evaluate the effect of these changes on organizational characteristics and first-contact accessibility for patients.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

The present study was approved by the Ethics Board of the *Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke*.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Availability of data and materials

The data that support the findings of this study are available from Quebec National Institute of Public Health but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of Quebec National Institute of Public Health.

References

1. World Health Organization, *Declaration of Alma-Ata*, in *International Conference on Primary Health Care*. 1978: Alma-Ata, USSR.
2. Starfield, B., L. Shi, and J. Macinko, *Contribution of primary care to health systems and health*. *The Milbank Quarterly*, 2005. **83**(3): p. 457-502.

3. Haggerty, J., et al., *Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts*. *Annals of Family Medicine*, 2007. **5**(4): p. 336-344.
4. Hogg, W., et al., *Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain*. *International Journal For Quality In Health Care*, 2008. **20**(5): p. 308-313.
5. Bénéigéri, M., *Perceptions et expériences de la population: Le Québec comparé*, in *Publication du Commissaire à la santé et au bien-être*. 2017. p. 68.
6. Lévesque, J.-F. and M. Bénéigéri, *L'expérience de soins de la population: Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus*. 2011, Le Commissaire à la santé et au bien-être: Québec.
7. Breton, M., J. Ricard, and N. Walter, *Connecting orphan patients with family physicians: differences among Quebec's access registries*. *Canadian Family Physician*, 2012. **58**(9): p. 921.
8. Clair, M., et al., *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux: Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*. 2001, Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec.
9. Haggerty, J.L., et al., *Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care*. *Annals Of Family Medicine*, 2008. **6**(2): p. 116-123.
10. Smithman, M.A., et al., *The Multi-Level, Multi-Component Primary Healthcare Reform Underway in Québec*, in *North American Primary Care Research Group Annual Meeting*. 2017: Montreal.
11. Breton, M., et al., *L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: Potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires*. *Pratiques et Organisation des soins*, 2011. **42**(2): p. 101-109.
12. Muggah, E., et al., *Patient-reported access to primary care in Ontario: Effect of organizational characteristics*. *Canadian Family Physician*, 2014. **60**(1): p. e24-e31.
13. Schäfer, W.L.A., et al., *QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care*. *BMC Family Practice*, 2011. **12**: p. 115-115.
14. Wong, S.T., et al., *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICO-PC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. *BMC Fam Pract*, 2015. **16**(20).
15. Régie de l'assurance maladie du Québec, *Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec*. 2017.
16. Schäfer, W.L.A., et al., *Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries*. *Quality In Primary Care*, 2013. **21**(2): p. 67-79.
17. Lévesque, J.-F., et al., *Measuring Organizational Attributes of Primary Care: A review and classification of measurement items used in international questionnaires*, in *Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services*. 2012, Institut national de santé publique du Québec: Montréal.
18. Shi, L., B. Starfield, and J. Xu, *Validating the Primary Care Assessment Tool*. *The Journal of Family Practice*, 2001. **50**(2).
19. Premji, K., et al., *Patients' perceptions of Access to Primary Care in Ontario: An Analysis of the QUALICO-PC Patient Experiences Survey*, in *North American Primary Care Research Group Annual Meeting*. 2017: Montreal.

20. Katz, A., et al., *Alignment of Canadian Primary Care With the Patient Medical Home Model: A QUALICO-PC Study*. The Annals of Family Medicine, 2017. **15**(3): p. 230-236.
21. Miedema, B., et al., *Do new and traditional models of primary care differ with regard to access?: Canadian QUALICOPC study*. Canadian Family Physician - Médecin de famille canadien, 2016. **62**(1): p. 54-61.
22. Haggerty, J.L., et al., *Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms*. Canadian Family Physician - Médecin de famille canadien, 2007. **53**(6): p. 1057.
23. Francoeur, D., et al., *QUALICOPC Québec : Évaluation des services de première ligne dans la province de Québec*. 2012, Institut national de santé publique.
24. Paré, I. *Profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois : 2010-2011*. 2013 [2015-10-20]; Available from: <https://www.fmoq.org/pratique/enseignement-et-recherche/profil-de-pratique-des-medecins-omnipraticiens-quebecois-2010-2011/>.
25. Dahrouge, S., et al., *The Comparison of Models of Primary Care in Ontario (COMP-PC) study: methodology of a multifaceted cross-sectional practice-based study*. Open Med, 2009. **3**(3): p. e149-64.
26. Rodríguez, C. and M. Pozzebon, *The implementation evaluation of primary care groups of practice: a focus on organizational identity*. BMC Family Practice, 2010. **11**: p. 15-15.
27. Breton, M., et al., *Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada*. Int J Health Plann Manage, 2016.

5.5 Précisions sur la méthode

Dans cette section, une description plus en détail de la collecte de données, du cadre conceptuel et des variables à l'étude et de la stratégie d'analyse est présentée.

5.5.1 Collecte de données

Le recrutement et la collecte des données pour QUALICO-PC au Québec se sont réalisés tel que décrit dans l'article plus haut. Cependant, ces étapes ont différé à plusieurs égards de ce qui s'est fait dans le reste du Canada et ces détails sont rapportés ici.

Tout d'abord, l'équipe de l'INSPQ qui a procédé au recrutement, a eu accès à un échantillon aléatoire des médecins de famille du Québec. Dans le reste du Canada, sauf au Manitoba, les équipes de recherches ont procédé avec une méthode de recensement et tous les médecins de famille de la province étaient invités à participer à l'enquête (Wong, Chau et al. 2015). Le recrutement au Québec a aussi différé des autres provinces par la façon dont

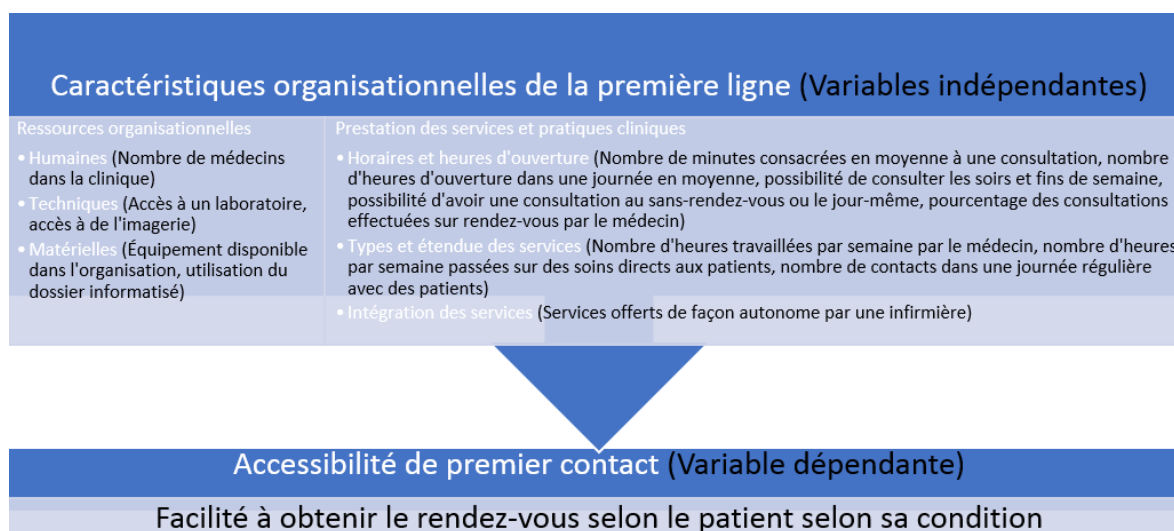
les médecins ont été contactés. Les participants potentiels recevaient un appel de l'équipe de recherche et ils pouvaient consentir au projet au téléphone, en plus du courrier électronique et de la poste. De plus, la stratification de l'échantillonnage par type de régions était spécifique à la province. Finalement, la collecte de données au Québec s'est étendue pendant neuf mois, alors qu'elle a duré seulement quatre mois dans les autres provinces.

5.5.2 Cadre conceptuel et variables

Dans le précédent article, le schéma du cadre conceptuel présenté au chapitre 3 a été simplifié afin de présenter seulement les dimensions qui reflétaient les variables à l'étude. Ci-dessous, la figure représente les variables à l'étude (qui sont décrites en détails à l'annexe 5) dans le cadre conceptuel. Cette figure permet aussi de mieux illustrer les deux niveaux des analyses qui seront expliquées dans la section suivante.

Figure 2.

Cadre conceptuel avec intégration des variables à l'étude



5.5.3 Analyse

Dans cette section sont décrits plus en détail que dans l'article la méthode d'analyse de l'étude ainsi que le processus réalisé pour obtenir le modèle statistique final qui a permis de répondre à l'objectif de l'étude.

La première étape était celle de l'analyse descriptive. Des fréquences ont été mesurées sur toutes les variables. Des moyennes ou des médianes ont été calculées pour les variables indépendantes des caractéristiques organisationnelles. Les plus intéressantes sont rapportées dans l'article ci-haut. Il aurait été d'intérêt de présenter des caractéristiques des OSPL participantes, mais ces informations n'étaient pas disponibles en lien avec les médecins.

La deuxième étape a été une analyse des participants patients et médecins afin de déterminer si les groupes de participants avaient répondu différemment aux questionnaires selon leurs caractéristiques. Des tests de Student T ont été faits pour les variables d'âge (les âges étant regroupés en catégories seulement pour les tableaux) et des tests de Fisher et du χ^2 ont été faits pour les variables dichotomiques et catégoriques.

La troisième étape consistait en l'analyse multi-niveaux. Le modèle multi-niveaux a été choisi parce que les données des patients étaient nichées dans les données des médecins, c'est-à-dire que les données des patients sont regroupées en petits groupes partageant des caractéristiques communes : les soins d'un médecin. Cela permet de tenir compte du fait que l'expérience de soins rapportée par les patients peut être directement influencée par les pratiques de leur médecin. De plus, ce modèle permet d'appliquer les facteurs de confusion potentiels au modèle, à des niveaux différents selon qu'ils s'appliquent aux patients ou aux médecins. C'est cette analyse multi-niveaux qui a permis de répondre à l'objectif de recherche. Dans un premier temps, un modèle de régression bivariée a été réalisé en mettant en relation chacune des variables indépendantes avec la variable

dépendante. Dans un deuxième temps, un modèle de régression ajusté a été obtenu en ajoutant les caractéristiques des patients et des médecins comme facteurs de confusion potentiels. Dans ce deuxième modèle, toutes les variables indépendantes ont été sélectionnées, indépendamment de leur association significative ou non avec la variable dépendante dans le modèle bivarié. Ce modèle était un modèle à effets fixes. Ce choix a été fait au lieu d'un modèle à effets aléatoires, afin de contrôler pour les facteurs de confusion potentiels sans qu'il faille d'abord estimer ces facteurs. Ainsi, dans une telle situation, le modèle à effets fixes permet d'estimer l'association de façon moins biaisée que le modèle à effets aléatoires (Givord et Guillerm 2016).

Le modèle multi-niveaux final comportait deux niveaux, tel qu'illustré à la figure 2 : celui des patients et de la variable dépendante et celui des médecins et des variables indépendantes. Théoriquement, le modèle aurait pu contenir un troisième niveau, car les données recueillies l'auraient permis : celui des OSPL avec un contrôle pour le type de région de pratique. Ce choix n'a pas été fait pour les trois raisons suivantes :

- 1- L'interprétation d'un modèle à trois niveaux est beaucoup plus complexe et abstraite qu'un modèle à deux niveaux et dépassait le cadre de cette étude de niveau maîtrise.
- 2- L'effet des médecins sur l'expérience de soins est plus important que l'effet de l'OSPL; bien que soumis à des règles, les médecins décident eux-mêmes de leur pratique en raison de leur statut professionnel.
- 3- Une partie des effets de l'OSPL est mesurée par les variables indépendantes des caractéristiques organisationnelles rapportées par les médecins.

5.6 Précisions sur les résultats

Dans cette section sont discutés les résultats qui ne l'ont pas été dans l'article pour des raisons éditoriales.

5.6.1 Analyse des échantillons

Les résultats de l'analyse des échantillons sont présentés dans la quatrième colonne du Tableau 1. Ainsi, on peut voir que les deux caractéristiques des patients qui affectaient significativement les variables étaient l'occupation et l'état de santé auto-déclaré.

5.6.2 Traitement des données aberrantes

Concernant le traitement des données aberrantes, le choix a été fait de conserver toutes les données dans l'analyse, sauf une (expliquée plus bas) pour diverses raisons. Tout d'abord, les données d'allure extrême concernent les réponses des médecins de famille sur leurs nombre d'heures travaillées et leurs nombre de contact avec des patients dans une journée; ce qui peut sembler aberrant à ce niveau peut par ailleurs tout à fait représenter la réalité pour un médecin. De plus, à travers les médecins de famille, les pratiques peuvent être très variables et les grandes distributions de fréquence reflétaient cette variation importante. Finalement, comme il n'était pas possible de vérifier les réponses des médecins sur les caractéristiques organisationnelles avec des données administratives de la clinique par exemple, il a été convenu qu'il était bien difficile de juger de ce qu'était une donnée aberrante. La seule donnée non-conservée était une réponse d'un seul médecin à la question du nombre de contacts en moyenne par jour régulier de travail avec des patients (71,5). Les réponses allaient de 8 à 53 suivant une distribution normale.

5.6.3 Analyse de la variance

L'analyse de la variance dans un modèle multi-niveaux est complexe et se réfère à plusieurs calculs différents selon la littérature consultée (Rights et Sterba 2018). Dans cette étude, ce qui a été calculé est la variance totale du modèle, qui est de 30,98 %. Bien que ce résultat ne puisse pas permettre de différencier la proportion de variabilité de chacun des niveaux, l'avantage principal vient du fait que l'interprétation est plus facile; cette variance totale représente l'ensemble de la variabilité expliquée par les facteurs et variables incluses dans notre modèle. Une discussion sur cette interprétation est présentée dans la section suivante.

6. DISCUSSION

L'accessibilité de premier contact demeure un enjeu important en première ligne au Québec. Selon ce qui a été exploré dans la recension des écrits, la présente étude est la première à explorer les associations entre les caractéristiques organisationnelles des OSPL après les réformes dans la province. Ici, la caractéristique qui augmentait le plus l'accessibilité rapportée par les patients était la possibilité d'obtenir un rendez-vous le jour même ou de consulter au sans rendez-vous. Les autres caractéristiques qui avaient aussi une association positive lorsque contrôlées en régression logistique étaient le nombre d'heures travaillées par le médecin de famille du patient dans la semaine et le nombre de médecins d'autres spécialités dans la clinique. Les associations significatives sont discutées plus en détail, ainsi que leur implication clinique dans les prochains paragraphes.

L'association significative la plus importante de l'étude est l'association entre l'accessibilité de premier contact et la possibilité d'obtenir un rendez-vous le jour même ou de consulter au sans rendez-vous. En contrôlant pour les facteurs de confusion, pour les patients dont il était possible d'obtenir un rendez-vous le jour même ou de consulter au sans rendez-vous, il leur était près de trois fois plus facile d'obtenir un rendez-vous. Ce résultat n'est pas étonnant; il est attendu qu'un patient qui puisse obtenir un rendez-vous le jour même réponde qu'il trouve que l'obtention de ce rendez-vous ait été aisée. Par ailleurs, cela soulève un questionnement qui n'a pu être exploré avec les données disponibles de QUALICO-PC : les variables indépendantes de sans rendez-vous et d'accessibilité le jour même étant regroupées dans le questionnaire, l'association avec cette dernière aurait-elle été plus importante? C'est ce que ça laisse présager, car les patients recrutés étaient ceux qui avaient obtenu un rendez-vous, donc que la possibilité de la consultation au sans rendez-vous n'aurait pas dû affecter.

Tel que mentionné plus haut, le nombre de médecins de spécialités différentes que la médecine de famille travaillant dans la clinique était associé à une augmentation de l'accessibilité de premier contact. Dans le modèle ajusté, chaque médecin spécialiste de

l'OSPL augmentait les chances d'environ 13 % que le patient réponde qu'il lui avait été facile d'obtenir un rendez-vous. L'interprétation de ce résultat doit être nuancée, car cette variable n'était pas distribuée normalement et dans la majorité des OSPL, il n'y avait pas de spécialistes. Malgré tout, il est possible que les OSPL performantes offraient des services médicaux de plusieurs spécialités différentes. Cela est concordant avec les résultats de l'étude de Miedema et al. (2016) présentée dans le chapitre 2. Ainsi, il est possible qu'en clinique, certains spécialistes peuvent offrir des services de première ligne tels que des examens préventifs gynécologiques (gynécologue) ou urologiques (urologues), des examens périodiques pédiatriques (pédiatres) ou des suivis de maladies chroniques (internistes, psychiatres, etc.). Une telle hypothèse pourrait expliquer que le médecin de famille d'un patient qui a pour collègues dans l'OSPL des spécialistes ait une accessibilité de premier contact augmentée. Il se trouve ainsi à déléguer des suivis. Cependant, dans cette étude, les spécialités des autres médecins n'étaient pas connues; il faudrait donc faire une autre étude afin de vérifier cette hypothèse.

En regardant les rapports de cotes ajustés, le nombre d'heures travaillées au total par semaine par le médecin de famille participant, mais pas le nombre d'heures travaillées par semaine dans l'OSPL, était associée à une plus grande accessibilité de premier contact. L'impact clinique de cette association étant faible par ailleurs, car le rapport est très proche de 1. De plus, dans les résultats non ajustés, les rapports de cotes étaient identiques entre les deux variables. Cela laisse croire que les caractéristiques des médecins de famille participants affectent différemment ces deux variables, car une seule (le nombre d'heures totales travaillées par semaine) est affectée par l'ajustement. De plus, à cause de la grande distribution des données et du fait que les nombres d'heures n'aient pas été regroupés en dizaines d'heures (par exemple) dans le traitement des données, il est possible que l'effet de l'augmentation d'une seule heure de travail soit trop faible pour que le rapport de cotes soit significatif.

La présence de ressources matérielles telles que de l'équipement médical utilisé par le médecin de famille ou d'autres professionnels dans la clinique était la seule association négative significative avec l'accessibilité de premier contact. La variable indépendante

s'opérationnalisait sous la forme d'un score en fonction du nombre d'éléments cochés dans la liste du questionnaire du médecin de famille. Ainsi, plus d'éléments étaient cochés, plus le score était élevé. L'interprétation de ce rapport de cotes est donc plus ardue; à chaque augmentation d'une variété d'équipement disponible, la probabilité d'avoir une facilité à obtenir le rendez-vous pour le patient diminuait d'environ 11 %. La distribution des données n'est pas en cause dans ce résultat particulier; les scores étant distribués normalement entre 3 et 28. Il est possible qu'au-delà d'un certain nombre d'équipements essentiels (tensiomètre, trousse d'urgence, otoscope et ophtalmoscope par exemple), les équipements en surplus présents (ceux dans la liste du questionnaire étant surtout des équipements de soins spécialisés) favorisent une diversité des services offerts dans la clinique au détriment de l'accessibilité de premier contact pour les rendez-vous réguliers.

Deux importantes cibles des réformes de la première ligne au Québec n'étaient pas associées dans l'étude à une augmentation significative de l'accessibilité : l'utilisation du dossier médical électronique et la présence d'infirmière offrant des soins de façon autonome dans la clinique. D'autres variables organisationnelles ne sont pas non plus associées significativement à l'accessibilité de premier contact et ces résultats sont discutés dans les prochains paragraphes.

L'utilisation du dossier informatisé n'était pas associée significativement avec l'accessibilité de premier contact. Il est possible que le dossier informatisé affecte d'autres dimensions de l'expérience de soins qui n'ont pas été étudiées ici. Il se peut aussi que ce qui a été mesuré avec le questionnaire de médecin de famille, un score de 1 à 9 en fonction des différentes utilisations de l'informatique dans l'OSPL n'ait pas bien représenté l'utilisation seule du dossier informatisé. Comme des données administratives des cliniques n'étaient pas disponibles, il n'était pas possible de vérifier cette dernière hypothèse.

L'absence d'association avec le rôle infirmier est concordante avec une autre étude au Canada (Muggah et al. 2014) et les données canadiennes de QUALICO-PC (Ammi et al. 2017), mais différente de l'association retrouvée dans une étude québécoise datant d'avant les réformes et d'avant l'implantation des GMF au Québec (Haggerty et al. 2008).

Une des explications possibles à ce résultat est que l'inclusion généralisée des infirmières dans les OSPL dans la dernière décennie au Québec a surtout servi à mettre de l'accent sur l'augmentation des soins préventifs et la gestion des maladies chroniques. Une autre cible de l'implantation des infirmières en GMF était de s'approcher du modèle PCMH (Katz et al. 2017). Ainsi, la contribution des infirmières dans les OSPL a probablement influencé d'autres dimensions de la performance en première ligne qui n'ont pas été mesurées dans cette étude, telles que la globalité et la continuité, malgré le libellé des politiques gouvernementales à ce sujet (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2017). De plus, il est possible que les OSPL travaillant déjà avec des infirmières avant les réformes fussent des cliniques plus performantes et étaient aussi peut-être plus ouvertes à d'autres innovations améliorant l'accessibilité de premier contact, tel que l'accès adapté par exemple. Dans une récente étude canadienne utilisant les données de QUALICO-PC collectées dans toutes les provinces (Miedema et al. 2016), les OSPL étaient catégorisées comme faisant partie d'un nouveau modèle de clinique (comme une pratique de groupe multidisciplinaire) ou d'un modèle traditionnel (comme une pratique solo). Il n'y a pas eu de différences entre les modèles en ce qui a trait à l'accessibilité. Ces résultats viennent aussi confirmer que les équipes de soins de première ligne multidisciplinaires ont tendance à agir sur l'expérience du patient et la performance des soins dans d'autres dimensions que l'accessibilité. Finalement, il est possible que la méthode derrière le recrutement et la collecte de données de QUALICO-PC centrée autour du médecin ait pu diminuer une association s'il y en avait une. En effet, si les patients avaient été recrutés lors d'une journée normale de rendez-vous, peu importe avec quel professionnel ils avaient ce rendez-vous, peut-être que les résultats auraient été différents.

L'absence d'association significative entre le nombre de médecins de famille dans l'OSPL et l'accessibilité de premier contact est concordante avec l'étude de Haggerty et al. (2008) présentée dans le chapitre 2. En effet, selon cette étude l'accessibilité de premier contact augmentait jusqu'à dix médecins de famille dans la clinique, puis diminuait par la suite s'il y avait plus de médecins. Un regroupement en catégories du nombre de médecins aurait

pu permettre de voir cette association si elle avait été présente, mais ce regroupement de données n'a pas été fait dans l'étude actuelle.

Les variables organisationnelles qui mesuraient l'horaire et les heures d'ouverture n'ont pas montré d'association significative (sauf la possibilité de consulter le jour même ou de consulter au sans rendez-vous). Le nombre de contacts par jour avec les patients, le pourcentage des visites sur rendez-vous et la durée des consultations n'étaient pas associées de façon significative avec l'accessibilité de premier contact. Il est probable que les effets étaient trop petits et qu'un regroupement des données en catégories de nombre auraient pu montrer une association, mais ce traitement des données n'a pas été réalisé dans l'étude présente.

En regardant de plus près les caractéristiques des patients participants, seuls l'occupation et l'état de santé auto-déclaré semblaient affecter différenciellement l'accessibilité de façon significative. Les gens sans emploi et ceux qui étaient invalides à l'emploi trouvaient qu'il était plus facile d'obtenir un rendez-vous avec leur médecin. Il est possible que ces patients aient un emploi du temps plus flexible que les autres et donc, une plus grande disponibilité pour l'attribution de leur rendez-vous. Les résultats concernant l'état de santé sont plus difficiles à expliquer. Les participants qui jugeaient leur état de santé excellent, moyen ou mauvais avaient tendance à rapporter une meilleure accessibilité, tandis que ceux dont l'état de santé était bon (qui représentaient le groupe le plus important) avaient moins cette tendance. Il est possible que ces derniers participants aient des attentes plus élevées par rapport à l'accessibilité que les autres patients participants. Du côté des médecins, aucune des caractéristiques pour lesquelles les variables ont été contrôlées n'a démontré une différence entre les groupes. À cause de la nature transversale de cette étude, il n'est pas possible de conclure que la féminisation de la profession médicale (Daoust-Boisvert 2018) n'affecte pas l'accessibilité aux soins, mais cela est concordant avec une étude antérieure réalisée au Québec (Contandriopoulos et Fournier 2007).

Pour terminer cette discussion des résultats de l'étude, il est pertinent de commenter l'analyse de la variance du modèle statistique multi-niveaux utilisé. Tel que mentionné dans

le chapitre précédent, il a été calculé que seulement 30,98 % de la variabilité dans l'étude était due à des variables et des facteurs pris en compte dans le modèle. Ainsi, la majorité de la variation des données est expliquée par d'autres facteurs que l'on peut seulement supposer. Concernant les variables organisationnelles, à cause de la formulation de la question sur la variable dépendante de l'accessibilité de premier contact, il aurait été pertinent de mesurer les dispositifs de prise de rendez-vous dans les OSPL (par téléphone, en personne ou en ligne). De plus, afin de mieux vérifier l'hypothèse que la multidisciplinarité dans une OSPL pourrait augmenter l'accessibilité de premier contact, il aurait fallu une question mesurant la possibilité de prendre un rendez-vous avec d'autres professionnels dans la clinique. Finalement, il est probable qu'une partie des facteurs non explorés soient à un troisième niveau : celui de l'OSPL. Le niveau de l'OSPL est celui où les caractéristiques organisationnelles ou contextuelles sont indépendantes de la pratique du médecin de famille. Par exemple, de tels facteurs au niveau de l'OSPL auraient pu être le modèle d'organisation, le nombre d'adjointes administratives par médecin ou l'ouverture de la clinique à des patients qui n'y sont pas suivis. Dans les caractéristiques des participants qui n'ont pas fait partie du modèle, car elles n'étaient pas disponibles dans les données, on retrouve plusieurs caractéristiques des médecins de famille possiblement influentes sur l'accessibilité de premier contact (expérience en nombre d'années du médecin, type de pratique et type de rémunération).

6.1 Limites de l'étude

Dans cette partie de la discussion, les différentes limites de l'étude seront traitées, ainsi que leurs effets potentiels sur les résultats et les conclusions, d'abord à l'égard de la validité statistique, puis de la validité interne, et enfin en ce qui a trait à la validité externe.

6.1.1 Validité statistique

Le premier obstacle à la validité de la conclusion statistique dans notre étude est la faible variance de la distribution de fréquences de la variable dépendante. La réponse à cette variable qui évaluait si le patient avait été en mesure d'obtenir le rendez-vous aussi rapidement que souhaité était à 76,1 % oui (n=1175) et 23,9 % non (n=369). Cependant, comme on a employé un modèle de régression multi-niveaux et que la taille de l'échantillon était suffisante pour assurer une bonne puissance statistique, cette faible variance ne peut pas invalider les résultats statistiquement significatifs obtenus. De plus, cette distribution de fréquences non normale s'explique du fait que les patients recrutés étaient ceux qui avaient nécessairement un rendez-vous, la journée où ils remplissaient le questionnaire. Néanmoins, il est possible que cette faible variance de la variable dépendante ait empêché de démontrer plus d'associations significatives.

Le second obstacle à la validité de conclusion statistique rencontré dans notre étude est la distribution anormale de la variable indépendante « Nombre de médecins (équivalent temps plein) d'autres spécialités (que médecine de famille) travaillant dans la clinique ». La distribution de fréquences de cette variable montre que dans 85,6 % des cliniques, il n'y a pas de médecins spécialistes sur place, dans 8 % des cliniques, il y a entre 0,1 et 0,5 médecin spécialiste (en équivalent temps plein) et dans 2 % des cliniques, on compte entre 1 et 2 spécialistes, dans 1,5 % des cliniques, il y a 8 spécialistes et dans 0,6 % des cliniques, entre 20 et 25 spécialistes sont présents. Cependant, comme l'association démontrée entre le nombre de médecins spécialistes dans l'OSPL et l'accessibilité de premier contact est de faible amplitude (OR ajusté de 1,13), il est possible que l'explication à cette association soit l'interprétation mentionnée plus haut dans la discussion; soit que les cliniques plus performantes sur le plan de l'accessibilité ont tendance à disposer de médecins spécialistes sur place.

Un dernier obstacle à la validité des conclusions statistiques était l'absence de regroupement des variables indépendantes numériques. En les regroupant en catégories de nombres, il aurait probablement été possible d'observer des effets alors que les effets

de l'augmentation ou de la diminution d'une unité des variables étaient trop petits pour le seuil de signification statistique. C'est le cas dans les variables du nombre d'heures travaillées, du pourcentage de consultations sur rendez-vous, de la durée en minutes d'une consultation moyenne et du nombre de contacts moyens avec des patients par jour.

6.1.2 Validité interne

6.1.2.1 Biais de sélection

Dans notre étude, un biais de sélection aurait pu survenir sur les patients. L'équipe de recherche n'avait pas de contrôle sur l'échantillonnage de convenance des patients du médecin à l'intérieur de chaque clinique. Les patients qui ont accepté de participer étaient probablement légèrement différents de ceux qui ont refusé (sur lesquels nous n'avons d'ailleurs aucune donnée) et sur ceux à qui l'étude n'a pas été proposée, mais qui auraient pu remplir les critères d'inclusion. De plus, aucune donnée n'est disponible sur le moment du recrutement dans la clinique (heure, journée de la semaine), bien que théoriquement les patients recrutés étaient les dix premiers d'une journée typique de pratique du médecin participant. Cela aurait aussi pu entraîner un biais de sélection de la part du médecin qui choisissait sa journée de recrutement en fonction des patients qui avaient pris rendez-vous. Il n'y avait pas de directive autre que le caractère typique pour le médecin de la journée où s'est déroulée le recrutement des patients.

6.1.2.2 Biais d'information

Il existe des biais d'information possibles dans cette étude. D'abord, malgré la préoccupation de départ de disposer d'un questionnaire correspondant à la réalité de plusieurs pays, le questionnaire utilisé pour la collecte de données a été construit selon des réalités européennes. Ainsi, des questions ont pu ne pas être interprétées de la même manière dans le contexte québécois par rapport au contexte original et il n'est pas possible de savoir si tous les participants ont fait ces interprétations dans le même sens. Par ailleurs, le questionnaire québécois a été bonifié par des questions à saveur locale par l'INSPQ afin de pallier ce problème.

La seconde source de biais d'information est un éventuel biais de désirabilité sociale. Par exemple, les médecins ont pu dépeindre un portrait plus favorable de la réalité (par exemple, le nombre d'heures ou de rendez-vous déclarés plus importants dans certaines réponses que ceux réellement disponibles); il n'a pas été ni possible ni souhaité de vérifier la validité des réponses en les comparant avec des données administratives. De leur côté, les patients ont pu répondre plus positivement concernant leur satisfaction aux soins, de peur que leur médecin soit perçu péjorativement s'ils ne le faisaient pas. Cependant, la confidentialité des données et l'anonymat des résultats étaient bien expliqués aux participants, ce qui a pu en rassurer plusieurs et minimiser cette source potentielle de biais.

La dernière source de biais d'information est la mesure de l'accessibilité de premier contact. Une limite à la validité interne de notre étude est l'utilisation d'une seule question pour mesurer la variable dépendante. Il est possible que l'ensemble des dimensions du construit de l'accessibilité de premier contact n'ait pas pu être pris en compte par cette unique question. Cependant, cette dernière est une question avec une longue feuille de route. Elle fait partie des premières versions du PCAT (Shi et al. 2001) et elle a été sélectionnée dans le questionnaire de l'expérience des patients de QUALICO-PC après une validation par des experts (Schäfer et al. 2013). De plus, des chercheurs ontariens ont réalisé une étude sur les questions de l'accessibilité au sein du questionnaire de QUALICO-PC. Ils ont déterminé que la meilleure question pour mesurer l'accessibilité de premier contact était la même que nous avons utilisée. Cette question reflète, en plus de l'accessibilité au rendez-vous avec le médecin, l'acceptabilité du délai pour le patient. Donc, le délai requis par la condition est aussi mesuré à travers l'expérience du patient (Premji et al. 2017).

6.1.2.3 Facteurs de confusion

Concernant les facteurs de confusion potentiels, les analyses statistiques multivariées ont permis de contrôler plusieurs variables; il s'agit des caractéristiques sociodémographiques des patients et des caractéristiques des médecins. Il demeure tout de même possible que des variables de confusion n'aient pas été identifiées par l'équipe de recherche et influencent les résultats, tel qu'il a été discuté précédemment dans ce chapitre.

6.1.3 Validité externe

La question de recherche de l'étude s'intéresse à une dimension de l'accessibilité aux soins de première ligne qui est rapportée par des patients inscrits auprès de médecins de famille et qui ont obtenu un rendez-vous. Cela ne correspond évidemment pas à la réalité de tous les patients québécois, car plusieurs n'ont toujours pas de médecin de famille. Il existe alors une possibilité que cette accessibilité soit mieux perçue dans cette population ayant déjà un accès aux services comparativement à la perception de la population générale. Cela limite la validité externe de l'étude faisant en sorte que ses résultats ne soient généralisables qu'à la portion de la population qui a un médecin. En ce sens, il existe un biais de sélection limitant la validité externe de l'étude, car les caractéristiques des patients sélectionnés (ceux ayant un médecin de famille) font que les résultats de l'étude ne s'appliquent qu'à des patients ayant des caractéristiques communes.

L'autre limitation à la validité externe concerne les médecins participants. Le taux de réponse global des médecins de famille québécois dans l'étude QUALICO-PC est assez faible, de 17 %, bien qu'il soit le deuxième meilleur de toutes les provinces qui ont participé à QUALICO-PC (Wong et al. 2015). Par ailleurs, les médecins participants à l'étude étaient représentatifs des médecins de famille pratiquant en première ligne au Québec selon les dernières données de la FMOQ (Paré 2013). L'équipe de recherche ne dispose pas de données sur les médecins qui ont choisi de ne pas participer à l'étude. Il est alors impossible de comparer les groupes de participants et de non-participants à savoir si des différences majeures par rapport à la population à l'étude auraient distingué les deux groupes.

Une limitation semblable concernant l'échantillonnage par convenance des patients est à émettre. Par ailleurs, bien que l'échantillon de patients montrait une surreprésentation des femmes (Statistique Canada 2014), celui-ci était comparable à la population québécoise concernant la scolarité et la présence de maladie chronique (Lévesque et Bénigéri 2011). De plus, la proportion des femmes ayant participé à l'étude chez les patients est semblable

à celle de récentes études transversales sur la première ligne au Canada (Dahrouge et al. 2009; Bénigéri 2017).

6.2 Forces de l'étude

Dans cette partie de la discussion, les différentes forces de l'étude seront discutées avec leurs effets potentiels sur les résultats et les conclusions à l'égard de la validité interne et externe.

Tout d'abord, l'étude QUALICO-PC est une enquête qui comprend plusieurs forces, dont a pu bénéficier la présente étude : un recrutement à grande échelle d'un échantillon stratifié de médecins de famille, une collecte de données sur de nombreuses dimensions de l'expérience de soins des patients et sur l'organisation des soins de première ligne, une utilisation de questionnaires validés et une possibilité de comparaison des données avec d'autres juridictions.

Concernant l'étude présentée dans ce mémoire, elle est la première à mesurer l'association entre les caractéristiques organisationnelles de première ligne au Québec et l'accessibilité de premier contact. Cela offre une perspective de recherche intéressante afin de suivre l'évolution de ces effets après l'implantation d'autres changements en première ligne tels que l'accès adapté.

6.2.1 Validité interne

D'autres forces de cette étude concernent l'analyse statistique sur les associations. Le modèle de régression logistique a permis de contrôler pour différents facteurs de confusion dans les résultats ajustés. La taille de l'échantillon était assez grande pour le nombre de facteurs de confusions contrôlés afin d'obtenir une bonne puissance statistique. Cette puissance permet d'éviter les erreurs de type 2.

En effet, malgré un faible taux de réponse chez les médecins, le nombre de participants était très élevé. Les patients ont participé en grand nombre avec un taux de participation de 82,5 % (1 798 participants sur un potentiel de 2 180). L'étude QUALICO-PC représente la plus grande base de données québécoise sur la performance de la première ligne.

De plus, le modèle d'analyse multiniveaux a permis de tenir compte que des réponses provenaient tant des patients que de leur médecin de famille pour éviter une erreur écologique et pour tenir compte de ce contexte. Il était nécessaire de procéder à l'analyse avec un tel modèle statistique, car les réponses des patients sont influencées par leur médecin de famille (par exemple, un patient peut trouver facile d'obtenir un rendez-vous avec son médecin si celui-ci travaille exclusivement à la clinique). Il aurait été possible d'obtenir un troisième niveau d'analyse théoriquement, mais le choix du modèle à deux niveaux a été expliqué antérieurement. Les caractéristiques des OSPL utilisées ont été considérées au même niveau que celles des médecins.

6.2.2 Validité externe

Une des forces de cette étude vient du fait que les données ont été collectées à partir d'un échantillonnage représentatif de toutes les régions du Québec. Ainsi, les données de l'étude peuvent s'appliquer à l'ensemble de la province.

7 CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de déterminer les caractéristiques organisationnelles de la première ligne au Québec associées à une meilleure accessibilité de premier contact. L'association la plus forte a été observée lorsque les patients ont la possibilité de consulter au sans rendez-vous ou d'obtenir un rendez-vous le jour-même. Elle augmente aussi avec le nombre d'heures travaillées par le médecin de famille et le nombre de médecins de diverses spécialités présentes dans la clinique. Cependant, cette étude n'a pas permis de démontrer une association significative entre l'accessibilité de premier contact et la présence d'infirmières ou l'utilisation du dossier médical électronique. Ainsi, les facteurs prédictifs de l'accessibilité aux soins de première ligne demeurent encore variables selon les études.

Les conclusions de cette étude suggèrent que le soutien aux fins d'augmenter la disponibilité de plages de sans rendez-vous et les possibilités d'obtenir un rendez-vous le jour-même pour les patients pourraient contribuer à l'augmentation de l'accessibilité. Cela est cohérent avec les objectifs visés par certains des paramètres des récentes réformes, surtout l'implantation des GMF. Dans les dernières années, parallèlement avec l'expansion des GMF, la promotion de l'utilisation de l'accès adapté a permis de développer une nouvelle façon de gérer les rendez-vous par les médecins de première ligne. Dans les prochaines années, il serait important de mesurer si cette innovation a eu un effet sur les caractéristiques organisationnelles de la première ligne et sur l'accessibilité de premier contact.

8 LISTE DES RÉFÉRENCES

Ammi, M., S. Ambrose, B. Hogg et S. Wong (2017). "The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care: results from the Canadian QUALICO-PC study." Health Policy **121**(12): 1215-1224.

Arend, J., J. Tsang-Quinn, C. Levine et D. Thomas (2012). "The patient-centered medical home: history, components, and review of the evidence." The Mount Sinai Journal of Medicine **79**(4): 433-450.

Beaulieu, M.-D., J. Haggerty, P. Tousignant, J. Barnsley, W. Hogg, R. Geneau, É. Hudon, R. Duplain, J.-L. Denis, L. Bonin, C. Del Grande et N. Dragieva (2013). "Characteristics of primary care practices associated with high quality of care." Canadian Medical Association Journal **185**(12): E590.

Bénigéri, M. (2017). Perceptions et expériences de la population: Le Québec comparé. Publication du Commissaire à la santé et au bien-être: 68.

Boerma, W., D. S. Kringos, M. Verschuuren, M. Pellny et M. Bulc (2008). Primary Care Quality Management in Slovenia. Copenhagen, Denmark, World Health Organization.

Boerma, W. G. W. (2003). Profiles of General Practice in Europe: An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht, NIVEL Netherlands Institute for Health Services Research.

Breton, M., J.-F. Lévesque, R. Pineault et W. Hogg (2011). "L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : Potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires." Pratiques et Organisation des soins **42**(2): 101-109.

Breton, M., L. Maillet, I. Paré, S. Abou Malham et N. Touati (2017). "Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada." International Journal of Health Planning & Management **32**(4): e316-e332.

Campbell, S. M., M. O. Roland et S. A. Buetow (2000). "Defining quality of care." Social Science and Medicine **51**: 1611-1625.

Chapman, J., A. Zechel, Y. Carter et S. Abbott (2004). Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. England, Royal College of General Practitioners. **54**: 374-381.

Clair, M., L. Aucoin, H. Bergman, R. Côté, P. Ipersiel, J. LeBoutillier, G. A. Limoges, H. Rajotte, V. Trépanier et R. Rouleau (2001). Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux: Les solutions émergentes. Rapport et recommandations. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Commonwealth Fund (2002). "International Health Policy Survey of Adults with Health Problems." New York, Commonwealth Fund.

Contandriopoulos, A.-P. et M.-A. Fournier (2007). "Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec." Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Québec, Université de Montréal.

Contandriopoulos, D., A. Brousselle, A. Duhoux, M. Breton, M. Perroux et G. Champagne (2015). "Mémoire sur la première partie du projet de loi no 20 : Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée." Centre de recherche Hôpital Charles-Le Moyne, Longueuil, Québec.

Dahrouge, S., W. Hogg, G. Russell, R. Geneau, E. Kristjansson, L. Muldoon et S. Johnston (2009). "The Comparison of Models of Primary Care in Ontario (COMP-PC) study: methodology of a multifaceted cross-sectional practice-based study." Open Med **3**(3): e149-164.

Daoust-Boisvert, A. (2018). "La parité hommes-femmes est atteinte en médecine." Le Devoir Retrieved 2018-01-23, from <https://www.ledevoir.com/societe/sante/518212/la-parite-hommes-femmes-est-atteinte-en-medecine>.

Donabedian, A. (1972). "Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them." The Milbank Memorial Fund Quarterly **50**(4): 103-154.

Donabedian, A. (2005). "Evaluating the quality of medical care (reprinted from 1966)." Milbank Quarterly **83**(4): 691-729.

Engström, S., M. Foldevi et L. Borgquist (2001). "Is general practice effective? A systematic literature review." Scandinavian Journal of Primary Health Care **19**(2): 131-144.

Eurostat (2008). European Health Interview Survey. Luxembourg, Eurostat.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2013). "Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne". Montréal, Québec. Page 16.

Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita et J. Tremblay (2009). "Variables associated with general practitioners taking on serious mental disorder patients." BMC Family Practice **10**: 41-41.

Francoeur, D., J.-F. Lévesque, A. Boivin, M. Breton et J. Haggerty (2012). Questionnaires QUALICOPC Québec : Évaluation des services de première ligne dans la province de Québec, Institut national de santé publique.

Gedda, M. (2015). "Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles." Kinésithérapie, la Revue **15**(157): 34-38.

Givord, P. et M. Guillerme (2016). "Les modèles multiniveaux." Paris, Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

Grol, R. et M. Wensing (2000). "Patients Evaluate General - Family Practice : The EUROPEP instrument." United Kingdom, EQUIP-WONCA.

Haggerty, J., F. Burge, J.-F. Lévesque, D. Gass, R. Pineault, M.-D. Beaulieu et D. Santor (2007). "Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts." Annals of Family Medicine **5**(4): 336-344.

Haggerty, J. L., J.-F. Lévesque, D. A. Santor, F. Burge, C. Beaulieu, F. Bouharaoui, M.-D. Beaulieu, R. Pineault et D. Gass (2011). "Accessibility from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments." Healthcare Policy **7**(Spec Issue): 94-107.

Haggerty, J. L., R. Pineault, M.-D. Beaulieu, Y. Brunelle, J. Gauthier, F. Goulet et J. Rodrigue (2008). "Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care." Annals of Family Medicine **6**(2): 116-123.

Hogg, W., M. Rowan, G. Russell, R. Geneau et L. Muldoon (2008). "Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain." International Journal For Quality In Health Care **20**(5): 308-313.

Katz, A., N. Herpai, G. Smith, K. Aubrey-Bassler, M. Breton, A. Boivin, W. Hogg, B. Miedema, J. Pang, W. P. Wodchis et S. T. Wong (2017). "Alignment of Canadian Primary Care With the Patient Medical Home Model: A QUALICO-PC Study." The Annals of Family Medicine **15**(3): 230-236.

Kellerman, R. et L. Kirk (2007). "Principles of the patient-centered medical home." American Family Physician **76**(6): 774-775.

Kiran, T. et P. O'Brien (2015). "Challenge of same-day access in primary care." Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien **61**(5): 399.

Kringos, D. S., W. G. W. Boerma, E. Spaan et M. Pellny (2011). "A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey." BMC Health Services Research **11**: 90-90.

Lévesque, J.-F. et M. Bénigéri (2011). "L'expérience de soins de la population: Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus." Québec, Le Commissaire à la santé et au bien-être.

Lévesque, J.-F. et M. Bénigéri (2013). "Perceptions et expériences des médecins de première ligne : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012." Québec, Le Commissaire à la santé et au bien-être.

Lévesque, J.-F., S. Descôteaux, N. Demers et M. Bénigéri (2012). "Measuring Organizational Attributes of Primary Care: A review and classification of measurement items used in international questionnaires." Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

Lévesque, J.-F., J. Haggerty, G. Beninguissé, F. Burge, D. Gass, M.-D. Beaulieu, R. Pineault, D. Santor et C. Beaulieu (2012). "Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective." BMC Family Practice **13**: 20-20.

Lévesque, J.-F., R. Pineault, S. Provost, P. Tousignant, A. Couture, R. B. Da Silva and M. Breton (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**: 95-95.

Martínez-González, N. A., S. Djalali, R. Tandjung, F. Huber-Geismann, S. Markun, M. Wensing et T. Rosemann (2014). "Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis." BMC Health Services Research **14**: 214-214.

McCarthy, D., K. Mueller et I. Tillmann (2009). Group Health Cooperative: Reinventing Primary Care by Connecting Patients with a Medical Home. Organized Health Care Delivery System. New York, Commonwealth Fund.

Miedema, B., J. Easley, A. E. Thompson, A. Boivin, K. Aubrey-Bassler, A. Katz, W. E. Hogg, M. Breton, D. Francoeur, S. T. Wong et W. P. Wodchis (2016). "Do new and traditional models of primary care differ with regard to access?: Canadian QUALICOPC study." Canadian Family Physician - Médecin de famille canadien **62**(1): 54-61.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017, 2017-06-28). "Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique." from <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/groupe-de-medecine-de-famille-gmf/>.

Muggah, E., W. Hogg, S. Dahrouge, G. Russell, E. Kristjansson, L. Muldoon et R. A. Devlin (2014). "Patient-reported access to primary care in Ontario: Effect of organizational characteristics." Canadian Family Physician **60**(1): e24-e31.

Murray, M. et D. M. Berwick (2003). "Advanced Access Reducing Waiting and Delays in Primary Care." Journal of American Medical Association **289**(8): 1035-1040.

Ontario Ministry of Health and Long-term care. (2017, 2017-02-08). "Primary Care Payment Models in Ontario." Retrieved 2018-01-12, from <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/pcpm/>.

Organisation mondiale de la Santé (1978). Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de première ligne. Alma-Ata, URSS.

Paré, I. (2013). "Profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois : 2010-2011." Retrieved 2015-10-20, from <https://www.fmoq.org/pratique/enseignement-et-recherche/profil-de-pratique-des-medecins-omnipraticiens-quebecois-2010-2011/>.

Penchansky, R. et J. W. Thomas (1981). "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction." Medical Care **19**(2): 127-140.

Pineault, R., J.-F. Lévesque, D. Roberge, M. Hamel, P. A. Lamarche et J. Haggerty (2009). Accessibility and continuity of care : A study of primary healthcare in Québec. Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Pineault, R., S. Provost, M. Hamel, A. Couture and J. F. Levesque (2011). "The influence of primary health care organizational models on patients' experience of care in different chronic disease situations." Chronic Diseases And Injuries In Canada **31**(3): 109-120.

Pope, C., J. Banks, C. Salisbury et V. Lattimer (2008). "Improving access to primary care: eight case studies of introducing Advanced Access in England." Journal Of Health Services Research & Policy **13**(1): 33-39.

Premji, K., B. Ryan, W. Hogg et W. P. Wodchis (2017). Patients' perceptions of Access to Primary Care in Ontario: An Analysis of the QUALICO-PC Patient Experiences Survey. North American Primary Care Research Group Annual Meeting. Montreal.

Rights, J. D. et S. K. Sterba (2018). "Quantifying explained variance in multilevel models: An integrative framework for defining R-squared measures." Psychological Methods.

Safran, D. G., M. Kosinski, A. R. Tarlov, W. H. Rogers, D. H. Taira, N. Lieberman et J. E. Ware (1998). "The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance." Medical Care **36**(5): 728-739.

Schacht, M. (2018). "Improving same-day access in primary care: Optimal reconfiguration of appointment system setups." Operations Research for Health Care **18**: 119-134.

Schäfer, W. L. A., W. G. W. Boerma, D. S. Kringos, J. De Maeseneer, S. Gress, S. Heinemann, D. Rotar-Pavlic, C. Seghieri, I. Svab, M. J. Van den Berg, M. Vainieri, G. P. Westert, S. Willems et P. P. Groenewegen (2011). "QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care." BMC Family Practice **12**: 115-115.

Schäfer, W. L. A., W. G. W. Boerma, D. S. Kringos, E. De Ryck, S. Greß, S. Heinemann, A. M. Murante, D. Rotar-Pavlic, F. G. Schellevis, C. Seghieri, M. J. Van den Berg, G. P. Westert, S. Willems et P. P. Groenewegen (2013). "Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries." Quality In Primary Care **21**(2): 67-79.

Shi, L., B. Starfield et J. Xu (2001). "Validating the Primary Care Assessment Tool." The Journal of Family Practice **50**(2).

Sonenberg, A., H. Knepper et J. Pulcini (2015). "Implementing the ACA: The Influence of Nurse Practitioner Regulatory Policies on Workforce, Access to Care, and Primary Care Health Outcomes." Poverty and Public Policy **7**(4): 336-356.

Starfield, B. (2001). "New paradigms for quality in primary care." The British Journal of General Practice **51**(465): 303-309.

Starfield, B., L. Shi et J. Macinko (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." The Milbank Quarterly **83**(3): 457-502.

Statistique Canada. (2014). "Accès à un médecin de famille régulier." Retrieved 2018-08-18, from <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310048401&pickMembers%5B0%5D=1.6>

STROBE Initiative Group (2007). "STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies." 2015, from https://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_cross-sectional.pdf.

Tourigny, A., M. Aubin, J. Haggerty, L. Bonin, D. Morin, D. Reinharz, Y. Leduc, M. St-Pierre, N. Houle, A. Giguère, Z. Benounissa et P.-H. Carmichael (2010). "Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec." Canadian Family Physician **56**(7): e273-e282.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (1997). "International Standard Classification of Education (ISCED)." Montreal, Canada, UNESCO Institute for Statistics.

Wong, S. T., L. W. Chau, W. Hogg, G. F. Teare, B. Miedema, M. Breton, K. Aubrey-Bassler, A. Katz, F. Burge, A. Boivin, T. Cooke, D. Francoeur et W. P. Wodchis (2015). "An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICO-PC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada." BMC Family Practice **16**(20).

Wong, S. T., W. Wodchis, W. Hogg, A. Katz, T. Cooke et M. Lahtinen (2013). "QUALICO-PC in Canada-Recruitment, Responses, and Initial Cross Country Comparison With Australia and New Zealand." New Zealand, Health Services and Policy Research Conference.

ANNEXE 1

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE

Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
Muggah et al. (2014)	Titre et résumé	
	Titre	Le type d'étude est décrit dans le résumé et non dans le titre.
	Résumé	Le résumé fournit l'information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été réalisé.
	Introduction	
	Contexte et justification	Le contexte est bien décrit : L'accessibilité de premier contact est importante pour la qualité des soins et des efforts importants ont été faits pour l'améliorer en première ligne. La justification est claire : Peu est connu sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques des OSPL.
	Objectifs	Il y a deux objectifs formulés sous forme de questions : <ul style="list-style-type: none"> 1- Est-ce que l'accessibilité de premier contact diffère selon le modèle d'OSPL? 2- Quels sont les caractéristiques organisationnelles associées à une meilleure accessibilité?
	Méthodes	
	Conception de l'étude	Analyse secondaire des données de l'étude COMP-PC, une étude transversale, réalisée afin de décrire et comparer la structure et les processus dans les deux modèles organisationnels en Ontario.
	Contexte	Ontario : entre Octobre 2005 et Juin 2006
	Population	Toutes les OSPL depuis plus de deux ans dans le même modèle, leurs médecins et leurs patients (de plus de 18 ans).
Variables	Les variables indépendantes sont les caractéristiques organisationnelles et les caractéristiques des médecins. La variable dépendante est l'accessibilité rapportée par les patients.	

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
<i>Étude</i>	<i>Item</i>	<i>Contenu de l'item dans l'étude</i>
	Sources de données et mesures	Les variables indépendantes proviennent des sondages réalisés auprès des médecins et des administrateurs de la clinique. La variable dépendante a été mesurée avec une échelle de Likert en répondant à quatre questions issues du PCAT.
	Biais	Les auteurs de cette étude ont été tributaires des biais de l'étude COMP-PC. Pas de nouveau recrutement.
	Taille de l'étude	La taille de l'échantillon a été déterminée pour détecter une différence entre les modèles des organisations avec un α de 0,05 et un β de 0,20. L'objectif de recrutement était de 35 cliniques par modèle.
	Variables quantitatives	Les réponses pour les questions mesurant l'accessibilité de premier contact ont été normalisées et les scores plus élevés correspondaient à une accessibilité plus grande. L'échelle utilisée avait un Cronbach α de 0,67.
	Analyses statistiques	Des analyses descriptives avec des analyses de variance entre les modèles ont été réalisées. Pour tenir compte de la stratégie d'échantillonnage, une analyse multiniveaux de régression logistique a été réalisée.
Résultats		
	Population	137 OSPL ont été recrutées et 5 361 patients ont participé. Les auteurs n'ont pas rapporté de taux de réponse.
	Données descriptives	L'échantillon de médecins de famille était représentatif des médecins de l'Ontario.
	Données obtenues	Au niveau du patient (pour les analyses) : les caractéristiques socio-démographiques des patients ont été mesurées ainsi que des informations sur la visite au médecin. Au niveau de la clinique (pour les analyses) : les caractéristiques du médecin ont été mesurées ainsi que les caractéristiques organisationnelles de la clinique.

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
	Principaux résultats	Les résultats descriptifs sont présentés par modèle et les associations sont mesurées entre les modèles en analyse bivariées. Ensuite, les caractéristiques des patients sont les facteurs de contrôle dans le modèle de régression 2, puis les caractéristiques des médecins sont les facteurs de contrôle dans le modèle de régression 3, puis les caractéristiques organisationnelles sont les facteurs de contrôle dans le modèle de régression 4.
	Autres analyses	Dans les analyses bivariées, le modèle de pratique par capitation était le modèle avec la plus grande accessibilité rapportée.
Discussion		
	Résultats clés	Après les analyses multivariées, la seule caractéristique du patient, médecin ou de la clinique qui était indépendamment associée à une meilleure accessibilité était l'expérience du médecin (le nombre d'années de pratique).
	Limitations	La limite principale de l'étude est que les données ont été recueillies peu de temps après les réformes. Il est possible que les effets de ces réformes n'aient pas été mesurés adéquatement. De plus, l'étude transversale ne permet pas d'établir un lien de causalité.
	Interprétation	Le modèle d'organisation par capitation est associé à une meilleure accessibilité de premier contact et l'expérience du médecin aussi.
	Généralisabilité	Les résultats peuvent être généralisés seulement à une population qui a un médecin de famille, car généralement, les scores d'accessibilité sont plus élevés que dans la population générale.
Autre information		
	Financement	Le financement de l'étude n'est pas présenté, mais ne semble pas biaiser les résultats.

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
Miedema et al. (2016)	Titre et résumé	
	Titre	Le type d'étude est décrit dans le résumé et non dans le titre.
	Résumé	Le résumé fournit l'information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été réalisé.
	Introduction	
	Contexte et justification	Le contexte est bien décrit : plusieurs réformes ont eu lieu dans les dernières années en première ligne au Canada et diffèrent à travers les provinces. Peu est connu sur les différences dans les expériences de soins des patients entre les modèles d'OSPL traditionnels et les nouveaux modèles d'OSPL.
	Objectifs	Il y a 2 objectifs : 1- Comparer l'accès à la première ligne entre les modèles traditionnels et nouveaux des OSPL à travers le Canada. 2- Examiner si les deux modèles d'OSPL diffèrent dans la perception qu'ont les patients de leur médecin de famille (cet objectif ne sera pas analysé pour les fins de ce mémoire).
	Méthodes	
	Conception de l'étude	Analyse secondaire des données de l'étude QUALICO-PC réalisée au Canada, une étude transversale, réalisée afin de décrire et comparer la performance des soins de première ligne.
	Contexte	Collecte des données par les équipes de recherche provinciales entre 2013 et 2014.
	Population	Les OSPL du Canada; les médecins de famille qui y travaillent ainsi que leurs patients.
Variables	La variable dépendante de l'accès était nommée par ses dimensions de disponibilité, de caractère abordable et d'accommodation. Cependant, la définition pour les auteurs était celle de l'accessibilité de premier contact : " <i>Health services that can be reached in a timely manner</i> ".	

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
	Sources de données et mesures	La variable indépendante du modèle d'OSPL était mesurée à partir du questionnaire du médecin de famille. Les variables dépendantes pour l'accessibilité étaient mesurées à partir du questionnaire de l'expérience du patient et du questionnaire du médecin de famille.
	Biais	C'est une analyse secondaire des données de QUALICO-PC. Il n'y a pas eu de nouveau recrutement.
	Taille de l'étude	Dans cette étude, il n'y a pas eu de calcul de taille d'échantillon. Les auteurs ont utilisé l'ensemble des données collectées pour QUALICO-PC par les équipes canadiennes.
	Variables quantitatives	Pour le premier objectif, les analyses ont été réalisées au niveau des OSPL, ce qui fait que les données des patients de chaque clinique étaient agrégées dans un score par clinique pour chacune des dimensions de l'accessibilité.
	Analyses statistiques	Les données des patients agrégées par clinique ont été mises dans un modèle de régression logistique où le modèle de clinique était la variable indépendante.
Résultats		
	Population	Un total de 759 cliniques et de 7 172 patients des 10 provinces canadiennes. Le taux de réponse (faible) de cette étude n'est pas rapporté. Il faut se référer à un autre article.
	Données descriptives	Les caractéristiques des patients sont décrites dans le tableau 2. Les caractéristiques des OSPL incluses sont décrites dans le tableau 1. Dans le tableau 3, les auteurs présentent la distribution entre les provinces des deux modèles d'OSPL recrutés.
	Données obtenues	17 items mesuraient l'accessibilité dans les questionnaires. Seulement six d'entre eux présentaient une différence entre les deux modèles d'OSPL. Trois étaient liés à une

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
		meilleure accessibilité dans le modèle traditionnel (nombre de jours entre la prise de rendez-vous et la visite, rapidité de prise de rendez-vous et visite avec le médecin traitant) et trois autres étaient liés au nouveau modèle (facilité à voir d'autres professionnels, indication claire des heures d'ouverture, instructions pour consulter ailleurs lorsque la clinique est fermée).
	Principaux résultats	Les facteurs de contrôle ne sont pas explicités, mais on comprend que ce sont les caractéristiques des patients. Les principaux résultats sont décrits ci-haut.
	Autres analyses	Les auteurs ont analysé leur modèle statistique et les items suivants étaient ceux qui expliquaient le plus la variance : nombre de jours entre la prise de rendez-vous et la visite, visite avec le médecin traitant et facilité à voir d'autres professionnels.
Discussion		
	Résultats clés	Dans chacun des modèles, des items différents de l'accessibilité étaient rapportés, ceux-ci souvent se rapportant au modèle lui-même. Par exemple, dans le nouveau modèle, il est plus facile de voir d'autres professionnels (mais les autres professionnels font seulement partie du nouveau modèle).
	Limitations	Les limites de l'étude sont celles d'une étude transversale. De plus, le taux de participation (rapporté dans un autre article) a été faible.
	Interprétation	Ce qui est mentionné au point 18 fait que les auteurs n'ont pas relevé de différences cliniquement significatives entre les modèles.
	Généralisabilité	Les résultats sont seulement généralisables aux patients qui ont déjà un accès à des soins de première ligne.
Autre information		
	Financement	Le financement de l'étude QUALICO-PC provient de plusieurs organismes para-

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
		gouvernementaux indépendants des différentes provinces.
Haggerty et al. (2008)	Titre et résumé	
	Titre	Le type d'étude est décrit dans le résumé et non dans le titre.
	Résumé	Le résumé fournit l'information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été réalisé.
	Introduction	
	Contexte et justification	Le contexte est bien décrit; l'étude a servi à identifier les caractéristiques des OSPL qui sont associées à l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins avant les réformes majeures en première ligne au Québec afin d'informer les futures réformes.
	Objectifs	L'objectif était de mesurer l'accessibilité de premier contact et la continuité rapportées par les patients et d'identifier les caractéristiques organisationnelles qui y étaient associées.
	Méthodes	
	Conception de l'étude	Un devis transversal utilisant des questionnaires avec une analyse multiniveaux.
	Contexte	La collecte de données a été réalisée dans les OSPL du Québec en 2002.
	Population	100 cliniques ont été sélectionnées parmi toutes les OSPL dans un échantillon randomisé stratifié (par modèle de clinique et par type de région). Les cliniques devaient offrir des soins de première ligne généraux dans le même type de modèle depuis plus d'un an et leurs patients devaient en majorité parler français ou anglais. Les médecins des cliniques étaient sélectionnés par volontariat dans les cliniques participantes et les patients recrutés étaient les 20 premiers de chaque médecin participant lors de la journée de la collecte.

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
	Variables	Concernant l'accessibilité de premier contact, les questions utilisées pour les patients étaient celles du PCAT. Les variables indépendantes étaient les caractéristiques organisationnelles.
	Sources de données et mesures	Les réponses du questionnaire patient ont été transformée en scores de 1 à 4 et les auteurs ont établi que 3 était le minimum à atteindre pour chaque dimension de l'expérience de soins. Les données sur les variables indépendantes provenaient des réponses des médecins à leur questionnaire.
	Biais	Le principal effort pour diminuer les sources de biais dans l'étude a été la sélection randomisée stratifiée des cliniques invitées à participer.
	Taille de l'étude	Le calcul de la taille de l'échantillon n'est pas décrit.
	Variables quantitatives	Les variables étaient intégrées dans un modèle multiniveaux. Une analyse de variance a été faite du modèle de régression et lorsque que deux variables étaient trop corrélées, celle avec la plus forte association était choisie pour le modèle final.
	Analyses statistiques	Des modèles de régression linéaire ont été développés pour chacune des dimensions de soins mesurées (variables dépendantes) dans lesquels les caractéristiques organisationnelles étaient les variables indépendantes.
Résultats		
	Population	100 cliniques sur 164 admissibles ont participé avec 221 médecins (taux de participation de 61 %). 2 725 patients participants ont été inclus dans l'analyse, car leur médecin régulier était un médecin participant.
	Données descriptives	Les caractéristiques des cliniques sont présentées au tableau 2 de l'article. Les caractéristiques des médecins et des patients

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
		participants ne sont pas présentées dans cet article.
	Données obtenues	Les caractéristiques organisationnelles mesurées étaient celles de la culture de pratique dans l'OSPL (priorités pour les cas urgents), de la structure de l'OSPL (nombre de médecins, présence d'une infirmière, disponibilité d'une ligne téléphonique, nombre d'établissements avec lesquels la clinique a une entente de couverture de services) et des services cliniques qui y sont dispensés (sans rendez-vous de soirée, sans rendez-vous de fin de semaine, nombre d'heures d'ouverture par semaine).
	Principaux résultats	Les coefficients de corrélation rapportés expriment la différence dans les scores de PCAT moyenne pour chaque caractéristique organisationnelle. Les caractéristiques qui ont augmenté l'accessibilité sont la présence d'une infirmière, un service téléphonique continu, la présence de sans rendez-vous en soirée et un nombre d'heures d'ouverture supérieur à 55 heures par semaine. La présence de plus de 10 médecins diminuait l'accessibilité.
	Autres analyses	Des analyses semblables ont été réalisées pour la continuité relationnelle et la coordination des soins. Une analyse de la variance des modèles a été faite et la variance expliquée par les variables est faible.
Discussion		
	Résultats clés	Les caractéristiques qui ont augmenté l'accessibilité sont la présence d'une infirmière, un service téléphonique continu, la présence de sans rendez-vous en soirée et un nombre d'heures d'ouverture supérieur à 55 heures par semaine. La présence de plus de 10 médecins diminuait l'accessibilité.

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE			
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude	
	Limitations	La principale limitation de cette étude vient du fait qu'elle utilisait une définition (validée) de l'accessibilité de premier contact restrictive (accessibilité en moins de 24 heures), ce qui a pu sous-estimer les résultats.	
	Interprétation	L'accessibilité de premier contact était globalement très faible dans cette étude, mais certaines caractéristiques étudiées étaient associées à une augmentation de celle-ci.	
	Généralisabilité	Cette étude est très contextualisée dans le contexte québécois. Elle s'applique à une population qui a accès à un médecin de famille.	
	Autre information		
	Financement	Cette étude a bénéficié de plusieurs financements d'organismes subventionnaires indépendants canadiens et québécois; la liste est à la fin de l'article.	
Pineault et al. (2009)	Titre et résumé		
	Titre	Le type d'étude est décrit dans le résumé et non dans le titre.	
	Résumé	Le résumé fournit l'information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été réalisé.	
	Introduction		
	Contexte et justification	Le contexte est bien décrit : l'étude vise à fournir des données précises et informer les décideurs sur l'organisation des soins de première ligne et les caractéristiques performantes dans le cadre de grandes réformes.	
	Objectifs	Il y avait trois objectifs : <ul style="list-style-type: none"> 1- Identifier les modèles d'OSPL existants dans les deux régions étudiées. 2- Déterminer l'influence des modèles organisationnels sur l'accessibilité à la 	

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
		première ligne et d'autres dimensions de l'expérience de soins. 3- Explorer l'influence des contextes régionaux sur les variations des modèles organisationnels d'OSPL et de l'expérience de soins.
Méthodes		
	Conception de l'étude	L'étude est une grande enquête transversale menée près de la population adulte de deux régions : Montréal et la Montérégie afin de décrire leur expérience de soins.
	Contexte	L'étude s'est déroulée en 2005 auprès de la population et des OSPL des régions de Montréal et de la Montérégie au Québec.
	Population	Pour l'échantillon populationnel, les critères d'inclusion ne sont pas explicités, mais dans le rapport de l'étude, les auteurs précisent qu'il s'agit des adultes de Montréal et de la Montérégie. Pour l'échantillon organisationnel, les auteurs ont contacté toutes les OSPL des deux régions concernées (il y en avait 665 au moment de l'étude).
	Variables	Les variables indépendantes sont les caractéristiques organisationnelles des OSPL et les variables dépendantes sont les mesures de l'expérience de soins (que les auteurs ont appelé la performance de l'OSPL).
	Sources de données et mesures	Pour l'échantillon populationnel, les participants répondaient à un questionnaire téléphonique de 29 questions sur leur expérience de soins. Pour l'échantillon des OSPL, un sondage postal a été rempli par un administrateur de chacune des organisations participantes.
	Biais	Les auteurs ont tenté de diminuer principalement les biais en ayant un grand échantillon et en contactant toutes les OSPL afin de participer à l'étude. L'équipe de

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
		recherche a fait plusieurs rappels auprès des cliniques.
	Taille de l'étude	Le calcul de la taille de l'échantillon n'est pas décrit dans le rapport de cette étude.
	Variabes quantitatives	Pour les variables dépendantes, les auteurs ont fait des regroupements des réponses aux questions afin de développer sept indicateurs de l'expérience de soins. Ainsi, l'accessibilité de premier contact faisait partie de l'accessibilité organisationnelle. Pour les variables indépendantes, les auteurs ont regroupé les réponses aux questionnaires sous quatre catégories (vision, structure, ressources, pratiques) afin de développer une taxonomie des modèles organisationnels (modèles qui présentent un ensemble de caractéristiques communes sur le plan organisationnel). Les OSPL étaient donc représentées par un des cinq modèles.
	Analyses statistiques	Les auteurs ne décrivent pas spécifiquement le type d'analyses statistiques réalisées, mais on comprend que des régressions logistiques bivariées et multivariées ont été faites, en plus des analyses descriptives.
Résultats		
	Population	L'échantillon populationnel contenait 9 206 participants, pour un taux de réponse de 65 %. L'échantillon des OSPL contenait 473 organisations, pour un taux de réponse de 71 %.
	Données descriptives	Les auteurs ne décrivent pas leur échantillon populationnel par rapport à la population générale. La seule description de l'échantillon des OSPL est le pourcentage de celles-ci appartenant à chacun des modèles organisationnels.
	Données obtenues	Pour les mesures de l'expérience de soins (variables dépendantes) les indicateurs suivants étaient mesurés :

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
		<ol style="list-style-type: none"> 1- Accessibilité organisationnelle et géographique 2- Accessibilité économique 3- Continuité de l'affiliation 4- Continuité de l'information 5- Réactivité 6- Globalité 7- Résultats cliniques perçus
	Principaux résultats	Ce sont le modèle <i>Professionnel Solo</i> , soit un médecin de famille pratiquant seul, et le modèle <i>Communautaire</i> , soit celui se retrouvant surtout dans les CLSC qui performaient mieux sur le plan de l'accessibilité. Par ailleurs, dans toutes les dimensions de l'expérience de soins, c'est l'accessibilité organisationnelle et géographique (qui inclut l'accessibilité de premier contact) qui est la moins performante.
	Autres analyses	<p>Les auteurs ont réalisé une analyse de la performance des OSPL en operationalisant les cinq indicateurs suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- L'expérience de soins (le combiné des sept indicateurs décrit au point 11) 2- La couverture populationnelle 3- La réponse aux clientèles vulnérables 4- La productivité organisationnelle 5- Le potentiel organisationnel.
	Discussion	
	Résultats clés	Ce sont le modèle <i>Professionnel Solo</i> , soit un médecin de famille pratiquant seul, et le modèle <i>Communautaire</i> , soit celui se retrouvant surtout dans les CLSC qui performaient mieux sur le plan de l'accessibilité.
	Limitations	La nature transversale de l'étude ne permet pas d'établir de lien causal entre les variables. Les variables ont été regroupées en modèle organisationnel (pour les variables indépendantes) et en indicateur

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE			
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude	
		d'accessibilité organisationnelle (pour la variable dépendante de l'accessibilité de premier contact).	
	Interprétation	Le modèle d'organisation <i>Professionnel Coordination Intégrée</i> est celui qui avait la meilleure performance et les auteurs considèrent que c'est ce modèle qui devrait être considéré pour l'implantation des GMF à venir.	
	Généralisabilité	L'étude a une bonne validité externe, car l'échantillon est représentatif et c'est une population générale. Bien que seulement deux régions administratives du Québec soient représentées, la Montérégie contient aussi des régions rurales et semi-rurales.	
	Autre information		
	Financement	Le financement de cette étude provient de plusieurs organismes gouvernementaux et para-gouvernementaux du Québec.	
Tourigny et al. (2010)	Titre et résumé		
	Titre	Le type d'étude est décrit dans le résumé et non dans le titre.	
	Résumé	Le résumé fournit l'information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été réalisé.	
	Introduction		
	Contexte et justification	Le contexte scientifique est bien décrit : L'implantation des GMF a changé beaucoup de choses dans les OSPL et la dispensation des soins de première ligne. Une évaluation des changements organisationnels et de ses effets sur l'expérience de soins et l'accessibilité était importante.	
	Objectifs	L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets des GMF sur l'expérience de soins des patients concernant l'accessibilité, la continuité relationnelle, la coordination et la globalité.	
	Méthodes		

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
<i>Étude</i>	<i>Item</i>	<i>Contenu de l'item dans l'étude</i>
	Conception de l'étude	Une enquête en deux temps, peu après l'implantation des GMF et 18 mois plus tard, auprès des mêmes patients des GMF participants.
	Contexte	Cinq GMF du Québec représentant divers milieux de pratique, 15 à 20 mois après leur accréditation comme GMF, et 18 mois plus tard. La collecte des données s'est déroulée entre 2004 et 2006.
	Population	Au début de l'étude, il y avait 13 GMF dans toute la province. Les auteurs en ont sélectionné six afin de représenter une variété de milieux et régions. Un GMF s'est retiré de l'étude. Les patients de ces GMF participants étaient admissibles s'ils avaient plus de 18 ans et s'ils parlaient français ou anglais.
	Variables	Les variables dépendantes étaient les perceptions des patients sur l'accessibilité de premier contact, la continuité, la coordination et la globalité.
	Sources de données et mesures	Les questions utilisées proviennent d'une version traduite du PCAT. Les questionnaires ont été réalisés par téléphone.
	Biais	Afin de diminuer les biais, les auteurs ont fait un échantillonnage aléatoire des patients des GMF afin d'obtenir les participants à l'étude. De plus, l'échantillon était de bonne taille et il y a eu peu de participants qui n'ont pas poursuivi l'étude pour le 2 ^e questionnaire.
	Taille de l'étude	Les auteurs avaient calculé qu'il leur fallait un minimum de 250 patients participants par GMF afin de pouvoir détecter un effet minimal standardisé de 0,25 avec une puissance de 80 %.
	Variables quantitatives	Chaque dimension de l'expérience de soins avait un score moyen en fonction des réponses aux questionnaires pour chaque item de la dimension. Les auteurs ont attribué que le minimum attendu pour

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
Étude	Item	Contenu de l'item dans l'étude
		chaque dimension était de 4 sur 5 (pour les échelles de Likert à cinq réponses) et de 4,5 sur 5 (pour les échelles de Likert à six réponses).
	Analyses statistiques	Les scores de chacune des dimensions de l'expérience de soins ont été comparés entre les deux temps de mesure en utilisant des modèles de régression linéaire. Le GMF était inclus dans le modèle comme un facteur de regroupement à effet aléatoire.
Résultats		
	Population	4 880 patients ont été invités, 1 603 ont accepté de recevoir un appel de l'équipe de recherche, 1 275 ont complété le premier questionnaire et 1 046 ont complété l'étude avec le 2 ^e questionnaire.
	Données descriptives	Des données descriptives sur les patients ont été collectées sur leur sexe, leur occupation, leur niveau de scolarité et leur état de santé auto-rapporté. Des différences significatives entre les participants qui ont complété les deux questionnaires et ceux qui n'ont répondu qu'au premier sont retrouvées dans l'état de santé auto-déclaré et l'occupation.
	Données obtenues	Les auteurs ont fait des comparaisons de scores pour les dimensions de l'expérience de soins mentionnées dans l'objectif.
	Principaux résultats	L'accessibilité de premier contact n'a pas varié significativement entre les deux mesures, avec un score de 2,27 au début et 2,30 à la fin de l'étude.
	Autres analyses	Les auteurs ont calculé des coefficients intra-classe pour vérifier leur échantillonnage sur toutes les variables des dimensions mesurées.
Discussion		
	Résultats clés	L'accessibilité de premier contact n'a pas varié significativement entre les deux mesures, mais la continuité dans les soins s'est améliorée.

Analyse des études sur le lien entre l'accessibilité de premier contact et les caractéristiques organisationnelles selon la méthode STROBE		
<i>Étude</i>	<i>Item</i>	<i>Contenu de l'item dans l'étude</i>
	Limitations	La principale limite de l'étude est le faible taux de participation de 26 %. Les auteurs n'ont pas recueilli les caractéristiques des patients qui ont refusé de participer. De plus, parmi ceux qui ont participé, des différences (au niveau de la santé perçue et de l'emploi du temps) étaient significatives entre ceux qui ont répondu aux deux temps et ceux qui se sont retirés de l'étude.
	Interprétation	L'accessibilité de premier contact ne s'est pas améliorée après l'implantation des GMF dans cette étude, mais les auteurs suggèrent qu'il est probablement difficile d'améliorer en même temps plusieurs dimensions de l'expérience de soins (la continuité s'est améliorée). De plus, peut-être que la 2 ^e mesure a été prise trop tôt après l'implantation afin de détecter un effet.
	Généralisabilité	À cause des limites présentées au point Limitations, les résultats sont difficilement applicables à une population générale.
	Autre information	
	Financement	Le financement de cette étude n'est pas décrit dans l'article.

ANNEXE 2

Questionnaire sur l'expérience des patients¹

¹ Reproduction autorisée par l'Institut national de santé publique du Québec.

Questionnaire sur l'expérience des patients

CONSIGNES:

- Utiliser un stylo bleu ou noir seulement
- NE PAS UTILISER UN STYLO ROUGE, UN MARQUEUR OU UN FEUTRE

correct



incorrect



1. En général, comment décririez-vous votre état de santé ?	<input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais
2. Avez-vous une maladie chronique ou un problème de santé tel que l'hypertension artérielle, le diabète, la dépression, l'asthme ou autre maladie de longue durée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous un médecin traitant habituel que vous consultez en premier en cas de problème de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui, il s'agit du médecin que je viens de consulter <input type="checkbox"/> Oui, mais c'est un autre médecin qui travaille dans la même clinique <input type="checkbox"/> Oui, mais c'est un autre médecin dans une autre clinique <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas de médecin traitant habituel
4. Avez-vous un accord formel avec un médecin selon lequel il est celui qui s'occupe le plus de vos soins ?	<input type="checkbox"/> Aucun engagement <input type="checkbox"/> Entente informelle <input type="checkbox"/> Accord formel <input type="checkbox"/> Accord ou contrat signé
5. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rendu visite ou consulté un médecin de famille/médecin généraliste (ce médecin ou un autre) ?	<input type="checkbox"/> C'était la première fois depuis 6 mois <input type="checkbox"/> Une fois avant cette visite <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois avant cette visite <input type="checkbox"/> 5 fois ou plus avant cette visite <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
6. Si vous aviez besoin d'un interprète pour vous aider à communiquer avec un médecin dans cette clinique, ce service serait-il disponible ?	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais besoin d'un interprète <input type="checkbox"/> Oui, ce service est toujours disponible <input type="checkbox"/> Oui, ce service est généralement disponible <input type="checkbox"/> Non, ce service est insuffisant ou non disponible <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

7.	Au cours des 12 derniers mois, un médecin de famille/médecin généraliste de cette clinique vous a-t-il parlé de comment rester en bonne santé ? (Par ex. à propos de l'alimentation, de la consommation d'alcool ou la cigarette, ou de l'exercice physique.)	<input type="checkbox"/>	Oui
		<input type="checkbox"/>	Non
		<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas
8.	Au cours des 2 dernières années, un médecin de famille/médecin généraliste de cette clinique vous a-t-il posé des questions concernant l'ensemble des médicaments que vous prenez (incluant ceux prescrits par d'autres médecins) ?	<input type="checkbox"/>	Oui
		<input type="checkbox"/>	Non
		<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas
9.	Pensez à la clinique dans laquelle vous vous êtes rendu/e aujourd'hui. Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
			<u>Je ne sais pas</u>
1	Les heures d'ouverture sont trop limitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Il est possible d'obtenir une visite à mon domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	La clinique est trop loin de mon domicile ou de mon lieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Lorsque j'ai appelé à cette clinique, j'ai dû attendre trop longtemps pour parler à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je sais comment obtenir une consultation le soir, la nuit et durant la fin de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Le personnel à la réception a été poli et m'a aidé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je peux voir mon médecin habituel à chaque fois que je consulte à cette clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je peux voir d'autres médecins à cette clinique si mon médecin n'est pas disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je peux voir d'autres professionnels de la santé à cette clinique (par ex. : infirmière praticienne, infirmière, diététiste, pharmacien) sans avoir à consulter un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Les différents médecins et professionnels de la santé que je consulte à cette clinique pour mes soins travaillent ensemble de façon efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	La clinique m'informe lorsque vient le moment de faire un bilan de santé, des examens ou un dépistage préventif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Combien de temps mettez-vous pour vous rendre de votre domicile à cette clinique ?	<input type="checkbox"/>	Moins de 20 minutes
		<input type="checkbox"/>	20 à 40 minutes
		<input type="checkbox"/>	40 à 60 minutes
		<input type="checkbox"/>	Plus d'une heure
		<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas
11.	Avez-vous pris un rendez-vous avec votre médecin pour la consultation d'aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	Oui
		<input type="checkbox"/>	Non → Passer à la question 15
12.	Vous a-t-il été facile d'obtenir ce rendez-vous ?	<input type="checkbox"/>	Oui
		<input type="checkbox"/>	Non
13.	Combien de jours avez-vous attendu entre la prise du rendez-vous et la consultation ?	<input type="checkbox"/>	J'ai pris rendez-vous plus tôt dans la journée

	<input type="checkbox"/> J'ai pris rendez-vous hier <input type="checkbox"/> J'ai dû attendre 2 à 7 jours <input type="checkbox"/> J'ai attendu plus d'une semaine <input type="checkbox"/> Je ne sais pas																								
14. Avez-vous été en mesure de fixer un rendez-vous avec le médecin aussi rapidement que vous le souhaitiez ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																								
15. Pensez-vous qu'il est trop difficile de parvenir à consulter un médecin de famille/médecin généraliste le soir, la nuit et durant la fin de semaine ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas																								
16. Au cours des 12 derniers mois, l'un des événements suivants vous est-il arrivé dans cette clinique ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Je ne sais pas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Le médecin ou le personnel a eu un comportement négatif envers vous</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Les autres patients ont été mieux traités que vous</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Le médecin était beaucoup trop intéressé par l'argent</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Le médecin ou le personnel a fait preuve d'un manque de respect en raison de votre origine ethnique</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Le médecin ou le personnel a fait preuve d'un manque de respect en raison de votre sexe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Je ne sais pas	1 Le médecin ou le personnel a eu un comportement négatif envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Les autres patients ont été mieux traités que vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Le médecin était beaucoup trop intéressé par l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Le médecin ou le personnel a fait preuve d'un manque de respect en raison de votre origine ethnique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Le médecin ou le personnel a fait preuve d'un manque de respect en raison de votre sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Je ne sais pas																						
1 Le médecin ou le personnel a eu un comportement négatif envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
2 Les autres patients ont été mieux traités que vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
3 Le médecin était beaucoup trop intéressé par l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
4 Le médecin ou le personnel a fait preuve d'un manque de respect en raison de votre origine ethnique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
5 Le médecin ou le personnel a fait preuve d'un manque de respect en raison de votre sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
17. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu l'une des expériences suivantes dans cette clinique :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Je ne sais pas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 J'ai pensé que les tests ou les examens avaient été inutilement répétés</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 J'ai pensé que j'avais reçu un mauvais médicament ou un mauvais dosage</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 J'ai pensé que j'avais reçu des résultats erronés suite à un examen ou à une radiographie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Je ne sais pas	1 J'ai pensé que les tests ou les examens avaient été inutilement répétés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 J'ai pensé que j'avais reçu un mauvais médicament ou un mauvais dosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 J'ai pensé que j'avais reçu des résultats erronés suite à un examen ou à une radiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Oui	Non	Je ne sais pas																						
1 J'ai pensé que les tests ou les examens avaient été inutilement répétés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
2 J'ai pensé que j'avais reçu un mauvais médicament ou un mauvais dosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
3 J'ai pensé que j'avais reçu des résultats erronés suite à un examen ou à une radiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reporté ou annulé une visite chez ce médecin ou un autre médecin de famille/médecin généraliste lorsque vous en aviez besoin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → Passer à la question 20																								
19. Quelle est la raison la plus importante pour laquelle vous n'êtes pas allé/e chez le médecin de famille/médecin généraliste ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas d'assurances <input type="checkbox"/> Pour d'autres raisons financières <input type="checkbox"/> Je ne pouvais pas m'y rendre (physiquement) <input type="checkbox"/> J'étais trop occupé/e <input type="checkbox"/> Je n'ai pas réussi à obtenir un rendez-vous <input type="checkbox"/> Autre																								
20. Combien de fois au cours des 12 derniers mois avez-vous consulté ou avez-vous été référé/e à un médecin spécialiste pour vous-même ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Une à deux fois <input type="checkbox"/> 3 à 5 fois <input type="checkbox"/> 6 à 10 fois																								

	<input type="checkbox"/>	Plus de 10 fois			
21. Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :					
	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Je ne sais pas</u>	<u>Ne s'applique pas</u>	
1 Si je consulte un autre médecin de famille/médecin généraliste dans la clinique (excluant votre propre médecin), cet autre médecin a en sa possession les informations nécessaires me concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Lorsque je consulte un autre médecin de famille/médecin généraliste dans la clinique, mon propre médecin est informé de cette visite et des résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Suite à une visite à l'urgence, mon médecin de famille/médecin généraliste en connaît la raison, le traitement et les résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Suite à une hospitalisation, mon médecin de famille/médecin généraliste en connaît la raison, le traitement et les résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Lorsque je suis référé/e, mon médecin de famille/médecin généraliste informe le médecin spécialiste de ma maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Lorsque je suis référé/e, mon médecin de famille/médecin généraliste décide du spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Après une consultation chez un médecin spécialiste, mon médecin de famille/médecin généraliste en reçoit les résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Il est difficile d'obtenir une référence de la part de mon médecin de famille/médecin généraliste pour consulter un médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous rendu/e dans la salle d'urgence d'un hôpital pour vous-même ?	<input type="checkbox"/>	Jamais → Passer à la question 24			
	<input type="checkbox"/>	1 fois			
	<input type="checkbox"/>	2 à 3 fois			
	<input type="checkbox"/>	4 fois ou plus			
23. Pourquoi vous êtes-vous rendu/e à l'urgence plutôt que chez un médecin de famille/médecin généraliste ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/>	C'était un problème urgent ou une urgence			
	<input type="checkbox"/>	Je m'attendais à une période d'attente plus courte à l'urgence			
	<input type="checkbox"/>	J'avais un problème de santé qu'un médecin de famille/médecin généraliste ne pouvait traiter			
	<input type="checkbox"/>	Le service à l'urgence donne des soins de meilleure qualité			
	<input type="checkbox"/>	Aucun médecin de famille/médecin généraliste n'était disponible			
	<input type="checkbox"/>	Le service à l'urgence est plus facile d'accès			
	<input type="checkbox"/>	Pour des raisons financières			
	<input type="checkbox"/>	Autre(s) raison(s)			
24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été examiné/e ou traité/e par une infirmière à la clinique de votre médecin de famille/médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/>	Oui			
	<input type="checkbox"/>	Non			
	<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas			
25. Consulteriez-vous un médecin de famille/médecin généraliste pour les raisons suivantes :	<u>Oui</u>	<u>Probablement Oui</u>	<u>Probablement pas</u>	<u>Non</u>	<u>Je ne sais pas</u>
1 Une plaie d'un doigt qui nécessite des points de suture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	L'ablation d'une verrue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Un examen de santé annuel/de suivi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Un trouble de la vision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	De l'aide pour arrêt du tabagisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Une toux sévère chez un enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Des douleurs au ventre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Du sang dans les selles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Un entorse de la cheville ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	De l'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	De la violence conjugale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Des problèmes sexuels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Des problèmes relationnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Un conseil pour choisir le meilleur hôpital ou spécialiste pour un traitement particulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Jusqu'à quel point serait-il important pour vous de consulter un médecin si vous aviez :	Extrêmement important	Plutôt important	Pas très important	Pas important	
1	Une perte de poids de plus de 4 livres (2 kilogrammes) au cours d'un mois sans être au régime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Des difficultés respiratoires lors d'un léger exercice ou de travaux légers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Des douleurs à la poitrine lorsque vous faites de l'exercice ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Une perte de conscience, syncope ou évanouissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Un mal de tête qui dure depuis plus d'une journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Un mal de ventre qui dure depuis plus d'une journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	De graves soucis qui durent depuis plus d'un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27.	Pensez-vous qu'une visite chez le médecin de famille/médecin généraliste peut être utile pour :	Oui	Non	Je ne sais pas		
1	Des problèmes d'estomac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Des douleurs aux épaules et au cou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	De la nervosité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	De la diarrhée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Un mal de gorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	De la migraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	De la fatigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Une grippe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	Des nausées/ un mal de cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28.	Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :	Fortement d'accord	D'accord	Contre	Fortement contre	
1	D'une manière générale, on peut faire confiance aux médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> À peu près pas <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de problèmes de santé
34. À quel point êtes-vous confiant/e de pouvoir maintenir les changements dans vos habitudes de santé comme l'alimentation et l'activité physique, même pendant des périodes de stress?	<input type="checkbox"/> Totalement confiant/e <input type="checkbox"/> Très confiant/e <input type="checkbox"/> Moyennement confiant/e <input type="checkbox"/> Un peu confiant/e <input type="checkbox"/> Pas très confiant/e

Enfin, nous souhaiterions vous poser quelques questions d'ordre personnel

35. Êtes-vous un homme ou une femme ?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
36. Quelle est votre année de naissance ? S.v.p. compléter:	Année de naissance: 19 □□□□
37. Quel est votre lieu de naissance ?	<input type="checkbox"/> Au Canada <input type="checkbox"/> En Amérique du Nord, en Australie ou en Nouvelle-Zélande <input type="checkbox"/> Dans un pays de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Dans un pays européen en dehors de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Dans un autre pays
38. Dans quel lieu est née votre mère ?	<input type="checkbox"/> Au Canada <input type="checkbox"/> En Amérique du Nord, en Australie ou en Nouvelle-Zélande <input type="checkbox"/> Dans un pays de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Dans un pays européen en dehors de l'Union européenne <input type="checkbox"/> Dans un autre pays
39. Êtes-vous d'origine autochtone?	<input type="checkbox"/> Oui, Premières nations <input type="checkbox"/> Oui, Métis <input type="checkbox"/> Oui, Inuk/Inuit <input type="checkbox"/> Non
40. Y a-t-il d'autres adultes dans votre foyer (incluant des enfants de plus de 18 ans) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
41. Y a-t-il des enfants (moins de 18 ans) dans votre foyer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
42. Comment décririez-vous votre occupation actuelle ou votre statut d'emploi ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Employé/e (incluant la fonction publique) <input type="checkbox"/> Travail autonome ou entreprise familiale <input type="checkbox"/> Étudiant/e <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi (chômage) <input type="checkbox"/> Dans l'incapacité de travailler en raison d'une maladie ou d'un handicap <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Homme/femme au foyer (incluant prendre soin des enfants)

43.	Quel est votre plus haut niveau de scolarité atteint ?	<input type="checkbox"/> Aucun diplôme / Niveau primaire/ Diplôme secondaire non complété <input type="checkbox"/> Niveau secondaire complété <input type="checkbox"/> Niveau collégial ou universitaire
44.	Quelle est votre maîtrise du français ou de l'anglais parlé ? Je le parle ...	<input type="checkbox"/> Couramment/langue maternelle <input type="checkbox"/> Suffisamment <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Pas du tout
45.	Comparativement au revenu moyen de ce pays, diriez-vous que les revenus de votre ménage sont :	<input type="checkbox"/> En-dessous de la moyenne <input type="checkbox"/> Au niveau de la moyenne <input type="checkbox"/> Au-dessus de la moyenne

***** S.V.P., remplir le reste de ce questionnaire APRÈS votre consultation!! *****

46.	Quelle était la principale raison de votre visite chez ce médecin de famille/médecin généraliste aujourd'hui ? (Plusieurs réponses possible)	<input type="checkbox"/> Parce que vous étiez malade ou que vous ne vous sentiez pas bien <input type="checkbox"/> Pour un examen médical annuel/de routine <input type="checkbox"/> Pour renouveler une prescription <input type="checkbox"/> Pour être référé/e à un autre médecin <input type="checkbox"/> Pour obtenir un certificat médical ou faire remplir un formulaire <input type="checkbox"/> Pour obtenir un deuxième avis <input type="checkbox"/> Le médecin a demandé un suivi <input type="checkbox"/> Autre raison									
47.	Quelle était l'urgence de votre visite aujourd'hui?	<input type="checkbox"/> Urgent – j'avais besoin d'être vu/e aujourd'hui <input type="checkbox"/> Assez urgent – je voulais être vu/e aujourd'hui <input type="checkbox"/> Pas vraiment urgent, je voulais être vu/e dans les prochains jours <input type="checkbox"/> Non urgent									
48.	Combien de temps avez-vous attendu aujourd'hui entre l'heure de votre rendez-vous et votre consultation ?	<input type="checkbox"/> Moins de 15 minutes <input type="checkbox"/> 15 à 30 minutes <input type="checkbox"/> 31 à 45 minutes <input type="checkbox"/> 46 à 60 minutes <input type="checkbox"/> Plus d'une heure <input type="checkbox"/> Je ne sais pas									
49.	Pensez à la consultation qui vient de se terminer. Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Le médecin avait en main mon dossier médical à jour</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Le médecin a été poli</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	1 Le médecin avait en main mon dossier médical à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Le médecin a été poli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non									
1 Le médecin avait en main mon dossier médical à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
2 Le médecin a été poli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

3	Le médecin m'a écouté attentivement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Le médecin m'a à peine regardé lorsque nous discutons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Le médecin m'a posé des questions concernant mon problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Je n'ai pas vraiment compris ce que le médecin a tenté de m'expliquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Le médecin a pris un temps suffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Le médecin m'a impliqué dans les décisions concernant mon traitement ou mes objectifs liés à ma santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Je recommanderais ce médecin à un ami ou à un membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Le médecin m'a interrogé sur l'existence éventuelle d'autres problèmes à part celui pour lequel je suis venu/e en consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50.	Pensez au médecin que vous avez consulté aujourd'hui. Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :	Oui	Non	Je ne sais pas
1	Il/elle connaît les informations importantes concernant mes antécédents médicaux et mes problèmes de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Il/elle connaît mes conditions de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ce médecin ne traite pas seulement les problèmes médicaux, mais peut également m'aider en cas de problèmes personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Après cette visite, j'ai l'impression de mieux faire face à ma maladie ou à mes problèmes de santé que je ne le pouvais avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Si vous n'étiez pas satisfait/e du traitement que vous avez reçu, pensez-vous que ce médecin serait prêt à en discuter avec vous ?	<input type="checkbox"/>	Oui	
		<input type="checkbox"/>	Non	
		<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas	

To understand how primary care may be related to other health outcomes, the researchers would like to link this survey with other health information using your Ontario health card number.

**Please read and complete the separate sheet entitled:
"Health Information Linkage"**

Please note that your privacy will be entirely protected whether or not you choose to fill in that form.

ANNEXE 3

Questionnaire du médecin de famille²

² Reproduction autorisée par l'Institut national de santé publique du Québec.

Questionnaire médecin de famille

CONSIGNES:

- Utiliser un stylo bleu ou noir seulement
- NE PAS UTILISER UN STYLO ROUGE, UN MARQUEUR OU UN FEUTRE

Correct



Incorrect



1. Êtes-vous un homme ou une femme ?	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme		
2. Quelle est votre année de naissance ? S.V.P., compléter :	Année de naissance : 19 [][][][]			
3. Êtes-vous né/e dans ce pays-ci ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
4. Comment décririez-vous le territoire où vous travaillez actuellement ?	<input type="checkbox"/> Grande ville	<input type="checkbox"/> Banlieue		
	<input type="checkbox"/> Petite ville	<input type="checkbox"/> Mixte (mi-urbain mi-rural)		
	<input type="checkbox"/> Rural			
5. Votre clinique fait-elle partie d'un nouveau modèle de soins de santé de première ligne bénéficiant d'un financement particulier ou fait-elle l'objet d'une réforme mise en place par le gouvernement (par exemple, groupe de médecins de famille ou clinique réseau au Québec, équipe de santé familiale en Ontario, réseau de première ligne en Alberta, etc.)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non → Passez à la question 7.		
6. Depuis combien de temps votre clinique fait-elle partie de ce modèle?	[][][] année(s)	[][][] mois		
7. Combien de patients (nombre estimé) reçoivent des soins à votre clinique ? (Dans le cas où il y a plusieurs médecins : estimez votre part de patients.) Si vous n'avez pas de liste de patients, estimez combien de personnes comptent sur vous pour leurs soins de première ligne	Nombre de patients: [][][][][][]			
8. Combien de ces patients sont-ils officiellement inscrits à votre clinique?	Nombre de patients: [][][][][][]			
9. Par rapport aux autres cliniques de la province, comment estimez-vous la population de votre clinique, concernant les catégories suivantes:	En dessous de la moyenne	Dans la moyenne	Au-dessus de la moyenne	Je ne sais pas
1 Personnes âgées (plus de 70 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Personnes socialement défavorisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Personnes issues des minorités ethniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Comment évaluez-vous l'achalandage de votre clinique par rapport aux autres cliniques de votre province ?	En dessous de la moyenne	Dans la moyenne	Au-dessus de la moyenne	Je ne sais pas
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Combien d'heures par semaine travaillez-vous en tant que médecin de famille/médecin généraliste (excluant des emplois autres et heures de garde ou services en dehors des heures d'ouverture)?	<input type="text"/> total des heures par semaine			
		<input type="text"/> heures par semaine dans cette clinique			
12.	Combien de ces heures consacrez-vous à la prestation de soins directs auprès des patients (consultations, visites à domicile, consultations téléphoniques) ?	<input type="text"/> heures par semaine			
13.	Au cours d'une journée normale, combien de contacts avez-vous avec les patients?				
1	En face-à-face à votre clinique	<input type="text"/> par jour			
2	Par téléphone	<input type="text"/> par jour			
3	Par courriel	<input type="text"/> par jour			
14.	À votre clinique, combien de temps est habituellement consacré à une consultation régulière?	<input type="text"/> minutes			
15.	Combien de temps est habituellement consacré à un « long » rendez-vous (par ex. : examen physique complet) ?	<input type="text"/> minutes			
16.	Quelle proportion de visites dans une journée (ou une semaine) est consacrée aux « longs » rendez-vous ?	<input type="text"/> %			
17.	Au cours d'une semaine normale de travail, combien de patients voyez-vous :				
1	À domicile	<input type="text"/> par semaine			
2	À l'hôpital	<input type="text"/> par semaine			
3	Dans des résidences pour personnes âgées	<input type="text"/> par semaine			
4	Dans d'autres institutions ou établissements	<input type="text"/> par semaine			
18.	Au cours des 3 derniers mois (excluant les vacances, etc.) à quelle fréquence et pendant combien de temps avez-vous assuré un service de garde le soir, la nuit et la fin de semaine :				
1	Le soir	<input type="text"/> fois ; pour un total de <input type="text"/> heures			
2	La nuit	<input type="text"/> fois ; pour un total de <input type="text"/> heures			
3	La fin de semaine	<input type="text"/> fois ; pour un total de <input type="text"/> heures			

19.	En dehors de votre travail de médecin de famille/médecin généraliste à votre clinique, avez-vous d'autres activités professionnelles rémunérées ? (<i>Plusieurs réponses possible.</i>)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, en tant que médecin pour des services privés payés par les patients <input type="checkbox"/> Oui, dans un lieu de type résidentiel (par ex. maison de repos, prison) <input type="checkbox"/> Oui, en tant que médecin dans une entreprise <input type="checkbox"/> Oui, dans la formation médicale/l'enseignement <input type="checkbox"/> Oui, dans la recherche <input type="checkbox"/> Oui, dans un autre domaine																																				
20.	En tant que médecin de famille/médecin généraliste, êtes-vous travailleur autonome ou salarié/e ?	<input type="checkbox"/> Salarié/e dans un centre ou un établissement de santé <input type="checkbox"/> Salarié/e avec autre médecin de famille/ médecin généraliste <input type="checkbox"/> Autonome avec des contrats de services de santé, d'assurance ou une autre autorité <input type="checkbox"/> Autonome sans contrat																																				
21.	Pour chacun des éléments suivants, veuillez estimer s'il contribue à vos revenus en tant que médecin de famille/médecin généraliste à cette clinique; si oui, à quel pourcentage ?	<input type="checkbox"/> Salaire/contrat □□□□ % <input type="checkbox"/> Paiement par forfait (une somme fixe par patient pour une certaine période de temps) □□□□ % <input type="checkbox"/> Honoraire pour des services de tiers payant (comme la RAMQ) □□□□ % <input type="checkbox"/> Paiements directs de la part de patients □□□□ % <input type="checkbox"/> Rémunération de rendement (par ex. selon des objectifs) □□□□ % <input type="checkbox"/> Autres sources □□□□ %																																				
22.	Pouvez-vous recevoir une prime financière ou un bonus pour : 1 La prise en charge de patients atteints de diabète 2 La prise en charge de patients atteints d'hypertension 3 La prise en charge de patients atteints d'autres maladies chroniques 4 L'atteinte d'objectifs de dépistage ou de prévention 5 Des taux de références en-dessous d'un certain niveau 6 La prise en charge de patients de milieu défavorisé à votre clinique 7 Travailler dans une région isolée 8 Collaboration avec d'autres professionnels de la santé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 33%; text-align: center;"><u>Oui</u></th> <th style="width: 33%; text-align: center;"><u>Non</u></th> <th style="width: 33%; text-align: center;"><u>Je ne sais pas</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Je ne sais pas</u>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Je ne sais pas</u>																																			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			

<p>23. Travaillez-vous seul/e ou partagez-vous des locaux avec un ou plusieurs médecins de famille/médecins généralistes ou médecins spécialistes?</p> <p>Veillez également indiquer leur nombre d'équivalents temps plein (ETP).</p> <p><i>(Par exemple : un médecin travaillant 5 jours par semaine et un autre médecin travaillant 2 jours et demi par semaine cumulent 1,5 ETP).</i></p>	<input type="checkbox"/> Seul/e Avec ___ autres médecins de famille/médecins généralistes dans des locaux partagés, total de ___ ETP <input type="checkbox"/> médecins de famille/médecins généralistes Avec ___ médecin/s spécialiste/s dans des locaux partagés, total de ___ ETP <input type="checkbox"/> médecins spécialistes Avec d'autres professionnels de la santé non médecin dans des locaux partagés <input type="checkbox"/>																				
<p>24. Utilisez-vous des guides de pratique clinique pour le traitement des problèmes de santé suivants ?</p> <p>1 Insuffisance cardiaque chronique</p> <p>2 Asthme</p> <p>3 MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)</p> <p>4 Diabète</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Guide non disponible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Guide non disponible	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Guide non disponible																		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<p>25. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous impliqué/e dans un programme de prise en charge d'une maladie pour un patient ayant les maladies chroniques suivantes ? (Ce type de programme est basé sur des approches multidisciplinaires, s'appuyant généralement sur des protocoles.)</p> <p>1 Insuffisance cardiaque chronique</p> <p>2 Asthme</p> <p>3 MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)</p> <p>4 Diabète</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Oui	Non																			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<p>26. Au cours des 12 derniers mois, les événements suivants se sont-ils produits à votre clinique :</p> <p>1 Rétroaction ou évaluation portant sur les prescriptions ou les références de la part d'une autorité sanitaire ou d'un assureur ?</p> <p>2 Rétroaction ou évaluation par des collègues médecins de famille/médecins généralistes (examen par les pairs ou visite de la clinique) ?</p> <p>3 Enquête de satisfaction auprès de vos patients ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Oui	Non																			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<p>27. En cas de référence à un médecin spécialiste, qui décide généralement de l'endroit où le patient sera référé ?</p>	<input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Le patient <input type="checkbox"/> Décision par consentement mutuel																				
<p>28. En cas de référence, indiquez à quel point vous considérez les éléments suivants :</p> <p>1 Les préférences du patient sur le choix de l'endroit</p> <p>2 La distance à parcourir pour le patient</p> <p>3 Vos expériences précédentes avec le médecin</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Toujours</th> <th>Parfois</th> <th>Jamais</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Toujours	Parfois	Jamais	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Toujours	Parfois	Jamais																		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

spécialiste					
4	Les informations comparatives sur la performance des spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Le temps d'attente pour le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Les coûts pour le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Veuillez cocher l'équipement utilisé à votre clinique par vous-même ou par votre personnel : (S.V.P. cocher toutes les réponses pertinentes)					
Laboratoire		Fonctions			
<input type="checkbox"/> Hémoglobinomètre		<input type="checkbox"/> Audiomètre			
<input type="checkbox"/> Mesure de la glycémie capillaire		<input type="checkbox"/> Bicyclette ergométrique			
<input type="checkbox"/> Test du taux de cholestérol		<input type="checkbox"/> Tonomètre pour fond d'oeil			
<input type="checkbox"/> Appareil de numération globulaire		<input type="checkbox"/> Débitmètre pour débit de pointe/débit expiratoire de pointe			
		<input type="checkbox"/> Spiromètre			
		<input type="checkbox"/> Électrocardiographe			
Imagerie		<input type="checkbox"/> Tensiomètre artériel			
<input type="checkbox"/> Ophtalmoscope		<input type="checkbox"/> Équipement de perfusion			
<input type="checkbox"/> Rectoscope		<input type="checkbox"/> Trousse médicale pour urgences et visites à domicile			
<input type="checkbox"/> Otoscope					
<input type="checkbox"/> Gastroscope		Autres			
<input type="checkbox"/> Sigmoidoscope		<input type="checkbox"/> Sonde urinaire			
<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/> Coagulomètre			
<input type="checkbox"/> Ultrasons pour abdomen/foetus		<input type="checkbox"/> Nécessaire pour chirurgie mineure			
<input type="checkbox"/> Microscope		<input type="checkbox"/> Nécessaire pour points de suture			
		<input type="checkbox"/> Défibrillateur			
		<input type="checkbox"/> Seringues jetables			
		<input type="checkbox"/> Gants jetables			
		<input type="checkbox"/> Réfrigérateur pour médicaments			
		<input type="checkbox"/> Équipement de réanimation			
30.	Comment avez-vous accès aux installations de laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Dans ma clinique <input type="checkbox"/> Accès facile à proximité de ma clinique <input type="checkbox"/> Accès difficile			
31.	Comment avez-vous accès aux installations d'imagerie médicale ?	<input type="checkbox"/> Dans ma clinique <input type="checkbox"/> Accès facile à proximité de ma clinique <input type="checkbox"/> Accès difficile			
32.	A quelle distance, par la route, votre clinique est-elle située par rapport à :	<u>Dans le même bâtiment</u>	<u>À moins de 10 km</u>	<u>11-20 km</u>	<u>À plus de 20 km</u>
1	La clinique de médecins de famille/médecins généraliste la plus proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	La clinique ambulatoire/consultation spécialisée la plus proche (privée ou clinique externe dans un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	hôpital)				
3	L'hôpital ou le centre hospitalier universitaire le plus proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Combien d'heures, dans une journée normale de travail, votre clinique est-elle ouverte pour les patients (<i>pauses repas exclues</i>) ?	□□□□ heures par journée travaillée			
34.	Est-ce que votre clinique offre des heures d'ouverture :				
1	Après 18H00	<input type="checkbox"/>	Non		
		<input type="checkbox"/>	Une fois/semaine		
		<input type="checkbox"/>	2-3 fois/semaine		
		<input type="checkbox"/>	4 fois et plus/semaine		
2	La fin de semaine	<input type="checkbox"/>	Non		
		<input type="checkbox"/>	Une journée/mois		
		<input type="checkbox"/>	2-3 jours/mois		
		<input type="checkbox"/>	4 jours et plus/mois		
35.	Durant les soirées et les nuits en semaine, comment offrez-vous à vos patients des services médicaux (excluant les services d'urgence) ?	<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas (je suis toujours disponible pour mes patients)		
		<input type="checkbox"/>	Je participe à un système de garde dans un regroupement de médecins de famille/médecins généralistes		
		<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas disponible, mais d'autres médecins de famille/médecins généralistes sont disponibles (système de garde)		
		<input type="checkbox"/>	D'autres médecins (en dehors des médecins de famille/médecins généralistes) proposent des soins en dehors des heures normales		
		<input type="checkbox"/>	Autres dispositions		
36.	Le samedi et le dimanche, comment vos patients ont-ils accès à des services médicaux (excluant les services d'urgence) ?	<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas (je suis toujours disponible pour mes patients)		
		<input type="checkbox"/>	Je participe à un système de garde dans un regroupement de médecins de famille/médecins généralistes		
		<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas disponible, mais d'autres médecins de famille/médecins généralistes sont disponibles (système de garde)		
		<input type="checkbox"/>	D'autres médecins (en dehors des médecins de famille/médecins généralistes) proposent des soins en dehors des heures normales		
		<input type="checkbox"/>	Autres dispositions		
37.	Quel pourcentage de consultations effectuez-vous sur rendez-vous ?	Environ □□□□ %			
38.	Acceptez-vous des consultations sans rendez-vous ou des rendez-vous pris la journée même ?	<input type="checkbox"/>	Oui		
		<input type="checkbox"/>	Non		
39.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous appliqué l'une des actions suivantes pour limiter les obstacles financiers auxquels font	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

face les patients d'un milieu défavorisé :			
1	Fournir des échantillons de médicaments gratuits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Prescrire le médicament générique le moins cher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ne pas faire payer le patient (par ex. franchises ou quotes-parts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous noté que les patients reportaient leurs visites pour des raisons financières ?	<input type="checkbox"/>	Fréquemment <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
41.	Si de nouveaux patients se présentent à votre clinique, recevez-vous leurs dossiers médicaux de leur ancien médecin ?	<input type="checkbox"/>	Oui, toujours ou généralement <input type="checkbox"/> Seulement occasionnellement <input type="checkbox"/> Rarement ou jamais
42.	Quelles restrictions appliquez-vous pour accepter de nouveaux patients ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="checkbox"/>	Pas de restriction (tout le monde est accepté) <input type="checkbox"/> Aucun nouveau patient n'est accepté au-delà d'un nombre maximal <input type="checkbox"/> Aucun nouveau patient n'est accepté au-delà d'un certain âge <input type="checkbox"/> Aucun nouveau patient n'est accepté en dehors de ma zone géographique de travail <input type="checkbox"/> J'utilise une période d'attente pour les nouveaux patients <input type="checkbox"/> L'acceptation dépend de l'histoire médicale du patient <input type="checkbox"/> L'acceptation dépend du statut d'assurance du patient <input type="checkbox"/> L'acceptation dépend du nombre de maladies ou de la complexité de l'état de santé du patient <input type="checkbox"/> Seulement les membres de la famille des patients inscrits <input type="checkbox"/> Patients dont le cas est urgent
43.	Donnez-vous des soins lorsque vous n'êtes pas rémunéré/e (par ex. pour des personnes ou services non assurés) ?	<input type="checkbox"/>	Oui, presque toujours <input type="checkbox"/> Oui, mais seulement dans des cas urgents <input type="checkbox"/> Oui, parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne rencontre pas ce type de personne dans ma clinique <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas (dans ce pays, tous les soins sont rémunérés)
44.	Vos dossiers médicaux incluent-ils normalement les informations suivantes : <i>(Cocher toutes les réponses pertinentes)</i>	<input type="checkbox"/>	Conditions de vie <input type="checkbox"/> Ethnicité <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux du patient (par ex. dépression, cancer) <input type="checkbox"/> Poids et taille du patient <input type="checkbox"/> Fumeur ou non <input type="checkbox"/> Pression artérielle <input type="checkbox"/> Raison des visites <input type="checkbox"/> Diagnostic

	<input type="checkbox"/>	Médicaments prescrits		
	<input type="checkbox"/>	Résultats des examens		
45. Comment remplissez-vous les dossiers médicaux des patients? <i>(Cocher toutes les réponses pertinentes)</i>	<input type="checkbox"/>	Je remplis des dossiers, excepté pour les plaintes mineures ou futiles		
	<input type="checkbox"/>	Je remplis uniquement les dossiers des patients réguliers		
	<input type="checkbox"/>	Je remplis les dossiers tant que je ne suis pas débordé/e		
	<input type="checkbox"/>	Je remplis les dossiers régulièrement pour tous mes contacts avec les patients		
	<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas		
46. Au cours des 2 dernières années, avez-vous utilisé vos dossiers médicaux pour dresser une liste de patients en fonction de leur âge, leur diagnostic ou leurs risques ? <i>(Cocher toutes les réponses pertinentes)</i>	<input type="checkbox"/>	Non		
	<input type="checkbox"/>	Oui, par âge (par ex. pour les plus de 50 ans)		
	<input type="checkbox"/>	Oui, par diagnostic ou risques de santé (par ex. diabète ou hypertension)		
	<input type="checkbox"/>	Oui, par médicaments prescrits (par ex. patients prenant de nombreux médicaments)		
	<input type="checkbox"/>	Oui, pour envoyer des rappels de prévention ou de suivi		
47. Pour quel/s motif/s utilisez-vous un ordinateur dans votre clinique ? <i>(Cocher toutes les réponses pertinentes)</i>	<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas (je n'utilise pas d'ordinateur)		
	<input type="checkbox"/>	Pour planifier les rendez-vous	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Pour émettre des factures	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Pour émettre des prescriptions de médicaments	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Pour envoyer des prescriptions à la pharmacie	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Pour envoyer des lettres de référence à des spécialistes	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Pour les notes cliniques suite aux consultations		
	<input type="checkbox"/>	Pour conserver les résultats des tests diagnostics		
	<input type="checkbox"/>	Pour rechercher des informations médicales sur Internet		
	<input type="checkbox"/>	Pour mettre à jour et utiliser les dossiers médicaux informatisés		
48. A quelle fréquence rencontrez-vous les professionnels suivants <i>(de manière professionnelle ou informelle)</i> :		Rarement ou jamais	Tous les 1-3 mois	Plus d'une fois par mois
1 Autre médecin de famille/médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Infirmière praticienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Spécialiste médical avec pratique ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Spécialiste médical avec pratique en hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pharmacien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Infirmière de soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Physiothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Diététiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	A quelle fréquence demandez-vous des conseils, incluant par téléphone, aux médecins spécialistes suivants ?	Rarement ou jamais	Tous les 1-3 mois	Plus d'une fois par mois
1	Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Neurologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Dermatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Gériatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Psychiatre/professionnel de la santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Radiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Votre infirmière praticienne ou clinicienne fournit-elle de manière autonome les services suivants :	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas (il n'y a pas d'infirmière à ma clinique)		
		Oui	Non	
1	Immunisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Promotion de la santé (par ex. conseils sur l'hygiène de vie ou pour cesser de fumer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Suivi de patients atteints de maladies chroniques (par ex. diabète)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Procédures mineures (par ex. utilisation de seringues auriculaires, traitement des plaies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
51.	Pour quels types de patients utilisez-vous des lettres de référence (en incluant des détails sur le diagnostic possible et les résultats de test potentiels) lorsque vous les référez vers un spécialiste ? J'utilise des lettres :	<input type="checkbox"/> Pour tous les patients que je réfère <input type="checkbox"/> Pour la plupart des patients que je réfère <input type="checkbox"/> Pour une minorité de patients que je réfère <input type="checkbox"/> Rarement ou jamais		
52.	Les spécialistes vous informent-ils du traitement ou du diagnostic de vos patients ?	<input type="checkbox"/> (Presque) toujours <input type="checkbox"/> Habituellement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Rarement ou jamais		
53.	Suite à une hospitalisation, quel est le délai moyen de réception du rapport de sortie de l'hôpital le plus fréquenté par vos patients ?	<input type="checkbox"/> 1 à 4 jours <input type="checkbox"/> 5 à 14 jours <input type="checkbox"/> 15 à 30 jours <input type="checkbox"/> Plus de 30 jours <input type="checkbox"/> Je reçois rarement ou jamais de rapport de sortie		
54.	Dans les cas des problèmes de santé suivants, à quel point vos patients (dans votre population de pratique) vous contactent-ils en premier lieu ? (« population de pratique » signifiant : personnes qui vous consultent généralement en premier lieu pour des soins de première ligne).	(Presque) toujours	Habituellement	Parfois
				Rarement/ Jamais

1	Enfant avec toux sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Enfant de 8 ans avec problèmes d'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Femme de 18 ans souhaitant un moyen de contraception oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Homme de 24 ans avec douleurs gastriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Homme de 45 ans avec douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Femme de 50 ans avec masse au sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Femme de 60 ans avec détérioration de la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Femme de 60 ans avec polyurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Femme de 60 ans avec symptômes graves de paralysie/parésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Homme de 70 ans avec douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Femme de 75 ans avec problèmes de mémoire modérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Homme de 35 ans avec entorse de la cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Homme de 28 ans avec première convulsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Homme de 45 ans anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Enfant de 13 ans victime d'abus physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Couple avec problèmes relationnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Femme de 50 ans avec problèmes psycho-sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Homme de 32 ans avec problèmes sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Homme de 52 ans avec problèmes de dépendance à l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	À quel point êtes-vous impliqué dans le traitement et le suivi de vos patients (dans votre population de pratique) ayant les diagnostics suivants ?	(Presque) toujours	Habituellement	Parfois	Rarement/ Jamais
1	Bronchite chronique/MPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Orgelet (externe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ulcère gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hernie discale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Insuffisance cardiaque congestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Abcès dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Diabète sans complications (type II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56.	À quelle fréquence les activités suivantes sont-elles proposées à votre population de pratique par vous-mêmes (ou par votre personnel) et non par un autre spécialiste ? Par exemple, si vous faites « (presque) toujours » la fondoscopie, cocher cette case.	(Presque) toujours	Habituellement	Parfois	Rarement/ Jamais
1	Résection cunéiforme d'ongle incarné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ablation de kyste sébacé du cuir chevelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Points de suture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Excision de verrues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Insertion de DIU (stérilet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Fondoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Injection articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Bandage d'une entorse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Cryothérapie (verrues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mise en place d'une perfusion intraveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Dans quelle circonstance vous ou votre personnel mesurez-vous la pression artérielle ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/>	Dans le cas de conditions cliniques spécifiques		
		<input type="checkbox"/>	Sur demande		
		<input type="checkbox"/>	Régulièrement avec des adultes (quelle que soit la raison de la visite)		
		<input type="checkbox"/>	Avec des adultes qui consultent pour cette raison		
58.	Dans quelle circonstance vous ou votre personnel mesurez-vous le taux de cholestérol ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/>	Dans le cas de conditions cliniques spécifiques		
		<input type="checkbox"/>	Sur demande		
		<input type="checkbox"/>	Régulièrement avec des adultes (quelle que soit la raison de la visite)		
		<input type="checkbox"/>	Avec des adultes qui consultent pour cette raison		
		<input type="checkbox"/>	Je n'effectue pas ce type d'examen		
59.	Quelle est votre implication dans l'éducation de la santé des patients en ce qui concerne les sujets suivants: (Plusieurs réponses possibles)	Non impliqué	Lors de mes contacts réguliers avec mes patients	Dans des sessions de groupe ou des programmes spéciaux	
1	Cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Problèmes de consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Exercice physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Stratégies d'autogestion de maladies chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60.	Êtes-vous (ou des membres de votre personnel) impliqué dans les activités suivantes ?	Impliqué	Non impliqué		
1	Soin prénatal de routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Immunsation des enfants (dans le cadre d'un programme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Surveillance pédiatrique des enfants de moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	de 4 ans					
4	Vaccin contre la grippe (dans le cadre d'un programme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
61.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous offert une/des session/s spéciale/s ou cliniques pour les groupes de patients suivants ?	<u>Oui</u>	<u>Non</u>			
1	Patients diabétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	Patients atteints d'hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	Femmes enceintes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	Personnes âgées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	Personnes avec maladies chroniques multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
62.	Si vous étiez confronté à travers les contacts avec vos patients aux observations suivantes, en feriez-vous un rapport (par ex. à une autorité compétente) ?	<u>Oui</u>	<u>Oui, probablement</u>	<u>Probablement, non</u>	<u>Non</u>	<u>Je ne sais pas</u>
1	Accidents répétés dans un environnement professionnel industriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Problèmes respiratoires fréquents chez les patients vivant près d'un environnement industriel spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Cas répétés d'intoxication alimentaire chez des personnes vivant dans un certain quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	Au cours des 12 derniers mois, environ combien de semaines avez-vous passées en dehors de votre clinique pour les raisons suivantes :					
1	Conférences ou autres activités de formation	□□□□□ semaines				
2	Activités de recherche	□□□□□ semaines				
3	Vacances	□□□□□ semaines				
4	Maladie	□□□□□ semaines				
64.	Êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes ?	<u>Fortement d'accord</u>	<u>D'accord</u>	<u>Pas d'accord</u>	<u>Pas du tout d'accord</u>	
1	J'ai l'impression qu'une partie de mon travail n'est pas vraiment utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Mon travail m'intéresse toujours autant que par le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Mon travail est surchargé de tâches administratives inutiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Je suis trop stressé/e dans mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Être un médecin de famille/médecin généraliste est un emploi respecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6	Dans mon travail, il y a un bon équilibre entre les efforts fournis et les récompenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec le fait que vous et le personnel de votre clinique connaissez les ressources communautaires qui sont accessibles aux patients.	<input type="checkbox"/>	Fortement en désaccord	<input type="checkbox"/>	En désaccord
		<input type="checkbox"/>	Neutre	<input type="checkbox"/>	En accord
		<input type="checkbox"/>	Fortement en accord		
66.	En ce qui concerne vos patients les plus complexes (<i>par ex. les patients atteints de multiples maladies chroniques ou d'importants problèmes sociaux ayant une incidence sur leur santé</i>)...				
a.	Dans quelle mesure êtes-vous capable de coordonner les soins avec les organisations de services dans la communauté dans la planification et la prestation de soins ?	<input type="checkbox"/>	Incapable	<input type="checkbox"/>	Rarement capable
		<input type="checkbox"/>	Parfois capable	<input type="checkbox"/>	Habituellement capable
		<input type="checkbox"/>	Toujours ou presque toujours capable		
b.	Dans quelle mesure tous les professionnels de la santé impliqués auprès de ces patients (<i>au sein ou à l'extérieur de votre pratique</i>) ont-ils accès aux mêmes informations lorsqu'ils travaillent auprès d'un patient ?	<input type="checkbox"/>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Pas vraiment
		<input type="checkbox"/>	Indécis	<input type="checkbox"/>	Quelque peu
		<input type="checkbox"/>	Beaucoup		
c.	Dans quelle mesure collaborez-vous avec tous les professionnels de la santé impliqués auprès de ces patients (<i>au sein ou à l'extérieur de votre pratique</i>) dans l'élaboration d'objectifs pour le traitement ou la gestion et la planification des soins ?	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Rarement
		<input type="checkbox"/>	Quelquefois	<input type="checkbox"/>	Souvent
		<input type="checkbox"/>	Presque toujours		
67.	Êtes-vous en mesure de générer une liste à jour des patients de votre pratique? (<i>une liste précise de patients pour qui vous êtes le principal médecin responsable en première ligne.</i>)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
68.	Est-ce que cette liste est systématiquement validée par les patients? (<i>On demande systématiquement aux patients de confirmer que vous êtes bien le principal médecin responsable en première ligne.</i>)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
69.	Avez-vous une entente formelle avec vos patients selon laquelle vous êtes le principal médecin responsable en première ligne?	<input type="checkbox"/>	Aucun engagement entre le patient et le médecin	<input type="checkbox"/>	Entente informelle
		<input type="checkbox"/>	Accord formel	<input type="checkbox"/>	Accord ou contrat signé

Merci d'avoir rempli ce questionnaire !

ANNEXE 4

Autorisation de reproduction des questionnaires QUALICO-PC

LICENCE DE DROITS D'AUTEUR

Nom du titulaire : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Représenté par : Julie Gauthier
Secrétaire générale
945, avenue Wolfe, 3^e étage
Québec (Québec), G1V 5B3
Tél. : 418 650-5115, poste 5304
Télec. : 418 646-9328
julie.gauthier@inspq.qc.ca

Responsable de projet : Danielle St-Laurent
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Nom du bénéficiaire : Andrée-Anne Paré-Plante
Représentée par : Université de Sherbrooke

Titre de l'Œuvre : Questionnaire du médecin de famille et questionnaire de l'expérience des patients
Description : Questionnaires développés et utilisés pour la collecte de données de l'étude QUALICO-PC.
Auteur(s) : Institut NIVEL pour la version originale, Danièle Francoeur et son équipe de l'INSPQ pour la version adaptée au Québec.

L'INSPQ est titulaire des droits d'auteur sur l'Œuvre.

L'INSPQ accorde gratuitement à Andrée-Anne Paré-Plante une licence non exclusive et non transférable lui permettant de reproduire l'œuvre visée par la présente licence, à des fins de publication dans son mémoire de maîtrise. Cette licence est accordée sans limite de territoire et sans limite de temps.

En foi de quoi, j'ai signé ce 1^{er} février 2018

Julie Gauthier
Secrétaire générale

ANNEXE 5

Tableau des variables de l'étude

Variabes de l'étude					
Groupes de variables	Variable	Origine de la variable (Schäfer et al. 2013)	Source de données et question	Type de variable	Niveau de variable dans le modèle d'analyse
Variabes indépendantes					
Ressources humaines	Nombre de médecins équivalent temps plein dans l'organisation, incluant les spécialistes	Boerma (2003)	Questionnaire du médecin de famille, Q23	Numérique continue	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
Ressources techniques	Accès à un laboratoire	Boerma (2003)	Questionnaire du médecin de famille, Q30	Ordinale	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
	Accès à des examens d'imagerie	Boerma (2003)	Questionnaire du médecin de famille, Q31	Ordinale	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)

Variables de l'étude					
Groupes de variables	Variable	Origine de la variable (Schäfer et al. 2013)	Source de données et question	Type de variable	Niveau de variable dans le modèle d'analyse
Ressources matérielles	Équipement disponible dans l'organisation	Boerma (2003)	Questionnaire du médecin de famille, Q29	Score	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
	Utilisation du dossier informatisé	Kringos et al. (2011)	Questionnaire du médecin de famille, Q47	Score	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
Horaire et heures d'ouverture	Nombre de minutes consacrées en moyenne à une consultation dans l'organisation du médecin visé par l'enquête	Boerma (2003)	Questionnaire du médecin de famille, Q14	Numérique continue	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
	Nombre d'heures d'ouverture moyenne dans une journée à l'organisation	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire du médecin de famille, Q33	Numérique continue	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)

Variables de l'étude					
Groupes de variables	Variable	Origine de la variable (Schäfer et al. 2013)	Source de données et question	Type de variable	Niveau de variable dans le modèle d'analyse
	Possibilité pour un patient de consulter à l'organisation les soirs et fins de semaine	Kringos et al. (2011)	Questionnaire du médecin de famille, Q34	Ordinale	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
	Pourcentage des consultations effectuées sur rendez-vous par le médecin	Kringos et al. (2011)	Questionnaire du médecin de famille, Q37	Numérique discrète	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
	Possibilité d'avoir une consultation sans rendez-vous ou le jour-même	Francoeur et al. (2012)	Questionnaire du médecin de famille, Q38	Nominale dichotomique	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
Type et étendue des services	Nombre d'heures travaillées par semaine par le médecin visé par	Boerma (2003)	Questionnaire du médecin de famille, Q11	Numérique continue	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)

Variables de l'étude					
Groupes de variables	Variable	Origine de la variable (Schäfer et al. 2013)	Source de données et question	Type de variable	Niveau de variable dans le modèle d'analyse
	l'enquête, auto-déclaré				
	Nombre d'heures par semaine parmi les heures travaillées passées sur des soins directs aux patients, auto-déclaré	Boerma et al. (2008)	Questionnaire du médecin de famille, Q12	Numérique continue	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
	Nombre de contacts dans une journée régulière avec des patients	Boerma (2003)	Questionnaire du médecin de famille, Q13	Numérique discrète	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
Intégration des services	Services offerts de façon autonome par une infirmière de l'organisation	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire du médecin de famille, Q50	Score	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
Variable dépendante					

Variables de l'étude					
Groupes de variables	Variable	Origine de la variable (Schäfer et al. 2013)	Source de données et question	Type de variable	Niveau de variable dans le modèle d'analyse
Accessibilité de premier contact	Facilité à obtenir le rendez-vous du patient visé par l'enquête dans le délai requis	Shi et al. (2001)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q14	Nominale dichotomique	Niveau 1 (niveau du patient)
Variables de contrôle (patient)					
Caractéristiques du patient	Genre	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q35	Nominale	Niveau 1 (niveau du patient)
	Âge du patient	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q36	Numérique discrète	Niveau 1 (niveau du patient)

Variables de l'étude					
Groupes de variables	Variable	Origine de la variable (Schäfer et al. 2013)	Source de données et question	Type de variable	Niveau de variable dans le modèle d'analyse
	Lieu de naissance	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q37	Nominale	Niveau 1 (niveau du patient)
	Plus haut niveau de scolarité complété	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (1997)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q43	Ordinale	Niveau 1 (niveau du patient)
	Occupation	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q42	Nominale	Niveau 1 (niveau du patient)
	Niveau de maîtrise d'une des langues officielles du pays	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire de l'expérience	Ordinale	Niveau 1 (niveau du patient)

Variables de l'étude					
Groupes de variables	Variable	Origine de la variable (Schäfer et al. 2013)	Source de données et question	Type de variable	Niveau de variable dans le modèle d'analyse
			du patient, Q44		
	Revenu moyen annuel du patient, autodéclaré	Commonwealth Fund (2002)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q45	Ordinale	Niveau 1 (niveau du patient)
	État de santé général autodéclaré	Eurostat (2008)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q1	Ordinale	Niveau 1 (niveau du patient)
	Présence d'une maladie chronique	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire de l'expérience du patient, Q2	Nominale dichotomique	Niveau 1 (niveau du patient)
Variables de contrôle (médecin)					

Variables de l'étude					
Groupes de variables	Variable	Origine de la variable (Schäfer et al. 2013)	Source de données et question	Type de variable	Niveau de variable dans le modèle d'analyse
Caractéristiques du médecin	Genre	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire du médecin de famille, Q35	Nominale	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)
	Âge	Schäfer et al. (2013)	Questionnaire du médecin de famille, Q36	Numérique discrète	Niveau 2 (niveau du médecin et de l'organisation)